

Kommittédirektiv

Samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m.



Dir.
2000:65

Beslut vid regeringssammanträde den 28 september 2000.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och möjligheterna att uppnå reformens syften förbättras. Utredaren skall särskilt utreda förutsättningarna för att förbättra stödet vid höga behandlingskostnader för i första hand de äldre. Utredaren skall vidare analysera utvecklingen av priserna för tandvård och om utredaren finner att prisutvecklingen är oacceptabel skall han eller hon föreslå åtgärder för att komma till rätta med prisutvecklingen. Utredaren skall vidare göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen för tandvårdsersättningen och hur den står i relation till de tilldelade medlen för tandvården.

Utredaren skall vidare belysa den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens. Mot denna bakgrund skall utredaren lämna förslag och rekommendationer som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal samt främjar effektivitet och samarbete inom tandvården. Tandvårdens kompetens- och resursbehov skall härvid även belysas utifrån ett integrationsperspektiv.

Bakgrund

Det reformerade tandvårdsstödet

Den 1 januari 1999 trädde ett reformerat tandvårdsstöd i kraft. Genom det nya stödet inriktades den s.k. tandvårdsförsäkringen på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälso-befrämjande tandvården, s.k. bastandvård. För äldre personer och personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov gavs ett förstärkt stöd. Ett särskilt skydd infördes också för mera omfattande och kostnadskrävande behandling med protetik och vid tandreglering.

Stödet för bastandvård innebär att tandvårdsersättning lämnas för all tandvård, med undantag för i huvudsak undersökningar och protetiska åtgärder, med fasta krontalsbelopp per utförd åtgärd enligt en särskild taxa. Vårdgivaren fastställer patientavgiften. För personer i åldrarna 20–29 år omfattas även undersökningar av tandvårdsersättning. För bastandvården infördes dessutom en möjlighet att teckna abonnemang, vilket innebär att patienten för sitt behov av bastandvård under två år betalar en fast avgift som vårdgivaren fastställer. Vid protetik och tandreglering lämnas ett stöd med fasta belopp per åtgärd, varav dock ett visst belopp räknas av som karensbelopp.

Personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökade tandvårdsbehov får förhöjd ersättning. För bastandvård utges dubbla belopp jämfört med för andra patienter. Denna grupp slipper också karensbeloppet vid protetik och tandreglering.

Landstingen ansvarar för att personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre och funktionshindrade m.fl. erbjuds uppsökande vård, varvid besöket för en munvårdsbedömning och individuell rådgivning m.m. är avgiftsfritt. För de behandlingsinsatser som därefter kan bli nödvändiga betalar patienten avgift inom systemet som gäller för öppen hälso- och sjukvård.

Även för personer som har behov av särskilda behandlingsinsatser som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid gäller samma avgiftsbestämmelser som för öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården.

Erfarenheterna från den första tiden med det nya stödet

Det nya tandvårdsstödet har varit i funktion under en begränsad tid. Det är för tidigt att bedöma generella effekter av stödet på tandhälsoutvecklingen, utan sådana effekter måste ses i ett längre perspektiv. De rapporter och utvärderingar som färdigställts hittills ger dock en bild av att det inom tandvårdsförsäkringen skett en förskjutning mot bastandvård. Det av landstingen administrerade stödet till vissa patientgrupper var inte i full funktion i alla landsting under 1999, men har ändå lett till att ett relativt stort antal människor med stora och eftersatta behov av tandvård har kunnat få hjälp.

Under den tid som gått sedan stödet infördes har regeringen emellertid också fått kännedom om vissa problem och svårigheter vid tillämpningen av vissa delar av det. De prisökningar som skett sedan prissättningen på tandvård blev fri är större än väntat och det har lett till att försäkringsersättningarna urholkats. Det är ibland svårt att avgränsa de grupper av äldre och funktionshindrade m.fl. som är berättigade till ett särskilt förmånligt stöd och det finns uppgifter om att stödet åtminstone i vissa fall gått till tandvård för människor som inte tillhör de grupper som stödet är avsett för. Det står också klart att tandvårdsstödet förändrade inriktning leder till höga kostnader för dem som behöver omfattande protetiska åtgärder men inte tillhör någon av de ovannämnda grupperna.

Allmänna utgångspunkter

I vissa avseenden fungerar det reformerade tandvårdsstödet tillfredsställande även om dess effekter ännu inte definitivt kan bedömas. Det är viktigt att regelverket har en utformning som främjar tandhälsan. Vidare anser regeringen att landstingen även fortsättningsvis bör ha ansvaret för tandvård åt vissa patientgrupper enligt de huvudprinciper som gäller i dag.

Totalt sett bör utredarens förslag syfta till att i första hand förbättra det nuvarande systemet och åstadkomma ett mer effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser.

Uppdraget

Den särskilde utredaren skall göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och att möjligheterna att uppnå reformens syften förbättras. Vid denna bedömning skall utredaren bl.a. beakta de rapporter som Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet överlämnat som ett led i uppföljningen av tandvårdsreformen. Utredaren skall sammanställa och beakta tillgänglig information om befolkningens tandhälsa, exempelvis när det gäller skillnader mellan olika grupper. Utredaren skall bland annat analysera tandvårdsstödet ur jämställdhetsperspektiv och uppmärksamma kvinnors och mäns skilda behov samt redovisa systemets effekter för respektive kön. Utredaren skall utgå ifrån det nuvarande tandvårdsstödet, men det skall stå honom eller henne fritt att föreslå förändringar i stödet som kan antas leda till större effektivitet och främja en god tandhälsa hos befolkningen. Vid utvärderingen och utarbetandet av förslag till förändringar skall vissa frågor särskilt analyseras. Dessa behandlas i det följande.

Ett bättre skydd mot höga behandlingkostnader

För att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingkostnader har regeringen i den ekonomiska vårpropositionen 2000 avsatt 200 miljoner kronor för 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för 2003. I budgetpropositionen för 2001 föreslår regeringen att förbättringarna delvis tidigareläggs genom att tandvårdsstödet redan för 2001 tillförs 100 miljoner kronor av de 200 miljoner kronor som avsatts för 2002. När det gäller användningen av det första tillskottet på 100 miljoner kronor avser regeringen att återkomma med besked senare.

Tandvårdsstödet nuvarande utformning gör att behandlingkostnaderna för patienterna kan bli mycket höga. Konsekvensen blir att en del människor inte har råd med mer omfattande tandvård. Bland dem som hamnar i denna situation finns bl.a. många äldre med omfattande behov av protetik.

Utredaren skall mot denna bakgrund analysera hur stödet vid höga behandlingkostnader kan förbättras för i första hand de äldre samt föreslå ett förbättrat skydd mot höga behandlingkostnader

för denna grupp. Flera förslag kan lämnas, varav åtminstone ett kan omfatta ett tak för höga behandlingskostnader för äldre. Utredningens förslag bör vara utformat på ett sådant sätt att stödet kan utvidgas till att omfatta andra grupper, vars tandvårdsbehov är stora, om tandvårdsstödet i framtiden tillförs ytterligare resurser.

Prissättningen på tandvård

Prishöjningarna efter det att den statliga prisregleringen slopades har varit större än väntat. Av Riksförsäkringsverkets (RFV:s) rapport om tandvårdsstödet under 1999 framgår att den genomsnittliga prisökningen mellan 1998 och våren 1999 var 18 procent. En senare rapport från RFV om folktandvårdens prissättning visar på fortsatta betydande prisökningar under 2000. Till viss del kan prishöjningarna ha varit motiverade, men de fortsatta höjningarna är oroväckande.

Ett annat problem som rör priserna på tandvård har uppkommit i samband med den tandvård för äldre och funktionshindrade som landstingen administrerar och för vilken patienten endast betalar avgift enligt de bestämmelser som gäller för besök i den öppna hälso- och sjukvården. Om patienten väljer en privat tandläkare, vilket han eller hon har rätt att göra, kan incitamenten för att hålla landstingens kostnader nere bli för svaga.

Utredaren skall analysera utvecklingen av priserna för tandvård och om utredaren finner att prisutvecklingen är oacceptabel skall han eller hon föreslå åtgärder för att komma till rätta med prisutvecklingen.

Den framtida kostnadsutvecklingen

Historiskt har försäkringsutgifterna för tandvården vid flera tillfällen överstigit det tilldelade anslaget. Under år 1999 understeg dock kostnaderna för tandvården de tilldelade medlen. Orsaken till detta kan ha varit att det nya systemet infördes från den 1 januari 1999, vilket innebar att konsumtionen av tandvård tidigarelades till 1998, då det var känt att det nya systemet skulle medföra försämringar för vissa behandlingar. Det är mot bakgrund av detta svårt att dra slutsatser av år 1999 vad gäller den framtida kostnads-

utvecklingen för tandvården. För år 2000 pekar det mesta på att kostnaderna kommer att överstiga det tilldelade anslaget.

Mot bakgrund av de osäkra prognoserna och de planerade reformerna inom tandvården skall utredaren göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i tandvården. Utredaren skall ha ett femårigt perspektiv.

De särskilda patientgrupperna

När det gäller det särskilda stödet till äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer m.m., har bl.a. Landstingsförbundet i en skrivelse till regeringen framfört att det förekommer att även fullt friska personer kan vara berättigade till stödet i egenskap av medboende maka eller sambo. Vidare uppkommer en rätt till nödvändig tandvård även för den som har ett kortvarigt behov av vård i hemmet under en konvalescens efter t.ex. en operation. Utredaren skall se över bestämmelserna inom detta område och överväga behovet av ändringar. Begreppet nödvändig tandvård och vad som skall inrymmas i detta skall belysas närmare.

Vilka diagnoser och behandlingar som bör omfattas av stödet till tandvård som ett led i sjukdomsbehandling har utförligt behandlats i en rapport från Socialstyrelsen, som låg till grund för bestämmelserna i tandvårdsförordningen (1998:1338). Vid en stödform av detta slag är det troligen svårt att undvika att vissa grupper känner sig förbisedda. Ett antal ärenden har inkommit till Socialdepartementet som rör dels grupper som vill omfattas av stödet, dels personer som anser sig berättigade till stödet trots att landstingen gjort en annan bedömning. Utredaren skall se över bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och hur de tillämpas samt vid behov föreslå ändringar.

Förhöjd tandvårdsersättning

Betydligt färre personer än beräknat har sökt förhöjd tandvårdsersättning på grund av långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov vid långvarig sjukdom och funktionshinder. RFV redovisar i sin utvärderingsrapport att endast drygt 9 600 personer sökte, varav 7 600 personer beviljades detta stöd under 1999. Detta kan jämföras med att den berättigade personkretsen av den tidigare utred-

ningen uppskattats till ungefär 300 000 personer. Utredaren skall analysera orsakerna till detta och bedöma om det finns skäl att ändra förutsättningarna för stödet.

Tandvårdens roll för att motverka tobaksbruk

Insatser för att motverka tobaksbruk kan ha stor betydelse för att på längre sikt minska tandvårdskostnaderna. Tobaksavvänjning har även i övrigt positiva effekter, exempelvis vad gäller sjukdomar som lungcancer och hjärt- och kärlsjukdomar samt på hälsan i allmänhet. Utredaren skall därför bedöma effekterna av att dels låta tobaksvanor omfattas av undersökningsmomentet i tandvårdstaxan, dels föra in tobaksavvänjning bland de förebyggande åtgärderna i taxan.

Patientnämnderna

I varje landsting eller kommun skall det enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom hälso- och sjukvård och tandvård. I fråga om hälso- och sjukvården gäller lagen både hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting eller en kommun och vård som bedrivs enligt avtal med ett landsting eller en kommun. Tandvården omfattas däremot av patientnämndernas verksamhet endast om den bedrivs av ett landsting. Landstingsförbundet har i en skrivelse till regeringen föreslagit att lagen om patientnämndsverksamhet skall ändras så att patientnämnderna kan ta upp ärenden som gäller all tandvård som finansieras av landstingen.

Utredaren skall överväga om ärenden som rör tandvård även i andra fall än de som nu anges i lagen om patientnämndsverksamhet skall kunna behandlas av patientnämnderna.

Bättre förutsättningar för uppföljning, utvärdering och analys av tandvårdsstödet

Det finns ett uppenbart behov av att förbättra förutsättningarna för att följa upp, utvärdera och analysera tandvårdsstödet. Riksförsäkringsverket har därför i sin rapport om det reformerade tandvårds-

stödet föreslagit att verket skall ges möjlighet att ålägga försäkringsanslutna vårdgivare att redovisa vissa uppgifter som gör detta arbete möjligt. Därutöver behöver möjligheterna att följa tandhälsans utveckling hos befolkningen i stort och hos olika grupper förbättras. Utredaren skall med beaktande av bl.a. Riksförsäkringsverkets synpunkter och förslag bedöma vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra förutsättningarna för att följa upp tandvårdsstödet. Det är viktigt att ha ett underlag för att bedöma hur effektiviteten i systemet utvecklas.

Arbetsuppgifter, kompetensfördelning och utbildningsbehov i framtidens tandvård

Tandvårdens utveckling bestäms av många olika faktorer. Arbetsuppgifterna inom tandvården påverkas bl.a. av den tekniska och medicinska utvecklingen, vilket leder till förändrade krav på utbildning och kompetens. Nya vårdmodeller prövas och man arbetar i vårdlag med olika sammansättning. Tandhälsoutvecklingen medför också nya förutsättningar för tandvården, exempelvis får förebyggande tandvård en ökad betydelse. Den ökande andelen äldre i befolkningen, av vilka allt fler har egna tänder i behåll, ställer förändrade krav på tandvården.

Utredaren skall bedöma framtida tillgång och efterfrågan på personal med olika typer av kompetens inom tandvården. Tandvårdens utveckling och de förändrade förutsättningarna för arbetet inom tandvården skall belysas. För detta arbete skall bl.a. Socialstyrelsens rapport *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet* för olika yrkeskategorier inom tandvården utgöra underlag. En utgångspunkt skall också vara den ökande etniska och kulturella mångfalden inom patientgruppen. Kompetens- och resursbehov inom tandvården skall därför även belysas utifrån ett integrationsperspektiv. Utredaren skall i detta sammanhang också behandla fördelningen av arbetsuppgifter mellan tandvårdens olika yrkeskategorier och överväga möjligheterna att genom en ändrad arbetsfördelning uppnå större effektivitet.

Utredaren skall vid behov föreslå åtgärder för att motverka att problem uppstår på grund av brist på t.ex. tandläkare. Utbildningen av specialisttandläkare skall ses över och en bedömning av det framtida behovet av specialister göras.

Utredaren skall vidare behandla tandhygienisternas och tandsköterskornas roll i tandvården och det framtida behovet av dessa yrkesgrupper. Tandsköterskornas arbetsuppgifter och utbildning har förändrats under senare tid och det har bl.a. ifrågasatts om de utbildningsmöjligheter som i dag finns på gymnasienivå för den som vill arbeta som tandsköterska är tillräckliga. Dessa frågor skall belysas av utredaren. Vidare skall tandteknikernas arbetsområde och utbildningsbehov behandlas av utredaren.

Utredaren skall lämna förslag och rekommendationer till åtgärder som sammantaget bidrar till att över hela landet trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal som motsvarar de krav som kommer att ställas på tandvårdspersonal i framtiden. Förslagen skall också främja effektiva arbetsformer och ett väl fungerande samarbete inom tandvården.

Samråd

Utredaren skall samråda med berörda myndigheter och organisationer.

Kostnader

Regeringen avser att tillföra tandvårdsområdet 100 miljoner kronor för 2001. Utredarens förslag till ändringar i tandvårdsstödet skall finansieras inom tandvårdsstödet kostnadsram samt de ytterligare tillskott på 100 miljoner kronor för 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för 2003 som tandvården kommer att tillföras för i första hand förbättringar av skyddet mot höga behandlingskostnader.

Samtliga förslag skall kostnadsberäknas och erforderlig finansiering redovisas för föreslagna åtgärder. Utredaren skall vidare göra en analys av vad förslagen kan ha för effekt på patienternas beteende och vad detta kan leda till för kostnader.

Tidsplan

Utredaren skall inledningsvis inrikta sig på bedömningen av den framtida kostnadsutvecklingen samt förbättringarna av skyddet mot höga behandlingskostnader. Ett delbetänkande skall över-

lämnas senast den 15 mars 2001. I detta betänkande kan utredaren även behandla vissa andra frågor som anses vara av mera bråds-kande natur. Därefter skall övriga frågor behandlas och redovisas i ett slutbetänkande senast den 31 mars 2002.

Övrigt

Kommittén skall i sina betänkanden särskilt redovisa konsekven-serna för små företags villkor i enlighet med 15 § kommittéförord-ningen (1998:1474). Därvid skall en analys göras på sätt som beskrivs i kommittéhandboken (kap. 7.6, Ds 2000:1). I fråga om utförandet av analysen har utredaren möjlighet att samråda med SimpLex-enheten (Näringsdepartementet).

Specialisttandläkarnas verksamhet år 2001

Rapport från en enkätundersökning

Sammanfattning

- I maj år 2001 fanns 949 tandläkare med specialistbehörighet födda år 1936 eller senare och bosatta i Sverige. Redovisningen begränsar sig till denna åldersgrupp. 846 besvarade enkäten, motsvarande 89 procent.
- Ortodonti/tandreglering är den största specialiteten med 282 specialister. Bettfysiologi är den minsta med 37 specialister.
- Specialistkåren består av 35 procent kvinnor och 65 procent män.
- Under åren 2001–2010 kommer 438 specialister att uppnå den nuvarande pensionsåldern 65 år. Detta motsvarar 46 procent av samtliga. Den största avgången finns inom ortodonti där 148 specialister uppnår pensionsåldern.
- Andelen specialister som är verksamma inom yrket är 89 procent. En tendens till successivt minskande yrkesverksamhetsgrad finns.
- Yrkesverksamhetsgraden är lägst inom pedodonti/barntandvård och högst inom endodonti/rotbehandling. Kvinnor har en lägre yrkesverksamhetsgrad än män.
- Den totala omfattningen av specialisttandvården år 2001 uppskattas till 1 253 tusen timmar.
- 70 procent av arbetstiden ägnas åt klinisk verksamhet inom specialisttandvård, cirka tio procent vardera åt utbildning/handledning och forskning/utveckling samt cirka fem procent vardera åt allmäntandvård och administration.
- Pedodonti, ortodonti och odontologisk radiologi/röntgendiagnostik bedrivs nästan helt inom den offentliga sektorn. Cirka 30 procent av verksamheten inom parodontologi/tandlossningssjukdomar, endodonti och protetik bedrivs som privattandvård.

- Den genomsnittliga årsarbetstiden är 1 508 timmar för män och 1583 timmar för kvinnor.
- Den största specialisttättheten finns i de län som har universitet/högskola för tandläkarutbildning.

Bakgrund

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 har bl.a. i uppdrag att belysa den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens. Utredningen skall vid behov föreslå åtgärder för att motverka att problem uppstår vid brist på olika personalkategorier. Utbildningen av specialisttandläkare skall ses över och en bedömning skall göras av det framtida behovet av specialister.

Den senaste rikstäckande genomgången av specialisttandvården gjordes år 1989 av Socialstyrelsen. Resultatet presenterades i rapporten *Specialisttandläkarnas yrkesverksamhet 1989, Rapport från en enkätundersökning* (Socialstyrelsen, mars 1990). I rapporten redovisades bl.a. antalet specialister, i vilken utsträckning specialisterna var yrkesverksamma inom tandvården samt årsarbetstiden inom folktandvård, privattandvård och som lärare vid universitet/högskola.

Stockholms läns landsting har på basis av enkätundersökningar avseende åren 1995 och 1999 redovisat situationen för hela specialisttandvården inom länet, dvs. såväl folktandvård, privattandvård som tandvården vid Karolinska institutet. Den senaste rapporten är *Dimensionering av specialisttandvården i Stockholms län* (Tandvårdsstaben, juni 2000). Inom flera andra landsting har genomförts analyser av folktandvårdens specialistverksamhet inom respektive län. En sådan studie pågår t.ex. för närvarande inom Region Skåne.

Som grund för sina bedömningar av det framtida behovet av specialister har utredningen ansett det nödvändigt att skaffa sig en aktuell bild över specialisttandläkarnas nuvarande yrkesverksamhet genom en enkätundersökning till landets specialisttandläkare.

De områden inom vilka specialistkompetens kan erhållas är följande.

- 01 Pedodonti (barntandvård)
- 02 Ortodonti (tandreglering)
- 03 Parodontologi (tandlossningssjukdomar)
- 04 Oral kirurgi
- 05 Endodonti (rotbehandling)
- 06 Oral protetik
- 07 Odontologisk radiologi (röntgendiagnostik)
- 08 Bettfysiologi

Undersökningens upplägning

Undersökningen genomfördes som en skriftlig enkätundersökning till alla tandläkare med specialistbehörighet som var bosatta i landet den 1 maj år 2001 och som var födda år 1936 eller senare, dvs. till dem som under året fyller 65 år eller mindre. Enkätformuläret och följebrevet finns som underbilaga. Enkätformulärets utformning diskuterades i förväg med specialistföreningarna inom Sveriges Tandläkarförbund och anpassningar gjordes efter av dessa diskussioner.

Från SEMA Group Infodata AB erhöles efter Socialstyrelsens medgivande adressuppgifter på den utvalda gruppen. Totalt uppgick antalet tandläkare som uppfyllde urvalskriterierna till 949 personer. Enkäten utsändes i maj månad och i juni tillställdes de som ej svarat en påminnelse. Materialinsamlingen avbröts den 9 juli, då 846 svar hade inkommit. Detta innebär en svarsfrekvens på 89,1 procent.

Bland de 949 specialisterna hade 30 behörighet inom två områden. Vid redovisningen har angetts den specialitet inom vilken den svarande uppgivit att huvuddelen av verksamheten bedrivs. För den som inte svarat, har specialiteten med det lägsta numret angetts som huvudspecialitet.

Resultat

Antal specialister och svarsfrekvens

I följande tabell redovisas antalet tandläkare med behörighet inom de åtta specialiteterna med uppdelning på kvinnor och män. I samma tabell redovisas andelen inkomna svar inom de olika specialiteterna.

Antalet tandläkare med specialistbehörighet samt svarsfrekvens

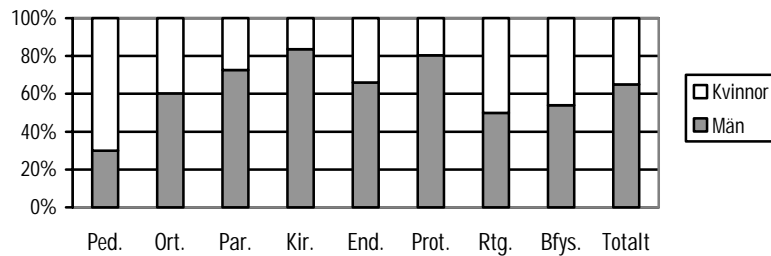
| Specialitet | Antal specialister, kvinnor | Antal specialister, män | Antal specialister, totalt | Svarsfrekvens, Procent |
|---------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Pedodonti | 70 | 30 | 100 | 91 |
| Ortodonti | 112 | 170 | 282 | 90 |
| Parodontologi | 38 | 101 | 139 | 86 |
| Kirurgi | 25 | 128 | 153 | 88 |
| Endodonti | 16 | 31 | 47 | 91 |
| Protetik | 27 | 110 | 137 | 90 |
| Röntgen | 27 | 27 | 54 | 87 |
| Bettfysiologi | 17 | 20 | 37 | 89 |
| Totalt | 332 | 617 | 949 | 89 |

Den ojämförligt största specialiteten är ortodonti med 282 behöriga specialister. Bettfysiologi är minst med 37 specialister. Svarsfrekvensen varierar mellan 86 och 91 procent mellan specialiteterna.

Könsfördelning

Fördelningen mellan kvinnor och män redovisas i följande diagram.

Könsfördelningen bland specialisterna



Totalt består specialistkåren av 35 procent kvinnor och 65 procent män. Den största andelen kvinnor – 70 procent – finns inom pedodonti och den största andelen män inom kirurgi – 83 procent.

Åldersfördelning

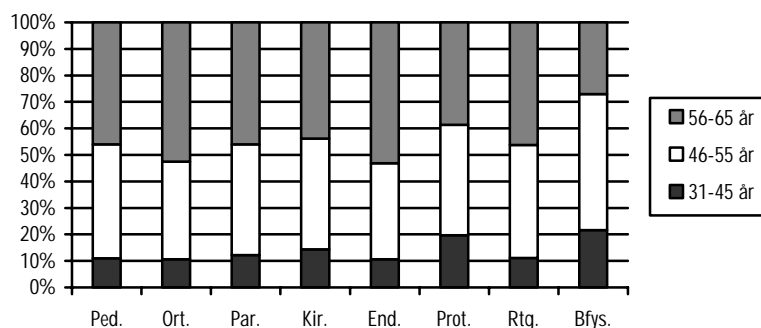
I följande tabell redovisas åldersfördelningen inom specialiteterna.

Åldersfördelningen inom specialiteterna. Antal specialister

| Specialitet | 31-35 år | 36-40 år | 41-45 år | 46-50 år | 51-55 år | 56-60 år | 61-65 år |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pedodonti | | 1 | 10 | 22 | 21 | 26 | 20 |
| Ortodonti | 3 | 3 | 24 | 50 | 54 | 80 | 68 |
| Parodontologi | 1 | 4 | 12 | 25 | 33 | 36 | 28 |
| Kirurgi | | 7 | 15 | 31 | 33 | 39 | 28 |
| Endodonti | 1 | 1 | 3 | 8 | 9 | 12 | 13 |
| Protetik | | 1 | 26 | 30 | 27 | 31 | 22 |
| Röntgen | | 3 | 3 | 9 | 14 | 14 | 11 |
| Bettfysiologi | 1 | | 7 | 6 | 13 | 6 | 4 |
| Totalt | 6 | 20 | 100 | 181 | 204 | 244 | 194 |

I följande diagram visas den relativa åldersfördelningen inom specialiteterna.

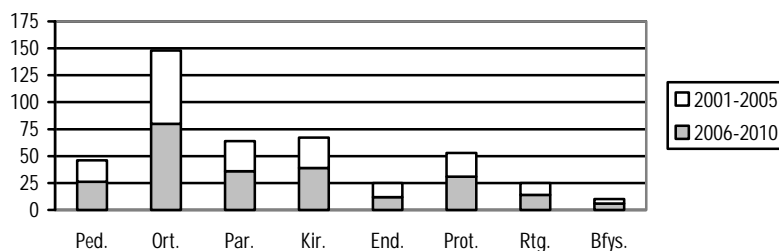
Åldersfördelningen inom specialiteterna



Den största andelen 56–65-åringar finns inom ortodonti och endodonti, där drygt hälften av specialisterna uppnår 65 års ålder inom en tioårsperiod. Inom bettfysiologi uppnår knappt 30 procent 65-årsåldern under perioden.

Under åren 2001 – 2010 kommer 438 specialister att uppnå den nuvarande pensionsåldern 65 år. Detta motsvarar 46 procent av samtliga. I följande diagram visas hur detta antal fördelar sig mellan specialiteterna. Under den efterföljande tioårsperioden kommer 285 att uppnå 65 års ålder.

Antalet specialister som uppnår 65 års ålder under åren 2001–2010



Det ojämförligt största bortfallet under den närmaste tioårsperioden sker inom ortodonti där 148 specialister uppnår 65-årsåldern. Därefter kommer kirurgi med 67 specialister. Tyngdpunkten i avgångarna ligger inom alla specialiteterna under den senare delen av perioden.

Yrkesverksamhetsgrad

I följande tabell har andelen specialister som är verksamma som tandläkare, dvs. yrkesverksamhetsgraden, beräknats inom de olika specialiteterna. Den som är bosatt i Sverige men verksam som tandläkare utomlands har betraktats som icke yrkesverksam. Beräkningen bygger på de inkomna svaren. Med utgångspunkt från dessa har uppskattats hur många totalt inom de olika specialiteterna som kommer att vara yrkesverksamma under året. Därvid har de som inte svarat antagits ha samma yrkesverksamhetsgrad som de svarande inom respektive specialitet.

Andelen yrkesverksamma samt det uppskattade antalet yrkesverksamma specialister

| Specialitet | Antal specialister | Andelen yrkesverksamma specialister, procent | Uppskattat antal yrkesverksamma specialister |
|---------------|--------------------|--|--|
| Pedodonti | 100 | 84 | 84 |
| Ortodonti | 282 | 92 | 259 |
| Parodontologi | 139 | 88 | 124 |
| Kirurgi | 153 | 94 | 127 |
| Endodonti | 47 | 95 | 45 |
| Protetik | 137 | 93 | 128 |
| Röntgen | 54 | 87 | 47 |
| Bettfysiologi | 37 | 91 | 34 |
| Totalt | 949 | 89 | 848 |

Yrkesverksamhetsgraden varierar mellan specialiteterna – från 84 procent inom pedodonti till 95 procent inom endodonti med en genomsnittlig yrkesverksamhetsgrad på 89 procent. Det totala antalet yrkesverksamma specialister under år 2001 uppskattas till 848 personer.

Variationen i yrkesverksamhetsgrad mellan kvinnor och män visas i följande tabell.

Andelen yrkesverksamma kvinnor och män. Procent

| Specialitet | Andelen yrkesverksamma, kvinnor | Andelen yrkesverksamma. Män |
|---------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Pedodonti | 83 | 87 |
| Ortodonti | 90 | 93 |
| Parodontologi | 84 | 90 |
| Kirurgi | 95 | 94 |
| Endodonti | 93 | 97 |
| Protetik | 88 | 95 |
| Röntgen | 83 | 87 |
| Bettfysiologi | 87 | 94 |
| Totalt | 88 | 93 |

Graden av yrkesverksamhet varierar mellan kvinnor och män. Kvinnorna har en lägre yrkesverksamhetsgrad inom alla specialiteter utom kirurgi.

Arbetstid

På enkätformuläret lämnades uppgifter om den uppskattade arbetstiden under år 2001. Fördelning gjordes därvid enligt följande.

- Klinisk verksamhet inom specialiteten
 - inom folktandvård
 - vid universitet
 - inom privattandvård.
- Utbildningsverksamhet inom specialiteten.
- Forsknings- och utvecklingsarbete inom specialiteten.
- Klinisk verksamhet inom allmäntandvård.
- Tandvårdsadministration.

Inom specialiteterna kirurgi och röntgen är landstingens tandvård i vissa fall organiserad inom hälso- och sjukvården i stället för inom folktandvården. I dessa fall har dock verksamheten hänförts till folktandvård. Tandvårdsadministration avser sådan administration

som inte direkt är knuten till behandlingen av de egna patienterna. Exempel på tandvårdsadministration som angetts här är klinikledning.

I följande tabell redovisas den uppskattade arbetstiden inom specialiteterna fördelad på de olika verksamheterna. De som inte besvarat enkäten har förutsatts ha samma omfattning och fördelning av arbetstiden som de som svarat inom respektive specialitet.

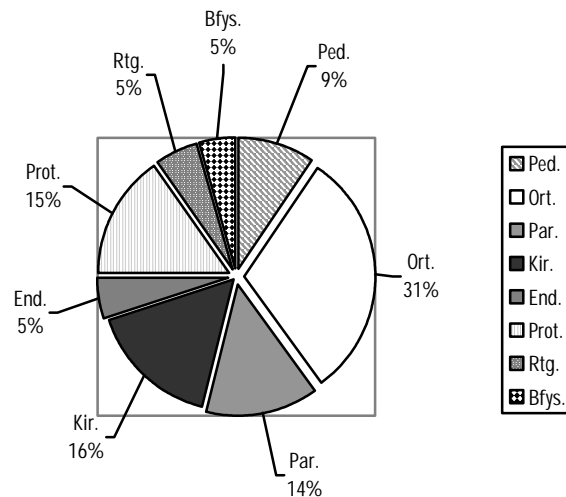
Arbetstidens fördelning mellan olika verksamheter, tusental timmar

| Spec. | Klinik ftv. | Klinik univers. | Klinik privat | Utb. | FOU | Klinik allm.tv. | Adm. | Summa |
|-------|----------------|--------------------|------------------|------|-----|--------------------|------|-------|
| Ped. | 66 | 6 | 0 | 16 | 13 | 10 | 17 | 128 |
| Ort. | 294 | 10 | 21 | 25 | 18 | 5 | 15 | 388 |
| Par. | 73 | 8 | 31 | 25 | 26 | 16 | 11 | 190 |
| Kir. | 113 | 13 | 37 | 14 | 17 | 2 | 8 | 204 |
| End. | 21 | 6 | 12 | 12 | 8 | 5 | 5 | 69 |
| Prot. | 81 | 15 | 42 | 21 | 18 | 18 | 13 | 208 |
| Rtg. | 28 | 9 | 2 | 12 | 10 | 6 | 4 | 71 |
| Bfys. | 24 | 7 | 5 | 8 | 10 | 2 | 3 | 59 |
| Summa | 700 | 74 | 150 | 133 | 120 | 64 | 76 | 1 317 |

Den totala omfattningen av specialisttandvården i landet år 2001 uppskattas till 1 253 tusen timmar varvid tiden som ägnats åt allmäntandvård inte medräknats.

Arbetstidens fördelning mellan specialiteterna framgår av följande diagram. Tiden som ägnas åt allmäntandvård har inte tagits med.

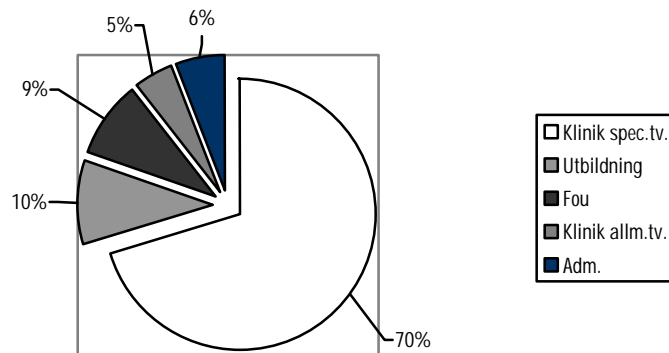
Arbetstidens fördelning mellan specialiteterna



Den största specialiteten är tandreglering inom vilken nära en tredjedel av all specialisttandvård utförs. Minst omfattning har verksamheterna inom endodonti, röntgen och bettfysiologi med cirka fem procent vardera av den totala specialisttandvården.

Arbetstidens fördelning mellan olika verksamheter redovisas i följande diagram.

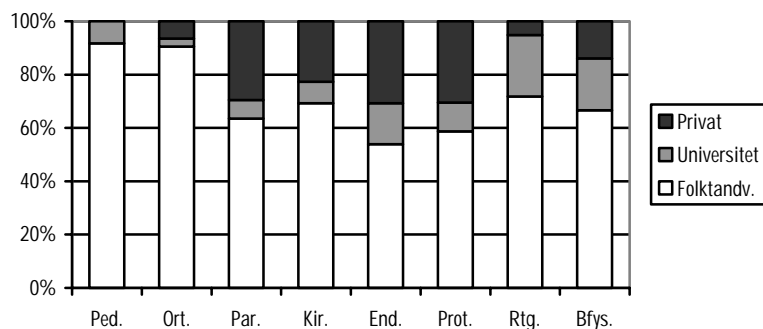
Arbetstidens fördelning mellan olika verksamheter



70 procent av arbetstiden ägnas åt klinisk verksamhet inom specialiteten och endast 5 procent åt allmäntandvård. Utbildning/handledning samt forskning och utvecklingsarbete upptar 10 respektive 9 procent av arbetstiden. Administration upptar 6 procent.

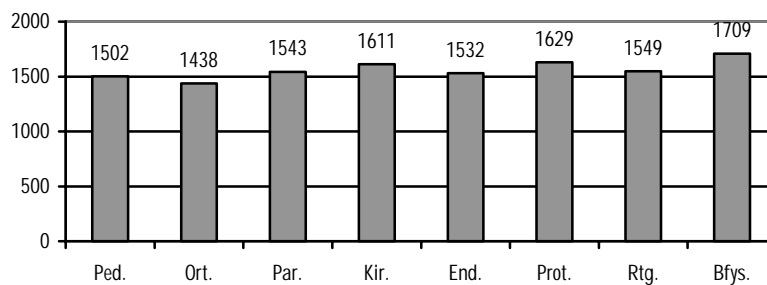
Den kliniska tidens fördelning mellan folktandvård, universitet/högskola och privatpraktik framgår av det följande diagrammet.

Den kliniska tidens fördelning på olika arbetsgivare



Diagrammet visar att ingen privat verksamhet förekommer inom pedodonti och har liten omfattning inom tandreglering och röntgen. Inom parodontologi, kirurgi, endodonti och protetik bedrivs cirka 30 procent av verksamheten inom privattandvård. En förhållandevis stor andel av verksamheten inom röntgen och bettfysiologi bedrivs vid universiteten. Den kliniska verksamheten vid universiteten i Göteborg och Umeå har hänförs till "Universitet" trots att landstingen formellt är huvudmän.

Den genomsnittliga arbetstiden för de yrkesverksamma inom de olika specialiteterna visas i följande diagram, varvid tiden för allmäntandvård har medräknats.

Genomsnittlig arbetstid inom specialiteterna

Inom ortodonti, där årsarbetstiden är kortast, uppgår den till 1438 timmar medan den är längst inom bettfysiologi, 1709 timmar. Totalt uppgår den genomsnittliga årsarbetstiden till 1 558 timmar bland de yrkesverksamma.

Skillnaden i arbetstid mellan kvinnor och män i olika åldrar visas i följande tabell.

Årsarbetstid för kvinnor och män i olika åldrar

| Kön | 31-45 år | 46-55 år | 55-65 år | 31-65 år |
|---------|----------|----------|----------|----------|
| Kvinnor | 1 488 | 1 562 | 1 452 | 1 508 |
| Män | 1 596 | 1 675 | 1 504 | 1 583 |

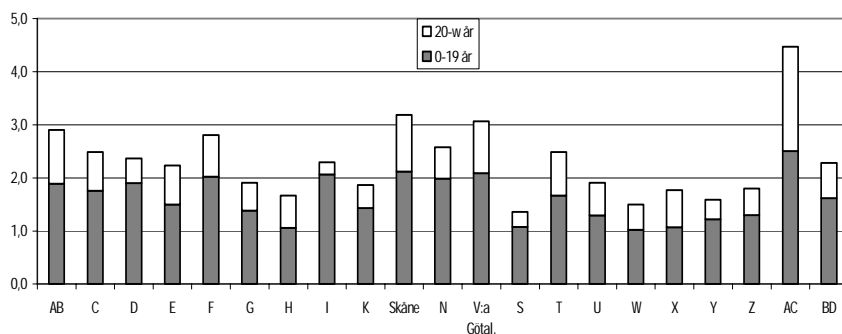
Den genomsnittliga årsarbetstiden bland de yrkesverksamma specialisterna är 1 508 timmar för kvinnor och 1 583 för män. Inom de olika åldersgrupperna är männens arbetstid drygt 100 timmar längre per år än kvinnornas i åldrarna 31–55 år medan skillnaden reducerats till cirka 75 timmar i den högsta åldersgruppen.

Geografisk fördelning

Den geografiska fördelningen bland specialisterna visas i följande diagram. Redovisningen omfattar alla specialister oavsett yrkesverksamhetsgrad och utgår från det län där specialisterna är bosatta. Antalet inom specialiteterna pedodonti och ortodonti har relaterats

till antalet i länet bosatta barn och ungdomar i åldrarna 0–19 år. Inom de övriga specialiteterna har antalet specialister relaterats till antalet bosatta vuxna från och med 20 års ålder.

Specialisternas geografiska fördelning och fördelning på patientgrupper. Antalet bosatta specialister per 10 000 barn och ungdomar respektive vuxna



Den största tätheten av specialister, såväl för barn och ungdomar som för vuxna, finns i Västerbotten (AC). Lägst antal specialister i pedodonti och ortodonti per 10 000 barn och ungdomar finns i Kalmar (H), Värmlands (S), Dalarnas (W) och Gävleborgs (X) län. Lägst antal specialister per 20 000 vuxna invånare finns i Gotlands (I) och Värmlands (S) län.

Diskussion

Representativitet

Undersökningen är en totalundersökning som baseras på Socialstyrelsens legitimationsregister och register över tandläkare med specialistbehörighet. Dessa register är heltäckande. Registren är kopplade till folkbokföringen, varför adressuppgifterna är aktuella. Endast tre försändelser kom i retur som obeställbara, vilket bekräftar aktualiteten i registren.

Undersökningen begränsades till specialister födda år 1936 eller senare, dvs. till dem som uppnår högst 65 års ålder under år 2001. Anledningen till att de äldre inte togs med är på att deras verk-

samhet bedöms vara av ringa omfattning. Inom pedodonti och ortodonti bedrivs verksamheten nästan uteslutande inom folk-tandvården där pensionsåldern är 65 år. Inom övriga specialiteter, där verksamheten nästan uteslutande riktar sig till vuxna patienter, får tandläkarna inte vara anslutna till tandvårdsförsäkringen efter 67 års ålder. Då undersökningen genomfördes var den högsta åldern 65 år.

Någon pilotundersökning gjordes inte innan enkätformuläret fastställdes. Förtydligande anvisningar hade varit av värde. Där hade det t.ex. kunnat påpekas att med utbildning avsågs verksamhet som lärare/handledare och inte egen fortbildning. Man hade också kunnat påpeka att med tandvårdsadministration avses inte sådan administration som hänger samman med den egna patientbehandlingen, t.ex. journalskrivning, redovisning till försäkringskassa m.m. Förtydligande kommentarer har ibland gjorts på svarsblanketterna. I tveksamma fall har kontakt tagits med de svarande för att undvika felaktiga inmatningar i databasen. Otydligheterna bedöms inte ha påverkat resultatet i nämnvärd omfattning. Endast 155 av de svarande hade t.ex. uppgivit tid för administration. Detta är ett rimligt antal specialister som ägnar tid åt klinikledning, utbildningsadministration m.m.

Svarsfrekvensen uppgick till i genomsnitt 89 procent. Variationen mellan specialiteterna var mellan 86 och 91 procent. Med hänsyn till att undersökningen syftar till att ta fram ett underlag för planeringen av specialistutbildningen på riksnivå, kan svarsfrekvensen betraktas som tillfredsställande.

Antal specialister

Antalet specialister till och med 65 års ålder och bosatta i Sverige uppgick vid undersökningstillfället till 949. I Socialstyrelsens undersökning från år 1989 uppgick antalet specialister till och med 64 års ålder till 804. Antalet 65-åringar i den nu föreliggande undersökningen uppgick till 42. Tas denna grupp bort blir antalet specialister till och med 64 års ålder 907. Specialistkåren till och med 64 års ålder hade således ökat med 103 personer eller 13 procent under åren 1989 – 2001.

Yrkesverksamhetsgrad

Den genomsnittliga yrkesverksamhetsgraden uppgick till 89 procent. I Socialstyrelsens undersökning från år 1989 uppgick den till 94 procent för tandläkare under 65 år. En minskning konstaterades också i Stockholmsundersökningen från år 2000, där yrkesverksamhetsgraden hade minskat från 89 till 80 procent mellan åren 1995 och 1999. Därvid hade dock endast medräknats specialister som både var bosatta och yrkesverksamma inom länet. Vanliga skäl som i den föreliggande undersökningen uppgetts för att inte utöva yrket är förtidspensionering, sjukdom, verksamhet som specialist utomlands och verksamhet inom annat än tandvård. Det förefaller således som om yrkesverksamhetsgraden bland specialisterna är sjunkande, något som bl.a. måste beaktas vid dimensioneringen av utbildningen.

Geografisk fördelning

Materialet kan inte användas för detaljplanering av tandvården på landstingsnivå. Inom vissa specialiteter är antalet specialister litet och en enskild persons bostadsort eller verksamhet kan påverka redovisningen i hög grad. För landstingens tandvårdsplanering måste fördjupade undersökningar ligga till grund, varvid lokala kunskaper om enskilda personers arbetsförhållanden kan beaktas. Sådana undersökningar har som tidigare nämnts utförts eller pågår inom flera landsting, t.ex. i Stockholms län och i Region Skåne. Materialet bör också användas med försiktighet när det gäller jämförelser mellan olika landsting.

Till landets
specialisttandläkare

Kartläggning av specialisttandvården år 2001

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 har bl.a. i uppdrag att bedöma och lägga fram förslag om den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal. Kompetens- och resursbehovet skall även belysas. I detta ingår att bedöma det framtida behovet av specialister och att se över utbildningen av specialisttandläkare.

För att få en grund att stå på behöver utredningen kunskap om hur situationen ser ut inom specialisttandvården i dag. Den senaste kartläggningen gjordes av Socialstyrelsen år 1989. Mycket har förändrats sedan dess.

Utredningen har informerat de enskilda specialistföreningarna och diskuterat behovet av en ny kartläggning som grund för kommande ställningstaganden.

I databasen kommer inte att läggas in uppgifter som gör att enskilda personer går att identifiera. Ingen samkörning kommer att kunna ske med andra register.

Vi hoppas på Din medverkan i denna enkät, som har stor betydelse för specialisttandvården och specialistutbildningen i framtiden.

Fyll i och skicka in bifogade enkät omgående. Det tar bara någon minut.

Agneta Ekman
Huvudsekreterare

Bertil Koch
Utredare

SVARSBLANKETT

Kartläggning av specialisttandvården år 2001

Fyll i aktuella rutor och skicka omgående svaret i **bifogade kuvert** eller **faxa** till Utredningen tandvårdsöversyn 2000 **Fax nr 08-405 41 78**

Personuppgifter

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| Födelsedag (ÅÅÅÅ-MM-DD) | Efternamn och förnamn |
| Telefonnummer | |

Yrkesverksam som tandläkare år 2001? Ja Nej

Fortsätt om svaret är **Ja**.

Det behövs ingen finräkning av antalet arbetstimmar utan enbart en grov skattning av Din verksamhet hittills under året och vad som planeras för hösten. Om Du utgår från Din veckoarbetstid, kan Du räkna med att året har 42 arbetsveckor netto, varvid semestrar och helger räknats bort. Heltidsarbete under ett år motsvarar ca 1 700 arbetstimmar. Deltidsarbete, tjänstledigheter etc. reducerar arbetstiden.

| | |
|--|--|
| Specialitet/Specialiteter. Vid flera specialiteter, markera inom vilken den huvudsakliga verksamheten utövas. | Län där verksamheten huvudsakligen utövas år 2001 |
|--|--|

Verksamhet **inom** specialiteten år 2001

| | |
|--|---|
| Antal kliniska timmar inom folktandvården | Antal timmar inom utbildning och handledning |
| Antal kliniska timmar vid högskola | Antal timmar inom forskning och utveckling |
| Antal kliniska timmar i privattandvård | |

Verksamhet **utanför** specialiteten år 2001

| |
|-------------------------------|
| Eventuella kommentarer |
|-------------------------------|

Underlag till tillämpningsregler för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som har samband med allmänsjukdom eller funktionshinder.

1 Uppsökande verksamhet med munhälso- bedömning

De som är berättigade till uppsökande verksamhet med munhälso-
bedömning m.m. utan avgift är angivna i 8 a § tandvårdslagen
(1985:125). En förutsättning är att det föreligger ett varaktigt
behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Rättigheten gäller
oavsett vem som utför vård- och omsorgsinsatserna.

Med ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsin-
satser avses behov av vård och omsorg, särskilt personlig om-
vårdnad,

under större delen av dygnet och då förbättringsutsikten bedöms
vara liten. Ett stort behov av omsorg skall också anses föreligga
bl.a. då en person enbart behöver hjälp med munhygieniska
åtgärder morgon och kväll eller då en person saknar förmåga att
inse sitt behov av tandvård.

Med uppsökande munhälsobedömning avses en i det enskilda
hemmet eller särskilda boendet utförd bedömning av munhygien-
en, av behovet av olika insatser för att förbättra munhygien och
av behovet av nödvändig tandvård. Bedömningen innebär en för-
enklaad undersökning av munhåla, tänder och tandersättning. Behovet av munhygieninsatser bedöms med utgångspunkt från vad
den enskilde eller omvårdnadspersonalen kan klara av att utföra av
munhygieniska åtgärder. Utbildningsinsatser riktade till vårdper-
sonal individuellt eller i grupp ingår också som en viktig del i mun-
hälsobedömningen.

Munhälsobedömning skall erbjudas årligen till den som är berät-
tigad.

Munhälsobedömningar skall utföras av legitimerad tandhygienist
eller legitimerad tandläkare.

Vid munhälsobedömningens genomförande skall någon av de ansvariga bland vårdpersonalen finnas med för att ge information om den boendes allmänstatus och speciella problem och ta emot de individuella instruktioner som ges.

Den som genomför munhälsobedömningen skall vid behov hänvisa till tandläkare eller tandhygienist som är beredd att ta emot patienten för nödvändig tandvård.

2 Nödvändig tandvård

Enligt 8 a och 15 a §§ tandvårdslagen (1985:125) är den som är berättigad till munhälsobedömning också berättigad till nödvändig tandvård för avgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

Nödvändig tandvård skall grundas på ett realistiskt behandlingsbehov. En bedömning skall göras med hänsyn till den enskildes allmäntillstånd och behov. Förebyggande behandling och akuta insatser skall vara prioriterade. Konserverande och protetisk behandling bör bidra till patientens förmåga att kunna äta och tala samt bidra till ett utseende utan för patienten besvärande tandluckor. Om allmäntillståndet inte medger mer omfattande tandvård, bör denna istället inriktas på att hålla patienten fri från allvarliga, sjukliga förändringar i munnen för att motverka smärta och andra obehag.

Om prognosen för en behandling är tveksam, bör tandvården genomföras i etapper så att resultatet av de först insatta behandlingsåtgärderna kan utvärderas innan en omfattande behandling genomförs.

Omfattande behandling bör i förväg prövas av landstinget. Därvid bör bedömas dels om den föreslagna behandlingen är lämplig med hänsyn till patientens allmäntillstånd och behov, dels om det begärda priset är skäligt. Vad som är omfattande behandling bestäms av landstinget.

Nödvändig tandvård skall utformas enligt de allmänna regler som gäller för övrig tandvård

Nödvändig tandvård skall utformas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, med respekt för patientens synpunkter och med hänsyn tagen till patientens medicinska tillstånd.

Nödvändig tandvård skall utformas med beaktande av patientens tillstånd och behov

Vid utformandet av nödvändig tandvård måste det anläggas en helhetssyn på patientens livssituation och allmäntillstånd. Det är viktigt att patienten inte utsätts för alltför omfattande behandling utan att denna bidrar till en väsentlig förhöjning av livskvalitet och välbefinnande.

Nödvändig tandvård skall bidra till att patienten skall kunna tillgodogöra sig födan

Förmågan att tillgodogöra sig föda är inte direkt relaterad till tandstatus. Däremot är tänder av betydelse för förmågan att tugga födan. Även andra faktorer än antalet tänder är av betydelse i detta sammanhang. I samråd med patienten görs en sammanvägning och prövning av dessa faktorer. Kan patienten inte kommunicera själv får bedömningen göras i samråd med vårdpersonal och anhöriga.

Nödvändig tandvård innebär ofta anpassning

Den nödvändiga tandvården måste anpassas till patientens allmäntillstånd och förutsättningar att genomgå behandlingen samt till att prognosen kan vara försämrad i förhållande till vad som gäller patienter utan sjukdom och funktionshinder. Tandvård som innebär sådan anpassning i förhållande till en fullständig behandling är enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Orsakerna till att den individuellt anpassade vårdnivån valts, skall anges i journalen.

Nödvändig tandvård skall vara av godtagbar teknisk kvalitet

Kan en behandling inte utföras med godtagbar teknisk kvalitet på grund av tekniska eller andra svårigheter som är speciellt relaterade till den aktuella patienten, bör en alternativ behandling väljas.

Nödvändig tandvård skall bygga på en långsiktig plan

Behandlingsmässigt behöver ofta en långsiktig plan göras för att bl.a. avvakta utvecklingen av patientens allmänna hälsotillstånd och dennes efterfrågan på och behov av tandvård. Tandvård utförd i flera steg, etapptandvård, bör vara lämplig i många fall.

Nödvändig tandvård skall bygga på ett förebyggande synsätt

Eftersom nödvändig tandvård riktar sig till personer som i många fall har svårt att själva klara sin munhygien är det synnerligen viktigt att alla insatser, både preventiva och reparativa, utförs så att den dagliga munvården blir så enkel som möjligt för patienten och eventuell vårdare.

Nödvändig tandvård skall syfta till att minska smärta och infektionstillstånd i munnen

I de fall där patientens allmäntillstånd är sviktande kan vårdambitionen behöva inriktas på att enbart åtgärda ett akut infektionstillstånd. Vid mindre, kroniska infektioner såsom periapikala osteiter, kan det istället vara motiverat att förlänga observations-tiden innan beslut om behandling tas.

Nödvändig tandvård kan innehålla protetisk behandling

Protetisk terapi utformas på individuella indikationer och med beaktande av patientens allmäntillstånd och om behandlingen kan anses medföra väsentligt förhöjd livskvalitet och välbefinnande. I många fall bör en avvaktande hållning väljas för att få tid till en utvärdering av hur stort vårdbehovet och värdeefterfrågan är. Det är långt ifrån självklart att en äldre person med fysiska eller psykiska funktionshinder upplever t.ex. nya avtagbara proteser som en livskvalitetshöjande åtgärd. Protetisk terapi kan i vissa fall också ske på estetiska indikationer.

Nödvändig tandvård bör i många fall utformas efter samråd med ansvarig läkare och/eller ansvarig vårdpersonal

Den allmänmedicinska diagnostiken är viktig och läkarkontakter bör ske oftare än vad som nu är vanligt förekommande. Tandläkaren kan inte förväntas själv avgöra frågor om svaga patienters lämplighet för mer omfattande tandbehandling. Ibland kan detta samråd ersättas med diskussioner med ansvarig vårdpersonal.

3 Tandvård som har samband med sjukdom

Enligt tandvårdslagen (1985:125) skall tandvård som har samband med sjukdom omfattas av bestämmelserna om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. I tandvårdsförordningen (1998:1338) beskrivs denna tandvård.

Omfattande behandling bör i förväg prövas av landstinget. Därvid bör bedömas dels om patienten är berättigad till tandvård mot avgift som för öppen hälso- och sjukvård, dels om den föreslagna behandlingen är lämplig med hänsyn till patientens allmäntillstånd och behov, dels om det begärda priset är skäligt. Vad som är omfattande behandling bestäms av landstinget.

3.1 A – Behandling till följd av missbildning, defekt eller sjukdom

Behandlingen skall syfta till att återställa funktion och i vissa fall utseende.

Patienter som fått protetisk behandling till följd av missbildning, defekt eller sjukdom enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, betalar även den tandvård de behöver i framtiden för lagning, ändring eller utbyte av det ursprungliga protetiska arbetet enligt samma avgiftssystem. Måste den nya behandlingen göras mer omfattande än den ursprungliga på grund av en försämrad betsituation som inte är en följd av missbildningen, defekten eller sjukdomen, skall den tillkommande behandlingen betalas enligt tandvårdsförsäkringens avgiftssystem.

3.1.1 Behandling vid medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning.

Till medfödda missbildningar räknas i detta avseende till exempel:

- läpp-, käk och gomdefekter
- käkanomalier
- maxillär- och mandibulär prognati
- maxillär- och mandibulär retrognati
- hemifacial atrofi
- unilateral hyperplasi av condylen
- tandanomalier
- aplasi
- omfattande fluoros
- amelogenesis imperfekta
- dentinogenesis imperfekta
- hereditär hypofosfatemi
- tandanomalier vid dysostosis cleidocranialis

Anomalier som är begränsade till felställda tänder eller onormalt sammanbitningsläge, missbildningar av ringa omfattning, t.ex. emaljhypoplasier på enstaka tänder, omfattas inte av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. Inte heller apasier som enbart drabbat en enstaka tand eller ett enstaka par av kontralaterala tänder är en omfattande missbildning som berättigar till behandling enligt dessa avgiftsregler. Undantag bör göras vid enstaka apasier av överkåksframtänder och hörntänder.

3.1.2 Behandling vid defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning.

Följande sjukdomar kan leda till sådana defekter som avses:

- osteoradionekros
- akromegali
- osteomyelit
- tumörer eller tumörliknande förändringar
- reumatoid artrit
- inflammatoriska processer

Såväl behandling av defekten som utförande av den tandvård som erfordras på grund av defekten omfattas av den öppna hälso- och

sjukvårdens avgiftssystem. Åtgärdande av defekter som uppkommit vid olycksfall eller tandvård som följd av olycksfall omfattas inte.

3.1.3 Behandling av skada som uppkommit vid epileptiskt anfall.

Behandling av skador som uppkommit vid fall eller på grund av kraftiga sammanbitningar under anfallet omfattas. Även tandskydd som utförs i förebyggande syfte kan ingå. Förutsättningarna är dels att patienten har epilepsi, dels att det är troligt att skadan uppkommit vid ett epileptiskt anfall. Epilepsin skall styrkas med läkarintyg.

3.1.4 Behandling till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder

Det tandvårdsbehov som omfattas skall vara långvarigt och väsentligt ökat till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Endast åtgärder som har samband med den långvariga sjukdomen eller funktionshindret omfattas.

Med långvarigt ökat tandvårdsbehov avses att behovet skall ha funnits under minst ett år.

Med väsentligt ökat tandvårdsbehov avses att behovet skall väsentligt överstiga vad som är vanligen förekommer hos en frisk patient i samma ålder med motsvarande tandstatus. Behov av årlig undersökning, ett par röntgenbilder, förebyggande åtgärder vid ett par tillfällen per år samt behandling av ett par kariesangrepp är inte ett väsentligt ökat tandvårdsbehov. Uppföljningar av utförd behandling är inte heller att anse som ett väsentligt ökat tandvårdsbehov.

Med långvarig sjukdom eller funktionshinder avses sjukdom eller funktionshinder som varat längre än ett år. En sjukdom anses ha börjat den dag diagnosen ställts.

En sjukdom kan ha upphört när tandvårdsbehovet konstateras. Detta är inget hinder för att tandvården skall omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Några exempel på långvariga sjukdomar och/eller funktionshinder är

- Sjögrens syndrom
- ätstörningar såsom anorexi och bulimi
- missbrukssjukdomar
- svårinställd diabetes
- vissa blodsjukdomar
- inflammatoriska led- och bindvävssjukdomar
- inflammatoriska mag- och tarmsjukdomar
- cerebral pares (CP)
- andra funktionshinder som försvårar patientens möjligheter att sköta sin munhygien på egen hand
- organtransplantationer vilka i sin tur kräver långvarig medicinering
- andra sjukdomar som kräver långvarig medicinering som påverkar tandhälsan
- andra sjukdomar eller behandlingar som kan medföra muntorrhet.

Ett stort antal läkemedel kan leda till muntorrhet. Det krävs i allmänhet långvarig medicinering innan sådan muntorrhet som påverkar tandhälsan uppkommer. Graden av muntorrhet uppfattas olika hos olika personer. Muntorrhet kan anses föreligga när sekretionshastigheten i tuggstimulerad saliv understiger eller är lika med 0,7 ml per minut i 5 minuter och när vilosaliven understiger eller är lika med 1,5 ml för en mätperiod om 15 minuter, dvs. 0,1 ml per minut vid upprepade provtagningsstillfällen. Undersökningen skall genomföras av tandläkare eller tandhygienist på ett standardiserat och vedertaget sätt.

Skador som kan uppkomma till följd av långvariga allmänna sjukdomar och funktionshinder är exempelvis karies, frätskador och parodontit.

Tandsjukdomar som t.ex. karies och parodontit är inte sådana sjukdomar som i sig ger rätt tandvård inom hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Denna rätt föreligger enbart då dessa sjukdomar är en följd av allmänsjukdom.

Åtgärder som kan falla inom ramen för hälso- och sjukvårdens avgiftssystem är exempelvis fyllningar, kronor, broar och implantat.

Behandlingar som inte kan hänföras till långvarig sjukdom eller funktionshinder omfattas inte av avgiftssystemet. Exempel på sådana är omgörning av skadade fyllningar, revidering av gamla rotfyllningar samt protetisk terapi vars indikationer förelåg innan

det ökade tandvårdsbehovet uppkom och som inte har samband med allmänsjukdom.

Sjukdomen eller funktionshindret bör styrkas med läkarintyg. Av detta bör framgå diagnos och datum för diagnosen, symtom och dess intensitet, eventuell behandling samt i så fall när och hur länge olika behandlingar skett. Läkarintyget behöver inte vara nyligen utfärdat. Äldre intyg eller remisser från läkare, varav de angivna uppgifterna framgår, kan godtas.

Av tandläkarens underlag för landstingets bedömning skall framgå vilket långvarigt ökat vårdbehov som anses föranlett av den långvariga sjukdomen eller funktionshindret. Det skall också framgå att ökningen är väsentlig.

Vid landstingets bedömning av sambandet mellan den bakomliggande sjukdomen eller funktionshindret och behovet av tandvård bör landstinget anlita läkare om sambandet är oklart.

3.2 B – Infektionssanering som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid.

Behandlingen skall syfta till att avlägsna infektioner i munhålan så att dessa inte försämrar resultatet av den medicinska behandlingen. Behandlingen kan också syfta till att minska risken för komplikationer i munhålan till följd av den medicinska behandlingen.

En förutsättning för att en infektionssanering skall ingå i sjukvårdens avgiftssystem är att en läkare remitterat patienten till tandvården för undersökning, utredning och eventuell behandling innan, i samband med, eller efter den medicinska behandlingen och där den odontologiska utredningen och/eller behandlingen är en väsentlig förutsättning för denna.

Den odontologiska verksamheten förutsätts ske under begränsad tid, vilken vanligtvis är under den tid den medicinska behandlingen pågår. Tidsgränsen ett år bör därmed sällan överskridas genom att den odontologiska behandlingen i detta sammanhang mindre ofta kräver längre tid för att genomföras.

Omfattande behandling bör i förväg prövas av landstinget. Därvid bör bedömas dels om patienten är berättigad till tandvård mot avgift som för öppen hälso- och sjukvård, dels om den föreslagna behandlingen är lämplig med hänsyn till patientens allmäntillstånd och behov, dels om det begärda priset är skäligt. Vad som är omfattande behandling bestäms av landstinget.

Utredning och infektionssanering kan vara aktuell för

- Patienter som skall genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav. Här avses patienter som skall bli föremål för transplantationskirurgi respektive hjärt-kärlkirurgi. Patienter som skall genomgå transplantation skall hållas infektionsfria under väntetiden.
- Patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått infektiösa förändringar i munslemhinnan. Här avses sjukdomar och behandlingar som kan ge förändringar i munslemhinnan t.ex. vid vissa allvarliga blodsjukdomar, immunologiska sjukdomar, symtomgivande HIV-infektion och behandling av tumörer med cytostatika.
- Patienter som har allvarliga infektioner i munhålan som påverkar allmäntillståndet eller grundsjukdomen. Här avses personer som har någon allmänsjukdom som utreds eller behandlas av läkare, och där remitterande läkare misstänker att en infektion i tänder och munhåla påverkar sjukdomsförloppet.
- Patienter som skall genomgå strålbehandling i öron-, näs-, mun-, eller halsregionen eller cytostatikabehandling mot tumörer.

De tandvårdande insatserna avser utredning inklusive röntgenbilder, infektionsbehandling samt erforderliga kontroller inom ett år. Fyllningar och temporära protetiska arbeten bör utföras om infektionssaneringen orsakat tandförluster vilka medför betydande men för patienten.

3.3 C – Övrig tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid

En förutsättning för att tandvården skall ingå i sjukvårdens avgiftssystem är att en läkare remitterat patienten till tandvården för undersökning, utredning och eventuell behandling innan, i samband med, eller efter den medicinska behandlingen och där den odontologiska utredningen och/eller behandlingen är en väsentlig förutsättning för denna.

Den odontologiska verksamheten förutsätts ske under begränsad tid, vilken vanligtvis är under den tid den medicinska behandlingen pågår. Tidsgränsen ett år bör därmed sällan överskridas genom att

den odontologiska behandlingen i detta sammanhang mindre ofta kräver längre tid för att genomföras.

Omfattande behandling bör i förväg prövas av landstinget. Därvid bör bedömas dels om patienten är berättigad till tandvård mot avgift som för öppen hälso- och sjukvård, dels om den föreslagna behandlingen är lämplig med hänsyn till patientens allmäntillstånd och behov, dels om det begärda priset är skäligt. Vad som är omfattande behandling bestäms av landstinget.

3.3.1 Behandling vid utredning av långvariga svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen

Behandlingen avser patienter med långvariga, svåra smärtor i ansikts- och käkregionen, som inte är att hänföra till enstaka tand eller tandgrupp. En grundläggande förutsättning för att bestämmelserna om vårdavgift för öppen hälso- och sjukvård skall gälla är att patienten utreds på smärtklinik, neurologklinik, av medicinsk smärtspecialist eller motsvarande. Remisser från tandläkare, allmänläkare, öron-, näs- och halsläkare m.fl. berättigar inte till behandling mot avgift som för öppen hälso- och sjukvård om inte denna smärtutredning har kommit till stånd.

Tandvården kan omfatta bettfysiologisk utredning, bettskena och övriga bettfysiologiska behandlingsmoment. Protetisk behandling ingår inte. Recidivbehandling av utredd smärtproblematik ingår inte.

3.3.2 Behandling vid allvarlig sömnapné

Med allvarlig sömnapné avses ofrivilliga andningsuppehåll under sömn som påverkar allmäntillståndet.

Utredning och behandlingsplanering skall genomföras av läkare med specialitet i lungmedicin eller öron-, näs- och halssjukdomar. Om behandlingen består av tandställning som drar fram underkänen, omfattas denna av avgiftssystemet för öppen hälso- och sjukvård. Förnyelse av tandställning omfattas också om den är medicinskt indicerad. Tandställning som framställs mot socialt störande snarkning utan att sömnapné syndrom konstaterats omfattas inte.

3.3.3 Behandling vid extrem tandvårdsrädsla

Den som är extremt tandvårdsrädd och har mycket svår tandvårdsfobi har under vissa förutsättningar rätt till tandvård och fobibehandling mot avgift som för öppen hälso- och sjukvård. Målet skall vara att rehabilitera patienten från tandvårdsfobin under en behandlingsomgång, så att fortsatt tandbehandling kan ske enbart inom tandvården.

Som extremt tandvårdsrädd skall den anses som

1. trots ett stort objektiva och subjektiva behandlingsbehov under ett stort antal år avhållit sig från tandbehandling, bortsett från kortvariga, akuta ingrepp och som
2. vid utredning hos både tandläkare och legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut eller psykiater bedömts lida av mycket svår tandvårdsfobi samt
3. en eller flera gånger erhållit tandvård under generell anestesi på grund av sin tandvårdsfobi eller
4. genom psykometriskt test visat sig ha allvarlig tandvårdsfobi.

För att erhålla behandling enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem skall kriterierna 1 och 2 vara uppfyllda samt minst ett av kriterierna 3 och 4.

För att behandlingen av personer med extrem tandvårdsrädsla skall omfattas av bestämmelserna om vårdavgift krävs att behandlingen utförs av en tandläkare eller tandhygienist som har en inte obetydlig erfarenhet av patienter med mycket svår tandvårdsfobi och att tandläkare eller tandhygienist utför behandlingen i samverkan med legitimerad psykolog, psykoterapeut eller psykiater.

Med samverkan avses att psykologen, psykoterapeuten eller psykiatern arbetar viss tid vid tandvårdsmottagningen och där har direkt kontakt med den aktuella patienten. Vidare krävs att det finns en behandlingsplan som patienten har accepterat.

Hälso- och sjukvårdens avgiftssystem omfattar dels den behandling av psykolog etc. som avser att bota själva tandvårdsfobin, dels den tandvård som utförs under fobibehandlingen. Den tandvård som utförs sedan behandlingen av tandvårdsrädslan är avslutad, betalas enligt tandvårdsförsäkringens regler.

Behandlingen av tandvårdsfobin anses avslutad när patienten bedöms kunna klara av fortsatt tandvård utan medverkan av psykolog, psykoterapeut eller psykiater.

Om patientens fobi inte kan botas och fobibehandlingen därför avbryts, upphör rätten till tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem för den tandvård som återstår sedan fobibehandlingen avbrutits.

3.3.4 Utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktion mot dentala material

En förutsättning för att bestämmelserna om vårdavgift skall gälla är att det finns ett verifierat samband mellan det dentala materialet och den avvikande reaktionen, lichenförändringen eller allergin.

En allergiutredning skall göras av en specialistkompetent läkare med behörighet i dermatologi eller allergologi.

Vid symtomgivande lichenförändringar eller symtomgivande lichenoida reaktioner i anslutning till dentala material bör utredning om ett eventuellt samband mellan lichenförändringarna och det dentala materialet göras av medicinsk eller odontologisk specialist eller annan tandläkare med stor erfarenhet inom området.

3.3.5 Utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering

Den som i samband med långvariga sjukdomssymtom får sina tandfyllningar utbytta som ett led i en medicinsk rehabilitering betalar utbytet med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Ett säkert samband mellan symtom och fyllningar behöver inte föreligga.

Utbyte av tandfyllningar bör ske efter en utredningsplan som upprättas under ledning av en läkare med specialistkompetens inom ett område med anknytning till något eller några av patientens symtom. Utredningen skall ha kommit så långt att de flesta andra faktorer som kan förknippas med sjukdomstillståndet har uteslutits eller åtgärdats innan utbyte av tandfyllningar kan bli aktuellt. Läkarintyget skall ange att utbytet av tandfyllningarna är ett led i patientens rehabilitering.

Vid landstingets bedömning av läkarintyg bör läkare anlitas.

3.3.6 Övrig utredning och behandling

Här avses vävnadsprovtagning (biopsi) och laboratorieundersökning (PAD).

Här avses även utredning och viss behandling där läkare begär utredning av oralmotoriska störningar, sjukdomar i salivkörtlar, eller andra orala avvikande reaktioner vilka misstänks påverka ett sjukdomsförlopp. Utbyte av fyllningar behandlas i särskilt avsnitt. Konserverande eller protetisk behandling ingår inte.

3.4 D – Utredning och behandling av grav parodontal sjukdom under en begränsad tid.

Syftet med utredningen och behandlingen är att minska risken för allvarlig allmänsjukdom på grund av infektion i parodontiet.

För att vårdavgift enligt reglerna för öppen hälso- och sjukvård skall gälla för tandvård vid grav parodontal sjukdom ställs följande krav:

- Patienten skall ha en fästeförlust på 2 mm generellt i bettet enligt röntgenundersökning samt ha tecken på akut sjukdomsprocess dvs. blödande tandkött.
- Patienten skall ha undersökts och terapiplanerats samt behandlas och följas upp av specialist i parodontologi. Behandlingen kan utföras av tandhygienist eller allmäntandläkare under förutsättning att den är planerad och följs upp av specialist i parodontologi.
- Behandlingen skall i förväg prövas av landstinget. Därvid skall bedömas dels om patienten är berättigad till tandvård mot avgift som för öppen hälso- och sjukvård, dels om den föreslagna behandlingen är lämplig med hänsyn till patientens allmäntillstånd och behov, dels om det begärda priset är skäligt.

Behandlingen skall omfatta den infekterade vävnaden. I behandlingen ingår extraktion, parodontalkirurgiska åtgärder, depuration och uppföljning samt instruktion i egenvård. Temporära protetiska ersättningar ingår om tandförluster medför betydande men för den enskilde. Behandling med vävnadsregenererande metoder ingår inte i avvaktan på pågående utvärdering inom SBU.

All behandling bör i förväg bedömas av landstinget.

Bestämmelserna om vårdavgift gäller under den aktiva sjukdomsperioden varför behandlingen bör vara avslutad inom ett år.

Patienter som redan är utredda, behandlas eller går på recidivkontroller för parodontal sjukdom omfattas inte av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Patienter som är terapieresistenta vad avser parodontal behandling skall inte fortlöpande betala sin behandling av parodontal sjukdom enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Morgondagens tandläkare – om utbildningen, jobben och framtiden

En intervjuundersökning bland nionde och tionde terminens studenter vid tandvårdsutbildningarna i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå

Karin Nilsson Kelly

Inledning

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 har i uppdrag att komma med förslag om hur den framtida tandvården bör organiseras och personalförsörjningen fungera. För att få en bild av hur morgondagens tandläkare ser på sin utbildning och framtida yrkesroll har utredningen gjort enskilda intervjuer med studenter på den nionde och den tionde terminen vid tandvårdsutbildningarna i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå.

Sammanlagt har 20 studenter intervjuats – fem från varje utbildningsort. Valet av studenter har skett slumpmässigt, men utifrån principen att sammansättningen av varje intervjugrupp skulle motsvara elevsammansättningen på skolan och att hela intervjugruppen om 20 personer skulle ha en liknande profil som hela årskullen tandläkarstudenter.

Tandläkarutbildningen tillhör de högskoleutbildningar som vid de senaste antagningstillfällena haft den lägsta medianåldern, 21,5 år. Kvinnorna utgör cirka 60 procent och drygt hälften av studenterna har utländsk bakgrund. Den största enskilda gruppen utgörs av kvinnliga studenter som är födda på sjuttioalet och har utländsk bakgrund. Av de intervjuade studenterna är åtta kvinnor och sju män födda på sjuttioalet och tre kvinnor och två män födda på sextioalet. Tolv av de intervjuade har utländsk bakgrund.

Intervjuerna ägde rum under hösten år 2001 och varje intervju tog cirka en timme i anspråk. De frågeområden som diskuterades var motiven bakom yrkesval och val av studieort, uppfattning om utbildningen och om den egna kompetensen, inställning till yrket och förväntningar på det första jobbet och framtidsplaner i ett

längre perspektiv, hur man anser att den framtida tandvården bör organiseras och vilken roll man själv vill ha i den organisationen. Denna rapport är en sammanställning av studenternas svar (med studenter avses i texten de personer som intervjuats om inte annat framgår). Det går givetvis inte att dra några generella slutsatser av sammanställningen eftersom intervjuunderlaget är så litet och inte fyller några krav på fullständig representativitet. Därför har utredningen valt att inte göra någon jämförande analys av svaren eller redovisa dem skola för skola, men även om studenterna inte representerar några andra än sig själva är deras åsikter väl värda att lyfta fram och de utgör en viktig del av utredningens samlade beslutsunderlag.

Sammanfattning

För att få reda på hur morgondagens tandläkare ser på sin utbildning och framtida yrkesroll har Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 intervjuat sammanlagt 20 studenter vid tandvårdsutbildningarna i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. Intervjuerna ägde rum under höstterminen år 2001. Av de intervjuade studenterna är 11 kvinnor och 9 män, 15 är födda på 1970-talet och 12 har utländsk bakgrund.

Intervjuerna fokuserade på följande områden: studenternas uppfattning om utbildningen, den egna yrkeskompetensen och rollen som tandläkare samt deras förväntningar och krav på det första jobbet och framtidsplanerna på längre sikt. Avslutningsvis diskuterades hur tandvårdsstödet bör utformas och den framtida tandvården organiseras.

För majoriteten av de intervjuade var tandläkaryrket ett mycket medvetet yrkesval. 16 av dem hade sökt utbildningen i första eller andra hand och många hade sökt utbildningen flera gånger innan de kom in. De avgörande faktorerna vid val av studieort var i första hand närheten till hemorten och därefter utbildningens anseende medan utbildningens innehåll kom långt ner på listan.

Skälen till att man vill bli tandläkare är i första hand patientkontakten. Därefter nämns att yrket är innehållsrikt och rymmer goda utvecklingsmöjligheter inom många olika områden. Även en attraktiv arbetsmarknad nämns som skäl att vilja bli tandläkare. Ingen av de intervjuade ångrar sitt yrkesval utan man ser fram emot

yrkeslivet med i huvudsak positiv förväntan även om några redan nu oroar sig för hög arbetsbelastning såväl psykiskt som fysiskt.

Majoritet av de intervjuade är i huvudsak nöjda med sin utbildning, men det finns ett fåtal studenter som inte tycker att den har motsvarat deras förväntningar för att organisationen har varit dålig. Mest nöjd är studentgruppen i Malmö där undervisningsmetoden problembaserat lärande tillämpas. Malmöstudenterna är både nöjda med den teoretiska undervisningen och den kliniska färdighetsträning man fått medan Umeåstudenterna lyfter fram den kliniska praktiken och studenterna i Stockholm och Göteborg den teoretiska kunskapsbas och medicinska grundkompetens som de menar att utbildningen förmedlat.

Den kliniska träningens omfattning skiljer sig mellan de olika utbildningsorterna, men generellt är studenterna nöjda med omfattningen av den kliniska träningen och med balansen mellan klinik och teori.

Tandvården genomgår stora förändringar och utvecklingen går snabbt. Vid samtliga högskolor anser en majoritet av studenterna att utbildningen har gett dem bra redskap för att de ska kunna hålla sig ajour med utvecklingen och tillräcklig träning i att söka kunskap och värdera vetenskaplig information.

En sammanfattning av studenternas kritik:

- Lärare- och patientbrist riskerar först och främst att göra kliniktiden ineffektiv, men även de teoretiska momenten drabbas.
- Kunskapsnivån hos studenterna styrs i för hög grad av tillgången på patienter.
- Brist på IT och modern teknik i utbildningen.
- För lite flexibilitet i undervisningen och för få valmöjligheter för individen.
- För lite teamtandvård och undervisning om arbetsorganisation och arbetsledning.

På frågor om hur man ser på teamtandvård, samarbetet med andra tandvårdsyrken och tandläkarens arbetsledande funktion svarar majoriteten att de inte tyckte att utbildningen har gett tillräcklig träning i teamtandvård eller kunskap om olika arbetsmodeller och andra yrkesgruppers kompetens. Studenterna tycker inte heller att

de har fått tillräckligt med träning i att leda och organisera arbetet på en klinik och de flesta har en ganska traditionell uppfattning om hur personalsammanställningen på en klinik bör vara; en tandläkare på en till två tandsköterskor och två till tre tandläkare på en tandhygienist. Man vill ha en tandsköterska som assistent – inte en tandhygienist, det uppfattas som slöseri med tandhygienisternas kompetens.

De studenter som går den tionde och sista terminen svarar genomgående ja på frågan om de känner sig mogna att arbeta självständigt som tandläkare, men man räknar med att det kommer att ta cirka ett år innan man känner sig helt trygg i sin yrkesroll. De flesta vill ha handledning den första tiden, men ingen vill ha tillbaks den AT-tjänstgöring som tidigare fanns eftersom man befarar att det skulle snedvrída konkurrensen gentemot andra länders tandläkarutbildningar.

Som första jobb tänker sig det stora flertalet ett arbete inom folktandvården på eller nära hemorten eller studieorten. Det viktigaste krav man ställer på arbetet är att det finns möjlighet till handledning och kunskapsutveckling. Bra arbetstid och en bra lön prioriteras också högt. Cirka 25 000 kronor anses vara en rimlig ingångslön och man ser framför sig en snabb och bra löneutveckling.

Nästan ingen av de intervjuade kan tänka sig att arbeta på en liten klinik som ensam tandläkare. Skälen är främst att man inte tror att det är tillräckligt stimulerande och utvecklande, men också att man inte känner sig yrkesmässigt beredd. Att vara omgiven av arbetskamrater och ha tillgång till andras kunskap är mycket viktigt för de allra flesta. Det är inte heller många som kan tänka sig att flytta till en mindre ort utan man vill bo och arbeta i en storstadsregion där de ”strategiskt viktiga jobben och utvecklingsmöjligheterna finns”.

Många av studenterna talar om att flytta utomlands, men det är få som har konkreta planer. Det som lockar utomlands är förväntan om en hög lön och upplevelsen att bo och arbeta i ett annat land. Det som avskräcker är rykten om ett högt arbetstempo och sämre kvalitet på vården. Nästan alla som vill arbeta utomlands ämnar återvända till Sverige efter ett eller ett par år.

Nästan lika vanlig som önskan att flytta utomlands är önskan om att bli specialist. Hälften av de intervjuade uppger att de vill bli specialist av något slag. De flesta vill bli oralkirurg eller ortodontister. En del uppger att de vill bli specialister för att de ser det

som den enda möjligheten att komma vidare yrkesmässigt och de efterlyser fler karriärmöjligheter för allmäntandläkare.

Slutligen ställdes frågan hur samhället bör prioritera när antalet tandläkare minskar, befolkningen blir allt äldre och efterfrågan på estetisk tandvård ökar? Studenterna är överens om att samhället i första hand ska satsa på den långsiktigt förebyggande vården för alla åldersgrupper och flertalet anser att de unga vuxna är den grupp som ska prioriteras. Man menar att det är hälsostrategiskt fel att lägga stora resurser på reparativ tandvård för äldre och man anser att tandvårdsstödet även till de äldre i första hand bör främja bas-tandvården. Förslaget om ett högkostnadsskydd för protetik för äldre avvisas av nästan samtliga med motiveringen att det är både värddrivande och kostnadsdrivande.

Bakgrund

Tandläkare utbildas vid universiteten i Göteborg och Umeå, vid Karolinska Institutet i Stockholm och vid Malmö högskola. Det finns 180 utbildningsplatser för tandläkare per år. I praktiken är emellertid antalet nyexaminerade tandläkare betydligt färre eftersom många studenter inte slutför studierna. Mellan åren 1990 och 1999 utexaminerades i genomsnitt cirka 180 tandläkare per år. År 2000 hade siffran sjunkit till 150 och år 2000 tog knappt 140 studenter ut sin examen, enligt uppgift från högskolorna.

Tandläkarutbildningen omfattar 200 poäng, vilket motsvarar fem års heltidsstudier. De övergripande bestämmelser som gäller för tandläkarutbildningen uttrycks i högskoleförordningen. Därutöver har varje utbildningsort lokala mål. Utbildningen skiljer sig mellan de olika högskolorna, men överallt betonas vikten av att integrera teoretiska studier med klinisk praktik och förbereda studenterna för ett livslångt lärande.

I Malmö ställs den kliniska kompetensen i centrum och den kliniska träningen motsvarar 30 procent av den totala schemalagda och lärarledda tiden. Från och med den andra terminen behandlar studenterna egna patienter på skolans klinik. Undervisningen bygger alltigenom på s.k. problembaserat lärande där inläring och problemlösning är centrala begrepp.

Ett viktigt syfte med utbildningen i Göteborg är, enligt kursledningen, att ge de studerande en vetenskaplig kunskapsbas. Utbildningen beskrivs som yrkesförberedande och det betonas att

kontinuerlig vidareutbildning är nödvändig. Det pågår för närvarande en förnyelse av utbildningen där en mer studentaktiverande pedagogik introduceras.

Vetenskapsteori och forskning utgör en central del av utbildningen vid Karoliniska institutet i Stockholm. I de lokala målen betonas att utbildningen skall ge de kunskaper som krävs för kommande praktisk yrkesverksamhet och för att kunna följa den framtida utvecklingen inom det odontologiska och biomedicinska området.

I Umeå är en viktig målsättning att åstadkomma en god balans mellan teori och klinik. I utbildningen ingår sammanlagt 2 200 timmar av klinisk träning (vilket är det högsta antalet kliniska timmar som angetts för alla utbildningsorterna). I ett förslag till förändrad studieplan har föreslagits att den kliniska delen av undervisningen skall minska med 20 procent för att ge mer utrymme för teoretiska studier.

Val av utbildning och uppfattning om yrket

Att bli tandläkare är ett medvetet yrkesval. Av de intervjuade hade åtta sökt tandläkarutbildningen i första hand. Ytterligare åtta hade sökt läkarutbildningen i första hand och tandläkarutbildningen i andra hand. Flera hade sökt utbildningen ett antal gånger innan de blev antagna. Ett fåtal uppger att de hamnade på utbildningen mest av en slump, men alla var inriktade på någon form av vårdutbildning eller så hade man biologisk och farmakologisk som sitt huvudsakliga intresse.

Val av studieort

Om inte intagningspoängen varit avgörande är närheten till hemorten den viktigaste faktorn i val av studieort. Man vill helst studera där man bor. Det gäller särskilt de äldre studenterna med familj, men i hög grad även de yngre. En del har tackat ja till en utbildning de valt i andra hand hellre än att flytta från sin hemort. Även utbildningens vetenskapliga anseende, internationella gångbarhet och attraktionskraft på den svenska arbetsmarknaden nämns som viktiga faktorer vid val av studieort. Men det var endast

ett fåtal som hade jämfört de olika tandläkar-utbildningarna innehållsmässigt innan de valde utbildningsort.

Tandläkarutbildningen i Malmö är den som mest skiljer sig från de övriga genom den konsekventa användningen av undervisningsmetoden "problembaserat lärande" PBL. Det var emellertid ingen av de intervjuade som kände till detta, eller visste vad problem-baserat lärande innebar, när de sökte utbildningen.

Varför vill man bli tandläkare

Kontakten med patienterna och möjligheten att hjälpa människor är de skäl som oftast anges varför man vill bli tandläkare. På tät andraplats kommer att yrket är så mångfasetterat och rymmer bra utvecklingsmöjligheter inom flera olika områden.

Enligt studenternas beskrivning kräver yrket såväl analytisk förmåga och social kompetens som hantverksskicklighet och känsla för estetik samtidigt som det förutsätter en gedigen kunskapsbas, vilket uppfattas som mycket positivt. Därtill kommer en attraktiv arbetsmarknad:

"Du kan jobba inom offentlig sektor, öppna eget eller arbeta internationellt. Det är helt enkelt en mycket lockande arbetsmarknad."
(Stockholmsstudent)

Studenterna framhåller vidare att det är ett självständigt och oberoende arbete som de tror går att kombinera med familj och en meningsfull fritid. Ytterligare motiv till yrkesvalet är att tandläkar-yrket har bra anseende och att det uppfattas som tryggt. Däremot anser inte någon att det har hög status att vara tandläkare idag. Många uttrycker besvikelse över låga löner och menar att de långa studierna och ansvaret man har som tandläkare borde motivera en betydligt högre lön.

Utbildningen har förändrat synen på yrket

Den djupare inblick i yrket som utbildningen givit har medfört för nästan samtliga av de intervjuade att den positiva inställning de tidigare hade till yrket ytterligare har förstärkts. Arbetet är betydligt mer omväxlande och rymmer fler utvecklingsmöjligheter än de

hade föreställt sig. Många betonar också att mötet med patienterna är roligare än vad de någonsin trott.

En negativ erfarenhet är emellertid att arbetet är betydligt mer stressigt och fysiskt krävande än vad man varit medveten om. Många var oförberedda på det höga tempot och den "dåliga arbetsmiljön". I synnerhet är det flera av de yngre kvinnliga studenterna som oroar sig för stressen i yrket och de anser att riskerna för belastningsskador och andra arbetsskador inte har uppmärksamats tillräckligt i utbildningen.

Den största förändringen i studenternas inställning till tandläkaryrket gäller dock uppfattningen om den väntande arbetsmarknaden och tillgången på jobb. Sedan studenterna påbörjade sin utbildning har arbetsmarknaden för tandläkare i grunden förändrats. Då, för fem år sedan, rädde det arbetslöshet bland tandläkare och många avrättades från att söka utbildningen. Idag står arbetsgivarna i kö och studenterna tror att de kan ställa ganska långtgående krav redan på sin första arbetsplats.

Uppfattning om utbildningen

De flesta är nöjda med utbildningen och ser fram mot sitt kommande yrkesliv. De kan tänka sig att rekommendera andra att göra samma yrkesval, även om några varnar för att utbildningen är "mer krävande än vad man föreställer sig" och att den är svår att kombinera med familj. Ett fåtal studenter tycker inte att utbildningen har levt upp till deras förväntningar, men det är i första hand inte utbildningens innehåll som kritiserats utan organisation och ledning.

Övergripande omdömen

Genomströmningen av studenter på tandläkarutbildningen är förhållandevis låg, men har ökat under senare år. Skälen till att många hoppade av utbildningen under de första åren tror man är den osäkerhet som då rädde på arbetsmarknaden, men även det sätt på vilket utbildningen var organiserad. Tidigare inleddes studierna, framförallt i Stockholm och Göteborg, med omfattande teoretiska studier, nästan helt utan patientkontakt. Idag har den kliniska prak-

¹ På 180 utbildningsplatser utexamineras årligen cirka 150 tandläkare.

tiken tidigare lagts vid samtliga högskolor.² Detta tror studenterna är en förändring som kan leda till färre avhopp eller att de sker på ett tidigare stadium av utbildningen eftersom man vet tidigare om man passar som tandläkare eller inte. ”*Det är lite sent att märka efter två års studier att man inte klarar av kontakten med patienter.*” säger t.ex. en student i Stockholm.

Inställningen till att utbildningen förändrats är emellertid inte odelat positiv. I Stockholm och Göteborg där utbildningen tidigare inleddes med ett omfattande teoriblock i allmänmedicin och oral medicin som sträckte sig över fyra terminer, säger flera av studenterna att även om de tidigare var mycket kritiska till detta upplägg så uppskattar de idag den teoretiska kunskapsbas och medicinska grundkompetens som de anser att utbildningen har gett dem. De ser det som en trygghet i arbetet inte minst med de äldre patienterna och de tror att det är en kunskap som kommer att efterfrågas i än högre grad i framtiden när patienterna blir äldre och sjukare.

Skillnader i uppfattning om utbildningarna

Tandläkarutbildningarna vid de fyra högskolorna skiljer sig åt i vissa avseenden och det gör även studenternas uppfattning om dem. En majoritet av samtliga intervjuade är övervägande positiv till utbildningen, men graden av nöjdhet varierar mellan de olika utbildningsorterna. I Stockholm och Göteborg framhålls i första hand utbildningens teoretiska förtjänster, medan man i Umeå mer betonar den kliniska färdigheten och hantverkskunnandet. Malmöstudenterna har det tydligast uttalade helhetsperspektivet.

Utbildningarna i Stockholm och Göteborg beskrivs som en plattform att gå vidare ifrån. Framförallt i Göteborg betonar studenterna att utbildningen är en grundutbildning som inte gör dem till fullärda tandläkare, men som ger en trygg och säker grund inför den kommande yrkesutövningen.

Även Umeåstudenterna menar att utbildningen ger en bra bas för den kommande yrkesutövningen. Det man särskilt uppskattar är den omfattande kliniska träningen främst inom ämnesområdena cariologi och parodontologi. Om möjligt skulle man vilja ha ännu

² I senare kursplaner har det inledande teoriblocket brutits upp och arbetet med patienter kommer in tidigare i undervisningen bl.a. som en konsekvens av kritik från studenterna, men dagens avgångsklasser har läst enligt den gamla studieordningen.

fler kliniska timmar och kritiken är hård mot planerna på att minska antalet kliniktimmars i den nya kursplanen. Utbildningen uppfattas som modern, och med tillgång till modern avancerad teknik.

Malmöstudenterna är genomgående de som är mest positiva till sin utbildning. För nästan samtliga intervjuade har utbildningen överträffat förväntningarna. Man framhåller särskilt den omfattande patientkontakten genom hela utbildningen och att arbetet med patienter började redan under den andra terminen.

Problembaserat lärande

I Malmö tillämpas s.k. problembaserat lärande (PBL). Studiemetoden beskrivs av studenterna som bra men krävande. Undervisningen betonar ett självständigt kunskapssökande och vikten av källgranskning.

Vidare betonar studenterna sin förmåga att samarbeta. Inläringen sker alltid gruppvis och en positiv bieffekt av denna undervisningsmodell uppges vara att studiegruppen svetsats samman eftersom man under fem års tid tvingas att umgås och gemensamt lösa problem. Denna förmåga att samarbeta tror man kommer vara till stor nytta i det kommande yrkeslivet.

Den kritik som framförs mot utbildningen och PBL som undervisningsmetod är att undervisningen är tidskrävande och att det saknas tid för egna studier. Ytterligare kritik är att lärarna tenderar att underskatta de problem studenterna inledningsvis ställs inför genom undervisningsmetoden, vilket kan göra den första tiden onödigt svår.

Utbildningen i Malmö får generellt mycket positiva omdömen av de egna studenterna medan däremot studenter som läst vid andra fakultet är skeptiska till utbildningen i Malmö och undervisningsmetoden PBL. Metoden uppfattas som ineffektiv och rörig och man säger sig föredra mer traditionella undervisningsmetoder. Studenterna i Malmö å sin sida uttrycker kritik mot skolledningen för att man inte lyckats marknadsföra utbildningen bättre.

En sammanfattning av studenternas kritik

Läraryr- och patientbrist:

En återkommande kritik främst i Stockholm och Göteborg, är att lärarna har varit för få vilket har lett till att väntan på klinikal ofta blivit onödigt lång, men även de teoretiska momenten uppges ha drabbats av läraryrbristen. Det har också saknats lärare med specialistkompetens eller så tycker man att specialistlärarnas kompetens utnyttjats dåligt i undervisningen. Studenterna anser även generellt att det inte har funnits tillräckligt med patienter på studentklinikerna och särskilt inom områdena oral kirurgi och protetik är uppfattningen att patienterna varit för få. Även inom endodontin har det saknats patienter och flera studenter klagat över att de gjort för få rotfyllningar. Sammantaget leder läraryr- och patientbristen, enligt studenterna, till att kliniktiden alltför ofta blir ineffektiv.

Slumpartad eller bristfällig kunskap:

En annan genomgående kritik är att det är lite slumpartat vad man kan efter genomgången utbildning beroende på vilka patienter man fått.

Brist på IT och modern teknik:

Utbildningarna kritiseras för att vara alltför traditionella och inte använda de möjligheter som dagens teknik erbjuder i tillräcklig omfattning. "Varför tvinga studenterna till skolan kl. 8 på morgonen för att lyssna på föreläsningar som kan läggas ut på nätet?" var t.ex. en förekommande fråga. Studenterna anser sig inte heller ha fått tillräcklig kunskap om hur modern teknik kan användas inom odontologin. Utbildningarna tros dock ha förbättrats avsevärt i detta avseende under senare år.

Kunskapskrav och flexibilitet:

Den generella uppfattningen är att utbildningarna rent kunskapsmässigt är mycket innehållsrika och krävande men uppfattningen förekommer också att kunskapskraven är för lågt ställda och att det är för lätt för studenter med ofullständiga kunskaper att gå vidare i utbildningen. Flera studenter är också kritiska till vad de uppfattar som ganska lästa och oflexibla utbildningar och menar att det borde finnas större utrymme för enskilda val och individuell studieinriktning åtminstone under de sista terminerna. Det gäller framförallt de forskningsförberedande och vetenskapsteoretiska momenten i undervisningen.

Övrigt:

För lite akuttandvård samt dålig studievägledning och arbetsmarknadsinformation för avgångsklasserna.

Balansen mellan teori och klinik

Generellt är studenterna nöjda med balansen mellan teori och klinik och omfattningen av den kliniska träningen. Antalet kliniktimmars där studenterna arbetar med patient skiljer sig ganska väsentligt. I Malmö och Umeå uppgår antalet kliniktimmars till 2 075 respektive 2 200 medan det i Göteborg och Stockholm är cirka 1 400. Uppgifterna har på förfrågan lämnats av högskolorna själva. I Umeå planeras dock antalet kliniktimmars att minska med 400 medan det i Göteborg kommer att öka avsevärt när en ny studieplan tas i bruk. Paradoxalt nog är det studenterna i Umeå som uttrycker den starkaste önskan om fler kliniktimmars, medan studenterna i Göteborg är tämligen nöjda.

Den kliniska träningens omfattning skiljer sig också mellan olika ämnesområden. Överallt tycker en majoritet av studenterna att de fått för lite klinisk träning inom ämnena oral kirurgi och protetik och, på vissa håll, även inom ämnet endodonti. Genomgående beskrivs det som ett problem att den kunskap man i slutändan besitter är så beroende av de patienter man haft under utbildningen.

Göteborg är tillsammans med Stockholm den utbildningsort som har minst antal kliniska timmar men göteborgsstudenterna avvisar genomgående uppfattningen att undervisningen innehållit

för lite klinisk praktik. Deras inställning är istället att den kliniska erfarenheten och hantverkskunnandet snart infinner sig när man börjar arbeta medan den teoretiska kunskapen är svårare att inhämta på egen hand. Stockholmsstudenterna däremot anser generellt att antalet kliniska timmar varit för få.

Studenterna i Malmö anser att den kliniska träningen i stort har varit tillräckligt omfattande. Däremot får patientgenomströmningen och hur patientmottagandet organiseras kritik för att patienterna har varit för få till antalet, vilket medfört att en del studenter inte har fått tillräckligt med klinisk träning inom alla områden.

Kunskapsutveckling och fortbildning

Tandvården genomgår stora förändringar och utvecklingen går mycket snabbt. Studenterna anser genomgående att utbildningen har gett dem tillräcklig träning i att söka kunskap och försett dem med redskap att hålla sig ajour med utvecklingen. Studenterna betonar vikten av kunskapsutveckling och ett livslångt lärande och de anser sig ha god förmåga att hitta och värdera olika slags information.

Hur införskaffas ny kunskap?

På frågan hur man införskaffar ny kunskap och följer med i utvecklingen är de vanligaste svaren att leta på nätet (Medline) eller att fråga mer erfarna kolleger. För många är lärarna och kurslitteraturen den säkraste källan till kunskap eftersom *”det som står där är enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket inte alltid är fallet med materialet på nätet”*, enligt en Malmöstudent.

Alla studenter har också tillgång till Tandläkartidningen och Swedish Dental Journal som de läser mer eller mindre regelbundet.

Krav på fortbildning

Studenterna ser det som en självklarhet att det ska finnas möjlighet till kontinuerlig fortbildning genom yrkeslivet. Två utbildningstillfällen per år uppfattas som ett rimligt krav att ställa på en kommande arbetsplats. En del nämner två till tre veckor som den

tid man bör ägna åt fortbildning genom kurser eller genom att auskultera på olika kliniker.

Hur vidareutbildningen bör organiseras varierar i uppfattning. En del vill helt kunna följa en individuell utvecklingsplan, medan andra anser att det måste vara upp till arbetsplatsen att avgöra vilken kompetens som bäst behövs. De flesta tror på en kombination där man både kan tillfredsställa sina egna och klinikkens behov.

Kritik mot dagens system

Den kritik mot dagens fortbildningssystem som framförs är att det saknas ett bra ramverk för efterutbildningen, vilket man tror kan få konsekvenser för den odontologiska kunskapsutvecklingen i Sverige. Några studenter föreslår att det bör vara Socialstyrelsens uppgift att formulera mål för fortbildningen. Sådana mål skulle t.ex. kunna vara att alla efter fem år i yrket ska ha fått tio veckors fortbildning. Uppfattningen förekommer även att privattandvården diskrimineras av det nuvarande systemet och att det behövs fler aktörer på marknaden när det gäller vidareutbildningen.

Specialistutbildningen

Flera av de intervjuade uppfattade möjligheterna att få en specialisttjänstgöringsplats som alltför begränsade och hårt styrda. Man ansåg exempelvis att landstingen har för stort inflytande över fördelningen av utbildningsplatserna och man efterlyste ett mer neutralt regelverk för fördelningen av platser.

Samarbete med andra yrkeskategorier inom tandvården

För att möta en utveckling mot ett ökat behov av förebyggande tandvård i befolkningen anses en strukturförändring av tandvården vara nödvändig och det krävs en organisationsmodell som i högre grad bygger på arbetsdelning. Därför ställdes frågan om hur studenterna ser på teamtandvård och samarbetet med andra yrkeskategorier inom tandvården.

Studenterna anser över lag att utbildningen inte har gett tillräcklig kunskap om eller erfarenhet av teamtandvård. Många är

osäkra på hur det optimala samarbetet mellan tandläkare och tandhygienister fungerar och på hur tandhygienisternas kompetensområde exakt ser ut. Man efterlyser mer samundervisning med studenter från andra tandvårdsutbildningar.³ Majoriteten av de intervjuade anser vidare att de inte fått tillräcklig med träning i att leda och organisera arbetet på en klinik eller i ett vårdlag och en del uppger att de saknar kunskap i att delegera arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper.

Erfarenhet av och inställning till teamtandvård

”Utbildningen är inte en spjutspets för förändring”

Även om undervisningen i teamtandvård har varit bristfällig i utbildningen var det flera studenter som hade erfarenhet av en sådan arbetsmodell från praktikplatser och sommarjobb. Deras intryck var att teamtandvård är effektivt och rationellt sätt att jobba som gynnar både personal och patienter. Dessa studenter ansåg att utvecklingen mot mer teamtandvård i undervisningen går för långsamt. Tandvården har förändrats, men utbildningen har inte hängt med utvecklingen på arbetsmarknaden, var deras omdöme och utbildningen uppfattas inte som den spjutspets för förändring som den borde kunna vara.

Skälen till trögheten tros vara att det fortfarande finns en utbredd misstänksamhet i tandläkarkåren gentemot tandhygienisternas kompetens. Många sitter också fast i ett förlegat revirtänkande som har sitt ursprung i den arbetsbrist som rädde bland tandläkare i början av 1990-talet. Även tandvårdens hierarkiska struktur nämns som skäl till den tröga förändringstakten.

Intervjuarens kommentar:

Även hos en del av de intervjuade tandläkarstudenterna fanns en viss misstro gentemot tandhygienisternas kompetens. Dessa studenter var inte heller klara över vad som är tandhygienisternas egentliga ansvarsområde.

Vid samtliga odontologiska högskolor finns möjlighet till samarbete mellan tandläkare- och tandhygieniststudenterna. På

³ Det har under senare år införts mer teamtandvård och olika samarbetsprojekt mellan olika studerandegrupper vid samtliga högskolor, vilket studenterna uppfattar som positivt.

vissa håll tycks det emellertid råda oklarhet bland studenterna om vad som är syftet med samarbetet. Tandläkarstudenterna kan remittera patienter till tandhygieniststudenterna men många väljer att inte göra det. Skälen de anför är att

- man vill göra allt själv för att lära sig så mycket som möjligt,
- det går fortare att göra jobbet själv,
- man vill inte bolla patienterna fram och tillbaks,
- det är svårt att få samarbetet att fungera praktiskt och
- lärarna uppmanar inte till samarbete.

Vid ett par av högskolorna finns ett mer organiserat samarbete mellan tandläkar- och tandhygieniststudenterna. I Malmö exempelvis samarbetar varje tandhygieniststudent med två tandläkarstudenter om gemensamma patienter under de två sista terminerna och man kommer tillsammans överens om vem som ska göra vad. Men Malmöstudenterna skiljer sig inte från övriga studenter i hur man ser sin egen roll som tandläkare eller i uppfattningen om vad som är en lämplig personalsammansättning. Majoriteten av alla studenter svarar att en tandhygienist på två, tre tandläkare och en tandläkare på två tandsköterskor är en bra organisationsmodell. De flesta ser också sig själva i en ganska traditionell tandläkarroll med ett tätt samarbete med en tandsköterska, åtminstone till en början. Det är först när man blivit riktigt varm i kläderna som man kan tänka sig att arbeta med mer än en tandsköterska.

Vidare är studenterna mycket tydliga med att de inte vill ha en tandhygienist som assistent och man tycker att det är fel att många tandhygienister idag får arbeta med sådana uppgifter. Det är ett slöseri med tandhygienisternas kompetens och med samhällets resurser, säger flera studenter.

Inställningen till tandsköterskor och deras behov av utbildning

Studenterna anser genomgående att tandsköterskorna är en nödvändig yrkeskategori inom tandvården. Alla uppger att de i första hand kommer att samarbeta med en tandsköterska. De betonar att man måste ha en bra assistent för att kunna vara effektiv som tandläkare. Det är nödvändigt i dagens resultatnriktade tandvård, menar de, och de beskriver bristen på tandsköterskor som ett allvarligt hot mot en effektiv tandvård.

Majoriteten av de intervjuade anser följaktligen att det behövs en tandsköterskeutbildning och vidare att det är statens ansvar att utbilda tillräckligt med tandsköterskor. Den grundläggande utbildningen för tandsköterskor behöver dock inte vara längre än cirka ett år och vidareutbildningen bör vara arbetsgivarens ansvar, enligt tandläkarstudenternas uppfattning.

Uppfattning om den egna yrkeskompetensen

Vid intervju tillfället gick studenterna i Göteborg och Umeå den tionde och sista terminen, medan studenterna i Stockholm och Malmö hade ytterligare en termin kvar. På frågan om man känner sig mogen att arbeta självständigt som tandläkare svarar samtliga studenter från Umeå och Göteborg ja, även om de flesta vill ha en handledare den första tiden.

Sammanfattningsvis svarar studenterna ja på frågan om de känner sig mogna för att arbeta självständigt som tandläkare men de räknar med att det kommer att ta cirka ett år innan de känner sig helt trygga i sin yrkesroll. Att öva upp snabbheten tror de mest optimistiska inte kommer att ta mer än några månader. De flesta vill ha handledning den första tiden, men rätt många tycker att det kan räcka om det finns någon att fråga och att det råder ett öppet och hjälpsamt klimat på kliniken.

Det finns dock vissa områden där de flesta uppger att de känner sig osäkra och måste ha handledning. Det gäller särskilt området oral protetik där man anser att den kliniska träningen under utbildningen har varit otillräcklig eftersom det inte har funnits tillräckligt med patienter.

Nyttan av att ha arbetat på tillfällig legitimation

Alla studenterna från Umeå och Göteborg hade under sommaren arbetat på tillfällig legitimation som tandläkare under i genomsnitt sex veckor. Det var en erfarenhet som gett självförtroende och tillit till den egna förmågan och stärkt dem i uppfattningen att de valt rätt yrkesbana:

”Det var otroligt roligt att jobba och jag märkte att jag är duktig. Jag kunde mycket mer än vad jag trodde. Det sitter där, jag vet hur man gör och jag minns vad jag har lärt mig. Det är tack vare att vi har tränat

så mycket i skolan. Man behöver göra samma moment flera gånger innan man kan." (*Umeåstudent*).

Av dem som arbetat på tillfällig legitimation var alla nöjda med sin insats. De hade kunnat arbeta mer självständigt än de förväntat sig och man tyckte att både snabbhet och "hantverksskicklighet" ökat väsentligt på ganska kort tid. Även förmågan att kommunicera med patienterna upplevde de hade förbättrats. En del menade att de fått större insikt om tandläkaryrket och om hur de själva vill arbeta framöver.

Obligatorisk allmäntjänstgöring före legitimation?

På frågan om man skulle vilja ha tillbaka det AT-år som tidigare fanns efter utbildningen svarar nästan alla nej. En del tycker visserligen att det är synd att den obligatoriska tjänstgöringstiden före legitimation försvann, men man motsätter sig ett återinförande eftersom det skulle snedvrída konkurrensen med utländska utbildningar. Däremot ställer sig de flesta positiva till att börja sin yrkesutövning med någon form av "trainee"-anställning. De flesta ser en sådan "inlärningsperiod" som en förmån som skulle ge trygghet och bättre möjlighet till kompetensutveckling. Några menar dock att sådana anställningar är ett hinder för en snabb yrkesetablering och man ifrågasätter även om det behövs. *"Det kanske är ett kostnadseffektivt sätt att komma tillrätta med den kunskapsbrist som branschen menar finns hos nylegitimerade tandläkare"*, svarar t.ex. en Malmöstudent, men han tycker samtidigt (och många med honom) att det är fel av branschen att ställa så stora produktionskrav på den som är nylegitimerad.

Hur ser framtidsplanerna ut?

I prognoser om den framtida tandläkarkårens storlek har det faktum att många studenter har utländsk bakgrund och att en majoritet är kvinnor nämnts som två faktorer som ytterligare kan bidra till att antalet tandläkare på den svenska arbetsmarknaden minskar liksom antalet årsarbetskrafter. Det bakomliggande resonemanget är att kvinnor har lägre sysselsättningsgrad än män sett över tid och att människor med utländsk bakgrund skulle vara mer flyttbenägna än andra.

Det finns ingenting i det här materialet som stärker den senare uppfattningen, snarare är det studenterna med helsvensk bakgrund som är de mest flyttbenägna. Däremot betonar fler kvinnor än män vikten av att kunna kombinera arbete med en bra fritid och också med familj. Det senare gäller bara dem som ännu inte har bildat familj. Av dem som redan har barn har männen lika stora krav som kvinnorna på att arbetet ska gå att kombinera med ett bra familjeliv.

Det första jobbet

De flesta av de intervjuade ämnar söka sitt första arbete inom folktandvården på eller nära hemorten eller studieorten (vilket ofta är samma sak). Folktandvården uppfattas vara den tryggaste arbetsplatsen där möjligheten till handledning och kompetensutveckling är störst. Även de som tänker sig en ganska snar yrkesverksamhet utomlands eller som privattdandläkare ville först arbeta en tid på sex till tolv månader inom folktandvården.

”Jag vill inte ha fast jobb på en gång utan tänker vikariera på olika kliniker för att få så mycket erfarenhet som möjligt. Så småningom vill jag ha anställning på en större klinik där man har många kolleger och kan lära av varandra.” (*Göteborgsstudent*)

Löneanspråk och andra krav

En bra lön är ett självklart önskemål, men inte det viktigaste kravet. Det är istället att det finns möjlighet till handledning, kunskapsutveckling och fortbildning och det gäller både det första jobbet och kommande arbetsplatser. Man betonar också vikten av att det finns erfarna kollegor, ett gott samarbetsklimat och en trevlig arbetsmiljö. Den förväntade ingångslönen är cirka 25 000 kronor. Många anser emellertid att lönerna som tandläkare är alldeles för låga med tanke på den långa utbildningen och det ansvar man har, men man förutser en bra löneutveckling.

Ett viktigt krav är också bra arbetstider. De flesta vill ha en heltid som omfattar mindre än 40 timmar. En del nämnder 35 timmar som en önskvärd arbetstid, medan andra säger att de kan arbeta 40 timmar i veckan ”som alla andra”, men inte med en ny patient var tionde minut. Kvinnorna ställer större krav än männen på att jobbet ska vara fritt och gå att förena med en bra fritid. De nämner

också oftare att de vill ha en stimulerande arbetsmiljö och ett arbete som inte är alltför stressat och de ser med oro på utvecklingen mot allt längre öppettider på klinikerna. De tror inte att patienterna egentligen kräver att få komma till tandläkaren på kvällar och helger utan att det är ett konstruerat behov som på sikt riskerar att slita ut personalen och göra vården sämre.

Privat- eller folktandvård?

Som redan nämnts vill de flesta börja inom folktandvården eftersom man tror att möjligheten till handledning och fortbildning är större där. En del tror att arbetet även på sikt är mer varierande och utvecklande inom folktandvården än inom den privata sektorn där man tror att risken för stagnation är större.

Bland dem som ämnar bli privattandläkare är det ytterst få som kan tänka sig att arbeta ensamma som tandläkare på en liten klinik utan tillgång till kolleger, utan man ser framför sig en organisation där flera privattandläkare samsas i gemensamma lokaler och delar på apparatur och tandhygienister.

Omständigheter som anförs mot att bli privattandläkare är först och främst en rädsla för sämre möjligheter till specialistutbildning och risk för stagnation om man arbetar på en mindre klinik. En större utsatthet på arbetsmarknaden och för tandvårdspolitiken nämns även som nackdelar med en tillvaro som privattandläkare.

Var i landet vill man bo och arbeta?

Det råder idag en viss tandläkarbrist i vissa delar av landet. Värst är situationen i Norrlands inland samt på Gotland. För att få en fingervisning om nästa generation tandläkares inställning till att söka arbete utanför storstadsregionerna ställdes frågan "kan du tänka dig att arbeta några år eller en längre tid i glesbygd? Varför/Varför inte?"

Ett misstag var att ordet glesbygd inte närmare definierades vilket gör det vanskligt att tolka svaren. Flera av studenter satte spontant likhetstecken mellan att arbeta i glesbygd och att arbeta på en mindre klinik och svarade därför nej på frågan. Skälen var främst att arbetet på en liten klinik eller som ensamtandläkare inte förväntades vara tillräckligt utvecklande, stimulerande eller dyn-

amiskt. Att vara omgiven av arbetskamrater och ha tillgång till mer erfarna kollegers kunskap är mycket viktigt för de allra flesta, speciellt i början av yrkeskarriären.

Det vanligaste skälet till att man inte ville söka arbete i "glesbygd" är emellertid att man inte vill bo på en mindre ort utan de flesta vill bo i eller i närheten av en storstadsregion. Skälen är att det är där man har släkt och vänner, att arbetsmarknaden uppfattas som mer intressant och att de strategiskt viktiga jobben och utvecklingsmöjligheterna finns där. En del av de yngre kan emellertid tänka sig att flytta till en mindre ort senare i livet när det blir dags att bilda familj, och då gärna efter att ha varit utomlands en tid.

På frågan vad som skulle kunna locka dem att flytta till ett mindre samhälle långt bort från hem- eller studieorten är en bra lön det genomgående svaret. Till lön räknas även sådant som avskrivna studielån, fria hemresor och/eller förmånliga bosättningsvillkor. Bland de kvinnliga studenterna förekommer även svaret "bra anställningsvillkor" varmed avses kortare tjänstgöringsplikt och mindre stress i arbetet. Ytterligare förslag är bonuspoäng som man skulle få tillräkna sig när man söker en specialisttjänstgöringsplats.

Studenterna ser det inte heller som någon garanti att man kan lösa tandläkarbristen i Norrland genom att utbilda fler tandläkare, inte ens om man utbildar dem i Umeå, vilket nämndes som ett förslag av intervjuaren: *"I så fall måste intagningsystemet förändras så att man inte söker till Umeå bara för att det är lättare att komma in här"*, svarade en student som själv sökte utbildningen i Umeå av det skälet och nu tänker flytta hem igen. I avgångsklassen höstterminen år 2001 var endast tre av studenterna hemmahörande i Norrland och enligt uppgift ämnade i stort sett hela kursen flytta söderut i landet eller utomlands efter avslutade studier.

Flytta utomlands

På frågan om man kan tänka sig att flytta utomlands för att arbeta som tandläkare svarar i stort sett alla ja. För de flesta är det en tänkbar möjlighet så småningom. Rätt många uppger att de troligtvis kommer att flytta inom en inte alltför avlägsen framtid. Ett fåtal har konkreta och omedelbara planer.

Den vanligaste anledningen till att vilja flytta utomlands är förväntan om en hög lön. Nästan lika vanligt skäl är att man söker

den kulturella upplevelsen och yrkesmässiga erfarenheten. Man vill lära sig hur tandvården fungerar på andra håll, prova på andra sätt att jobba och möta patienter med andra behov för att "utvecklas som människa och tandläkare".

Så gott som alla ser tiden utomlands som något tillfälligt och ämnar återvända till Sverige efter ett eller ett par år. De som inte tänker återvända planerar att etablera sig som privattandläkare utomlands. Några stycken uppger att de flyttar permanent om villkoren på den svenska arbetsmarknaden försämras, exempelvis om prisregleringen återinförs eller om man på grund av sitt ursprung blir diskriminerad på den svenska arbetsmarknaden.

"Skolan lär ut att svensk tandvård är bäst, men det tror jag inte på"

Det viktigaste skälet att inte vilja flytta utomlands är rädsla för att hamna i en sämre tandvård och därmed inte bli attraktiv på den svenska arbetsmarknaden. Det höga arbetstempot utomlands avskräcker också. Men många ifrågasätter den negativa bild av utländsk tandvård som de anser präglade den svenska debatten och tror att den i första hand syftar till att få dem att stanna i Sverige.

"Vi får hela tiden höra att det är dålig kvalitet på både värden och patienterna utomlands. Särskilt i England. Men det beror förstås på var man hamnar. Man kan inte generalisera och dra all tandvård över en kam som man ofta gör i den svenska debatten. När det gäller folks tandhälsa går skillnaden mellan fattiga och rika och det gör den i Sverige också." (*Göteborgsstudent*)

Benägenheten att flytta utomlands är, inte oväntat, främst relaterad till ålder. Studenter med utländsk bakgrund förefaller vara något mindre benägna att ge sig iväg. Förklaringen uppges vara att det är svårt att ännu en gång byta hemland och bland de yngre kvinnorna nämner flera att önskan om att vara nära familjen är ett viktigt skäl att inte vilja flytta utomlands.

På frågan om vad man tror är orsaken till att många tandläkare flyttar utomlands är det vanligaste svaret den höga lönen och att det är lätt att få jobb utomlands. De yngre svarar att det är en självklar konsekvens av medlemskapet i EU som inte borde uppfattas som ett problem så länge det också är attraktivt för utländska tandläkare att komma till Sverige. En del anser också att man måste göra mer för att underlätta för de tandläkare som redan finns i

Sverige men som har en utländsk utbildning, att kunna arbeta som tandläkare här.

På frågan hur man kan hejda flyttvägen svarar många att de varken tror att det går eller är önskvärt men att lönerna i så fall måste höjas rejält. En del nämner bättre karriärmöjligheter och arbetsvillkor och några tror att det viktigaste är att samhället upprätthåller en bra generell standard eftersom man inte bara jämför lönerna utan också andra levnadsvillkor. Man påpekar även att det inte bara gäller att försöka behålla folk i Sverige utan också att locka utländska tandläkare att komma hit.

Önskan om att bli specialist

Drygt hälften av de intervjuade uppger att de med säkerhet vill bli specialister. Tre av dem vill påbörja sin specialistutbildning så snart som möjligt och söker strategiskt tjänster som kan vara meriterande. Sju svarar troligtvis inte och två säger definitivt nej. Av dem som ämnar bli specialister vill majoriteten bli oralkirurger eller ortodontister. Andra specialiteter som nämns är pedodonti och oral protetik.

Varför vill man bli specialist?

Skälen till att man vill bli specialist är antingen att man har en särskild intresseinriktning, att man har en otillfredsställd kunskaps-hunger eller att man vill komma så långt som möjligt rent karriär-mässigt. Oftast är det en kombination av dessa motiv. En del vill bli specialister för att de tror att det skulle vara tråkigt att arbeta som allmäntandläkare hela livet. Ytterligare skäl att vilja bli specialist är föreställningen om att det ger en tryggare position på arbetsmark-naden.

På frågan vad man gör om man inte får en specialistutbildnings-plats svarar flera att de i så fall satsar på att bli nischade allmän-tandläkare i syfte att kanske så småningom komma in på specialist-utbildningen inom det området. En del säger att det egentligen skulle räcka med att vara allmäntandläkare om det fanns fler karriärmöjligheter. Föreställningen tycks emellertid vara att för att komma vidare yrkesmässigt fordras en specialistutbildning av något slag.

Hur bör specialisttandvården organiseras?

Frågan om hur man vill arbeta som specialist eller hur specialisttandvården bör organiseras förefaller inte ha diskuterats i utbildningen i någon större omfattning och många var oförberedda på frågan.⁴ De flesta anser dock att det bör finnas ett nära samarbete mellan allmäntandläkare och specialister och att specialisterna i högre grad än idag bör fungera som konsulter. Den moderna tekniken bör utnyttjas bättre så att man kan skicka bilder i stället för patienter till specialisten och på samma sätt få instruktion om hur man ska gå till väga med komplicerade fall, är en återkommande synpunkt. Man påpekar att tekniken redan finns, men att utvecklingen kan gå mycket längre. Det skulle innebära ett bättre utnyttjande av specialisterna och en kompetenshöjning av tandläkarna som framförallt skulle gagna patienterna, tror man.

En framtid som forskare

Intresset för forskning liksom också uppfattningen om hur de forskningsförberedande inslagen i undervisningen har fungerat varierar starkt mellan studenterna och även mellan studenterna vid varje högskola. En del kan absolut inte tänka sig en framtid som forskare, medan andra har gått särskilda kurser i odontologisk forskningsmetodik och redan påbörjat egna forskningsprojekt. De som inte är intresserade av forskning anser att examensarbetet på 10 poäng var alltför omfattande. Men det finns också de som anser att fördjupningsstudierna inte får det utrymme som krävs och att forskning inte har någon prioritet inom utbildningen.

Tre av de intervjuade tänker sig en framtid som forskare eller kanske som lärare. Helst skulle de vilja kunna kombinera forskning med undervisning och arbete som tandläkare.

Inställning till patienterna

Tandvårdsbehoven i befolkningen förändras i takt med att befolkningssammansättningen förändras. De äldre och sjuka patienterna kommer att bli allt fler. För att få en uppfattning om detta kan komma att utgöra ett framtida problem när det gäller fördelningen

⁴ I några fall kunde frågan besvaras först efter det att man diskuterat olika organisationsmodeller med intervjuaren.

av personella resurser ställdes frågan om det finns någon patientgrupp som man mindre gärna vill arbeta med.

Äldre och svårt sjuka patienter

Det vanligaste svaret är att man lika gärna tar sig an alla slags patienter och att man som tandläkare är skyldig att försöka ge alla så god vård som möjligt. Man anser också att arbetet blir mer omväxlande och att man får en bredare kompetens om man tar emot alla patienter. En del studenter i Umeå och Malmö uppger att de känner tvekan inför mycket gamla eller svårt sjuka patienter, eftersom man är osäker på "hur de kan reagera på behandling". Bland studenterna i Stockholm och Göteborg märks inte någon sådan oro utan man framhåller att utbildningen givit den kunskap som erfordras i detta avseende. Särskilt studenterna i Stockholm är mycket nöjda med den undervisning de fått i ämnet geriatrik.

Barn- och sjukhustandvård

Områden där meningarna går kraftig isär är barntandvård och sjukhustandvård. Det är de områden som ofta nämns spontant på frågan om det finns något område man särskilt gärna eller helst inte vill arbeta med och svaren fördelar sig lika mellan kvinnor och män.

Övrig grupper

Andra grupper som kan väcka olust är de som av olika skäl uppfattas som svårbehandlade. Det kan vara "bettskenepatienter och andra patienter med diffusa smärtor", "de som inte kan betala för sig och som man därför tvingas erbjuda en sämre vård" eller patienter som det av olika skäl är svårt att kommunicera med.

Samhällsodontologi och tandvårdspolitik

Ämnet samhällsodontologi varierar något till innehållet och omfattning mellan de olika fakulteterna, men undervisning om tandhälsan i befolkningen, hur tandvården organiseras nationellt och

lokalt samt hur tandvårdsstödet är uppbyggt ingår i samtliga utbildningar.

Generellt är uppfattningen att det har varit ganska lite samhällsodontologi i utbildningen, men det råder delade meningar om det varit tillräckligt eller inte. En kritik som förekommer är att ämnet inte har relaterat till de patienter man haft i klinik.

Tandhälsan i befolkningen

Studenterna beskriver tandhälsan i befolkningen som generellt bra, men varnar för att den snabbt kan försämrans om det förebyggande arbetet negligeras av brist på personal, tid och pengar. Man menar att det finns flera varningstecken om att så är på väg att ske och att tandhälsa åter är på väg att bli en klassfråga. Studenterna nämner en minskad satsning på förebyggande arbete, för lite tid med patienterna och brist på personal som hot mot tandhälsan i befolkningen. Om man inte har tid och råd att satsa ordentligt på förebyggande arbete kommer tandläkarresurserna att slösas bort på akuttandvård, befarar studenterna.

Undervisning om hur tandvårdsbehoven ser ut i olika grupper eller hur man kommunicerar med olika grupper varierar i omfattning mellan de olika utbildningsorterna och uppfattningen går isär om behovet av sådan undervisning.

En del av studenterna efterlyser en ökad undervisning om sambanden mellan bakomliggande sociala faktorer och olika gruppers tandhälsa, medan andra menar att det i grundutbildningen räcker att tala om riskfaktorer på individnivå.

Generella stöd eller riktade insatser

En majoritet av studenterna tror att riktade insatser är bättre än generella stöd för att stötta grupper med sämre tandhälsa. Alla har rätt till god tandvård och därför bör man satsa mer på vissa riskgrupper, menar de. Det behövs riktade insatser för att åtgärda de akuta problemen, men framförallt anser man att samhället ska satsa på förebyggande arbete och på barntandvården i områden där behoven är särskilt stora.

Behoven tros vara störst i ekonomiskt svaga familjer, bland barn till ensamstående och i vissa invandrargrupper. Där finns de barn

som riskerar att få sämre tänder. De sätt som nämns att arbeta förebyggande är bl.a. information på barnvårdscentraler och i skolor samt fluorsköljning i skolan. Resurserna ska sättas in där de bäst behövs och insatserna ska utformas individuellt för varje bostadsområde.

Några studenter påpekar dock att det inte räcker med informationsinsatser eftersom det inte är bristande kunskap som ligger bakom skillnaderna i tandhälsa utan andra faktorer:

”De flesta vet hur man ska sköta tänderna, men det är andra skäl som gör att man prioriterar bort det. Det handlar om segregering och andra sociala problem som gör att tänderna kommer i andra hand, även för dem som vet. Men det är viktigt att satsa på förebyggande arbete och på fluorsköljning”. (*Göteborgsstudent*)

Tandvården i ett framtidsperspektiv – problem och förslag till lösningar

Under den kommande tioårsperioden förväntas tandläkarantalet vara i stort sett oförändrat samtidigt som tandvårdsbehoven i befolkningen ökar. Allt fler människor blir allt äldre, med en försämrad tandhälsa som följd, samtidigt som åldersgruppen under 20 år stadigt minskar, dvs. att de som i framtiden ska göra jobbet blir färre och färre. Till detta kan läggas ett ökande krav på estetisk tandvård bland både yngre och äldre. Utifrån detta framtidsperspektiv ställdes frågan hur samhället bör prioritera för att lösa problemen och hur man ser sin egen roll i den framtida tandvårdsorganisationen.

Hur bör samhället prioritera?

Det råder en bred enighet om att samhället i första hand ska satsa på den långsiktigt förebyggande vården för alla åldersgrupper och att de unga är den grupp som ska prioriteras. Argumenten är att insatserna betalar sig samhällsekonomiskt i form av en bättre tandhälsa hos befolkningen, att ungdomar har ont om pengar och därför väljer bort tandvård och att man inte ska rasera det som den avgiftsfria vården för barn och ungdomar har byggt upp.

Det stora flertalet anser att det är hälsostrategiskt fel att lägga stora resurser på äldretandvården. Däremot vill alla värna om den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården och betonar vikten av att

den även framdeles håller en hög och jämn kvalitet. Förslag om ytterligare satsningar på barn- och ungdomstandvården är som redan nämnts att återinföra fluorsköljningar i skolor i områden där behoven är stora och att ge mer information om tandhälsa och tandvård till barn och ungdomar och deras föräldrar.

Den åldersgrupp som de allra flesta därefter vill prioritera är åldersgruppen 20–30 år. Skälen som anges är att många halkar ur systemet och slutar att regelbundet gå till tandläkaren när den avgiftsfria ungdomstandvården upphör. Att gå till tandläkaren anses vara för dyrt och man går bara vid akuta besvär. Ungas livsstil gör att tandhälsan kan raseras snabbt och värdet av tidigare insatser går förlorat. Det är viktigt att hejda ett destruktivt förlopp för att minska behoven på sikt.

”Folk i 20-årsålder prioriterar bort tandvård. Man ändrar sin livsstil när man flyttar hemifrån och börjar plugga. Många sitter uppe hela nätterna och pluggar och dricker coca-cola och slarvar med tandborstningen. Då rasar tänderna snabbt. Jag har mött folk i min egen ålder som redan har gjort flera rotfyllningar. De har inte råd att sköta tänderna, för det är för dyrt. När man är mellan 20 och 25 år borde det inte kosta mer än 200 kronor att gå till tandläkare, oavsett vad man behöver göra.” (*Umeåstudent*)

Tandvård för unga vuxna

Tjugo år uppfattas av de flesta som en rimlig gräns för den helt avgiftsfria tandvården. Men många vill se en mer gradvis övergång till vuxentandvården. Följande åtgärder föreslås för att förbättra tandhälsan för åldersgruppen mellan 20 och 30 år och stimulera till fler tandvårdsbesök:

- Fortsätt kalla dem.
- Gör en slutbesiktning på alla som lämnar barn- och ungdomstandvården och kalla riskgrupperna extra ofta. De övriga kan kallas vart tredje till femte år.
- Uppmärksamma dem som har eller riskerar att få dåliga tänder och kalla dem med dålig tandhälsa oftare i en förlängd avgiftsfri tandvård.
- Reducerade kostnaderna med hälften för dem under 25 år.
- Reducera kostnaderna för studerande.
- Ingen åtgärd bör kosta mer än 200 kronor upp till 25 års ålder.

- Gratis undersökning upp till 25 års ålder för dem som besöker tandvården regelbundet.
- Gratis att gå till tandhygienist fram till 25 års ålder.
- Erbjud abonnemangstandvård med automatiskt kallande.

Tandvård för äldre

Studenterna var väl orienterade i problemen som framtidens tandvård står inför i detta avseende. Det märktes en skillnad i inställningen till äldretandvård mellan de yngre och de äldre studenterna på så sätt att de som är lite äldre var beredda att satsa mer på tandvård för äldre.

Förslaget om ett särskilt högkostnadsskydd för äldre kritiserades ganska skarpt av studenterna främst för att de trodde att det finns stor risk för övervård om någon annan betalar. Tandvårdsstödet till äldre bör i första hand främja bastandvård, var majoritetens uppfattning.

Flera av studenter hade själva arbetat inom långvården och åldringsvården och beskrev tandvården inom äldreomsorgen som ett oerhört eftersatt område som måste få betydligt större resurser. "Personalen är utbildad och har inte tid därför prioriteras tandvården alltid bort", säger t.ex. en student som arbetat inom vården i nästan 20 år innan han började studera till tandläkare.

Följande är studenternas uppfattning om hur arbetet med äldretandvården kan organiseras:

- Äldretandvården är ett fruktansvärt eftersatt område. En tandläkare bör arligen gå igenom alla patienter. Sedan kan tandhygienister göra det mesta.
- Äldre patienter ska regelbundet undersökas så att man kan undvika de stora ingreppen.
- Kommunerna bör anställa tandhygienister för att sköta de äldres munhälsa. På sikt är det främst ett jobb för tandhygienister, men idag behövs det också många tandläkare inom äldretandvården för att komma tillrätta med de stora behoven.
- Äldretandvården ska skötas av tandläkare – tandhygienister med erforderlig utbildning kan delta i arbetet.
- Det viktigaste är att personalen inom omsorgen utbildas i att sköta de äldres munvård. Det bör finnas en tandläkare och en tandhygienist på varje "omsorgsenhet". Men ska man

använda den ordinarie personalen. Lika viktigt är att ge de anhöriga rätt kunskap.

- Lär sjukhuspersonal tandvård för äldre.
- Många äldre har problem att hålla rent av fysiska eller andra skäl. Ge mer information till de äldre och lär dem hur man håller rent.
- Sjukvårdspersonalen är dåligt utbildad i tandhygien. Det behövs fler tandhygienister som lär upp dem.
- Mer organiserad information om tandvård till äldre människor, inkl. hur man borstar tänderna.
- Satsa mer på profylax för äldre och tvinga inte in äldre i behandling.

Uppfattning om abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård är tandvård till en i förväg fastställd årlig avgift i syfte att främja en bättre tandhälsa och minska patientens tandvårdskostnader över tid. Sådana system finns inom många landsting och kallas för abonnemangstandvård, kontraktstandvård, avtalstandvård eller frisktandvård.

Flertalet studenterna kände inte till dessa begrep, men de som gjorde det var övervägande negativa eller tveksamma till systemet. Man varnade för underbehandling av patienter och för höga risktaganden för enskilda tandläkare. En del ansåg att det i första hand gynnar dem som inte har så stora behov och att det kanske är bra för tandhälsan generellt, men att det inte hjälper dem som behöver mycket tandvård eller som inte har råd att gå till tandläkaren. Andra befarade att patienterna kan få betala mer än vad de egentligen skulle behöva.

Däremot ansåg flera att abonnemangstandvård kan vara ett bra system för att få ungdomar fortsätta att regelbundet gå till tandläkaren när den kostnadsfria tandvården upphör.

Tandvårdsstödet

Uppfattning om det ekonomiska stödet

Undervisning om tandvårdsförsäkringen och patientavgifter har ingått i samtliga utbildningar, men studenterna har haft svårt att ta till sig informationen. De flesta har en ganska vag uppfattning om

hur tandvårdsförsäkringen är utformad. Man vet att vissa patienter har rätt till en större ersättning från försäkringskassan och att det ska förhandsprövas, men man vet inte vilka patientgrupper det gäller och man blandar ihop dem med de patientgrupper som hör till landstingens ansvarsområde. Försäkringen beskrivs som abstrakt, krånglig, byråkratisk och svår att förstå sig på. Studenterna är vidare negativa till systemet med förhandsprövning som de beskriver som godtyckligt och ett hinder i arbetet med patienterna.

De flesta säger sig dock veta på ett ungefär hur försäkringen fungerar och resten tar de reda på när de väl börjar arbeta. En del tycker att utbildningen borde ge bättre kunskap "eftersom pappersarbetet upptar en alldeles för stor del av tandläkarens tid". Däremot är studenterna väl insatta i aktuella tandvårdsfrågor och följer debatten i pressen.

Den kritik som framförs av studenterna mot den tandvårdsreform som genomfördes år 1999 är bl.a. att

- det har blivit dyrare för patienterna och fler människor går inte till tandläkaren för att de inte har råd,
- det är orättvist och godtyckligt vilka som får ökat stöd för tandvård i samband med sjukdom,
- stödet inom tandvårdsförsäkringen uppfattas som byråkratiskt och krångligt,
- prövningarna tar för lång tid och fördröjer behandlingen.

Några studentförslag om hur stödet bör utformas

Majoriteten av studenterna anser att det är behov och inte ålder som ska styra stödinsatserna.

- Alla har lika rätt till god tandvård. Därför ska vi satsa mer på riskgrupperna. På lite längre sikt bör vi satsa mer på förebyggande vård för alla. Det är små insatser under lång tid som ger resultat.
- Resurserna ska satsas där de behövs bäst. Inför subventioner och ett poängsystem som graderar befolkningens munhälsa.
- Det behövs någon form av försäkringsmodell för patienter i 40–50-årsåldern när det fortfarande går att påverka tandhälsan. Premierna ska sjunka efter hand som för en bilförsäkring.

- Samhällets stöd måste bygga på att folk tar ett större eget ansvar från början. Att införa ett högkostnadsskydd för alla är fel. Varför ska samhället betala för de rikas tandvård och varför ska min granne behöva betala om jag struntar i att sköta mina tänder?
- Inte mer till yngre och inte mer till äldre utan stödet bör fördelas mera jämnt över tid och med en tydligare inriktning mot profylax.

Sammanställning av frågorna

Frågor om utbildnings- och yrkesval:

Var tandläkarutbildningen ditt förstahandsval?

Varför valde du den här studieorten?

Vad visste du om de olika utbildningarnas innehåll och profil när du valde studieort?

Varför vill du bli tandläkare?

Hur skiljer sig din inställning till yrket idag jämfört med när du började utbildningen?

Skulle du rekommendera andra att göra samma yrkesval?

Frågor om utbildningen:

Har utbildningen motsvarat dina förväntningar?

Har balansen mellan olika ämnesområden varit bra. Saknar du något i utbildningen?

Vad anser du om balansen mellan teoretisk utbildning och klinisk träning – inom utbildningen totalt och inom olika ämnesområden?

Har utbildningen gett tillräckligt med kunskap om och erfarenhet av:

- teamtandvård,
- att söka och värdera kunskap,
- vetenskapsmetodik
- samhällsodontologi (tandhälsan i befolkningen, tandvårdsstödet och försäkringen, arbetsmarknadsvillkor etc.).

Kunskapsutveckling och fortbildning:

Hur införskaffar du ny kunskap?

Kommer du att kunna hålla dig ajour med utvecklingen under ditt kommande yrkesliv?

Hur viktig är möjligheten till kunskapsutveckling och fortbildning – på första jobbet och längre fram i karriären?

Inställning till yrket:

Beskriv din roll som framtida tandläkare?

Finns det något område eller någon patientgrupp som du helst inte vill arbeta med?

Hur vill du samarbeta med andra personalkategorier inom tandvården?

Vad är din erfarenhet av teamtandvård?

Vad är din uppfattning om abonnemangstandvård?

Det första jobbet:

Känner du dig mogen att arbeta självständigt som tandläkare nu?

Om svaret är nej – vad ska du göra för att få den erfarenheten?

Var i landet tänker du söka jobb? Kan du tänka dig att arbeta på en mindre ort?

Vad förväntar du dig av din första arbetsplats och vad tror du förväntas av dig?

Vad har du för lönekrav – andra krav?

Är du beredd att flytta långt bort för att få bättre lön?

Framtidsplaner på längre sikt:

Vill du arbeta inom folktandvården eller privat – varför?

Kan du tänka dig att arbeta utomlands för en tid – hur länge?

Om ja eller nej, vad är skälen?

Varför tror du att många tandläkare flyttar utomlands och vad kan man göra åt det?

Vill du vidareutbilda dig till specialist – inom vilket område?

Vad gör du om det inte går?

Kan du tänka dig en framtid som forskare?

Tandvårdens organisation:

Vet du hur tandvårdsstödet fungerar – känner du till att det finns en del som försäkringskassorna administrerar och en del som landstingen administrerar?

Vad vet du om stödet till sjuka och funktionshindrade?

Framtidsscenarioet är att vårdpersonalen minskar samtidigt som tandvårdsbehoven i befolkningen ökar och det gör även kraven på estetisk tandvård. Hur bör samhället prioritera för att lösa problemen och hur ser du på din egen roll i den framtida tandvårdsorganisationen?