

GUNILLA KLINGBERG, odont dr, över tandläkare, Mun-H-Center, Göteborg
GÖRAN DAHLLÖF, professor, Karolinska institutet, Stockholm
ANNA-LENA ERLANDSSON, över tandläkare, Folktandvården Luleå
MARGARET GRINDEFJORD, odont dr, över tandläkare, Eastmaninstitutet, Stockholm
ULLA HALLSTRÖM-STALIN, över tandläkare, Folktandvården, Lund
GÖRAN KOCH, professor, Odontologiska institutionen, Jönköping
SVEN-ÅKE LUNDIN, odont dr, över tandläkare, Odontologiska institutionen, Jönköping
 Författarna utgör styrelsen för Svenska Pedodontiföreningen

Specialisttandvård i pedodonti

En enkät från 2003 samt trender sedan 1983*

⊙ Såväl barn- och ungdomspopulationen som organisationen av barn- och ungdomstandvården har förändrats på många sätt under de senaste 20 åren. Svenska Pedodontiföreningen har vid fyra tillfällen (1983, 1989, 1996 och 2003) genomfört en identisk enkätundersökning för att följa verksamheten vid landets specialistkliniker för pedodonti. 1983, 1989 och 2003 var svarsfrekvensen 100 procent medan den år 1996 var 86 procent.

Resultaten visar att antalet pedodontitjänster varit relativt konstant under 20-årsperioden. Samtidigt har antalet patienter som remitteras till pedodontist ökat med hela 28 procent.

Den vanligaste remissorsaken är fortfarande behandlingsproblem av psykologisk orsak (37 %) men andelen barn som remitteras på grund av allmänsjukdom eller funktionshinder har ökat nästan fyra gånger under perioden. Fler patienter fick all sin tandvård på specialistklinik år 2003 jämfört med tidigare undersökningar.

Det stora vårdtrycket visar sig i ett delvis förändrat arbetssätt. Fler barn sövs för tandbehandling och användningen av sedering och lustgas har ökat markant. Samtidigt har antalet barn som köar för att få behandling i det närmaste fördubblats bara sedan 1996 och kötiderna är oacceptabelt långa både för dessa remisspatienter och för barn och ungdomar som väntar på tandbehandling i narkos.

För att säkerställa god kvalitet och barnkompetens i hela vårdkedjan inom svensk barn- och ungdomstandvård behöver antalet pedodontister öka.

Svenska Pedodontiföreningen (SPF) har genomfört enkätstudier avseende specialisttandvården i pedodonti sedan 1983 [1–3]. Vid de två första enkäterna svarade samtliga kliniker medan svarsfrekvensen år 1996 var 86 procent. Resultaten av studierna har visat att cirka 1 procent av alla barn mellan 3 och 19 år varje år behandlas på en specialistklinik för pedodonti. I den senaste utvärderingen [3] sågs speciellt två trender i remissflödet. Andelen medicinskt komprometterade barn hade ökat och därmed också antalet revisionspatienter på specialistklinik. Vidare minskade andelen remisser på grund av trauma. Det skedde även en viss förskjutning av remissernas odontologiska huvuddiagnos från behandlingsproblem av psykologisk art till hög kariesaktivitet/omfattande kariesskador.

Barn och ungdomar i åldrarna 0 till och med 19 år utgör cirka 24 procent av Sveriges befolkning och är därmed en viktig och stor grupp inom tandvården. Under den senaste 20-årsperioden har stora förändringar skett i både barnpopulation och i folktandvårdens organisation av barn- och ungdomstandvården. Barn med invandrarbakgrund utgör nu cirka 20 procent av alla barn. Medelvärde för DTF hos 12-åriga barn har minskat från 3,1 år 1985 till 1,1 år 2002 [4]. Samtidigt med det ökande antalet kariesfria barn har andelen barn med mycket omfattande kariessjukdom ökat. De senaste årens mätningar visar på en viss ökning av kariesförekomsten hos såväl 12-åringar som 3- och 6-åringar [4]. Under samma tid har medelbehandlings-tiden för barn i folktandvården minskat. I Stockholm är den nere på strax över 30 minuter per barn [5]. Dessa förändringar kan potentiellt påverka vilka patienter som remitteras för specialistvård i pedodonti.

Syftet med studien var att beskriva verksamheten vid landets specialistkliniker i pedodonti år 2003 samt att följa om trender från förra studien håller i sig.

Material och metod

En webbaserad enkät sändes ut till samtliga 34 pedodontikliniker i landet. Enkäten består av 30 frågor som varit desamma sedan första enkäten 1983. Några nya frågor har tillkommit. Enkäten behandlar antalet specialister och deras tjänstgöringsgrad per klinik, vilka typer av patienter som remitteras för specialistvård i pedodonti, hur fördelningen av arbetstiden för specialisten ser ut samt öppna frågor kring specialiteten och framtiden. Samtliga 34 kliniker besvarade enkäten. Data från 2003 jämfördes med resultat från enkäterna från åren 1983 [1], 1989 [2] samt 1996 [3].

Resultat

Specialister i pedodonti

Antalet specialisttandläkartjänster i pedodonti är relativt konstant. Pedodontisttjänst saknades hos fyra huvudmän (Gotland, Kronoberg, Jämtland och Västernorrland). År 2003 fanns 61,5 övertandläkare och

biträdande övertandläkare i pedodonti vid sammanlagt 31 klinikenheter (Tabell 1). På dessa tjänstgjorde 74 personer (16 män, 58 kvinnor) i åldrarna 33–71 år (medel 54,5 år, sd 7,9 år). Vid undersökningen 1996 var 60 procent av specialisterna över 50 år, medan 6 procent var under 40. Motsvarande siffror för 2003 var 69 respektive 4 procent. Antalet tjänster motsvarade i medeltal en heltidstjänst per 41 500 barn i de huvudmannområden som har tillgång till pedodontist (Tabell 1). Detta är en ökning av antalet barn per tjänst jämfört med tidigare. Samtidigt fanns 20 ST-platser i pedodonti som innehades av 16 kvinnor och 4 män i åldrarna 30–58 år (medel 39,7 år, sd 8,1 år).

Remitterade för specialistvård i pedodonti 2003

Under 2003 behandlades 1,3 procent av barnpopulationen av pedodontist. Det inkom 13 541 nya remisser för specialistvård i pedodonti till landets specialistkliniker, en ökning med 28 procent jämfört med 1983. Antalet remisser 2003 motsvarar cirka 0,6 procent av barnpopulationen mellan 0–19 år i landstingen med pedodontist. Antalet patienter i kö till specialistbehandling har ökat liksom antalet barn som får all vård inom specialistkliniken (Tabell 2). Väntetiden varierade från ingen alls upp till 18 månader (genomsnittlig väntetid 7 månader). För prioriterade remisser uppgav 2 kliniker att man inte hade någon väntetid medan genomsnittet var 1,6 månader (range 0–12 månader).

Åldersfördelningen av patienterna som remitterades framgår av tabell 3. Sjuettio procent av alla barn som remitterades var mellan 3 och 12 år. Åldersför-

Tabell 1. Antalet pedodontister samt antal barn per specialisttjänst åren 1983, 1989, 1996 och 2003

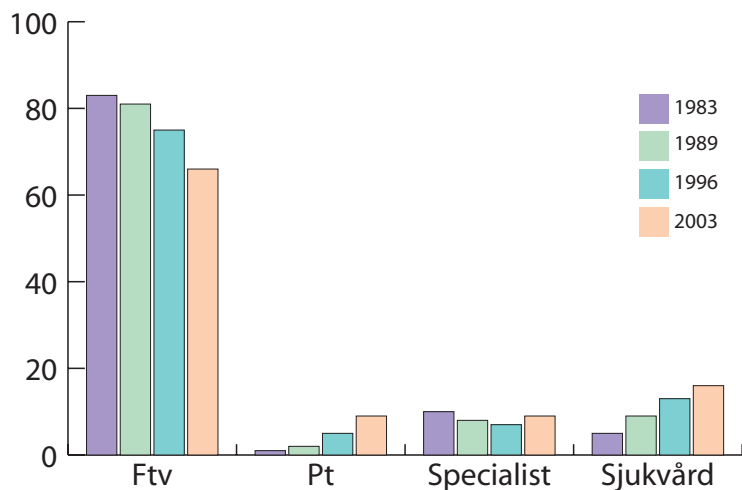
	1983	1989	1996*	2003
Antal tjänster landsting	iu	iu	63,5	61,5
Antal specialister landsting + högskola	63	85	89	81
Antal tjänster ass tdl/st	21	iu	8,5	20
Antal barn 0–19 år per landstings-tjänst i landsting med pedodontist	iu	38 000	37 000	41 500

* uppgifter från 86 procent av klinikerna
iu= ingen uppgift

Tabell 2. Patientflöde och antal patienter som fått specialisttandvård vid pedodontikliniker 1983, 1989, 1996 och 2003

	1983	1989	1996*	2003
Antal nya remisser	10 545	11 288	10 850	13 541
Färdigbehandlade patienter	10 034	11 983	11 408	13 245
Remisspatienter under behandling per 31 dec	12 299	8 383	8 680	9 405
Ännu ej kallade/kö	iu	1 606	1 488	2 857
Klinikens egna patienter (revisionspatienter)	1 227	5 423	iu	6 772
Antal patienter 0–19 år som fått behandling	24 216	25 789	iu	29 422

* uppgifter från 86 procent av klinikerna
iu= ingen uppgift



Figur 1. Andelen remisser (procent av det totala antalet) per avsändare åren 1983, 1989, 1996 och 2003. Ftv=allmäntandläkare inom folktandvården; Pt=allmäntandläkare inom privat tandvården; Specialist=annan odontologisk specialitet; Sjukvård=läkare eller annan sjukvårdspersonal.

Tabell 3. Åldersfördelning bland remitterade barn och ungdomar i procent av det totala antalet remisser åren 1983, 1989, 1996 och 2003

	1983	1989	1996#	2003
0–2 år	6	7	46**	6
3–6 år	37	38		32
7–12 år	50*	48*	48*	38
13–16 år				17
17–19 år	8	6	6	7

*=7–16 år; **=0–6 år

#uppgifter från 86 procent av klinikerna

Tabell 4. Fördelning av odontologisk huvuddiagnos (i procent av antalet remisser) för barn remitterade till pedodontist 1983, 1989, 1996 och 2003

	1983	1989	1996#	2003
Tandvårdsbehov i kombination med behandlingsproblem av psykologisk art	46	46	40	37
Allmänsjukdomar/funktionshinder	6	10	16	22
Hög kariesaktivitet	5	5	12	14
Tandutvecklingsstörningar	8	6	6	6
Eruptionsstörningar	6	5	7	6
Trauma	15	14	10	5
Patologiska tillstånd i pulpa och ben	3	3	16*	2,5
Bettutvecklingsstörningar	2	2		2,5
Patologiska tillstånd i mjukvävnad exklusive gingivit/parodontit	3	2		1,5
Bett dysfunktion	1	1		0,5
Parodontala och gingivala sjukdomstillstånd	1	1		0,5
Övrigt	4	5		2,5

*den sammanlagda frekvensen för patologiska tillstånd i mjukvävnad och pulpa/ben, parodontala och gingivala sjukdomstillstånd, bettutvecklingsstörningar, bett dysfunktion, samt övrigt.

#uppgifter från 86 procent av klinikerna

delningen har varit relativt konstant under de senaste 20 åren. Figur 1 visar den procentuella fördelningen av remissavsändare. Folktandvårdens distriktständerläkare svarade för 66 procent av alla remisser en andel som minskat stadigt sedan 1983. Under samma tid har andelen remisser från sjukvården ökat från 5 procent 1983 till 16 procent 2003. Även remisserna från privat tandvården hade ökat markant under perioden.

Patienter med behandlingsproblem av psykologisk art stod för 37 procent av remisserna, barn och ungdomar med kronisk sjukdom och funktionshinder för 22 procent och barn med mycket hög kariesaktivitet svarade för 14 procent av remisserna (Tabell 4). Trenden som iaktogs vid enkäten 1996 håller i sig, andelen barn som remitteras för behandlingsproblem av psykologisk art minskar något, liksom andelen barn som remitteras för tandtrauma. Andelen barn som remitterades för kroniska sjukdomar och funktionshinder med orala problem ökade från 6 procent 1983 till 22 procent år 2003.

Sedering och narkos

Antalet patienter som fått behandling under sedering och narkos hade ökat kraftigt sedan 1996 (Tabell 5). År 2003 genomfördes totalt 3 088 narkoser inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Trots detta var den genomsnittliga kötiden för narkosbehandling 4 månader och för prioriterad narkosbehandling 1,3 månader. Kötiden för narkosbehandling av prioriterade patienter var upp till 6 månader och 15 månader för oprioriterade patienter. Behandlingar under lustgassedering och premedicinering med bensodiazepiner hade också ökat (Tabell 5).

Fördelning av specialistens arbetstid

68 procent av specialistens arbetstid ägnades åt eget kliniskt arbete, 7 procent åt undervisning, 5 procent till forskning och 4 procent till egen utbildning (Tabell 6). Fördelningen har varit relativt oförändrad sedan 1983. Endast 2 procent av arbetstiden ägnades åt klinisk handledning av allmäntandläkare, denna andel har dessutom minskat sedan tidigare enkätundersökningar. Trettio kliniker medverkade i fortbildning av allmäntandvårdspersonal inom barn- och ungdomstandvård under 2003, 15 kliniker gav utbildning åt sjukvårdspersonal, 13 deltog i specialistutbildning samt medverkade i fristående kurser och i utbildning för föräldrar. Endast tre specialistkliniker uppgav att man hann med att årligen besöka samtliga allmäntandvårdskliniker i upptagningsområdet.

Öppna frågor kring hur pedodontin förändrats de senaste 5 åren samt eventuella problem inom pedodontin och i specialistens roll besvarades. Svaren från 26 kliniker rörde arbetsbörda, ekonomi och för få pedodontister. Exempel på svar är: "Resurserna är för knappa. Risk för att inte orka arbeta fram till pensionsdags. Behöver ökad förståelse för specialistens

uppgifter i dag jämfört med tidigare och därmed mer resurser. Hård ekonomisk styrning ställs mot lagstadgade krav från patienternas sida”; ”Allt tyngre klientel och därmed mindre resurser för utåtriktad verksamhet”; ”Ökat patienttryck och mer patientverksamhet”; ”Minskad möjlighet att bedriva utvecklingsarbete”. Svaren från 10 kliniker tar upp ökningen av antalet patienter med komplicerad allmänsjukdom.

Multiprofessionellt samarbete

Alla pedodontikliniker utom en hade ett organiserat samarbete med både barnkliniker och barnhabilitering. Specialister i pedodonti har ett stort kontaktnät, unikt bland de odontologiska specialiteterna. Detta kontaktnät krävs för att identifiera patienterna och se till att de får vård på en kompetensnivå som motsvarar deras behov. Patienternas behandlingsbehov är ofta komplext och kräver insatser från flera olika specialiteter. Till exempel barn med ektodermal dysplasi som får en behandlingsplan som sträcker sig fram till vuxen ålder och kräver samarbete med käkkirurgi, radiologi, protetik och så vidare. I alla landsting fanns oralmotoriska grupper varav 19 kliniker hade regelbundna, schemalagda möten. Aplasi/juvenil protetik/oral rehabiliteringsgrupp fanns också i samtliga landsting. I 16 fall organiserades dessa genom regelbundna och schemalagda möten. I 8 landsting fanns tvåfackliga grupper som samarbetade kring speciella medicinska diagnoser. Endast 7 kliniker uppgav att man hade ett samarbete med tandhälsovården i form av schemalagda möten.

Diskussion

Specialistverksamheten i pedodonti har kartlagts fyra gånger under perioden 1983 till 2003. Det får anses unikt att en specialistförening på detta sätt dokumenterar utvecklingen inom specialiteten genom återkommande identiska enkäter över en 20-årsperiod. Under perioden har antalet pedodontister i stort sett varit oförändrat medan antalet remisser har ökat med 28 procent. Likaså har produktiviteten ökat i form av fler färdigbehandlade patienter liksom fler patienter som går kvar på kliniken som revisionspatienter. Vidare ses en ökning i antalet tandbehandlingar i narkos, lustgas och under sedering. Barn med kronisk sjukdom och funktionshinder utgör en ökande andel av remisserna medan trauma har minskat. Andelen barn med antingen behandlingssvårigheter av psykologisk art eller omfattande kariesproblematik är i stort sett oförändrat, men det har skett en förskjutning av andelen remisser till fler som rör kariesproblematik.

Jämförelsen av den specialiserade pedodontiverksamheten under 20-årsperioden visar tydligt att verksamheten utvecklats. Den största förändringen rör antalet patienter som behandlats och typen av behandling. Vårdtrycket på pedodontin har ökat. För att klara av att ta emot fler patienter har arbetssättet

Tabell 5. Användning av sedering, lustgas och generell anestesi vid specialistkliniker för pedodonti åren 1983, 1989, 1996 och 2003

	1983	1989	1996*	2003
Generell anestesi (antal patienter)	1 215	ca 1 220	2 108	3 088
Lustgas (antal patienter)	1 143	ca 2 290	2 852	3 431
Rektal/oral/nasal sedering (antal patienter)	iu	iu	1 302	1 518
(ant behandl)	iu	iu	1 488	3 148

* uppgifter från 86 procent av klinikerna
iu= ingen uppgift

Tabell 6. Fördelning av pedodontisternas arbetstid (%) baserat på medelvärden från de medverkande klinikerna åren 1983, 1989, 1996 och 2003

Verksamhet (antal kliniker)	1983	1989	1996†	2003
Egen patientbehandling	68	69	71	68
Konsultationsverksamhet	4	11*	iu	2
Handledning till auskultant	3		iu	2
Tandhälsovård (planering/ledning)	3	2	iu	2
Administration	10	8	iu	iu
Undervisning	5		iu	7
Egen utbildning	4	8	5	4
Forskning	3	2	5	5
Övrigt	5	iu	iu	9

*=konsultation, handledning och undervisning
uppgifter från 86 % av klinikerna
iu=ingen uppgift

förändrats i vissa delar. Användningen av narkos och sedering har ökat. Trots det förändrade arbetssättet och den ökade genomströmningen av patienter har antalet patienter i kö till behandling ökat och kötiden är på flera ställen oacceptabelt lång. Vidare har fördelningen av arbetstiden för pedodontisterna endast förändrats marginellt. Fortfarande utgör egen patientbehandling i genomsnitt nära 70 procent av arbetstiden. Vårdtrycket gör att man inte är med i till exempel tandhälsovårdsarbete i den utsträckning man varit tidigare och det utåtriktade arbetet med handledning och utbildning till allmäntandvården har fått stå tillbaka. Dessa trender är än mer oroande mot bakgrund av kårens höga medelålder, något som också gäller st-tandläkarna. Vidare saknas anmärkningsvärt nog pedodontisttjänster hos fyra huvudmän (Gotland, Kronoberg, Jämtland och Västernorrland) trots att tandvårdslagen anger att folktandvården ska svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år de fyller 19 år.

Utmärkande för pedodontisten är barnkompetens, något som är både viktigt och nödvändigt för att säkerställa god kvalitet i vård och omhändertagande av barn och ungdomar [6]. Det är ett uppenbart behov av flera åtgärder för att säkerställa god kvalitet i hela vårdkedjan inom svensk barn- och ungdomstandvård. Fler pedodontisttjänster utgör en viktig del i detta och är helt i linje med kraven på barnkompetens i FN:s Barnkonvention. Behovet av fler tjänster

och en förstärkt utbildningskapacitet för att svara upp mot nuvarande och kommande behov av pedodontister påtalades även i den översyn av pedodontin som Socialstyrelsen gjorde 2003 [7]. Ett absolut första led i att stärka barnkompetensen är att alla landsting har egen specialistklinik i pedodonti.

Specialisterna måste också tillförsäkras en arbets-situation i balans för att undvika ohälsa. Arbets-sätten inom pedodontin behöver utvecklas ytterligare. Det utåtriktade arbetet med handledning och utbildning av andra grupper inom tandvården och hälso- och sjukvården kan vara en framkomlig väg. För att det ska vara möjligt måste vi vara öppna för en förändring av synen på barn- och ungdomspatienterna inom allmäntandvården. Barn och ungdomar är viktiga patienter och det krävs en bred kompetens för att behärska alla aspekter av barntandvård. Det handlar om att kunna möta och behandla växande individer, att kunna göra prognoser för munhälsa, att väga in hela den unga individens komplexitet i sin terapiplanering och så vidare. Kanske behöver allmäntandläkarens kompetens inom området öka, en förändring som i så fall måste starta redan inom grundutbildningen.

Narkosbehandling

När det gäller narkosbehandlingar ses en stadig ökning av antalet sedan 1983. Sedan 1996 har det skett en 46-procentig ökning av behandlingar i narkos. Detta kan bero på flera saker. Dels har antalet patienter med kronisk sjukdom eller funktionshinder ökat både bland remisser och bland de patienter som får all behandling på specialistkliniken. För många av dessa är generell anestesi en förutsättning för att omfattande undersökningar och terapier ska kunna genomföras. Även antalet samplanerade narkoser, det vill säga narkoser där tandbehandling och medicinsk behandling förläggs till samma narkostillfälle, har ökat. I en del fall innebär detta att behandlingar som annars skulle ha gjorts utan narkos nu istället genomförs när patienten ändå är sövd.

På många håll har resurserna till narkostandvård ökat och det har lett till att fler patienter kan erbjudas tandbehandling i narkos. Till exempel får unga patienter med omfattande vårdbehov i dag behandling i narkos i större utsträckning än tidigare. Detta ska ses som en förbättring i vården och innebär att 2–3 år gamla barn med omfattande kariologiskt behandlingsbehov får tid för behandling i narkos utan långa väntetider. Dessa barn har vanligen ingen tidigare behandlingserfarenhet och en stor andel är barn som nyligen flyttat till Sverige eller barn från socioekonomiskt svaga miljöer. Alternativet hade varit konventionell behandling, oftast med hjälp av sedering, som hade varit både jobbig och svår att förstå för det lilla barnet. Trots ökningen av tandbehandlingar i narkos framgår det av enkäten att resurserna för narkostandvård antagligen är otillräckliga. Det är inte rimligt att ett barn med

ett prioriterat vårdbehov som ofta innebär risk för akutiseringar ska behöva vänta upp till ett halvår för behandling. Också kötider på upp till 15 månader för oprioriterade patienter måste anses oacceptabelt.

Sedering

Användningen av lustgassedering och sedering med bensodiazepiner har ökat på motsvarande sätt. De patienter som sederades med bensodiazepiner år 1996 behandlades under sedering i genomsnitt vid ett behandlingstillfälle, år 2003 sederades de vid två behandlingstillfällen. En orsak kan vara att vårdtrycket gjort att man i större utsträckning använder olika sederingsformer för att behandla fall där man tidigare satsade tid och besök på systematisk tillväjningsbehandling för patienter med behandlingssvårigheter av psykologisk art. Systematisk tillväjning är fortfarande det vanligaste sättet att hjälpa barn och ungdomar med tandvårdsrädsla eller behandlingsproblem. Dock visar senare års forskning att gruppen som remitteras för denna problematik är mycket heterogen och det är önskvärt att behandling skräddarsys utifrån den individuella patienten [8]. Tyvärr saknar vi i stor utsträckning redskap för att differentiera mellan olika typer av behandlingsproblem av psykologisk art.

Olika sederingsformer och lustgas har sitt berättigande i den moderna behandlingsarsenalen. Det är en utmärkt hjälp för patienter att klara av tandbehandling, ökar komforten och minskar antagligen risken för behandlingsproblem och tandvårdsrädsla. Mycket av inskolning och tillväjning kan även utföras med hjälp av till exempel lustgas i låg dosering. I dessa fall fungerar lustgasen som ett ytterligare stöd för patienten att väga. Dessutom är intrycket bland specialister att remisserna från allmäntandvården skickas i ett senare skede då sjukdomen progredierat och mer omfattande behandling krävs. Sedering är då ofta en förutsättning för att kunna undanröja ett akut behandlingsbehov. Därefter kan tillväjningsbehandling ske. Sedering och lustgas används även i ökad utsträckning i förebyggande syfte för att höja smärtröskel och underlätta för patienter till exempel i samband med kirurgi eller traumabehandling.

Barnpopulationen

Antalet barn och ungdomar i de landsting som har pedodontist rapporterades i enkäten till strax under 2,2 miljoner vilket (med korrigering för landsting som saknar pedodontist) överensstämmer med statistik från SCB där 24 procent av befolkningen är under 20 år. Det betyder att över 1,3 procent av samtliga barn och ungdomar fick behandling av pedodontist år 2003 och att det under året skickades ny remiss för 0,6 procent av barnpopulationen. Det ökade vårdtrycket är sannolikt en bidragande orsak till att nästan 70 procent av arbetstiden ägnas åt patientverksamhet. Tyvärr går detta ut över övriga delar i verksamheten.

Relativt få kliniker var till exempel engagerade i tandhjälsvårdsarbetet för barn och ungdomar och en viss uppgivenhet kunde spåras i pedodontisternas beskrivning av sin arbetssituation. Även i Socialstyrelsens verksamhetstillsyn för pedodontister kom man fram till att resurserna är otillräckliga och att flera grupper av barn och ungdomar inte får tillgång till den vård de behöver, bland annat patienter med social problematik och med sjukdom/funktionshinder [7].

Samtidigt som antalet barn som remitteras till pedodontin ökat vet man att dessa inte utgör alla barn som remitteras för specialistvård. Barn remitteras även direkt till andra specialiteter. Omfattningen av detta är okänd. En anledning kan vara att pedodontin har för få tjänster och ett vårdtryck som innebär betydande kötid. Alla barn- och ungdomspatienter i behov av specialisttandvård, ortodonti oräknat, bör tas om hand av pedodontist som första remissinstans. Pedodontisterna har etablerade rutiner för samarbete med samtliga specialistområden inom landstinget och kan efter bedömning av patienten vid behov lägga upp behandlingen i samarbete med andra specialiteter. Utmärkande för pedodontisten är barnkompetens, något som är viktigt och nödvändigt för att säkerställa god kvalitet i vård och omhändertagande [6].

Patientpanoramata inom pedodontin har ändrats under de 20 år undersökningen genomförts. Andelen barn och ungdomar med allmänmedicinsk sjukdom och/eller funktionshinder har ökat. Detta stämmer med rapporter om allt fler barn och ungdomar i samhället med kronisk sjukdom och funktionshinder. I dag beräknas cirka 10 procent av barn- och ungdomspopulationen ha en kronisk sjukdom eller funktionshinder [9, 10]. Patienterna har ofta ett komplext vårdbehov som kräver att pedodontisterna förutom odontologisk kompetens har goda kunskaper inom medicin och psykologi samt att det finns strukturerat samarbete med vårdgrannar som barnhabilitering, barnmedicin och barnhälsovård. Många patienter i denna grupp är prioriterade enligt de riktlinjer för prioritering som Svenska Pedodontiföreningen föreslagit [11].

Andelen barn med karies eller behandlingsproblem är relativt konstant bland remisserna. Däremot ses en förskjutning mot att huvuddiagnosen bedöms vara karies och inte behandlingsproblem. Andelen barn med behandlingsproblem eller tandvårdsrädsla är förmodligen konstant [8, 12, 13] men pedodontin har inte resurser att ta emot patienterna om behandlingsproblemen inte är förenade med stort vårdbehov. Det har alltså skett en förskjutning från att behandla de psykologiska aspekterna mot att tvingas fokusera på de rent odontologiska vårdbehoven.

Konklusioner

Enkäter till pedodontikliniker som upprepat fyra gånger mellan åren 1983–2003 visar att:

- antalet pedodontisttjänster är oförändrat
- det går fler barn och ungdomar i populationen per pedodontisttjänst
- fler barn och ungdomar remitteras till pedodontist
- andelen barn som remitteras av sjukvården på grund av allmänsjukdom har ökat
- fler barn behöver gå kvar vid specialistkliniken som revisionspatienter
- pedodontins arbetsätt har förändrats, tandvårdsproduktionen har ökat
- antalet tandbehandlingar i narkos, lustgas och under sedering har ökat markant
- antalet barn på kö till specialistbehandling har fördubblats och kötiderna har förlängts.

Referenser

1. Crossner CG, Mejäre I, Koch G. Barntandvård som specialitet. Erfarenheter från tio års verksamhet och bedömning av framtida behov. Tandläkartidningen 1985; 77: 607–11.
2. Dahllöf G, Schelin B. Barntandvård som specialitet. Verksamhet och framtidsvisioner. Tandläkartidningen 1990; 82: 1053–63.
3. Twetman S, Dahllöf G. 30 frågor. Utvärdering av enkät angående specialistverksamheten i pedodonti under verksamhetsåret 1996. Barntandläkarbladet 1997; 9: 12–5.
4. Socialstyrelsen. Tandhälsa hos barn och ungdomar 1985–2002. Stockholm: Ekonomi-Print AB, 2003. Artikelnr 2003-131-13.
5. Tandvårdsnämnden i Stockholms läns landsting, tandvårdsstaben. Modell för beräkning av tidsåtgång för allmäntandvård till barn och ungdomar i Stockholms län. Rapport 021112.
6. Socialstyrelsen. Uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården m.m. (S97/6801/S). 2001. http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=16259934&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfc&host_id=1&page_id=509&query=barnkompetensen&hiword=BARNKOMPETENSEN+ Rapport från arbetsgruppen: http://www.sos.se/FULLTEXT/107/2001-107-13/bilaga.pdf
7. Socialstyrelsen. Pedodontikliniker inom folktandvården. Verksamhetstillsyn av den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Stockholm: 2003. Artikelnr 2003-109-21.
8. Arnrup K. Paediatric dentistry meets clinical child psychology. Studying groups of uncooperative child dental patients. Thesis. Göteborg: Göteborg University, 2003.
9. Westbom L, Kornfalt R. Chronic illness among children in a total population. An epidemiological study in a Swedish primary health care district. Scand J Soc Med 1987; 15: 87–97.
10. Msall ME, Avery RC, Tremont MR, Lima JC, Rogers ML, Hogan DP. Functional disability and school activity limitations in 41,300 school-age children: relationship to medical impairments. Pediatrics 2003; 111: 548–53.
11. Högström Å, Dahllöf G, Ekman A, Hallström U, Koch G, Palm K, Sundell S. Alla barn har rätt till vård på lika villkor. Tandläkartidningen 1998; 90: 77–8.
12. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. Thesis. Göteborg: Göteborg University, 1995. Swed Dent J 1995; suppl 103.
13. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Dahllöf G. A retrospective study of dental behavior management problems in children with attention and learning problems. Eur J Oral Sci 2004; 112: 406–11.
- * Artikeln är en svensk version av: Klingberg G, Dahllöf G, Erlandsson AL, Grindefjord M, Hallström-Stalin U, Koch G, Lundin SÅ. A survey of specialist paediatric dentistry dental services in Sweden: results from 2003, and trends since 1983. Int J Paediatr Dent 2006; 16: 89–94.

Adress:

Gunilla Klingberg
Mun-H-Center,
Odontologen,
Medicinargatan 12 A,
413 90 Göteborg
E-post: gunilla.
klingberg@vgregion.se