

Tandläkarnas specialistutbildning

En översyn

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

Artikelnr 2006-107-17

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2006

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att göra en översyn av de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås för tandläkare samt utbildningen för dessa. Uppdraget utmynnar i ett förslag till specialiteter.

Projektledare har varit Nils Bäckman och projektsekreterare Mona Ladfors. I arbetsgruppen har även Johan Friskopp och Agneta Ekman ingått. Styrgruppen har bestått av Gunilla Hulth-Backlund (ordförande), Ann Bonair, Leif Gudmundson samt Kerstin Risshytt, samtliga från Socialstyrelsen.

Till projektet har varit knutet en referensgrupp bestående av Socialstyrelsens rådgivande arbetsgrupp för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (SRATS), Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges kommuner och landsting, Sveriges Tandhygienistförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Tandvårdsskadeförbundet och Handikappföreningarnas Samarbetsorgan (HSO).

Översynen har genomförts genom litteraturstudier, en enkätundersökning riktad till tandläkare legitimerade 1990, 1991, 2000 och 2001 samt en enkätundersökning utförd av Sveriges kommuner och landsting beträffande behovet av specialisttandläkare i landstingen om tio år. Inhämtandet av kunskaper om förhållandena inom EU, Norden och USA har varit en viktig del av översynen. Möten har hållits med Socialstyrelsens rådgivande grupp för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (SRATS), referensgrupp och styrgrupp, med samtliga specialist- och ämnesföreningar samt tandläkarstudenternas förening. Skriftliga yttranden har inkommit från samtliga specialist- och ämnesföreningar. Dessutom har enskilda personer skriftligt lämnat förslag och synpunkter.

Socialstyrelsen föreslår med utgångspunkt i vad som framkommit under utredningen att åtgärder vidtas som syftar till att säkra kvaliteten i specialisttjänstgöringen och förtydliga Socialstyrelsens roll i specialisttandvården.

Kjell Asplund
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Socialstyrelsens förslag med anledning av översynen:	10
<i>Syfte, metod och genomförande</i>	12
<i>Inledning</i>	13
Uppdraget	13
Avgränsningar	13
Tidigare utredningar	13
Kriterier för en odontologisk specialitet	14
Befolkningen och behov av tandvårdspersonal	15
Förbättrad tandhälsa	16
Tandhygienistens roll	17
Specialisternas roll och arbetssätt	17
<i>EU</i>	19
Grundutbildning till tandläkare	19
Svensk tandläkarutbildning – en av de kortaste i EU	19
Specialistutbildning inom EU	21
Två EU-specialiteter men många nationella och informella	21
Skillnader även i Norden	22
Åtta specialiteter – för många eller för få?	22
EG-direktiv – ett hinder för nya odontologiska EU-specialiteter.	23
Utbildning till specialist – en konkurrensfördel	23
<i>USA</i>	24
Specialistutbildning	24
Stora likheter mellan USA och Sverige	24
<i>Utvecklingstendenser</i>	26
Antalet tandläkare sjunker snabbt	26
Nytt tandvårdstöd för vuxna	27
Hög genomsnittsålder bland specialister	27
Enkät om specialisttandvård och specialiseringstjänstgöring	28
<i>Överväganden</i>	29
Nuvarande specialiteter	30
Nya föreslagna specialiteter	35
Gemensam kunskapsbas	37
Socialstyrelsens roll i specialistutbildningen	38
<i>Konsekvensbeskrivning</i>	39
<i>Referenser</i>	41
<i>Bilaga 1. Enkät om specialisttandvård och specialiseringstjänstgöring till legitimerade tandläkare verksamma inom svensk tandvård.</i>	43
Urval av de ca 100 kommentarer som gavs	46
<i>Bilaga 2. SOSFS 1993:4(M)</i>	49

Sammanfattning

Utredningen har utifrån ett patient- och befolkningsperspektiv genomfört en översyn av specialistutbildningen för tandläkare, prövat frågan om specialisttandläkarkårens numerär både totalt och inom varje specialitet, prövat frågan om en gemensam kunskapsbas för flera specialiteter som en väg till en bredare kompetens, prövat frågan om utbildningens längd, prövat möjligheten att öka samstämmigheten med andra länder inom EU och prövat frågan om behov föreligger av förändringar i aktuella författningar.

Vid översynen har följande kriterier för definition av en odontologisk specialitet tillämpats:

- En specialitet bör vara kunskapsmässigt sammanhållen och (i viss mån) avgränsbar från andra specialiteter – eller ingå i en grupp av specialiteter, som bygger på släktskapsförhållanden
- En specialitet bör omfatta ett specifikt kunskapsområde och dessutom ha en med andra specialiteter gemensam kunskapsbas.
- En specialitet bör vara av rimlig storlek och spegla ett rimligt stort specifikt kunskapsområde.
- En specialitet bör avspegla patienternas och tandvårdens behov.

Kriterierna i denna definition speglar det synsätt som krävs i en tid av snabb teknisk och medicinsk utveckling samt förändringar i omvärlden som kräver gränsöverskridande och nytänkande.

Kraven på tandläkaryrket är väl definierade av EU. Trots detta finns stora skillnader mellan medlemsländerna beträffande utbildningens längd och innehåll. Sverige är ett av de länder inom EU som har den i antal år kortaste grundutbildningen till tandläkare. Detta är dock inte hela sanningen eftersom Sverige liksom övriga nordiska länder har det högsta antalet utbildningsveckor per läsår.

Någon allmäntjänstgöring efter tandläkarexamen finns inte men Sverige är med sina åtta specialiteter ett av de länder i Europa, som har flest odontologiska specialiteter. Anledningen till detta är sannolikt att söka i den offentliga tandvårdens utbyggnad samt influenser från USA, som historiskt spelat en viktig roll för odontologins utveckling i Sverige. Antalet erkända specialiteter och deras inriktning överensstämmer också väl med förhållandena i USA.

En jämförelse med övriga nordiska länder visar förhållandevis stora variationer. Situationen i Island, Norge och Finland är jämförbar med den svenska även om man i Finland endast har fyra erkända specialiteter. Klinisk tandvård, en av specialiteterna i Finland, omfattar emellertid protetik, parodontologi, pedodonti, kariologi/endodonti, oral patologi, radiologi, bettfysiologi och oraldiagnostik dvs. i realiteten är antalet specialiteter i Finland

väsentligt högre än fyra. I Danmark finns däremot endast de av EU erkända specialiteterna i ortodonti och oral kirurgi.

Enligt Europaparlamentets och Rådets Direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer finns två av EU erkända odontologiska specialiteterna nämligen ortodonti och oral kirurgi. Flertalet EU-länder har emellertid i likhet med Sverige också nationella specialiteter. Det förekommer dessutom informella specialiteter, som kan vara erkända av det nationella tandläkarförbundet.

Den officiella bilden av antalet specialiteter ger således inte hela sanningen. Det faktiska antalet specialiteter varierar kraftigt mellan medlemsländerna. Den viktigaste förklaringen till detta torde vara att det i många länder finns ett motstånd inom tandläkarprofessionen mot inrättandet av specialiteter eftersom tandvården i större utsträckning än övrig hälso- och sjukvård arbetar på en marknad där specialistkompetens innebär konkurrensfördelar.

Efterfrågan på specialisttandvård styrs av en mängd faktorer som exempelvis tandhälsoutveckling, metodutveckling, tandvårdsstödet utformning, patienternas behov och efterfrågan, tillgång på specialister och allmäntandläkarnas kompetens. Den goda tandhälsan hos allt flera barn och ungdomar skulle kunna tala för att behovet av tandvård inklusive specialisttandvård minskar. Mot detta talar dock att antalet barn och ungdomar med omfattande vårdbehov fortfarande är stort och inte visar tecken på att minska. Vidare har specialisttandvården för barn och ungdomar med allvarliga sjukdomar och funktionshinder ökat. Den ökande andelen äldre i samhället med avancerade bettrekonstruktioner, ställer också ökade krav på specialisttandvård.

För ett ökande behov av specialister talar också att det idag från politiskt håll ges tydliga signaler om att statens engagemang i tandvården skall öka. Staten har redan idag ett, i förhållande till omvärlden, förhållandevis stort engagemang i tandvården och en ambitionshöjning innebär att Sverige vid en internationell jämförelse skulle få en unik position. Specialisttandvården har idag stor betydelse för patientsäkerhet och vårdkvalitet. Det mesta talar för att ett ökat engagemang från samhällets sida innebär att specialisttandvårdens betydelse kommer att öka ytterligare.

Av Socialstyrelsens rapport Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården (15) framgår att antalet yrkesverksamma tandläkare kommer att minska från nuvarande drygt 7 000 till ca 4 500 år 2020. Detta under förutsättning av att inte kraftfulla åtgärder vidtas. Frågan om de odontologiska specialiteterna kan därför inte isoleras utan måste ses i ett större sammanhang där tandvårdens organisation med en utökad roll för tandhygienisterna och prioriteringar i tandvården ingår. För att få så stort genomslag som möjligt är det också viktigt att specialisttandvården bibehåller det stödjande arbetssätt som har visats sig vara så framgångsrikt.

Specialisten måste ha god överblick över forskningsfronten. Utbildning av specialister bör därför i första hand ske vid universitetskliniker eller större institutioner. Specialistutbildning vid små enheter bör således endast ske i undantagsfall och förutsätter samverkan med universitetsklinik eller större institution.

Utgångspunkt för översynen av tandläkarnas specialisttjänstgöring är ett patient- och befolkningsperspektiv. Det framstår ur detta perspektiv som mindre sannolikt att behovet av specialisttandläkare skulle minska. Den

ökande andelen äldre, ofta med allvarliga sjukdomar och komplicerade tandvårdsbehov liksom eftersatta vårdbehov hos grupper av invandrare innebär snarare ett ökat behov av specialister. I takt med att det totala antalet tandläkare minskar kommer emellertid specialisterna att utgöra en växande andel av tandläkarkåren. Socialstyrelsen anser därför inte att det är försvarbart att utöka antalet specialister i nu befintliga specialiteter. En viss utökning av antalet specialister kommer dock att ske genom tillkomst av nya specialiteter.

Det minskande antalet tandläkare kommer att ställa krav på prioriteringar på samma sätt som inom övrig hälso- och sjukvård. Prioritering efter behov är något nytt för tandvården, som i huvudsak arbetar på marknadens villkor där patientens ekonomi ofta avgör val av behandling. Specialisterna bör kunna få stor betydelse i prioriteringsarbetet.

De enkätundersökningar om specialisttandvården som utförts inom ramen för översynen visar att både landstingen och tandläkarna är nöjda med hur dagens specialisttandvård fungerar. Varken landstingen eller tandläkarna vill således minska antalet specialiteter. Tandläkarna är dock mycket kritiska mot antagningssystemet till specialistutbildningen som man upplever som djupt orättvist. Intresset för att utbilda sig till specialist är mycket stort. Enligt enkäten till tandläkarna skulle 30 procent av privatpraktikerna och 15 procent av tjänstetandläkarna själva vara beredda att betala sin utbildning. Socialstyrelsen anser mot bakgrund av vad som framkommit att antagningssystemet till specialistutbildning bör utredas i särskild ordning.

Kritik mot Socialstyrelsens otydliga roll i specialisttandvården har framförts från främst tandläkarhåll. Socialstyrelsen delar bedömningen att Socialstyrelsens roll bör öka och förtydligas. Socialstyrelsen föreslår därför att den rådgivande gruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (SRATS) avvecklas och ersätts med en rådgivande partssammansatt grupp (nationella rådet för tandläkarnas specialistutbildning). I gruppen skall ingå företrädare för Socialstyrelsen, universiteten, Tandläkarförbundet och Sveriges kommuner och landsting. Socialstyrelsens skall i samråd med gruppen besluta om de odontologiska specialiteternas antal och benämningar, utarbeta utbildningsplaner, fastställa målbeskrivningar, stödja huvudmännens kvalitetsarbete genom att främja utbildning av handledare samt fastställa kriterier för att bedöma enskilda tandläkares kompetens i förhållande till den fastställda målbeskrivningen. Socialstyrelsen skall, för att säkerställa kvaliteten, i samråd med det nationella rådet själv genomföra inspektioner av de verksamheter som utbildar specialister eller uppdra åt annan att på Socialstyrelsens uppdrag genomföra inspektioner. Huvudmannen föreslås bära kostnaden för inspektionerna.

Vidare föreslås att staten tar ett ökat ekonomiskt ansvar för specialisttandvården genom att finansiera den gemensamma kunskapsbasen för samtliga specialiteter.

Socialstyrelsen föreslår att nuvarande åtta specialiteter bibehålls med samma numerär som idag. Erfarenheterna av specialiteterna är goda vilket bl.a. framgår både av enkäten till tandläkarna (bil 1) och av landstingsenkäten om behovet av specialisttandläkare om 10 år (11). Som framgår ovan föreslås att Socialstyrelsen i samråd med Nationella rådet för tandläkarnas specialistutbildning skall besluta om de odontologiska specialiteternas antal

och benämningar. Starka argument talar t.ex. för en ny specialitet i tandvård för särskilda patientgrupper (sjukhustandvård). Inrättandet av en sådan specialitet blir emellertid en fråga som hanteras i samråd med det nationella rådet.

På samma sätt handläggs förslaget om inrättandet av en specialitet i tandhälsovård. Ett inrättande av en specialitet i tandhälsovård diskuterades redan på 70-talet i betänkandet om tandläkarnas utbildning (1) men kom aldrig att förverkligas. En specialitet i tandhälsovård motiveras idag av statens ökade engagemang i tandvården. Det föreslagna nya tandvårdsstödet innebär en omfattande satsning på förebyggande arbete, som i sin tur förutsätter utvärderingar baserade på hälsoekonomisk kunskap. Socialstyrelsen kan ha förståelse för synsättet men anser inte att det för närvarande är aktuellt att inrätta en specialitet. Frågan måste emellertid noga följas.

En specialitet i rättsodontologi har även diskuterats. Vid identifiering av avlidna efter omfattande katastrofer har tandläkare en betydelsefull roll. Det handlar i stor uträkning om att bedöma röntgenbilder och andra journalhandlingar. Detta kan göras av specialister i odontologisk radiologi men också av andra tandläkare med intresse för rättsodontologi. Mot bakgrund av erfarenheterna från Tsunaminkatastrofen där tandläkarinsatserna fungerade mycket bra anser Socialstyrelsen att det för närvarande inte finns anledning att formalisera en specialistutbildning i rättsodontologi.

Det har vidare framförts behov av specialistutbildningar inom mikrobiologi, patologi och farmakologi. Behovet av specialistutbildade tandläkare inom dessa områden är mycket lågt i ett nationellt perspektiv. Om och när behov föreligger bör utbildningsfrågan därför lösas av berörd huvudman genom samverkan med medicinsk fakultet.

Förslag har väckts om att forskarutbildning skulle kunna ingå i specialistutbildningen. Tandläkarnas specialistutbildning är förhållandevis kort. Socialstyrelsen anser inte att den korta utbildningstiden medger att forskarutbildning ingår i specialistutbildningen.

Socialstyrelsens förslag med anledning av översynen:

- Socialstyrelsen bemyndigas att bestämma om specialiteters inrättande, benämning och utbildningstid.
- En rådgivande partssammansatt grupp (nationella rådet för tandläkarnas specialistutbildning) inrättas. Det nationella rådet får en betydelsefull roll vid Socialstyrelsens beslut om de odontologiska specialiteternas antal och benämningar m.m.
- Staten anslår årligen medel till det nationella rådet. Rådet skall bl.a. svara för utformandet av en för alla specialiteter gemensam kunskapsbas. Den föreslås omfatta vetenskapsteori, forskningsmetodik, statistik, hälsoekonomi, samhällsodontologi, epidemiologi, medicinsk juridik och etik, pedagogik och ledarskap.
- Specialisttjänstgöringen föregås av minst två års tjänstgöring i allmän tandvård.

- Utbildning av specialister bör i första hand ske vid universitetskliniker eller större institutioner.
- Dagens åtta specialiteter med nuvarande numerär bibehålls.
- Specialistutbildningen förlängs till 3,5 år för samtliga specialiteter utom för oral kirurgi (käkkirurgi) där utbildnings-tiden föreslås bli 5 år. Namnet på specialiteten ändras från oral kirurgi till käkkirurgi, som bättre speglar specialitetens innehåll.
- Antagningsförfarandet till specialistutbildningen bör utredas i särskild ordning.
- Sverige bör verka för en ändring av nuvarande regelverk som möjliggör ett erkännande av nya odontologiska EU-specialiteter.

Syfte, metod och genomförande

Syfte

- Att utifrån vårdbehov och tillgång på tandläkare pröva frågan om specialisttandläkarkårens numerär både totalt och inom varje specialitet.
- Att pröva frågan om en gemensam kunskapsbas för flera specialiteter som en väg till en bredare kompetens.
- Att pröva frågan om utbildningslängd för de olika specialiteterna.
- Att öka samstämmigheten med andra länder inom EU.
- Att pröva frågan om behov föreligger av förändringar i aktuella författningar.

Metod och genomförande

Översynen omfattar en kartläggning av specialisttandvården i EU, Norden och USA. Denna har genomförts genom litteraturstudier, kontakter med aktuella myndigheter och personliga kontakter.

Kartläggning ur ett patient- och befolkningsperspektiv av nuvarande specialisttandvårds omfattning, inriktning och funktion har skett vid möten med samtliga specialist- och ämnesföreningar samt genom det material som insamlats inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag för det nationella planeringsstödet (NPS). Underlaget för de förväntade förändringarna i befolkningsstrukturen har hämtats från SCB.

Analysen av utvecklingstendenserna har gjorts efter kontakter med European Council of Chief Dental Officers (CECDO), genom en enkät riktad till tandläkare legitimerade 1990, 1991, 2000 och 2001, genom en enkät genomförd av Sveriges kommuner och landsting om specialisttandvård samt vad som framkommit vid möten med specialist- och ämnesföreningar, referensgrupp och vid kontakter med enskilda.

Inledning

Medan flertalet svenska läkare är specialistutbildade har endast 11 procent av tandläkarna genomgått en specialistutbildning. Huvuddelen av tandvården utförs av allmänpraktiker och vid behov, med stöd och hjälp av specialister. Specialisttandvården har en viktig roll för patientsäkerhet och kvalitet i tandvården. Nuvarande åtta specialiteter har framförallt vuxit fram och utvecklats under den period av samhällsuppbyggnad som präglade decennierna efter andra världskriget. Införandet av tandvårdsförsäkringen 1974 och fastställandet av landstingens ansvar för specialisttandvården i tandvårdslagen (1985:125) innebar ytterligare stimulanser för specialisttandvårdens utveckling.

Uppdraget

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att göra en översyn av de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås för tandläkare samt utbildningen för dessa. ”I slutbetänkandet från utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m., Tandvården till 2010 (SOU 2002:53), föreslås att en översyn görs av de bestämmelser som gäller för specialistutbildningen (2). Utifrån översynen skall Socialstyrelsen föreslå de förändringar som är påkallade samt redovisa utförliga konsekvensbeskrivningar. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 augusti 2006.” Utredningstiden har senare förlängts till 31 oktober 2006.

Avgränsningar

Remisserna till specialisttandvården kommer i första hand från tandläkare, främst allmäntandläkare. Allmäntandläkarnas kompetens och utbildning styr därför i stor utsträckning behovet av specialisttandläkare. Det har under utredningens gång framförts önskemål om att utreda allmäntandläkarnas fort- och efterutbildning. Frågan äger stor giltighet och bör utredas men detta har bedömts falla utanför denna utredning. Frågan om byte av huvudman för specialisttjänstgöringen från landstingen till staten har också aktualiserats men även denna fråga har bedömts falla utanför uppdraget.

Tidigare utredningar

Enligt kungörelsen (1966:663) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket fanns fem erkända specialiteter barn-tandvård, tandreglering, tandlossningssjukdomar, tandsystemets kirurgiska sjukdomar och rotbehandling. Som ett resultat av 1971 års specialistutredning (DsS 1975:14) tillkom två nya specialiteter, oral protetik och odontologisk röntgendiagnostik. 1989 års utredning om tandläkarnas specialiserings-tjänstgöring (Ds 1990:48) föreslog i sin rapport till regeringen att dåvarande sju specialiteter skulle minska till tre, ortodonti, oral kirurgi och oral rehabi-

litering (3). Regeringens beslut innebar emellertid att antalet specialiteter utökades till åtta genom att det även inrättades en specialitet i bettfysiologi.

Tandläkare kan förvärva specialistkompetens inom följande specialiteter:

1. Pedodonti (barntandvård)
2. Ortodonti (tandreglering)
3. Parodontologi (tandlossningssjukdomar)
4. Oral kirurgi
5. Endodonti (rotbehandling)
6. Oral protetik
7. Odontologisk radiologi
8. Bettfysiologi

Frågan om inrättandet av en specialitet i sjukhustandvård behandlades i regeringens proposition 1997/98:112 Reformerat tandvårdsstöd. Bakgrunden var den utredning som genomförts av Karolinska institutet på uppdrag av regeringen och som visade på behovet av kompetens vid behandling av patienter med långvariga sjukdomar eller funktionshinder. Av propositionen framgår att regeringens avsikt var att ge Socialstyrelsen i uppdrag att inkomma med förslag till målbeskrivning för en specialitet i sjukhustandvård. Något sådant uppdrag har emellertid inte getts.

Kriterier för en odontologisk specialitet

I 1989 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning angavs följande kriterier för en specialitet.

1. Specialistområdet skall vara ett väl avgränsat, kliniskt verksamhetsområde.
2. Inom verksamhetsområdet bedöms behoven hos ett större antal patienter vara sådana att allmäntandläkarna inte kan förväntas ha kunskaper eller färdigheter att utföra behandlingen av dessa patienter
3. Inom aktuellt verksamhetsområde bedöms förhållandena vara sådana att allmäntandläkare i stor utsträckning saknar möjlighet att konsultera mera erfaren och mera kompetent allmäntandläkare vad gäller mindre vanliga sjukdomstillstånd eller skador respektive bettavvikelser.
4. För att kunna utföra mera komplicerade behandlingar inom verksamhetsområdet behövs flerårig utbildning och klinisk träning under handledning.

Även om synsättet ovan fortfarande kan sägas äga giltighet föreligger uppenbara inkonsekvenser. Även en tydligt avgränsad specialitet som ortodonti delar kunskaper med andra specialiteter som pedodonti, bettfysiologi och oral protetik. Andra specialiteter konstitueras både av specifik kunskap och av kunskaper gemensamma för flera andra specialiteter.

Kriterier för en medicinsk specialist har angetts i Socialstyrelsens översyn av läkarnas specialistutbildning (4). Kriterierna har i det följande anpassats för de odontologiska specialiteterna.

- En odontologisk specialitet bör vara kunskapsmässigt sammanhållen och (i viss mån) avgränsbar från andra specialiteter – eller ingå i en grupp av specialiteter, som bygger på släktskapsförhållanden
- En odontologiska specialitet bör omfatta ett specifikt kunskapsområde och ha en med övriga odontologiska specialiteter gemensam kunskapsbas.
- En odontologisk specialitet bör vara av rimlig storlek och spegla ett rimligt stort specifikt kunskapsområde.
- En odontologiska specialitet bör avspegla patienternas och hälso- och sjukvårdens behov.

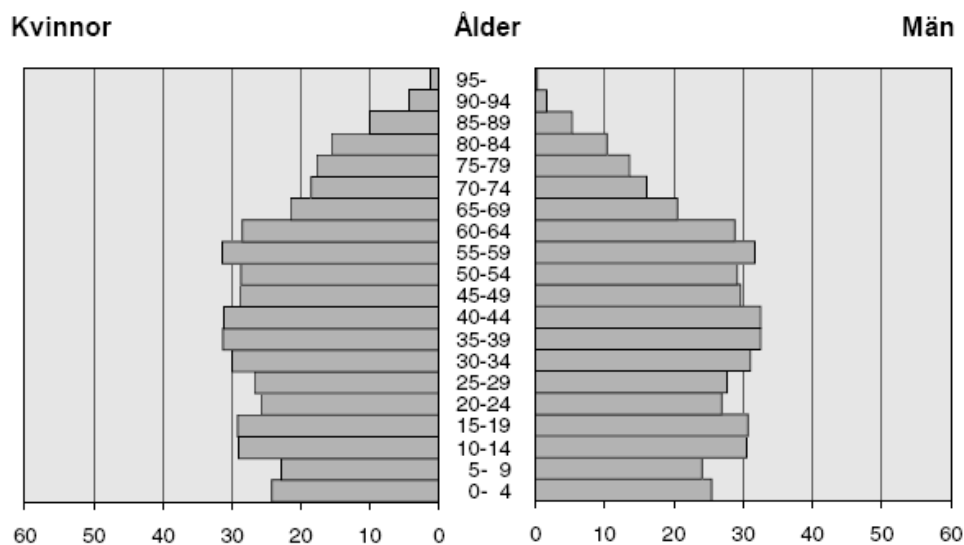
Kriterierna i denna definition speglar det synsätt som krävs i en tid av snabb utveckling, där gränsöverskridande och nytänkande utgör viktiga delar. Medan synsättet i 1989 års utredning idag kan framstå som begränsande och åtminstone som ett hinder för utvecklingen, främjar synsättet ovan flexibilitet och stimulerar utveckling. Synsättet är tillämpligt även på de odontologiska specialiteterna och mera i överensstämmelse med den pågående utvecklingen av specialisttandvården.

Befolkningen och behov av tandvårdspersonal

Antalet medborgare i Sverige beräknas öka till 9,8 miljoner till år 2050 (5). Under 1990-talet ökade Sveriges befolkning med drygt 290 000 personer. Befolkningsökningen beräknas under den närmaste tioårsperioden uppgå till cirka 230 000 personer. Därefter förväntas befolkningstalet öka med ytterligare omkring 650 000 personer under perioden 2010-2050. Den kraftigaste ökningen förväntas ske under de första 20 åren av denna period.

Av figur 1 framgår att befolkningspyramidens utseende ändras på grund av de allt större grupperna av äldre personer. Den förändrade ålderssammansättningen betydelse för framtida behov av specialisttandvård kan diskuteras. Den ökande andelen äldre, ofta med allvarliga sjukdomar och komplicerade tandvårdsbehov, liksom omfattande eftersatta vårdbehov hos grupper av invandrare innebär emellertid med stor sannolikhet ökat behov av specialistinsatser.

Hela befolkningen, promille



Figur 1. Sveriges befolkning 31 december 2005 efter ålder och kön (SCB).

Förbättrad tandhälsa

Tandhälsan har dramatiskt förbättrats särskilt bland barn och ungdomar under senare delen av 1900-talet. Det finns emellertid fortfarande barn och ungdomar med mycket stora vårdbehov. Någon förbättring av tandhälsan i den gruppen har inte skett snarare finns tecken på att den försämrats ytterligare (6).

Även hos den vuxna befolkningen har en tandhälsoförbättring skett vilket framgår av att andelen äldre i befolkningen med egna tänder successivt ökar. Försäkringskassan och Socialstyrelsen genomförde år 2005 en enkätundersökning bland 8 400 personer, varav 75 procent svarade (7). Undersökningen baseras bl.a. på erfarenheter från tidigare rikstäckande tandvårdsundersökningar – Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar 1980/81 – 2004 och Riksförsäkringsverkets undersökningar 1998 respektive 2004.

Av enkäten framgår att det har skett en kraftig minskning av antalet personer med löständer sedan år 1965. Då hade 23,4 procent av hela befolkningen löständer, 37,3 procent både egna tänder och löständer och 1,4 procent saknade både egna tänder och löständer. I den aktuella undersökningen uppgår endast 2,8 procent att de har löständer, 5,8 procent har både egna tänder och löständer och 0,3 procent saknar såväl egna tänder som löständer. Kvinnor har i högre utsträckning än män enbart löständer. Drygt 40 procent av dem som enbart har löständer uppgår att de har problem med att tugga. 30 procent uppgår sig ha besvär med tandgnissling/tandpressning i åldrarna under 60 år, högst andel återfinns i åldrarna 30–49 år. Större andel kvinnor än män uppgår att de har besvär med tandgnissling eller tandpressning.

De flesta 20–39 åringar har inga synliga tandluckor efter tänder som saknas. Av samtliga personer i åldrarna upp till 85 år uppgår 15 procent att de har synliga tandluckor. Synliga tandluckor är vanligare i de äldsta åldersgrupperna. Mer än 85 procent uppgår att de sökt tandvård minst en gång

vartannat år medan endast 76 procent av 20–29-åringarna uppger att de besökt tandvården de senaste två åren. Besöksfrekvensen varierar med inkomsten. Knappt 62 procent av personerna i det lägsta inkomstskiktet, under 15 000 kronor i månaden före skatt, hade besökt tandvården det senaste året jämfört med omkring 84 procent av dem med de högsta inkomsterna, 30 000 kronor per månad före skatt eller mera. 2–3 procent uppger att de någon enstaka gång undviker ett normalt umgängesliv på grund av sitt tandstatus.

Förbättrad tandhälsa innebär inte med automatik lägre efterfrågan på tandvård. Däremot finns det skäl att anta att efterfrågan ändrar karaktär på grund av förändringar i befolkningsstruktur, tandhälsa och tandvårdens utveckling. Det finns i detta sammanhang anledning att understryka vikten av att tandvårdens metoder kritiskt granskas. De granskningar av tandvården som hittills utförts av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) visar att mycket återstår innan en evidensbaserad tandvård är en realitet (8, 9). Specialisttandvården har en viktig roll att fylla i detta sammanhang.

Tandhygienistens roll

Den allmänna tandhälsförbättringen innebär att stora delar av befolkningen har förhållandevis små vårdbehov. Tandhygienisterna kan därmed ges den utökade roll, som föreslås i ”Stöd till hälsobefrämjande tandvård” även om deras nuvarande förhållandevis korta utbildning (80 poäng) kan innebära problem (10). Socialstyrelsen förordade i sitt remissvar på slutbetänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) att tandhygienistutbildningen skulle utökas till att omfatta 120 poäng. Det finns mot bakgrund av tandhygienisternas vidgade uppgifter anledning att pröva frågan på nytt. Även om hygienisterna ges en utökad roll innebär dock den kraftigt minskade tandläkarkåren att varje allmänpraktiserande tandläkare måste ansvara för flera patienter än idag. För att klara detta måste allmäntandläkaren, som utgör tandvårdens bas, ha stöd av specialisttandläkare.

Specialisternas roll och arbetssätt

Flertalet specialisttandläkare är anställda inom folktandvården. Folktandvården har därigenom en mycket stark ställning inom svensk specialisttandvård. Den starka ställningen är baserad på tandvårdslagen (1985:125) av vilken det framgår att folktandvården skall svara för specialisttandvård för barn och ungdomar men även har en skyldighet att erbjuda specialisttandvård för vuxna bosatta inom landstingskommunen. Vårdansvaret är dock inte absolut utan beror på de resurser som kan åstadkommas och på vilken specialisttandvård som bedöms som rimlig. Från den 1 juli 1992 infördes ett nytt system för att uppnå specialistkompetens inom de åtta erkända specialiteterna innebärande bl.a. att totalansvaret för kostnaderna för utbildningen läggs på huvudmännen. Som framgår av tabell 1 har specialisttandvården ett starkt stöd av huvudmännen, som i princip bedömer att behovet av specialisttandläkare kommer att öka om 10 år (11).

Tabell 1. Antal landsting som bedömer behovet av specialister om tio år som minskat, oförändrat eller ökat. (Håkansson G, Vestergren H 2006).

Specialiteter	Minskat behov	Oförändrat behov	Ökat behov
Pedodonti	0	12	8
Ortodonti	6	7	7
Parodontologi	3	15	2
Kirurgi	0	15	5
Endodonti	3	12	5
Protetik	2	13	5
Bettfysiologi	0	15	5
Röntgen	2	14	4

Specialisttandvården har på ett framgångsrikt sätt utvecklat ett stödjande arbetssätt. Detta innebär att i första hand landstingsspecialisten, utöver behandling av remisspatienter, genom utbildning och konsultationer ger stöd till allmäntandläkarna både i folktandvården och i privattandvården. Den till antalet förhållandevis blygsamma specialisttandläkarkåren får genom detta arbetssätt stor betydelse för vårdens kvalitet och därmed för patientsäkerheten. Tandvårdens organisation med många små enheter understryker betydelsen av detta.

Specialisttandvården har stor betydelse för forskning och utveckling. Omkring 10 procent av specialisternas tid används till forsknings- och utvecklingsarbete (2). Det är viktigt för specialisten att ha god överblick över forskningsfronten. Utbildning av specialister bör därför i första hand ske vid universitetskliniker eller större institutioner. Specialistutbildning vid små enheter bör således endas ske i undantagsfall och förutsätter samverkan med universitetsklinik eller större institution.

Socialstyrelsens har utfärdat föreskrifter (SOSFS 1993:4) och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (bilaga 2). Där föreskrivs vad som gäller för målbeskrivningar, specialiseringstjänstgöringens omfattning, godkännande av klinik för specialiseringstjänstgöring, intyg om genomförd specialiseringstjänstgöring samt bevis över specialistkompetens.

Grundutbildning till tandläkare

Enligt Europaparlamentets och Rådets Direktiv 2005/36/EG (artikel 36, punkt 3) om erkännande av yrkeskvalifikationer gäller följande om utövande av yrkesverksamhet som tandläkare.

Medlemsstaterna skall se till att tandläkare generellt skall ha tillträde till verksamhet som innebär förebyggande, diagnos och behandling av anomalier och sjukdomar i mun, käkar och omkringliggande vävnader i enlighet med de i lag fastställda bestämmelserna och de yrkesetiska reglerna för yrket på de referensdatum som anges i punkt 5.3.2.

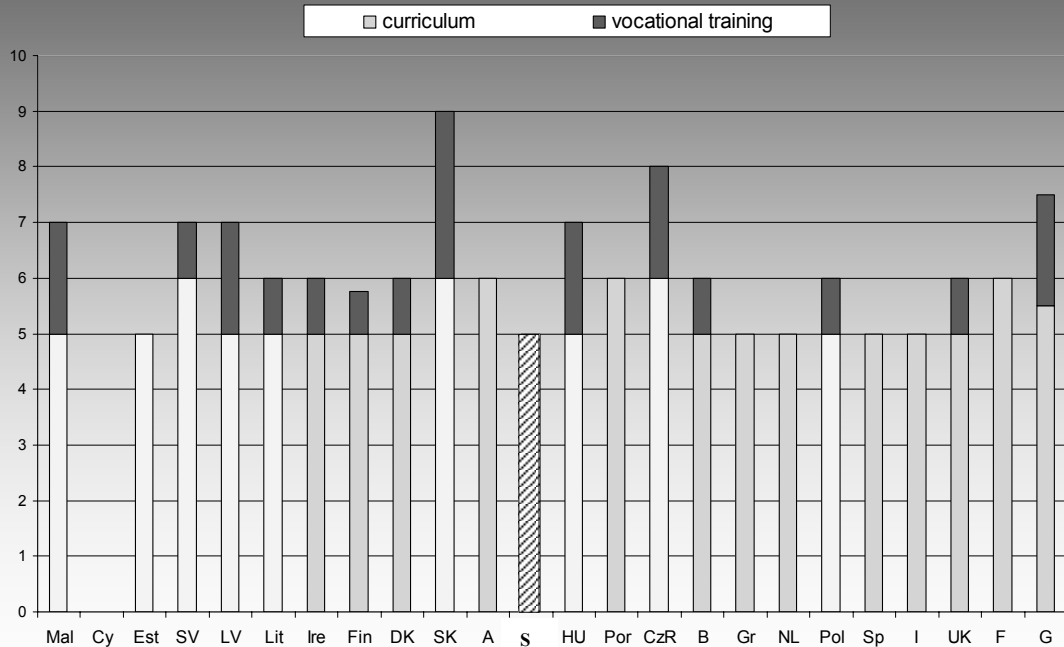
Tandläkaryrket är genom denna definition det mest väldefinierade av alla yrken inom hälso- och sjukvården i EU. Anledningen till detta är sannolikt att det har bedömts angeläget med en tydlig avgränsning mellan tandläkar- och läkaryrket. Man måste i detta sammanhang vara medveten om att odontologi i många EU-länder har varit en specialitet inom medicinen.

Svensk tandläkarutbildning – en av de kortaste i EU

Kraven på den grundläggande tandläkarutbildningen finns angivna i direktivets artikel 34. Av punkt 2 framgår:

Den grundläggande tandläkarutbildningen skall omfatta minst fem års studier på heltid med teoretisk och praktisk undervisning, som skall omfatta minst den utbildningsplan som anges i punkt 5.3.1. i bilaga V, vid universitet, högskola som tillerkänts likvärdig ställning eller under tillsyn av ett universitet.

Skillnaderna mellan tandläkarutbildningarnas inriktning och längd är stora inom EU. Även om direktivet framstår som entydigt föreligger främst skillnader mellan de medlemsstater som anpassat sig till EG-direktivets inriktning (odontologi) och de som har en tandläkarutbildning med mera medicinsk inriktning (stomatologi). Tandläkarkåren i Italien, Spanien och Österrike domineras fortfarande av tandläkare som är läkare med en specialistutbildning i odontologi.



Figur 2. Tandläkarnas grundutbildning samt allmäntjänstgöring (AT). Källa: Council of European Chief Dental Officers (CECDO) 2006.

Som framgår av figur 2 varierar längden på tandläkarnas grundutbildning kraftigt mellan medlemsländerna. Den kortaste utbildningstiden (5 år) har Sverige, Estland, Grekland, Spanien, Nederländerna och Italien. Efter det att tabellen upprättades har beslut tagits om att förlänga utbildningen i Nederländerna till 6 år och i Italien till 7 år. Utbildningstiden mätt i år ger emellertid inte hela sanningen eftersom antalet utbildningsveckor per år varierar mellan länderna. Sverige har liksom övriga nordiska länder de högsta antalet utbildningsveckor per år. Notabelt är att Sverige saknar AT-tjänstgöring för tandläkare. Socialstyrelsens uppfattning framgår av remissvaret på slutbetänkanden Tandvården till 2010 där det föreslås att den tidigare AT-utbildningen återinförs.

Specialistutbildning inom EU

Kraven på utbildning till specialist finns angivna i direktivets artikel 35, Av punkt 2 framgår:

Utbildningen till specialisttandläkare skall omfatta teoretisk och praktisk utbildning vid universitet, behandlingscentrum för studier och forskning eller i förekommande fall, annan vårdinrättning som godkänts av behöriga myndigheter eller organ i detta syfte. Utbildning till specialisttandläkare på heltid skall omfatta minst tre år under kontroll av behöriga myndigheter eller organ. Den skall innebära personlig medverkan och ansvarstagande av den blivande tandläkaren i verksamheten på avdelningen i fråga.

Två EU-specialiteter men många nationella och informella

På EU-nivå finns två erkända odontologiska specialiteter nämligen ortodonti och oral kirurgi. Det faktiska antalet specialiteter varierar dock kraftigt mellan medlemsländerna (12). Några länder saknar helt erkända specialiteter medan andra har förhållandevis många. EU-specialiteterna ortodonti och oral kirurgi är vanligast men även parodontologi och pedodonti finns i ungefär hälften av medlemsländerna, se tabell 2. Sverige är med sina åtta specialiteter ett av de länder i Europa, som har erkänt flest odontologiska specialiteter. Anledningen till detta är sannolikt att söka i den offentliga tandvårdens utbyggnad samt påverkan från USA, som historiskt spelat en viktig roll för odontologins utveckling i Sverige.

Tabell 2. Specialiteter inom EU/EEA (Widström E. Eaton K A 2006).

Specialitet	Antal Länder	Länder
Ortodonti	25	Alla länder utom Österrike, Spanien och Luxemburg
Oral kirurgi	22	Cypern, Tjeckien, Danmark, Estland, Finland, Tyskland, Grekland, Ungern, Irland, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Slovakien, Slovenien, Sverige , Schweiz, United Kingdom (Storbritannien och Nordirland)
Pedodonti	15	Tjeckien, Estland, Ungern, Island, Lettland, Litauen, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Slovakien, Slovenien, Sverige , United Kingdom (Storbritannien och Nordirland)
Parodontologi	16	Belgien, Tjeckien, Estland, Ungern, Island, Liechtenstein, Litauen, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Slovakien, Slovenien, Sverige , United Kingdom (Storbritannien och Nordirland)
Protetik	10	Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Portugal, Slovakien, Slovenien, Sverige , United Kingdom (Storbritannien och Nordirland)
Endodonti	9	Island, Litauen, Malta, Nederländerna, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige , United Kingdom (Storbritannien och Nordirland)
Förebyggande tandvård	6	Finland, Tyskland, Island, Malta, Portugal, United Kingdom (Storbritannien och Nordirland)
Övriga	6	Estland, Finland, Island, Malta, Sverige , United Kingdom (Storbritannien och Nordirland)

Norge har efter det att tabellen upprättades beslutat om inrättandet av specialiteter i odontologisk radiologi, protetik och bettfysiologi samt endodonti.

Skillnader även i Norden

Även en jämförelse med övriga nordiska länder visar på förhållandevis stora skillnader (13). Island, Sverige, Norge och Finland är jämförbara även om man i Finland officiellt endast har fyra erkända specialiteter. Klinisk tandvård, en av specialiteterna i Finland, omfattar emellertid protetik, parodontologi, pedodonti, kariologi/endodonti, oral patologi, radiologi, bettfysiologi och oraldiagnostik dvs. i realiteten är antalet specialiteter i Finland högre än i Sverige. Norge hade tidigare fyra specialiteter men har nyligen (juni 2006) beslutat inrätta ytterligare tre specialiteter. Danmark har däremot endast de två erkända EU-specialiteterna.

Åtta specialiteter – för många eller för få?

Om åtta specialiteter i svensk tandvård är för många eller för få kan naturligtvis diskuteras. Vid en jämförelse med antalet medicinska specialiteter framstår antalet specialiteter som lågt men som högt vid jämförelse med vissa EU-länder. Det kan dock framstå som en paradox att i flera av de länder som har få eller inga specialiteter genomgår tandläkare fleråriga postgraduate utbildningar och fungerar i praktiken som specialister. Det förekommer också att specialistbehörighet utfärdas av den nationella tandläkarföreningen. För närvarande pågår t.ex. i flera EU-länder diskussioner om

inrättandet av en informell specialitet i estetisk tandvård. Tandläkarutbildningen i de nya EU-staterna har varit väl integrerad med läkarutbildningen. Ett exempel är Slovakien där tandläkarna har en 6-årig läkarutbildning, tre års utbildning i tandvård samt därefter specialistutbildning. Utgångspunkten skiljer sig helt men antalet specialiteter är liksom i Sverige åtta.

EG-direktiv – ett hinder för nya odontologiska EU-specialiteter.

Europaparlamentets och Rådets Direktiv 2005/36/EG om ömsesidigt erkännande av yrkeskvalifikationer innebär att ett automatiskt erkännande skall gälla för nya medicinska specialiteter som är gemensamma för minst två femtedelar av medlemsländerna. Dessutom medger direktivet att medlemsländerna kan träffa överenskommelser med varandra om erkännande av specialiteter som de har gemensamma men som inte automatiskt erkänns. Det nya direktivet omfattar emellertid inte nya odontologiska specialiteter. För att utöver de två erkända odontologiska specialiteterna få ytterligare specialiteter godkända som EU-specialiteter måste därför överenskommelser träffas mellan enskilda medlemsländer. Samordning på EU-nivå av de odontologiska specialiteterna är därmed i praktiken nästan omöjliggjord, vilket knappast kan stå i överensstämmelse med EU:s ambition om fri rörlighet av tjänster och varor.

Utbildning till specialist – en konkurrensfördel

En förklaring till att antalet specialiteter varierar inom EU kan vara att det inom tandläkarprofessionen i många länder finns ett motstånd mot inrättandet av formella specialiteter. Främsta anledningen till motståndet torde vara att tandvård i flertalet EU-länder i huvudsak bedrivs i privat regi och att tandläkarna arbetar på en marknad där specialistkompetens innebär konkurrensfördelar. Medan den landstingsanställda specialisten i Sverige med princip helt arbetar inom sin specialitet, arbetar specialisten i merparten EU-länder ofta minst halva sin arbetstid i allmäntandvård i sin privatpraktik. Det är således i första hand specialistens eget patientklientel som drar nytta av specialistens kompetens, en kompetens som för övrigt kan vara svår att upprätthålla om man endast arbetar deltid med specialisttandvård. I några EU-länder diskuteras till och med om det skall vara tillåtet för en specialist att arbeta med allmäntandvård.

USA

Specialistutbildning

American Dental Association (ADA) genomför i samförstånd med olika myndigheter kvalitetsprövningar av universitetens tandläkarprogram, som blir "ackrediterade" av tandläkarorganisationen. ADA har genom detta stor betydelse för grundutbildningen och för specialistutbildningen. ADA har accepterat nio odontologiska specialiteter. Utöver dessa finns även andra av ADA ej accepterade specialiteter i många stater. Till bilden hör att starka krafter inom ADA vill att specialistutbildningen organiseras på samma sätt som i Sverige dvs. blir en statlig angelägenhet.

Stora likheter mellan USA och Sverige

Det finns fler än 11 000 specialister ("diplomats") i USA. Specialisttandvårdens övergripande struktur och utveckling visar stora likheter mellan Sverige och USA, faktiskt större än mellan Sverige och resten av Europa. De svenska specialiteterna har genomgående inrättats några år efter de amerikanska, med undantag av Odontologisk radiologi som kom före i Sverige. Av tabell 4 framgår de specialiteter som godkänts av ADA, vilket är de erkändes av ADA samt utbildningens längd.

Tabell 5. Specialiteter i USA erkända av American Dental Association (ADA).

Specialitet	Erkänd av ADA	Utbildningens längd
Endodontics	1964	4
Oral and Maxillofacial Radiology	2000	2
Oral and Maxillofacial Surgery*	1947	5
Orthodontics	1950	4
Pediatric Dentistry	1948	2-3
Periodontology	1940	3
Prosthodontics	1948	3
Följande specialiteter är godkända av ADA men saknar svensk motsvarighet:		
Dental Public Health	1951	4
Oral and Maxillofacial Pathology	1950	3

* Vid vissa utbildningar kan specialistutbildningen i "Oral and Maxillofacial Surgery", kompletteras med en läkarutbildning.

Gemensamt för de nio specialiteterna är att den som genomgår specialistutbildning måste ha genomgått en ackrediterad eller en av ADA accepterad tandläkarutbildning. Vid vissa kliniker, som bedriver specialistutbildning, krävs dessutom licens ("legitimation") att praktisera tandläkaryrket i den aktuella delstaten. Ämnesföreningen formulerar kraven på utbildningens innehåll och arrangerar examination efter genomförd utbildning. Det ställs

inga krav på tjänstgöring inom allmän tandvård och utbildningarna är begränsade till själva specialiteten.

Utvecklingstendenser

I Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) föreslås bl.a. att antalet specialister bibehålls men utredaren lyfter också fram att bedömningen av behov och efterfrågan på specialisttandvård är komplex och styrs av en mängd faktorer (2). Som exempel nämns sjukdomsutveckling, metodutveckling, tandvårdsstödet utformning, patienternas behov och efterfrågan, tillgång på specialister och allmäntandläkarnas kompetens.

Den goda tandhälsan hos allt fler barn och ungdomar skulle kunna tala för att behovet av tandvård inklusive specialisttandvård minskar. Mot detta talar att antalet barn och ungdomar med stora vårdbehov fortfarande inte visar tecken på att minska.

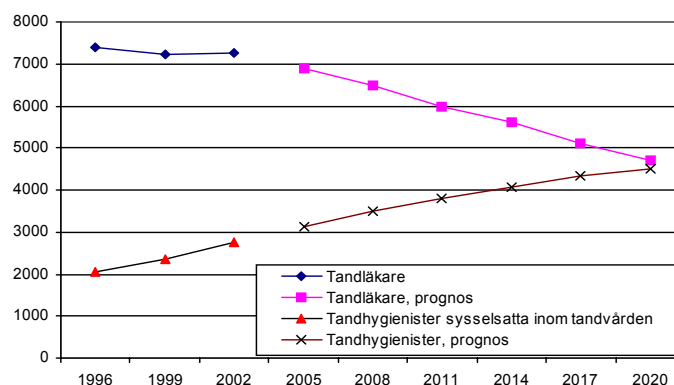
En ökande andel äldre, ofta med nedsatt allmäntillstånd, med egna tänder och/eller avancerade bettrekonstruktioner, ställer också ökade krav både på specialister och på allmäntandläkare. Utvecklingen inom odontologin har varit snabb och framgångsrik. Detta gäller inom flertalet områden men det kanske mest slående exemplet är den implantatförankrade protetiken som medfört dramatiskt ökade möjligheter för bettrehabilitering.

Antalet tandläkare sjunker snabbt

Antalet yrkesverksamma tandläkare sjunker snabbt (fig. 3). Av Socialstyrelsens prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården framgår att antalet yrkesverksamma tandläkare sjunker från nuvarande drygt 7 000 till ca 4 500 år 2020 (14, 15, 16). Antalet tandhygienister ökar däremot och i slutet av prognosperioden kommer det att finnas ungefär lika många tandhygienister som tandläkare.

Även om det kommer att ske en viss inflyttning av tandläkare från andra länder kommer den sannolikt att motsvaras av en minst lika stor utflyttning. Nettotillskottet blir således litet om ens något. Sverige kommer därmed att hamna i en situation beträffande tillgången på tandläkare som mera överensstämmer med övriga EU. Ett ytterligare problem är att det minskande antalet tandläkare kan komma att innebära en koncentration av tandläkarna till större städer och en utarmning av glesbygden.

Faktiska antalet tandhygienister och tandläkare sysselsatta inom tandvården åren 1996-2002 samt prognos avseende sysselsatta åren 2005-2020



Källa: Socialstyrelsen 2004

Figur 3. Faktiska antalet tandläkare och tandhygienister samt prognos

Nytt tandvårdstöd för vuxna

I Sverige finns en politisk ambition att likställa munhålets sjukdomar med sjukdomar i övriga kroppen och att skapa ett tandvårdstöd som gör god tandvård tillgänglig för alla medborgare. Detta kommer att leda till en ökad efterfrågan och innebär att tillgängliga resurser måste utnyttjas optimalt. I delbetänkandet Stöd till hälsobefrämjande åtgärder (SOU 2006:27) (10) ges tandhygienisterna en väsentligt större roll än i dagens tandvård. Utvecklingen bedöms gå mot att patienter med god tandhälsa i ökad utsträckning sköts av tandhygienister, vid behov i samverkan med tandläkare. Behovet av allmänpraktiserande tandläkare bör med detta synsätt minska. Detta är en förutsättning för att inte vårdköer skall uppstå, vilket kan innebära att stora patientgrupper kan komma att stå utanför vården.

Betydelsen av detta för behovet av specialisttandläkare är svårbedömt. Mycket talar dock för att behovet av specialisttandläkare kommer att öka och därmed uppstår ett behov av prioriteringar dvs. att vårdbehovet, och inte som idag marknadskrafterna, avgör om en behandling skall utföras eller ej.

Hög genomsnittsålder bland specialister

Ett utmärkande drag för specialisterna liksom för övriga tandläkare är den höga genomsnittsåldern. Detta kommer inte bara som framgår av tabell 5 att innebära brist på specialister utan också på kompetenta handledare. Särskilt tydligt blir detta när det gäller de små specialiteterna. Av tabellen framgår att antalet specialister även i de ”stora” specialiteterna är lågt. Det låga antalet specialister kan i själva verket innebära ett hot mot specialiteten eftersom det bli svårt att hitta handledare med tillräcklig vetenskaplig kompetens.

Tillgången på vetenskapligt kompetenta handledare är ytterligare ett argument för att specialistutbildning i första hand skall bedrivas vid universitetskliniker och vid större institutioner.

Tabell 6. Sysselsatta specialisttandläkare efter åldersklass och specialitet (november 2003).

Specialitet	Procentuell andel inom ålderskategorin			Antal totalt
	<45 år	45-54 år	55-w år	
Pedodonti	9	37	55	82
Ortodonti	10	33	57	244
Parodontologi	13	33	54	101
Oral kirurgi	13	40	47	135
Endodonti	13	41	46	39
Oral protetik	16	50	34	114
Odontologisk radiologi	19	30	51	37
Bettfysiologi	14	48	38	29
Totalt	12	38	50	781

Enkät om specialisttandvård och specialiseringstjänstgöring

Som ett led i utredningen genomfördes en enkätundersökning omfattande tandläkare legitimerade 1990, 1991, 2000 och 2001.

Ett av de mest påtagliga resultaten är det stora bortfallet på arbetsmarknaden. Av 681 legitimerade är högt räknat 465 verksamma inom svensk tandvård. Av dessa yrkesverksamma har 380 (82 procent) besvarat enkäten. Svarefrekvensen var lika för män och kvinnor.

Nästan samtliga uppger att de skickar 10–30 remisser per år till specialisttandvård, bara någon enstaka skickar inga remisser alls.

Hälften av tandläkarna (49 procent) uppger att de är verksamma i storstadsområden.

De allra flesta är nöjda med nuvarande förhållanden och ger inte uttryck för någon önskan om förändring. Ungefär var fjärde har emellertid åsikter om specialisttandvården och förslag till förändringar. Främst är uppfattningen att det saknas specialistkapacitet i endodonti (22 procent) samt oral radiologi (16 procent) och att det behövs en specialitet i sjukhustandvård (9 procent). Svaren är mycket försiktiga på frågan om någon specialitet kan tas bort men ett fåtal anger att bettfysiologi (6 procent) och pedodonti (4 procent) skulle kunna tas bort.

Det framkommer också att intresset för att utbilda sig till specialist är mycket stort. Svårigheterna att få tillträde till specialistutbildningarna lyfts fram i enkätsvaren; särskilt svårt anges det vara för privatpraktiker.

Resultaten redovisas i bilaga 1 där också ett urval av svaren i fri text återges.

Överväganden

Inom ramen för översynen har en värdering gjorts av befintliga specialiteter. De kriterier för en medicinsk specialist som har angetts i Socialstyrelsens översyn av läkarnas specialistutbildning har varit vägledande (4). En odontologisk specialitet bör således vara kunskapsmässigt sammanhållen och (i viss mån) avgränsbar från andra specialiteter – eller ingå i en grupp av specialiteter, som bygger på släktskapsförhållanden – samt bestå av en gemensam kunskapsbas och ett specifikt kunskapsområde. En specialitet bör vara av rimlig storlek och spegla ett rimligt stort specifikt kunskapsområde och avspegla patienternas och hälso- och sjukvårdens behov.

De odontologiska specialiteterna är i jämförelse med de medicinska specialiteterna förhållandevis små. Det kan därför behöva understrykas att små specialiteter kan ha en specifik kompetens som inte finns inom närliggande specialiteter. Gränsöverskridande samsyn och samverkan mellan olika specialiteter underlättas om närliggande specialiteter har en gemensam bas. Detta innebär också ökade möjligheter att på kort tid uppnå specialistkompetens inom närbesläktade specialiteter.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1993:4) och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring utarbetades innan Sverige blev medlem av EU. Av målbeskrivningen för varje specialitet framgår kraven på kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Vid möten med specialist- och ämnesföreningar med flera har det framkommit att det råder stor samsyn om att det synsätt, som präglar föreskrifterna, dvs. målstyrning genom målbeskrivningar fortfarande är aktuellt liksom regelverket i övrigt för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Det råder också samsyn om att specialistutbildningen skall föregås av tjänstgöring i allmänpraktik.

Av enkätundersökningen riktad till tandläkarna som legitimerats 1990, 1991, 2000 och 2001 framgår att flertalet tandläkare är nöjda med dagens specialisttandvård. Man är däremot mycket kritisk mot antagningssystemet som man upplever som djupt orättvist. Man anser att antagningssystemet framförallt missgynnar privatpraktiserande tandläkare. Intresset för att utbilda sig till specialist är mycket stort och i enkäten till tandläkarna uppger 30 procent av privatpraktikerna och 15 procent av tjänstetandläkarna att de själva är beredda att betala sin utbildning. Av vad som framkommit i översynen motiverar att antagningssystemet till specialistutbildningen utreds i särskild ordning.

Systemet för antagning till specialistutbildning innebär att det finns 65 regionala utbildningsplatser, som finansieras av landstingen. Tillsättandet av dessa utbildningsplatser sker på sedvanligt sätt efter meritvärdering men med den reservationen, att högskolorna ur denna pott skall kunna utbilda tandläkare för sitt eget behov. Utöver detta bedriver utbildningsinstitutionerna uppdragsutbildning. Detta innebär att den folktandvårdsorganisation, som har behov av specialister, väljer ut en lämplig tandläkare och finansierar

rar utbildningen till specialist. Motsvarande möjlighet till uppdragsutbildning torde finnas även för privata vårdbolag men utnyttjas inte.

I det fortsatta görs en genomgång av nuvarande åtta specialiteter men också av de nya föreslagna specialiteterna. Avslutningsvis diskuteras behovet av en gemensam kunskapsbas liksom Socialstyrelsens framtida roll i specialistutbildningen.

Nuvarande specialiteter

Pedodonti

Specialiteten pedodonti är tvärvetenskaplig. Specialiteten omfattar odontologiskt omhändertagande av barn och ungdomar med komplicerade tandolycksfallskador, grava tandutvecklingsstörningar, och av barn och ungdomar med allvarliga somatiska sjukdomar, funktionshinder, uttalad tandvårdsrädsla och psykiska störningar. I specialiteten integreras fördjupade odontologiska kunskaper och färdigheter med medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala kunskaper om barn och ungdomar. Vidare är det karaktäristiskt för specialiteten att utnyttja och ta hänsyn till den växande individens psykiska och fysiska utveckling som en förutsättning för att patienter med komplicerade behandlingsbehov skall kunna få ett adekvat odontologiskt omhändertagande.

Specialistutbildning i pedodonti skall leda till fördjupade kunskaper om barns utveckling, beteende och behov för att kunna förstå och ta hänsyn till hur barnets kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd och sociala faktorer. Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi, ortodonti, parodontologi, barn och ungdomshabilitering, barn och ungdomspsykiatri, pediatrik och psykologi.

Kommentar:

Specialiteten pedodonti är en viktig förutsättning för en välfungerande barn och ungdomstandvård. Den har också ett starkt stöd både i förarbetena till tandvårdslagen och i den kliniska vardagen. Specialitetens tvärvetenskapliga inriktning gör att utbildningen bör bedrivas vid institution eller högskola där garantier finns för samverkan med andra specialiteter. Numerären specialister bör bibehållas.

Ortodonti

Specialiteten ortodonti är den del av odontologin som omfattar ansiktets, käkarnas och bettets normala och anormala utveckling och växt. Ämnet omfattar diagnostik, behandling och förebyggande av medfödda eller förvärvade bett- och tandställningsfel baserat på kunskaper om orsaker till avvikelserna och deras konsekvenser för individens orala och allmänna välbefinnande.

Specialistutbildning i ortodonti skall leda till de särskilda kunskaper och färdigheter som behövs för att självständigt kunna ansvara för och utföra all ortodontisk diagnostik och behandling på barn och vuxna. I ämnesområdet

ingår diagnostik av medfödda eller förvärvade avvikelser i ansiktets och käkarnas normala växt liksom störningar i bittets utveckling samt att självständigt fatta beslut om behandlingsmål, behandlingsplanering och att göra prognosbedömningar.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral protetik, parodontologi, pedodonti, foniatrik, genetik, pediatrik, plastikkirurgi, psykologi och öron-, näsa- och halssjukdomar.

Kommentar:

Ortodonti är den äldsta och största av tandläkarspecialiteterna och har liksom pedodonti ett starkt stöd både i förarbetena till tandvårdslagen och i den kliniska vardagen. Nuvarande ambitionsnivå innebär att omkring 25 procent av barn och ungdomar erhåller tandreglering. Pensionsavgångar kommer att reducera antalet ortodontister. Professionen tillämpar därför i ökande grad prioriteringar för att så långt som möjligt utnyttja tillgängliga resurser. En viss minskning av antalet ortodontister bör kunna accepteras.

Parodontologi

Specialiteten parodontologi omfattar fördjupade kunskaper avseende sjukdomar och defekter i de vävnader som utgör tandens fäste i käkbenet. Ämnet omfattar också diagnostik, behandling och förebyggande av medfödda eller förvärvade defekter eller sjukdomar som kan påverka detta fäste.

Specialistutbildning i parodontologi skall leda fram till särskilda kunskaper och färdigheter i diagnostik och behandling av sjukdomar och defekter, med betoning av infektiösa och inflammatoriska processer, i tandens stödjevävnader. Destruktiva processer i dessa vävnader kan ofta ha samband med andra sjukdomar vilket gör att specialiteten parodontologi har kunskaps-samband med ett flertal andra specialiteter, såväl odontologiska som medicinska. Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, endodonti, odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral mikrobiologi, oral protetik, ortodonti, immunologi och internmedicin.

Kommentar:

Andelen patienter med allvarliga tandlossningssjukdomar är fortfarande hög i Sverige liksom i övriga världen. Det finns ett behov som väl motiverar specialiteten. Det finns dessutom anledning att tro att behovet kan komma att öka i en åldrande befolkning med egna tänder eller implantat och krav på att få behålla dessa. Ambitionen bör vara att bibehålla nuvarande nivå på numerären specialister.

Oral kirurgi (käkkirurgi)

Specialiteten omfattar kunskaper och färdigheter beträffande diagnostik och behandling av sjukdomar, skador och defekter i käkar och munhåla samt omgivande vävnader. Behandlingsmetoderna är företrädesvis kirurgiska, men även medikamentell eller annan behandling kan ingå.

Specialisten skall kunna diagnostisera sjukdomstillstånd eller anomalier i käkar, munhåla och angränsande ansiktsregioner, samt ha särskilda kunskaper och färdigheter i kirurgiska behandlingsmetoder för sådana tillstånd. Specialist i käkkirurgi skall också ha tillägnat sig särskilda kunskaper i:

- grundläggande kirurgisk teknik
- förebyggande och behandling av allmänna komplikationer vid kirurgiska ingrepp
- olika former för anestesi och smärtlindring
- chock- och vätskebehandling.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral mikrobiologi, oral patologi, oral protetik, ortodonti, internmedicin samt öron-, näsa- och halssjukdomar.

Kommentar:

Specialiteten har sin tyngdpunkt inom dentoalveolär kirurgi, implantatkirurgi, bimaxillär ortognat kirurgi, bimaxillära käkskador, öppen kirurgi, plattosteosyntes, rekonstruktioner med bentransplantat och käkledskirurgi.

Utövarer av kirurgi på EU-nivå kan ha dubbelutbildning dvs. vara både läkare och tandläkare men kan också vara en specialistutbildad tandläkare eller läkare. Ett frustrerande förhållande är att käkkirurgi utövad av tandläkare följer "The Dental Directive" medan käkkirurgi utövad av läkare följer "The Medical Directive". I realiteten finns tre närbesläktade specialiteter inom EU. En kirurgisk specialitet som omfattas av the Dental Directive (oral kirurgi) och två specialiteter, en ren läkarspecialitet (maxillofacial kirurgi) och en specialitet där man är dubbelutbildad (oral och maxillofacial kirurgi), som omfattas av the Medical Directive. Även om det förekommer att svenska käkkirurger har dubbelutbildning dvs. både är läkare och tandläkare utgörs majoriteten av de svenska kirurgerna av specialistutbildade tandläkare.

Av en enkät som specialistföreningen i oral kirurgi gjort bland sina medlemmar framgår att majoriteten av svenska käkkirurger stödjer tanken på en dubbelutbildning. Utbildning både till läkare och till tandläkare samt efterföljande specialistutbildning leder emellertid, även om man skulle kunna tillgodoräkna sig vissa delar inom respektive grundutbildning, till en extremt långa utbildningstid. Erfarenheterna av den svenska käkkirurgin är goda och patientsäkerheten måste bedömas som mycket hög. Socialstyrelsen har förståelse för att käkkirurger vid behandling av komplicerade fall kan behöva ytterligare medicinsk kompetens. Detta bör dock i första hand lösas genom samverkan med angränsande medicinska specialister. Socialstyrelsen anser således inte att det finns motiv för att stödja en utveckling, som innebär dubbelutbildning. Den medicinska delen i specialistutbildningen i oral kirurgi bör emellertid utökas genom att utbildningstiden utökas från nuvarande i praktiken fyra till fem år. Namnet på specialiteten oral kirurgi föreslås ändras till käkkirurgi, som bättre speglar specialitetens innehåll.

Ambitionen bör vara att bibehålla nuvarande nivå på numerären specialister.

Endodonti

Specialiteten endodonti omfattar diagnostik, behandling och förebyggande av sjukdomsprocesser i tandpulpan och därav betingade förändringar i de periradikulära vävnaderna, utgående från tandens rotkanalsystem.

Specialistutbildning i endodonti skall leda fram till särskilt stora kunskaper och färdigheter i diagnostik av endodontiska och periapikala patologiska processer och i behandling av inflammatoriska och infektiösa tillstånd i tandpulpa och periradikulära vävnader.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral mikrobiologi, oral protetik, parodontologi, neurologi, psykiatri och toxikologi.

Kommentar:

Behovet av specialister i endodonti är stort och mycket talar för att det överstiger tillgången på specialister. Man kan dessutom förvänta sig att behovet av specialister ökar i en åldrande befolkning. Specialiteten är således väl motiverad. Liksom för flertalet odontologiska specialiteter finns det anledning att uppmärksamt följa behov och efterfrågan på specialister. Möjligen kan en viss utökning av numerären bli aktuell.

Oral protetik

Specialiteten oral protetik omfattar diagnostik och behandling av patienter med missbildningar eller vävnadsförluster i käkar och ansikte, där behandlingen innebär ersättning av saknad vävnad med proteser av olika slag, samt diagnostik och behandling av fall där rehabiliteringen av psykologiska och sociala skäl är särskilt komplicerad. Däri innefattas kliniska aspekter på de protetiska materialen och materialens inverkan på individen, käkarnas och munhålans förändringar till följd av tandförluster samt tuggfunktion, fonetik och estetik vid oralprotetiska rekonstruktioner.

Specialistutbildning i oral protetik skall leda fram till särskilt stora kunskaper och färdigheter i samtliga förekommande protetiska behandlingsmetoder, samt till goda kunskaper i psykologiska reaktionsmönster i samband med oralprotetisk behandling.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, endodonti, gerodontologi, odontologisk radiologi, odontologisk teknologi, oral kirurgi, ortodonti, parodontologi, geriatrik, psykologi, psykiatri och toxikologi.

Kommentarer:

Oral rehabilitering och habilitering i komplicerade fall är specialitetens innehåll. Dessutom behandlas patienter med materialrelaterad problematik och patienter med förluster av tänder och intilliggande vävnader efter tumöroperationer eller omfattande traumata. Vidare behandlas patienter som har behov av käkbensförankrad protetik efter omfattande trauma mot tänder och käkar, saknar tänder pga. att tandanlag inte utvecklats och/eller har käkanomalier.

Utöver vad som sägs ovan kan man utgå ifrån att specialisten i oral protetik successivt får en större roll vid bettrehabilitering av äldre. Merparten specialister är idag knutna till den offentliga vården men har också stora möjligheter att etablera sig som privatpraktiker. Skulle så ske i ökande omfattning innebär detta med största sannolikhet att behovet av specialister ökar.

Odontologisk radiologi

Specialiteten odontologisk radiologi omfattar kunskaper och färdigheter beträffande diagnostiskt utnyttjande av olika slag av genomträngande strålning. Tyngdpunkten i specialiteten ligger på tolkning av radiologisk information avseende tänder, käkar, ansiktsskelett, munhåla, näsans bihålor, käkleder, spottkörtlar och svalg samt till dessa organ anslutande vävnader och funktioner. Diagnostiken omfattar patologiska processer, traumatiska och postoperativa tillstånd, samt övriga kraniofaciala avvikelser hos individer i alla åldrar.

Specialistutbildning i odontologisk radiologi skall leda fram till särskilda kunskaper och färdigheter i de undersökningsmetoder inom diagnostisk radiologi vilka har odontologiska tillämpningar, samt till kännedom om övriga metoder. Dessutom behövs kunskap om biologiska, fysikaliska och tekniska grunder för olika metoder, om utrustning och om olika bildgivningsprocesser.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, oral kirurgi, oral patologi, medicinsk radiologi och öron-, näsa- och halssjukdomar.

Kommentar:

Redan i samband med betänkandet om 1971 år utredning om tandläkarnas specialistutbildning m.m. (1) fördes diskussioner om att behovet av kvalificerade röntgenundersökningar inom odontologin skulle kunna lösas, genom att förstärka grundutbildningen i röntgen för tandläkare och utbilda röntgenläkare i odontologisk röntgendiagnostik. Båda förslagen förkastades. Det senare därför att både specialistläkare och specialisttandläkare i röntgen bedömde att en komplettering av röntgenläkarnas utbildning skulle bli mycket omfattande och egentligen få samma innehåll som en specialistutbildning i odontologisk röntgendiagnostik.

Argumenten gäller fortfarande, men det är viktigt att understryka att röntgentandläkarna bör ha ett nära samarbete med röntgenläkarna. Antalet specialister i odontologisk radiologi är visserligen lågt, men den tekniska utvecklingen inom telemedicin, gör att geografiska avstånd kan överbryggas. Det finns således starka argument för att behålla specialiteten med i stort sett oförändrad numerär.

Bettfysiologi

Specialiteten bettfysiologi omfattar diagnostik och behandling av funktionsstörningar inom käksystemet med symtom som rörelseinskränkning och smärttillstånd från käkområdet och angränsande organsystem. Särskild

uppmärksamhet riktas mot sambandet mellan allmänsjukdomar och funktionsstörningar inom käksystemet.

Specialistutbildning i bettfysiologi skall leda fram till särskilt stora kunskaper i diagnostik av käkfunktionella avvikelser och av smärta i tuggsystemet, och till särskilda färdigheter för behandling av dessa tillstånd.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral protetik, ortodonti, neurologi, psykologi, psykiatri, reumatologi och öron-, näsa- och halssjukdomar.

Kommentar:

Bettfysiologi är den yngsta av odontologins specialiteter. Den är också den minsta till numerären. En stor del av patientklientelet utgörs av personer med smärtproblematik och bettfysiologer ingår ofta i smärtgrupper. Specialiteten kan dock inte sägas ha fått fullt genomslag i den svenska tandvården. Av svaren i den enkät som riktades till tandläkare (bilaga 1) framgår också, även om den procentuella andelen svar är låg, att bettfysiologi är den specialitet man skulle kunna tänka sig att ta bort alternativt slå samman med oral protetik. Under senare år har emellertid specialiteten i takt med att kunskapen ökat blivit tydligare och behandlingspanoramata utvecklats. Efterfrågan på specialistbehandling har också ökat och skäl att slå ihop specialiteten finns för närvarande inte. Antalet specialister är emellertid så lågt att specialiteten inte är representerad över hela landet. Om antalet specialister minskar ytterligare kan det på sikt finnas skäl för att specialiteten inte längre skall regleras genom ett formellt erkännande.

Översynen innebär således att nuvarande åtta specialiteter bibehålls, att utbildningstiden för samtliga specialiteter förlängs och att specialiteten oral kirurgi ges namnet käkkirurgi, som bättre speglar specialitetens innehåll

Tabell 7. Specialiteter i tandvården och utbildningstider

Specialitet	Utbildningstid (år)
Oral protetik	3,5
Parodontologi	3,5
Endodonti	3,5
Ortodonti	3,5
Pedodonti	3,5
Käkkirurgi	5
Bettfysiologi	3,5
Odontologisk radiologi	3,5

Nya föreslagna specialiteter

Utöver specialiteterna ovan har förslag inkommit om ytterligare specialiteter enligt följande.

Tandvård för särskilda patientgrupper (sjukhustandvård)

De flesta sjukhustandvårdskliniker har inriktning mot medicinska högriskpatienter, infektions/fokalutredningar, oralmedicinska utredningar, behandling av patienter med funktionshinder och behandling av svårt sjuka. I de riktlinjer som sjukhustandläkarföreningen utarbetat prioriteras följande:

- Patienter vars medicinska säkerhet äventyras och vars allmäntillstånd avsevärt försämras om det odontologiska vårdbehovet inte tillgodoses.
- Infektionsfokusutredning som led i sjukdomsbehandling.
- Munslemhinneförändringar med malignitetsmisstanke och/eller som försvårar nutritionen eller där misstanke om bakomliggande systemsjukdom föreligger.
- Patienter före, under och efter strålbehandling och organtransplantation eller malign sjukdomsbehandling.
- Patienter under vissa skeden av palliativ behandling då nedsatt immunförsvar kräver specialkompetens för att ge oralmedicinsk och/eller odontologisk behandling.
- Patienter under vård i livets slutskede.
- Patienter med starkt begränsad autonomi och funktionshinder.

Kommentar:

Inom sjukhustandvården behandlas patienter med allvarliga sjukdomstillstånd. Sjukhustandläkarnas kompetens att ta hand om dessa patienter har successivt byggts upp, men stora variationer i kompetens kan föreligga vilket i sin tur innebär patientsäkerhetsrisker. För att så långt som möjligt minimera dessa, bör kompetensen hos sjukhustandläkarna bli mera enhetlig och i många fall väsentligt större.

En specialitet i sjukhustandvård behandlades i regeringens proposition 1997/98:112 Reformerat tandvårdsstöd. Argumenten för inrättandet var behovet av speciell kompetens vid behandling av patienter med långvariga sjukdomar eller funktionshinder. Behovet av en speciell kompetens betingad av samspelet mellan patientens hälsotillstånd eller funktionshinder och odontologiska vårdbehov poängterades. Argumenten äger fortsatt giltighet.

Frågan om en specialitet i sjukhustandvård bör ha hög prioritet i det förslagna nationella rådets arbete.

Tandhälsovård

Frågan om en specialitet i tandhälsovård diskuterades redan på 70-talet i betänkandet om tandläkarnas utbildning (1). Intresset för förebyggande tandvård var under denna period stort och högaktuellt inför den förestående tandvårdsförsäkringen. Som ett utslag av detta kan ses den ekonomiska prioriteringen av den förebyggande tandvården inom den dåvarande tandvårdsförsäkringen.

Tandvården har idag en delvis annan inriktning där högteknologiska behandlingar mer och mer kommit att prioriteras medan intresset för prevention minskat trots stora behov inte minst i en åldrande befolkning. Det finns

och framförallt kommer det att finnas stora behov bland annat av hälsoekonomisk analys av resursanvändning, utvärdering av preventiva metoder och utvecklande av metoder för att mäta munhälsa relaterad till livskvalitet. Detta kräver sannolikt en systematiserad utbildning. Det har även framförts önskemål om specialiteter i cariologi och samhällsodontologi.

Nära släktskap finns mellan tandhälsovård, samhällsodontologi och cariologi. Frågan om en framtida specialitet får med beaktande av detta handläggas inom ramen för det nationella rådets verksamhet.

Rättsodontologi

En specialitet i rättsodontologi har även diskuterats. Vid identifiering av avlidna efter omfattande katastrofer har tandläkare en betydelsefull roll. Det handlar i stor uträkning om att bedöma röntgenbilder och andra journalhandlingar. Detta kan göras av specialister i odontologisk radiologi men också av andra tandläkare med intresse för rättsodontologi. Mot bakgrund av erfarenheterna från Tsunaminkatastrofen där tandläkarinsatserna fungerade mycket bra anser Socialstyrelsen inte att det för närvarande finns anledning att formalisera en specialistutbildning i rättsodontologi. Situationen kan emellertid snabbt förändras och frågan måste därför följas av det nationella rådet.

Mikrobiologi, patologi och farmakologi

Det har vidare framförts behov av specialistutbildningar inom mikrobiologi, patologi och farmakologi. Behovet av specialistutbildade tandläkare inom dessa områden är emellertid mycket lågt i ett nationellt perspektiv. Om och när behov föreligger bör utbildningsfrågan därför lösas av berörd huvudman genom samverkan med medicinsk fakultet.

Förslag har väckts om att forskarutbildning skulle kunna ingå i specialistutbildningen. Tandläkarnas specialistutbildning är förhållandevis kort. Socialstyrelsen anser inte att den korta utbildningstiden medger att forskarutbildning ingår i specialistutbildningen.

Gemensam kunskapsbas

En gemensam kunskapsbas för samtliga specialiteter föreslås ingå i utbildningen. Denna bör omfatta vetenskapsteori, forskningsmetodik, hälsoekonomi, statistik, samhällsodontologi, epidemiologi, medicinsk juridik och etik, pedagogik, och ledarskap. Närliggande specialiteter bör vidare ha vissa delar inom utbildningarna gemensamma. Den blivande specialisten får därigenom en bredare kompetens som är bättre anpassad till patienternas behov och den organisation av specialistvården i form av centrumbildningar som pågår. Det innebär också ökade möjligheter att på rimlig tid genomgå specialistutbildning inom en närbesläktad specialitet.

En sådan princip underlättar samverkan och leder till samsyn som i förlängningen kan leda till samordningsvinster och stimulera de enskilda specialiteternas utveckling samt också säkra tillgången på vetenskapligt kompetenta handledare inom de till numerären små specialiteterna. Antalet specialister inom några specialiteter är i själva verket idag så lågt att specialiteten

löper risk att marginaliseras. Huvuddelen av utbildningen skall som idag ske inom ramen för den egentliga specialiteten. Frågan om hur den gemensamma basen skall utformas får liksom de gemensamma delarna i närbesläktade specialiteter prövas inom ramen för det föreslagna nationella rådets verksamhet.

Socialstyrelsens roll i specialistutbildningen

Utöver att utfärda bevis om specialistkompetens och godkänna utbildningskliniker har Socialstyrelsen idag en mycket begränsad roll vad gäller genomförandet av tandläkarnas specialistutbildning. Detta är otillfredsställande. Socialstyrelsens roll bör utökas och tydliggöras. Som ett led i detta föreslås att den rådgivande gruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (SRATS) avvecklas och ersätts med en rådgivande partssammansatt grupp (nationella rådet för tandläkarnas specialistutbildning där Sveriges Tandläkarförbund, universiteten, landstingen och de privata vårdgivarna är representerade. Det nationella rådet blir ett viktigt forum för dem som är involverade i specialistutbildningen. Det nationella rådet bör således på ett mycket påtagligt sätt kunna bidra till en hög kvalitet i specialistutbildningen och öka flexibiliteten.

Socialstyrelsen skall samråda med det nationella rådet vid utarbetande och fastställandet av målbeskrivningar, vid bedömning av enskilda tandläkares kompetens i förhållande till den fastställda målbeskrivningen, stödja huvudmännen i arbetet att uppnå hög kvalitet i specialisttandläkarutbildningen, fastställa kriterier för utbildande enheter, främja utbildning av handledare, följa upp kvaliteten i specialistutbildningen och besluta om de odontologiska specialiteternas antal och benämningar. Det senare förutsätter att regeringen fattar ett formellt beslut om att överföra uppgiften till Socialstyrelsen.

För att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialistutbildning av hög kvalitet föreslås att Socialstyrelsen i samverkan med det nationella rådet genomför inspektioner eller uppdrar åt annan att genomföra dessa. Huvudmannen förslås stå för kostnaden för inspektionerna. Inspektioner bör företas med rimliga intervall och omfatta utbildningsenheten (bredd, inriktning etc.), handledarens kvalifikationer, handledningens kvalitet, utbildningsprocessen, utbildningsprogrammet samt ST-tandläkarens framsteg.

Statens stöd till den gemensamma kunskapsbasen bör successivt ökas under den närmaste femårsperioden. Möjligheterna att samverka med IPULS (institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige) och Sveriges Tandläkarförbunds kursverksamhet bör prövas. Om något av dessa eller andra alternativ visar sig vara framkomliga ställer detta krav på ekonomiska tillskott. Socialstyrelsen föreslår att staten med medel årligen för tandläkarnas specialistutbildning. Detta för att täcka kostnaden för det nationella rådet och för utbildningskostnader för den gemensamma kunskapsbasen.

Konsekvensbeskrivning

Förslaget innebär att förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) måste ändras. Som en följd av detta krävs även en ändring av SOSFS 1993:4.

Ansvar för specialisttandvården överförs till Socialstyrelsen vilket medför att Socialstyrelsens roll i specialisttandvården tydliggörs. För att underlätta anpassning till omvärldsförändringar, säkra kvaliteten, stimulera flexibilitet och möjliggöra samordningsvinster inrättas ett rådgivande nationellt partsammansatt råd för specialisttandläkarutbildningen. Staten förslås bidra med medel för kostnaden för det nationella rådet och för den gemensamma kunskapsbasen. Den årliga kostnaden för ovanstående kan förväntas ligga inom ramen tre miljoner kronor. Detta förutsätter dock en nära samverkan inom och mellan utbildningsinstitutionerna så att utbildningarna kan bedrivas på ett sådant sätt att tillgängliga resurser utnyttjas optimalt.

Utbildningstiden för specialistutbildning för tandläkare är förhållandevis kort och innebär att utbildningen av nödvändighet måste vara mycket koncentrerad. En förstärkning av den gemensamma kunskapsbasen får som konsekvens att utbildningstiden för specialistutbildningen förlängs.

Konsekvenserna för huvudmännen innebär att förändra utbildningarna på ett sådant sätt att intentionerna i översynen tillgodoses.

Referenser

1. Tandläkarnas utbildning (Ds S1975:14). Betänkande av 1971 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning m.m. Socialdepartementet, Stockholm.
2. Tandvården till 2010 (SOU 2002:53). Slutbetänkande av utredningen tandvårdsöversyn 2000. Regeringskansliet. Stockholm.
3. Specialisttandvården i framtiden (Ds 1990:48). Regeringskansliet. Stockholm.
4. Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn. Socialstyrelsen 2006.
5. SCB 2005. Befolkningsförändringar. Stockholm.
6. Tandhälsan hos barn och ungdomar till och med 19 år 2005. Socialstyrelsen 2006.
7. Befolkningens tandhälsa. Regeringsuppdrag om tandvårdsstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring. - Delrapport 2 av 3. Försäkringskassan och Socialstyrelsen 2006.
8. SBU 2004. Kronisk parodontit, prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt
9. SBU 2005. Bettavvikelse och tandreglering i ett hälsoperspektiv. En systematisk litteraturöversikt
10. Stöd till hälsobefrämjande tandvård (SOU 2006:27). Regeringskansliet, Stockholm.
11. Håkansson G. Vestergren H. Enkät om bedömning av folktandvårdens behov av specialister i tandvården om 10 år. I manus. Sveriges kommuner och landsting 2006.
12. Widström E. Eaton K A. Factors, guiding the number of Dental Specialists in the European Union and Economic Area. I manus 2006
13. Öwall B, Friskopp J, Smith Aandahl L, Widström E. Specialisering och specialistutbildning inom tandvården i Norden. Odontologi 2005, Köpenhamn
14. Socialstyrelsens 2003. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2003.
15. Socialstyrelsens 2004. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2005–2020. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare.
16. Socialstyrelsen 2006. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad.

Bilaga 1. Enkät om specialisttandvård och specialiseringstjänstgöring till legitimerade tandläkare verksamma inom svensk tandvård.

Metod och urval

Ett urval av tandläkare ombads att svara på ett antal frågor i en skriftlig enkät. Sammanlagt bestod enkäten av 15 frågor, varav 14 hade färdiga svarsalternativ att välja bland. Endast en fråga, den sista, var helt öppen ("Ytterligare kommentarer") där tandläkaren kunde skriva ned i stort sett vad som helst. Svarsblanketten var märkt med ett nummer, inte med personnummer eller namn, så att bearbetningen av svaren blev anonym. De färdiga svaren visar enbart ålder, kön och verksamhetsform, tandläkaren kan inte identifieras tillsammans med svaren.

De inledande frågorna gällde examensort, verksamhetsform, verksamhetsort, sammansättning av patientunderlaget och frekvens av remittering till specialist. Frågorna om specialisttandvård berörde dels nuvarande specialiteter avseende tillgång, behov och eventuella förslag till förändringar (ta bort specialitet eller slå ihop specialiteter), och dels tandläkarens planer på eventuell egen specialistutbildning, och vilka svårigheter som kunde hindra en sådan.

Enkäten sändes till tandläkare som legitimerats 1990, 1991, 2000 och 2001, alltså sammanlagt fyra kalenderår. De som legitimerats under dessa fyra år valdes eftersom de i högre grad än de som legitimerats under 70- och 80-talen kommer att vara verksamma under de närmaste årtiondena. Avsikten var att få veta uppfattningarna hos de tandläkare som kommer att vara aktiva inom tandvården i framtiden.

Enkäten skickades till alla legitimerade enligt urvalet ovan, som var folkbokförda i Sverige i november 2005. Tandläkare som inte längre var verksamma i Sverige tillfrågades alltså inte, främst för att de förmodades förbli verksamma utomlands. Av 681 legitimerade är högt räknat 465 verksamma inom svensk tandvård. Av dessa yrkesverksamma har 380 (82 procent) besvarat enkäten. Svarsfrekvensen var lika för män och kvinnor.

Enkäten skickades till tandläkaren på den adress som framgick av folkbokföringen. Första utskicket gjordes i november 2005, första påminnelse i december 2005 och andra påminnelse i januari 2006. Sammantaget gjordes tre utskick.

Resultat tabeller

Tabell 1. Antal svar fördelade efter kön, samt andel svar av totala antalet yrkesverksamma = antalet utskickade enkäter.

	Legitimerade	Män	Kvinnor
Totalt antal yrkesverksamma	465	181	284
Svar	380	146	234
Svarsfrekvens	82 %	81 %	82 %

Tabell 2. Tandläkarnas ålder fördelat i 5-årsintervall (n=380)

Åldersfördelning	<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-60
Antal	31	92	45	134	53	21	4
Andel	8 %	24 %	12 %	35 %	14 %	6 %	1 %

Tabell 3. Svar fördelade enligt verksamhetsform (n= 377)

Verksamhetsform	Antal	%
Folktandvård	205	54 %
Privat	158	42 %
Universitet	14	4 %

Tabell 4. Svar fördelade enligt verksamhetsort (n=375)

Verksamhetsort	Antal	%
Storstad	185	49 %
Mellanstor stad	101	27 %
Liten ort	89	23 %

Tabell 5. Antal och andel tandläkare som saknar specialitet där tandläkaren själv är verksam fördelat efter tandläkarens verksamhetsform (n=337)

Specialitet saknas	Antal svar	%	Privat tandvård	%	Folktandvård.	%
Pedodonti	50	13 %	28	12 %	22	15 %
Ortodonti	14	4 %	7	3 %	7	5 %
Parodontologi	24	6 %	14	6 %	10	7 %
Oral kirurgi	25	7 %	16	7 %	9	6 %
Endodonti	85	22 %	47	20 %	38	26 %
Oral protetik	26	7 %	15	6 %	11	8 %
Odont. radiologi	60	16 %	33	14 %	27	18 %
Bettfysiologi	53	14 %	27	12 %	26	18 %

Tabell 6. Antal och andel tandläkare som anser att specialiteten kan tas bort (n=78)

Specialitet	Antal svar	%
Pedodonti	15	4 %
Ortodonti	1	0 %
Parodontologi	9	2 %
Oral kirurgi	1	0 %
Endodonti	10	3 %
Oral protetik	11	3 %
Odont. radiologi	10	3 %
Bettfysiologi	21	6 %

Tabell 7. Antal och andel tandläkare som anser att två specialiteter kan slås ihop (n=159)

Föreslag på sammanslagningar	Antal svar	%
Bettfys. - Protetik	59	16 %
Ped. – Ort	41	11 %
Par - Oral kir.	23	6 %
Par – Endo.	18	5 %
Bettfys. – Oral kir.	18	5 %

Tabell 8. Antal och andel förslag till nya specialiteter fördelat efter tandläkarens verksamhetsform (n = 91)

Nya specialiteter	Antal svar	%	Privat tandvård	%	Folktandvård	%
Sjukhustandvård	34	9 %	7	4 %	25	12 %
Oral medicin	18	5 %	3	2 %	15	7 %
Geriatrisk odontologi	14	4 %	4	3 %	9	4 %
Annat	25	7 %	11	7 %	13	6 %

Tabell 9. Antal och andel tandläkare fördelat på anledning till att man valt att inte bli specialist samt på verksamhetsform (n=251)

Anledning	Antal svar	%	Privat tandvård	%	Folktandvård	%
Grundutbildning OK	53	14 %	31	20 %	22	11 %
Ont om platser	116	31 %	52	33 %	64	31 %
Dåliga ekon villkor	82	22 %	48	30 %	34	17 %

Tabell 10. Antal och andel tandläkare som kan tänka sig att betala specialistutbildningen själv (n=77)

Antal svar	%	Privat tandvård	%	Folktandvård	%
77	20 %	47	30 %	30	15 %

Urval av de ca 100 kommentarer som gavs

Utbildningen betalas delvis själv i dag – man får gå ner mycket i lön under utbildningstiden (kvinna 51 år, folktandvård).

Jag hade gärna betalat min utbildning i protetik om jag hade fått chansen (man 49 år, folktandvård).

Gör det lättare för privata att utbilda sig. Detta skall ej vara vikta platser för folktandvården. Med längre, välplanerad utbildning skulle fler privata vara intresserade. Många har längre och bättre erfarenhet (man 44 år, privat-tandvård).

Efter två års tjänstgöring på folktandvård försökte jag att komma in på specialistutbildning. Jag gick och betalade själv alla kurser som ingick i specialiteten men kom aldrig in på utbildning. Omöjligt att som privattandläkare komma in. Folktandvården i Uppsala har under lång tid använt specialistutbildning som lockbete för att rekrytera tandläkare till en döende vårdform dvs. FOLKTANDVÅRDEN!!! Det måste vara något fel när ryggraden på ortodontikliniken i Uppsala utgörs av 2 herrar som sedan länge passerat pensionsåldern (kvinna 42 år, privattandvård).

Svårt för privattandläkare att få ST-plats. De flesta är vikta för folktandvårdstandläkare. Speciellt i Göteborg ses vi privattandläkare ej som möjliga för ST-utbildning. Trots brist på tandläkare kvarstår slitningar mellan privat-tandvården och folktandvårdens ledning. Beklämmande. Hur många privattandläkare har fått specialistutbildning (man 41 år, privattandvård)?

Jag anser att specialistverksamheten ej bör minska. Vi har behov av deras kompetens och för att vara bra i ett område krävs det att man utövar det momentet ofta. Resurstandläkaren blir bara ett mellansteg och är inte ett alternativ till att minska specialistverksamheten (kvinna 41år, folktandvård).

Det är inte helt lätt för tandläkare verksamma i landsorten att meritera sig för specialistutbildningar med avseende på auskultation och tjänstgöring på specialistklinik; stora geografiska avstånd är ett problem (kvinna 40 år, folktandvård).

Alla specialister behövs, troligen har vi för få, parodontologer borde dock ägna sig åt parodontologi i stället för implantologi, även käkkirurger borde finnas tillgängliga för det de verkligen behövs för och inte implantologi (man 34 år, privattandvård)..

I dag är det många landsting som finansierar ST-tjänster vilket gör det mycket svårt och orättvist för alla intresserade. En del får meritera sig väldigt mycket för att komma in i en solidariskt finansierad tjänst, arbeta gratis

eller betala kurser själv medan andra får det väldigt lätt (kvinna 31 år, folktandvård).

Jag kan inte välja en specialitet, för jag tycker att allt är lika kul, men jag skulle inte klara mitt arbete utan stöd och hjälp av specialisterna (kvinna 28 år, folktandvård).

Bilaga 2. SOSFS 1993:4(M)

Publicerat

SOSFS 1993:4 (M)

Beslutade den 22 februari 1993

Utkom från trycket den 16 april 1993

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Gunnar Fahlberg

Observera att det kan förekomma fel i Internetversionen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det är den tryckta utgåvan av författningssamlingen som gäller.

Föreskrifterna och allmänna råden presenteras inte i konsoliderad form. Om föreskrifterna och allmänna råden har ändrats framgår det endast genom Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS), sökbar databas.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd; Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

Enligt 12 § förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (ändrad 1992:64) skall tandläkare som vill uppnå specialistkompetens ha utövat allmän tandläkarpraktik under minst två år efter att ha fått legitimation som tandläkare. Han skall därefter genomgå vidareutbildning under minst tre år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för den sökta specialistkompetensen. Denna kompetens skall förvärfvas genom tjänstgöring som tandläkare under handledning vid en klinik som godkänts av Socialstyrelsen och genom deltagande i kompletterande utbildning (specialiseringstjänstgöring).

Enligt 13 § förordningen skall Socialstyrelsen meddela föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som skall gälla för varje specialistkompetens (målbeskrivningar). Socialstyrelsen får

specialistkompetens. Med stöd av detta bemyndigande meddelar Socialstyrelsen följande föreskrifter och allmänna råd om tandläkares specialiseringstjänstgöring. De riktar sig till de blivande specialisterna, deras handledare och chefer samt deras arbetsgivare/huvudmän.

Föreskrifter

Socialstyrelsen föreskriver följande vad gäller målbeskrivningar, specialiseringstjänstgöringens omfattning, godkännande av klinik för specialiseringstjänstgöring, intyg om genomförd specialiseringstjänstgöring samt bevis över specialistkompetens.

Målbeskrivningar

Socialstyrelsen föreskriver att de målbeskrivningar, som finns i bilaga till dessa föreskrifter, skall gälla för de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som tandläkare skall ha förvärvat för att erhålla specialistkompetens inom någon av de angivna specialiteterna.

Kunskaper och färdigheter gemensamma för de olika specialiteterna

Tandläkare under specialiseringstjänstgöring skall ha tränat sin pedagogiska förmåga, eftersom en specialist ofta förväntas delta i undervisning och handledning inom sin specialitet vad gäller tandvårdspersonal, samt för att kunna bedriva hälsoupplysning. Pedagogisk utbildning och träning skall ingå i samtliga specialiseringstjänstgöringar.

Specialiseringstjänstgöringen skall också leda fram till goda kunskaper i tandvårdsplanering, profylaktik, hälsoekonomi och epidemiologi

Tjänstgöringen skall även medföra träning i samverkan mellan specialist och allmäntandläkare.

Förmågan att kritiskt granska metoder och tekniker inom specialiteten skall utvecklas under specialiseringstjänstgöringen. Detta innebär att grundläggande kunskaper i vetenskaplig metodik skall inhämtas, framför allt genom en kritisk granskning av litteratur som hänför sig till respektive ämnesområde. Det är därför värdefullt om tandläkaren under specialiseringstjänstgöringen själv utför eller deltar i ett vetenskapligt arbete som kan bidra till hans eller hennes vetenskapliga skolning.

Specialiseringsstjänstgöringens omfattning

Vidareutbildning till specialist skall enligt behörighetsförordningen ta minst tre år. Specialiseringstjänstgöringen skall fullgöras på en heltidstjänst med en genomsnittlig arbetstid av 40 timmar per vecka. Huvudmannen för utbildningen kan bevilja förkortad arbetstid, dock måste den vara minst hälften av den normala tiden.

Deltidstjänstgöring kompenseras med förlängd specialiseringstjänstgöring motsvarande beviljad deltid så att den sammanlagda tiden kommer att motsvara minst tre år. Handledaren för en tandläkare under specialistutbildning avgör efter den angivna tiden om kraven på kunskaper, färdigheter och förhållningssätt enligt föreskrivna målbeskrivningar uppnåtts. Om detta inte är fallet skall specialiseringstjänstgöringen förlängas eller avbrytas utan godkännande. I god tid före fastställd minimitid skall handledaren informera den tandläkare som genomgår specialiseringstjänstgöring om vilka kunskaper och färdigheter som saknas för att tandläkaren skall uppnå sin specialistkompetens. Det är arbetsgivarens och handledarens ansvar att planera tjänstgöringen och utbildningen så att tandläkaren uppnår specialistkompetens inom rimlig tid.

Godkännande av klinik för specialiseringstjänstgöring

För att Socialstyrelsen skall kunna pröva om en klinik kan godkännas för specialiseringstjänstgöring skall följande underlag finnas med i den ansökan som insänds till Socialstyrelsen.

- (2) Uppgift om handledarens/handledarnas kompetens.
- (3) Utbildningsplan relaterad till målbeskrivningen för den specialitet ansökan avser.
- (4) Klinikens patientunderlag.
- (5) Plan för uppföljning av färdigheter och kunskaper hos den tandläkare som genomgår specialistutbildning.
- (6) Uppgift om viss del av specialiseringstjänstgöringen avses bli förlagd till annan klinik.

Om punkt 5 är aktuell ska uppgifter enligt punkterna 1 – 4 också bifogas för denna andra klinik, vilken även den skall prövas av Socialstyrelsen för godkännande.

För en ändamålsenlig specialistutbildning krävs handledare med kliniskt kunnande, vetenskaplig erfarenhet och pedagogisk insikt. Det kliniska kunnandet hos handledaren skall vara formellt erkänt på så vis att handledaren själv måste ha specialistkompetens med flerårig klinisk erfarenhet inom ämnesområdet. Vidare krävs att utbildningskliniken har patienter med alla de speciella vårdbehov som kan förväntas hos den blivande specialistens remissklientel i framtiden. Ett stort antal fall av behandlingar inom ämnesområdet vid utbildningskliniken garanterar att alla typer av fall blir belysta i utbildningen varför endast kliniker med stor behandlingsvolym kan

godkännas som utbildningskliniker. Till detta kommer betydelsen av kontinuitet i utbildningen. Därför skall det utöver handledaren finnas ytterligare specialister vid utbildningskliniken som kan hjälpa tandläkaren under utbildning vid tillfällena när handledaren inte är tillgänglig m.m. Ansökan om godkännande av klinik för specialiseringstjänstgöring inom viss specialitet skall sändas in till Socialstyrelsen, PTP-enheten, 106 30 Stockholm. Socialstyrelsen prövar om kliniken kan bli godkänd eller inte. Ett godkännande är giltigt tills vidare. Kliniken skall till Socialstyrelsen anmäla eventuella förändringar av större vikt vad avser innehållet i punkterna 1 – 5 ovan. Socialstyrelsen omprövar därefter godkännandet med hänsyn till förändringarna. En sådan omprövning kan också bli aktuell i förhållande till hur specialistutbildningen fungerar vid kliniken.

Handledning

Enligt 12 § behörighetsförordningen skall specialiseringstjänstgöringen ske under handledning. Tandläkare som genomgår utbildning till specialist har således rätt till handledning. Handledaren skall ha specialistkompetens inom den specialitet utbildningen avser. Tandläkarens kompetensutveckling stöds av handledaren som också skall kontrollera att tandläkaren efter hand tillägnar sig de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som anges i målbeskrivningen. Om särskilda insatser behövs för att främja kompetensutvecklingen skall handledaren verka för att lämpliga åtgärder vidtas, t.ex. förändringar i tandläkarens tjänstgöring, arrangemang för tjänstgöring vid annan klinik, anvisningar om litteratur eller projektarbete m.m.

Handledaren skall hålla god kontakt med kliniker där viss del av utbildningen fullgörs.

Intyg om genomförd specialiseringstjänstgöring

Ansvarig handledare skall – efter det att vederbörande tandläkare genomgått sin specialiseringstjänstgöring – genomföra ett slutprov och utfärda intyg om att kraven i fastställd målbeskrivning uppnåtts. Vid slutprovet, som kan vara muntligt eller skriftligt, skall en handledare från annan, för specialiseringstjänstgöring godkänd klinik inom specialiteten medverka. Intyget skall utöver handledaren undertecknas av den handledare från annan klinik som biträtt vid slutprovet.

Om tandläkaren tjänstgjort vid flera kliniker svarar handledaren vid den klinik inom den sökta specialiteten, vid vilken tandläkaren senast tjänstgjort, för intyget. Vid behov skall samråd ske med de övriga handledare tandläkaren haft under sin specialiseringstjänstgöring.

Bevis över specialistkompetens

Socialstyrelsen utfärdar bevis om specialistkompetens inom viss

specialitet. Tandläkare som önskar erhålla sådant bevis skall ansöka om detta hos Socialstyrelsen. Till ansökan skall bifogas ovan angivet intyg om genomgången specialiseringstjänstgöring samt personbevis. Ansökan ställs till Socialstyrelsen, RT-S-enheten, 106 30 Stockholm. Ansökningsavgift erläggs enligt avgiftsförordningen (1992:191).

Allmänna råd

Målbeskrivningarnas syfte och uppbyggnad

Målbeskrivningarna för varje specialitet lägger fast vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som tandläkaren skall besitta för att uppfylla kraven på specialistkompetens inom specialiteten ifråga.

Målbeskrivningen utgör en vägledning för den tandläkare som avser att specialisera sig inom respektive område. Den är också en vägledning för berörda arbetsgivare, chefer och handledare som skall ansvara för att specialistkompetensen uppnås i förhållande till bestämmelsen i 12 § behörighetsförordningen och att specialiseringstjänstgöringen fullgörs på ett effektivt sätt. Målbeskrivningen ligger också till grund för den individuella tjänstgörings- och utbildningsplan som bör göras upp i början av en specialiseringstjänstgöring.

Under avsnittet avgränsning och allmän målsättning i målbeskrivningarna finns angivet de ämnesområden utöver själva specialiteten som en färdig specialist bör ha särskilda kunskaper i.

I målbeskrivningarna anges kompetenskraven inom diagnostik och behandling i tandsjukvårdande verksamhet i tre nivåer. Den första nivån (A) innebär krav att tandläkaren självständigt och rutinerat skall kunna handlägga eller utföra viss diagnostik och behandling. Den används för sådant som är vanligt förekommande inom specialiteten. Den andra nivån (B) avser mindre vanliga tillstånd och åtgärder där konsultation till mer erfaren specialist eller remittering till annan vårdenhet är ett normalt alternativ. Den tredje nivån (C) avser ovanliga tillstånd eller sådana som för utredning, diagnos och behandling kräver särskilt stora tekniska och personella resurser och där ställningstagandet ofta avser när och vart patienten skall remitteras.

Kompletterande utbildning

Tandläkarnas kompetensutveckling under specialiseringstjänstgöringen sker huvudsakligen genom praktisk tjänstgöring under handledning. Härutöver föreskrivs i 12 § behörighetsförordningen att deltagande i kompletterande utbildning skall ingå i tandläkarens kompetensutveckling till specialist.

Med kompletterande utbildning avses i första hand teoretiska studier genom föreläsningar, läroböcker, handböcker, vetenskapliga tidskrifter, videoprogram och dylikt som tandläkaren kan bedriva på eget initiativ och i samråd med handledaren. Vidare är det självklart att tandläkaren under specialiseringstjänstgöringen deltar i de interna fortbildningsaktiviteter som erbjuds på den egna arbetsplatsen.

Det förutsätts att alla tandläkare under tiden för specialiseringstjänstgöring deltar i annan kursmässig utbildning, men något föreskrivet antal kurser eller kursdagar krävs inte för specialistkompetens. Tandläkare under specialiseringstjänstgöring bör i samråd med handledaren bedöma om deltagande i kurser, tjänstgöring på annan klinik eller auskultation kan påskynda kompetensutvecklingen eller tillföra angelägna kunskaper eller färdigheter som kan vara svåra att förvärva på den klinik där vederbörande är anställd.

Bedömning av vilka kurser, tjänstgöring på annan klinik eller auskultation som är aktuella bör utgå från de individuella och lokala förhållandena. En preliminär bedömning bör göras i samband med att den individuella tjänstgörings- och utbildningsplanen görs upp i början av tandläkarens specialiseringstjänstgöring. Denna plan kan komma att behöva revideras och kompletteras under tjänstgöringens gång.

Handledning

I 12 § behörighetsförordningen föreskrivs att specialiseringstjänstgöringen skall ske under handledning.

Ansvar för erforderlig handledning är en del i det allmänna arbetsgivaransvaret och ledningsansvaret för ansvarig klinikchef. Klinikchefen kan själv svara för den konkreta handledningen men handledaruppgiften kan också delegeras till en eller flera tandläkare inom kliniken. Handledaren bör ha pedagogisk färdighet som krävs för att vara en bra handledare.

Kvalitetssäkring av specialiseringstjänstgöringen

Handledaren ansvarar för att det beskrivna utbildningsmålet uppnås. Detta bör ske genom en fortlöpande kontroll av att tandläkaren under specialiseringstjänstgöring utvecklar sin kompetens på rätt sätt. En lämplig form är t.ex. regelbundna utvecklingssamtal. Dokumentation av erfarenhet genom tjänstgöringsintyg, kursintyg, i förekommande fall kopior av behandlingsberättelser etc. bör eftersträvas.

Bilaga

Målbeskrivningar

Pedodonti

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten pedodonti är tvärvetenskaplig. Specialiteten omfattar odontologiskt omhändertagande av barn och ungdomar med komplicerade tandolycksfallskador, grava tandutvecklingsstörningar, och av barn och ungdomar med allvarliga somatiska sjukdomar, funktionshinder, uttalad tandvårdsrädsla och psykiska störningar. I specialiteten integreras fördjupade odontologiska kunskaper och färdigheter med medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala kunskaper om barn och ungdomar. Vidare är det karaktäristiskt för specialiteten att utnyttja och ta hänsyn till den växande individens psykiska och fysiska utveckling som en förutsättning för att patienter med komplicerade behandlingsbehov skall kunna få ett adekvat odontologiskt omhändertagande.

Specialistutbildning i pedodonti skall leda till fördjupade kunskaper om barns utveckling, beteende och behov för att kunna förstå och ta hänsyn till hur barnets kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd och sociala faktorer.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi, ortodonti, parodontologi, barn- och ungdomshabilitering, barn- och ungdomspsykiatri, pediatrik och psykologi.

II. Diagnostik och behandling i tandsjukvårdande verksamhet

A. Självtändigt och rutinerat kunna utföra:

- diagnostik, behandling, prognosbedömning samt behandling av komplikationer hos barn och ungdomar med komplicerade dentoalveolära traumata
- diagnostik, utredning och behandling av barn och ungdomar med grava störningar i tändernas eruption, mineralisation och antal
- bedömning av beteendestörningar i tandvårdssituationen hos

- barn och ungdomar och deras psykologiska omhändertagande samt val av sederingsmetoder
- bedömning av anestesirisk samt genomförande av behandling med adekvat smärtkontroll med användande av sedering och generell anestesi
- diagnostik, utredning och behandling av barn och ungdomar med hög kariesrisk och/eller hög kariesaktivitet
- bedömning av ortodontiskt behandlingsbehov och indikationer för barn och ungdomar
- odontologiskt omhändertagande av barn och ungdomar
 - med allvarliga somatiska sjukdomar
 - med fysiska handikapp
 - med begåvningshandikapp
 - med psykisk störning
- analys av bettutvecklingen och tidig diagnostik av malokklusioner samt interceptiv ortodontisk behandling
- behandling av barn med tidiga tecken på parodontit

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- juvenil protetik, inklusive terapiplanering avseende implantat
- käkfrakturer och andra kraniofaciala traumaskador hos barn och ungdomar
- klinisk och röntgenologisk bedömning av barn och ungdomar med medfödda avvikelser och syndrom med orala manifestationer
- verksamhet vid barnmedicinsk klinik, barn- och ungdomspsykiatrisk klinik samt barnhabiliteringscentral
- behandling av barn och ungdom med juvenil parodontit
- omhändertagande av barn med kranioandibulär dysfunktion
- odontologiskt omhändertagande av oralmotoriska störningar hos barn med emotionella, fysiska och begåvningshandikapp

C. Ha teoretisk kännedom om eller ha närvarit vid handläggning/utförande av:

- klinisk undersökning inklusive laboratorietest för bedömning av barns och ungdomars hälsotillstånd
- ortognat kirurgiska ingrepp på barn och ungdomar.

III. Förebyggande verksamhet

Specialisten skall självständigt kunna organisera förebyggande verksamhet, innefattande tandhälsovårdsverksamhet som bedrivs på mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, daghem, skolor, institutioner och inom den organiserade tandvården.

IV. Samverkan inom och utom tandvårdssystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Specialist i pedodonti skall ha kunskaper om och erfarenhet av konsultationsverksamhet till allmäntandläkare. Specialisten skall vidare ha utvecklat förmåga att samarbeta med andra specialister och deltagare i interdisciplinära vårdteam. Specialisten skall också ha förmåga att samarbeta med personal inom medicinska specialiteter främst barnhälsovård, barnmedicin, barnhabilitering och barn- och ungdomspsykiatri.

Utom hälso- och sjukvården/tandvården sker samverkan med skolan samt sociala myndigheter.

Ortodonti

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten ortodonti är den del av odontologin som omfattar ansiktets, käkarnas och bittets normala och anormala utveckling och växt. Ämnet omfattar diagnostik, behandling och förebyggande av medfödda eller förvärvade bitt- och tandställningsfel baserat på kunskaper om orsaker till avvikelserna och deras konsekvenser för individens orala och allmänna välbefinnande.

Specialistutbildning i ortodonti skall leda till de särskilda kunskaper och färdigheter som behövs för att självständigt kunna ansvara för och utföra all ortodontisk diagnostik och behandling på barn och vuxna. I ämnesområdet ingår diagnostik av medfödda eller förvärvade avvikelser av ansiktets och käkarnas normala växt liksom störningar i bittets utveckling samt att självständigt fatta beslut om behandlingsmål, behandlingsplanering och att göra prognosbedömningar.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bittfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral protetik, parodontologi, pedodonti, foniatrik, genetik, pediatrik, plastikkirurgi, psykologi och öron-, näs- och halssjukdomar.

II. Diagnostik och behandling i tandsjukvårdande verksamhet

A. Självständigt och rutinerat kunna utföra:

- diagnostik, behandlingsbehovsvärdering, prognosbedömning och behandling av förekommande typer av malockklusioner på barn och vuxna
- diagnostik och ortodontisk behandling av barn med medfödda missbildningar i ansikte och käkar
- erforderlig ortodonti vid bettrehabilitering av vuxna patienter
- planering av ortognat kirurgi
- pre- och postoperativ ortodontisk behandling i samband med ortognat kirurgi

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- behandling av kranio-mandibulär dysfunktion
- bettrehabilitering
- oralmedicinsk diagnostik

C. Ha teoretisk kännedom om eller ha närvarit vid handläggning/utförande av:

- plastikkirurgisk behandling av barn med medfödda läpp-, käk- och gomdefekter
- maxillofacial kirurgi
- öron-näs-och halssjukdoinar

III. Förebyggande verksamhet

Specialisten skall vara väl förtrogen med interceptiva åtgärder för att förebygga uppkomsten och hindra utvecklingen av olika bettavvikelser.

IV. Samverkan inom och utom tandvårdssystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Specialisten skall dels ha kännedom om organisation och administration av specialistklinik i ortodonti, dels ha kunskaper om och erfarenhet av konsultationsverksamhet och samverkan med övrig verksamhet inom tandvården och med olika medicinska specialiteter.

Parodontologi

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten parodontologi omfattar fördjupade kunskaper avseende sjukdomar och defekter i de vävnader som utgör tandens fäste i käkbenet. Ämnet omfattar också diagnostik, behandling och förebyggande av medfödda eller förvärvade defekter eller sjukdomar som kan påverka detta fäste.

Specialistutbildning i parodontologi skall leda fram till särskilda kunskaper och färdigheter i diagnostik och behandling av sjukdomar och defekter, med betoning av infektiösa och inflammatoriska processer, i tandens stödjevävnader. Destruktiva processer i dessa vävnader kan ofta ha samband med andra sjukdomar vilket gör att specialiteten parodontologi har kunskapssamband med ett flertal andra specialiteter, såväl odontologiska som medicinska. Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, endodonti, odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral mikrobiologi, oral protetik, ortodonti, immunologi och internmedicin.

II. Diagnostik och behandling i tandsjukvårdande verksamhet

A. Självständigt och rutinerat kunna utföra:

- undersökning, diagnostik, terapiplanering, behandling och prognosbedömning av alla såväl akuta som kroniska sjukdomar, sjukdomstillstånd och övriga förändringar i de parodontala vävnaderna
- speciella parodontalkirurgiska ingrepp såsom mukogingival kirurgi, ingrepp för regeneration av parodontal vävnad respektive rekonstruktion av alveolarutskott m.m.
- kirurgiska behandlingsmoment vid ersättning av partiella tandförluster med implantat

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- röntgendiagnostik
- mikrobiologisk diagnostik
- kariologisk/endodontisk diagnostik och behandling
- bettfysiologisk diagnostik och behandling

- oralmedicinsk diagnostik och behandling
- protetisk behandling med implantat
- diagnostik och behandling av slemhinnesjukdomar i munhålan

C. Ha teoretisk kännedom om eller ha närvarit vid handläggning/utförande av:

- öron-, näs- och halssjukdomar
- allmänmedicinska tillstånd med oral påverkan
- ortodontisk behandling

III. Förebyggande verksamhet

Specialist i parodontologi skall kunna planera och utvärdera parodontitförebyggande vårdprogram för olika patienter. Särskilt viktig är utvärdering av olika vårdmodellens hälsoeffekt i relation till resursåtgång.

IV. Samverkan inom och utom tandvårdssystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Samarbete och samordning krävs med tandvården i stort, på flera plan. Speciellt avses den viktiga konsultfunktionen åt allmäntandläkare och åt övriga odontologiska specialiteter.

Oral kirurgi

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten oral kirurgi omfattar kunskaper och färdigheter beträffande diagnostik och behandling av sjukdomar, skador och defekter i käkar och munhåla samt omgivande vävnader. Behandlingsmetoderna är företrädesvis kirurgiska, men även medikamentell eller annan behandling kan ingå.

Specialistutbildning i oral kirurgi skall leda fram till allmänt vida kunskaper i diagnostik av olika sjukdomstillstånd eller anomalier i käkar, munhåla och angränsande ansiktsregioner, samt till särskilda kunskaper och färdigheter i kirurgiska behandlingsmetoder för sådana tillstånd. Specialist i oral kirurgi skall också ha tillägnat sig särskilda kunskaper i:

- grundläggande kirurgisk teknik
- förebyggande och behandling av allmänna komplikationer vid kirurgiska ingrepp
- olika former för anestesi och smärtlindring
- chock- och vätskebehandling

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral mikrobiologi, oral patologi, oral protetik, ortodonti, internmedicin samt öron-, näs- och halssjukdomar.

II. Diagnostik och behandling i tandsjukvårdande verksamhet

A. Självständigt och rutinerat kunna utföra:

diagnostik respektive behandling av:

- akuta och kroniska infektioner i käk- och ansiktsregionen
- retinerade tänder
- cystor och cystaliknande tillstånd i käk- och ansiktsregionen
- traumaskador i käk- och ansiktsregionen
- dentofaciala deformiteter
- benigna tumörer eller tumörliknande tillstånd i käk- och ansiktsregionen
- smärttillstånd i käk- och ansiktsregion
- patologiska tillstånd i käkleden
- förändringar i munhåla, käkar och omgivande vävnader som är tecken på allmänsjukdom
- slemhinnesjukdomar i munhålan
samt:
- kirurgiska behandlingsmoment vid ersättning av tandförluster med implantat
- kirurgiska behandlingsmoment vid rekonstruktion i käk- och ansiktsskelett

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- diagnos, bedömning och behandling av spottkörtelsjukdomar
- sjukdomar i näsans bihålor
- diagnos, bedömning och behandling av läpp-, käk- och gomdefekter
- maligna tumörsjukdomar och andra maligna sjukdomar med manifestationer i munhåla och käkar

IV. Samverkan inom och utom tandvårdssystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Specialisten i oral kirurgi skall ha kunskaper om och erfarenhet av samverkan med övrig verksamhet inom tand- och sjukvård. Detta gäller allmäntandvård, specialisttandvård samt olika medicinska specialiteter särskilt öron-, näs- och halssjukdomar, plastikkirurgi och anesthesiologi.

Endodonti

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten endodonti omfattar diagnostik, behandling och förebyggande av sjukdomsprocesser i tandpulpan och därav betingade förändringar i de periradikulära vävnaderna, utgående från tandens rotkanalsystem.

Specialistutbildning i endodonti skall leda fram till särskilt stora kunskaper och färdigheter i diagnostik av endodontiska och periapikala patologiska processer och i behandling av inflammatoriska och infektiösa tillstånd i tandpulpa och periradikulära vävnader.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral mikrobiologi, oral protetik, parodontologi, neurologi, psykiatri och toxikologi.

II. Diagnostik och behandling i tandsjukvårdens verksamhet

A. Självständigt och rutinerat kunna utföra:

- diagnostik, orto- och retrograd endodontisk behandling och prognosbedömning av särskilt komplicerade fall av inflammatoriska/infektiösa tillstånd i tandpulpa och periradikulär vävnad
- endodontisk behandling och prognosbedömning av tänder där behandlingen medför särskilda tekniska svårigheter
- infektionsutredning och endodontisk behandling av patienter med nedsatt infektionsförsvar

- utredning av patienter med oklara dentala infektionstillstånd och av tillstånd med svårdiagnosticerade, tandrelaterade smärtor

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- (b) endodontisk behandling av primära tänder
- (c) akut omhändertagande av traumaskadade tänder
- (d) protetisk rekonstruktion av rotfyllda tänder
- (e) bettfysiologisk diagnostik och behandling
- (f) parodontal diagnostik och behandling
- (g) neurologisk bedömning av ansiktssmärta
- (h) psykologisk bedömning av ansiktssmärta
- (i) diagnostik och behandling av endodontiskt betingad sinusit

C. Ha teoretisk kännedom om eller ha närvarit vid handläggning/utförande av:

- (1) dentala implantat
- (2) alternativa möjligheter till smärtlindring
- (3) internmedicinska tillstånd av betydelse för oral sjukdom
- (4) toxikologi

III. Förebyggande verksamhet

Specialisten skall dra upp riktlinjer för såväl förebyggande som behandling av endodontiska sjukdomar. Specialisten skall också medverka i utvärdering av vårdinsatserna.

IV. Samverkan inom och utom tandsystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Kontaktytorna mot andra specialiteter, odontologiska såväl som medicinska, skall vara breda. Vad beträffar de senare specialiteterna är internmedicin, neurologi och öron-näsa-hals av särskilt stort intresse för den endodontiska verksamheten.

Oral protetik

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten oral protetik omfattar diagnostik och behandling av patienter med missbildningar eller vävnadsförluster i käkar och ansikte, där behandlingen innebär ersättning av saknad vävnad med proteser av olika slag, samt diagnostik och behandling av fall där rehabiliteringen av psykologiska och sociala skäl är särskilt komplicerad. Däri innefattas kliniska aspekter på de protetiska materialen och materialens inverkan på individen, käkarnas och munhålans förändringar till följd av tandförluster samt tuggfunktion, fonetik och estetik vid oralprotetiska rekonstruktioner.

Specialistutbildning i oral protetik skall leda fram till särskilt stora kunskaper och färdigheter i samtliga förekommande protetiska behandlingsmetoder, samt till goda kunskaper i psykologiska reaktionsmönster i samband med oralprotetisk behandling.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, endodonti, gerodontologi, odontologisk radiologi, odontologisk teknologi, oral kirurgi, ortodonti, parodontologi, geriatrik, psykologi, psykiatri och toxikologi.

II. Diagnostik och behandling i tandsjukvårdande verksamhet

A. Självständigt och rutinerat kunna utföra:

- (1) fördjupad diagnostik av omfattande och mindre frekventa defekttillstånd och planering för protetisk behandling av sådana tillstånd
- (2) samordning och ledning av sådan behandling när den utförs tillsammans med andra specialister eller allmäntandläkare
- (3) handläggning av fonetiska, estetiska och psykologiska problem i samband med oralprotetisk rehabilitering
- (4) prognosering av protetisk behandling av olika defekttillstånd vid användande av olika material och metoder
- (5) behandling med alla förekommande protetiska material och metoder, inklusive olika implantatsystem

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- motivation och instruktion i diet- och kostförhållanden av särskild betydelse för oralprotetisk behandling
- biverkningar av dentala material
- behandling med extraorala proteser

C. Ha teoretisk kännedom om eller ha närvarit vid handläggning/utförande av:

- tillgängliga metoder för transplantation och vävnadsregeneration av betydelse för oralprotetisk rehabilitering
- kirurgiska behandlingsmoment vid behandling med implantat

III. Förebyggande verksamhet

Specialisten skall självständigt utforma behandlingsprogram för särskilda patientkategorier, till exempel muntorra patienter, där prognosen generellt är påverkad. Specialisten skall också medverka i utvärdering av vårdinsatserna.

IV. Samverkan inom och utom tandvårdssystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Specialisten skall fungera som konsult, samordnare och utvärderare av oralprotetisk rehabilitering som utförs av olika odontologiska terapeuter samt medverka vid planering och utvärdering. Interdisciplinärt samarbete med medicinska specialiteter, framförallt allmänläkare, öron-, näs- och halsläkare, foniatriker, logoped, plastikkirurger, hudläkare, onkologer och geriatriker förekommer i varierande utsträckning.

Odontologisk radiologi

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten odontologisk radiologi omfattar kunskaper och färdigheter beträffande diagnostiskt utnyttjande av olika slag av genomträngande strålning. Tyngdpunkten i specialiteten ligger på tolkning av erhållen radiologisk information avseende tänder, käkar, ansiktsskelett, munhåla, näsans bihålor, käkleder, spottkörtlar och svalg samt till dessa organ anslutande vävnader och funktioner. Diagnostiken omfattar patologiska processer, traumatiska och postoperativa tillstånd, samt övriga kraniofaciala avvikelser hos individer i alla åldrar.

särskilda kunskaper och färdigheter i de undersökningsmetoder inom diagnostisk radiologi vilka har odontologiska tillämpningar, samt till kännedom om övriga metoder. Dessutom behövs kunskap om biologiska, fysikaliska och tekniska grunder för olika metoder, om utrustning och om olika bildgivningsprocesser.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i bettfysiologi, oral kirurgi, oral patologi, medicinsk radiologi och öron-, näs- och halssjukdomar.

II. Diagnostik i tandsjukvårdande verksamhet

A. Självständigt och rutinerat kunna utföra:

- undersökning och diagnostik av sjukdomstillstånd och anatomiska avvikelser i tänder, käkar och ansiktsskelett med hjälp av alla tillämpliga radiologiska tekniker.
- undersökning och diagnostik av sjukdomstillstånd i spottkörtlar och annan mjukvävnad samt i käkleder och bihålor.
- kefalometriska undersökningar och analyser

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- förefintliga radiologiska metoder för undersökning och diagnostik av munnens, käkarnas, spottkörtlarnas och svalgets funktioner.

C. Ha teoretisk kännedom om eller ha närvarit vid handläggning/utförande av:

- ultraljudsundersökning samt radiologisk undersökning av nevrokraniet och halsen

III. Förebyggande verksamhet

Specialisten skall med sina särskilda kunskaper kunna ge information och råd inom områdena:

- strålskydd
- dosmätning

- värdering av strålrisker och diagnostiska metoder

IV. Samverkan inom och utom tandvårdssystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Specialisten i odontologisk radiologi har stora kontaktytor mot allmäntandvården och andra specialiteter inom odontologin, mot medicinsk radiologi samt mot andra medicinska specialiteter, särskilt öron-, näs- och halsspecialiteten men även onkologi och reumatologi. Specialisten skall kunna samverka med företrädare för dessa disciplinen.

Bettfysiologi

I. Avgränsning och allmän målsättning

Specialiteten bettfysiologi omfattar diagnostik och behandling av funktionsstörningar inom käksystemet med symtom som rörelseinskränkning och smärttillstånd från käkområdet och angränsande organsystem. Särskild uppmärksamhet riktas mot sambandet mellan allmänsjukdomar och funktionsstörningar inom käksystemet.

Specialistutbildning i bettfysiologi skall leda fram till särskilt stora kunskaper i diagnostik av käkfunktionella avvikelser och av smärta i tuggsystemet, och till särskilda färdigheter för behandling av dessa tillstånd.

Utöver detta skall specialistutbildningen leda fram till nödvändiga kunskaper i odontologisk radiologi, oral kirurgi, oral protetik, ortodonti, neurologi, psykologi, psykiatri, reumatologi och öron-, näs- och halssjukdomar.

II. Diagnostik och behandling i tandsjukvårdande verksamhet

A. Självständigt och rutinerat kunna utföra:

- diagnostik av funktionsstörningar och smärttillstånd i käkssystemet. inklusive klinisk funktionell undersökning av

- käksystemet och angränsande strukturer vid:
- odontologisk utredning av huvudvärkspatienter och patienter med ansiktssmärta
- odontologisk utredning av patienter med allmänsjukdomar som kan engagera käksystemet speciellt reumatologiska sjukdomar och vissa neurologiska störningar som kan manifesteras i käksystemet
- funktionskorrigerande, bettstabiliserande och smärtlindrande behandling

B. Ha god kännedom om och viss erfarenhet av:

- diagnostik av patologiska tillstånd i munhålan inkluderande munslemhinna, käkben och spottkörtlar
- diagnostik av patologiska tillstånd i närliggande organsystem inkluderande hörselorgan, bihålor och svalg
- diagnostik och behandling av vissa patologiska tillstånd i nack- och skuldermuskulatur inklusive sjukgymnastiska behandlingsmetoder
- käkleds- och käkanomalikirurgiska ingrepp
- olika anestesi- och smärtlindringsformer
- psykiska störningars projektioner i käksystemet
- kranialnervsfunktioner med direkt effekt på käke och ansikte

C. Ha teoretisk kännedom eller ha närvarit vid handläggning/utförande av:

- principerna för de vanligast förekommande psykologiska och psykiatriska utrednings- och behandlingsmetoderna
- neurologisk utredning och behandling av olika smärttillstånd i huvud- och halsområdet
- smärtutredningar utanför huvud- och halsområdet
- otologisk utredning och behandling
- reumatologisk utredning och behandling

III. Förebyggande verksamhet

Specialisten skall tidigt kunna identifiera riskpatienter och med riktade åtgärder försöka förebygga käkfunktionella handikapp. Speciella målgrupper är patienter med allmänna led- eller muskelsjukdomar samt unga individer med funktionsrelaterade symtom i käksystemet.

IV. Samverkan inom och utom tandvårdssystemet inklusive övrig hälso- och sjukvård m.m.

Specialiteten har samverkan, förutom med specialister i oral kirurgi, oral protetik odontologisk radiologi och ortodonti, också med läkare inom främst öron-, näs- och halssjukdomar, reumatologi, psykiatri och neurologi samt med sjukgymnaster och psykologer.

Denna författning träder i kraft två veckor efter den dag den utkommit från trycket i Socialstyrelsens författningssamling.

Socialstyrelsen

CLAES ÖRTENDAHL

Hans Sundberg

