

BO ROSENQUIST, docent i käkkirurgi, tidigare verksamhetschef, käkkirurgiska kliniken, universitetssjukhuset i Lund, chef för Division 4

Många brister i remisser till käkkirurgisk klinik

☉ Mot de totalt 3 354 remisser som under ett år kom in till käkkirurgiska kliniken vid Lunds universitet kunde man rikta hela 4 478 anmärkningar. Det visar resultatet av denna deskriptiva studie. Resultatet blir extra nedslående eftersom de bedömningskriterier som användes var så generösa att endast fel som direkt kan påverka vårdens kvalitet och/eller kostnader har fångats upp.

Kvaliteten varierade inom vida gränser; från remisser med fullständiga neurologiska utredningar till en remiss med texten "Roten 27 small av – ta bort skiten". Störst spännvidd i kvalitet fanns bland remisser till käkledskirurgi medan "tandremisser" höll en mer homogent låg kvalitet.

REFERENTGRANSKAD. ACCEPTERAD FÖR PUBLICERING 20 JANUARI 2006

Remissen är ett terapeutiskt instrument. Dess kvalitet är tillsammans med kvaliteten på övriga terapeutiska hjälpmedel samt mottagarens kompetens avgörande för vårdens kvalitet och därmed patientsäkerheten.

Innan en behandling inleds har mottagaren av remissen ansvar för att det terapeutiska beslutsunderlaget är fullständigt och korrekt. Vid behov måste remissmottagaren komplettera uppgifterna för att utföra en lege artisbehandling. Formella krav bör emellertid kunna ställas på en remiss som beslutsunderlag i en terapeutisk situation. Utfärdaren av remissen har ansvar för att uppgifterna är korrekta vilket framgår av ett utslag i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSN [1]. Om den remitterande också kan ställas till svars när relevanta fakta utelämnats har sannolikt inte prövats men det är troligt att det skulle kunna ske om man tolkar Socialstyrelsen rätt; "Vårdplanering kräver för att fungera tillfredsställande god kännedom om varje patients medicinska situation, vilket i första hand får bedömas med utgångspunkt från uppgifterna i remisshandlingarna..." [2].

De senaste åren har det skett en utveckling mot processtänkande inom vården. Käkkirurgiska kliniken i Lund har, i likhet med många andra kliniker, av strukturella skäl haft svårt att införa fungerande processer. Det har bland annat visat sig näst intill omöjligt att kunna ge tid till mottagning, röntgen, provtagningar och inskrivning samma dag.

Anmärkningsvärt är att även enkla åtgärder som dentoalveolär kirurgi i de flesta fall inte har kunnat reduceras till endagsprocesser beroende på att remisserna varit ofullständiga, missvisande eller felaktiga. Undersökning och behandling har krävt två, ibland tre besök vid sjukhuset vilket inneburit såväl extra kostnader för både klinik och patient som ökad vårdtyngd för kliniken. Remissernas kvalitet påverkar med andra ord inte enbart vårdens kvalitet utan också kostnaderna för vården samt vårdköernas längd.

Studien syftar till att kartlägga de brister som finns i remisser som ställts till käkkirurgiska kliniker genom att studera samtliga skriftliga remisser som kommit in till käkkirurgiska kliniken vid universitetssjukhuset i Lund. Fem olika kvalitetskriterier som satts upp på förhand användes i kartläggningen.

Material och metod

Materialet utgörs av samtliga 3 354 skriftliga remisser som diariefördes vid käkkirurgiska kliniken vid universitetssjukhuset i Lund (USiL) kalenderåret 2003.

Utöver de skriftliga remisserna fick kliniken ett sjuttiofem remisser i annan form. De kom med några få undantag från övriga medlemmar i universitetssjukhusets regionteam för trauma- och rekonstruktionskirurgi. Dessa remisser ingår inte i materialet eftersom kommunikationen ofta skett via en tredje

part (olika intensivvårdsavdelningar), ronder, över telefon eller vid informella personliga möten och att de därmed inte diariefördes. Dessutom kan ett fåtal dentoalveolära akutremisser under jourtid ha missats i diarieföringen.

Samtliga remisser som kom in till kliniken diariefördes och klassificerades i diagnosgrupper samt prioriterades av en och samme käkkirurg. Samma person svarade för kvalitetsbedömningen utifrån följande fem kriterier.

1. Avsändare och adressat

För återföring av information måste avsändarens identitet vara säker. På remisser från läkare som var anställda vid universitetssjukhuset i Lund (intramurala remisser) krävdes därför läsbart namn och klinikbeteckning medan det på remisser som kom utifrån (extramurala remisser) dessutom krävdes postadress.

För att förhindra dröjsmål eller utebliven behandling krävs en korrekt adressat. På intramurala remisser krävdes klinikens namn. Minimikravet var att det skulle framgå att kliniken arbetade med tand-, oral-, eller käkkirurgi. På extramurala remisser krävdes dessutom sjukhusets adress. Dessutom godtogs alla beteckningar som visade att remissen kom från sjukhuset i Lund. Däremot godtogs inte beteckningen "STP, Universitetssjukhuset i Lund" eftersom det visat sig att sjukhusets postservice ofta vidarebefordrat sådana remisser till Tandvårdscentralen (en kombinerad allmän- och speciallisttandvårdsklinik inom folktandvården som inte tillhör USiL).

2. Diagnos/status

En kirurgisk åtgärd ska föregås av diagnos och status. På remisser till kirurgi krävdes därför diagnos och status medan det endast krävdes status på remisser som gällde utredning. Undersökningar som låg inom remittentens kompetensområde skulle vara utförda och redovisade. I studien krävdes alltså diagnos för dentoalveolär kirurgi och korrektiv käkställningskirurgi.

3. Frågeställning

Av remissen skulle det klart framgå vad avsändaren önskade få utfört.

4. Röntgenutredning

Vid dentoalveolär kirurgi ansågs det rimligt att hela de aktuella tänderna kunde ses på röntgenbilderna. Vid implantatkirurgi var minimikravet en kvalitetsmässigt god panoramabild av käkarna. Remisser för korrektiv käkställningskirurgi skulle minst följas av profil, PA- och panoramabild. Vid käkledsremisser krävdes inget röntgenmaterial. Tandfilmer över det aktuella området skulle finnas med i remisser till utredning av oklara käksmärter. All röntgen skulle visa aktuellt status och vara märkt med namn, personnummer och exponeringsdatum.

Tabell 1. Brister i remisser till käkkirurgisk klinik enligt fem uppsatta kvalitetskriterier.

Remisser avseende:	Totalt antal remisser	Med oklar avsändare	Med oklar adressat	Utan diagnos	Utan frågeställning	Utan röntgen	Utan adekvat röntgen	Utan generell anamnes	Med oklar generell anamnes	Utan speciell anamnes	Med oklar speciell anamnes	Summa
Retnerade tänder	1030	67	17	379	11	52	378	733	27	544	197	2405
Övrig tandkirurgi	636	22	11	91	8	2	11	457	14	31	113	760
Slemhinnelesjoner	284	7	7	0	4	0	0	32	42	27	5	124
Ortognat kirurgi	78	0	0	0	0	2	2	47	1	0	0	52
Käkledskirurgi	257	3	0	0	1	0	0	117	3	2	221	347
Implantatkirurgi	375	0	1	0	0	11	37	73	28	111	97	358
Övrigt	164	29	8	0	3	0	9	23	9	2	117	200
Sjukhustandvård	530	113	97	0	22	0	0	0	0	0	0	232
Summa:	3354	241	141	470	49	67	437	1482	124	717	750	4478

5. Anamnes

Remisserna skulle enligt kvalitetskriterierna innehålla allmän anamnes som tog upp sjukdomar och tillstånd med möjlig påverkan på diagnostik och behandling. I den speciella anamnesen krävdes en beskrivning av de besvär som föranledde remissen och i förekommande fall lokalisation, typ, svårighetsgrad, frekvens, duration med mera.

Resultat

Fördelning

Av remisserna i studien hade ungefär 60 procent utfärdats av tandläkare (varav hälften arbetar i offentlig och hälften i privat vård) och 40 procent av läkare. Flertalet av remisserna från läkare var intramurala medan den resterande delen av läkarremisserna kom från såväl distriktsvård som privata läkarhus och läkarmottagningar.

Ungefär hälften av remisserna (1 666) gällde dentoalveolär kirurgi, 530 gällde sjukhustandvård, 375 implantatkirurgi, 284 slemhinnelesjoner, 257 käkledspatologi, 78 korrektiv käkställningskirurgi och 164 "övrigt". Gruppen sjukhustandvård innefattade en stor andel fokaltredningar inför organtransplantationer, strål- och cellgiftsbehandlingar liksom uppföljning av dessa patienter. Gruppen "övrigt" dominerades av smärtutredningar samt undersökning och uppföljning av barnreumatologiska patienter. Ett mindre antal remisser gällde sinusförändringar, röntgenologisk diagnostik av röntgenbilder, neurologiska störningar, komplikationer till käk-, öron- och neurokirurgi, olika missbildningar samt misstänkt malignitet i annan vävnad än slemhinna.

Avsändare

En klart identifierbar avsändare saknades i 7,2 procent av remisserna, vanligast var detta i remisser från tandläkare (Tabell 1). I en tredjedel av remisserna som saknade identifierbar avsändare fanns endast kliniknamnet angivet. Den gruppen dominerades av remisser från läkare anställda vid USiL. I ungefär en tredjedel saknades alla uppgifter om avsändaren. Det fanns även en grupp som saknade tolkningsbar namnteckning och som var helt utan adressuppgifter. Enstaka remisser var skrivna av icke-legitimerad personal, oftast tandsköterskor i privat vård.

Adressat

4,2 procent av alla remisser hade oklar adressat (Tabell 1). En tiondel av dem hade kommit fel och vidarebefordrats till käkkirurgiska kliniken. Störst andel feladresserade remisser gällde sjukhustandvård (18,3 %) därefter följde "övrigt" 4,9 procent, slemhinnelesjoner 2,4 procent och dentoalveolär kirurgi 1,6 procent.

En del brev som var adresserade till en enskild kirurg vid kliniken tolkades som privata men visade sig

innehålla remisser. I något fall hade befattningshavaren pensionerats, i något fall hade personen flyttat till annan klinik. Under sommarperioden blev några av dessa remisser liggande i upp till sju veckor innan de diariefördes, prioriterades och delades ut.

Som bifynd noterades att käkkirurgiska kliniken under året fick in 14 remisser som var avsedda för och rätt adresserade till käkkirurgiska kliniken.

Diagnos

Av remisserna till dentoalveolär kirurgi saknade 28,2 procent diagnos (Tabell 1). Uppdelat i remisser till avlägsnande av visdomständer samt remisser till övrig dentoalveolär kirurgi blev resultatet 36,7 respektive 14,3 procent. Ingen av de 78 remisserna till käkställningskirurgi saknade diagnos.

Frågeställning

Orsaken till remissen, det vill säga vad den remitterande önskade få utfört, framgick inte i 1,5 procent av remisserna (Tabell 1). Andelen var störst bland remisser till sjukhustandvård (4,2 %). I gruppen "övrigt" var siffran 1,8 procent, slemhinnelesioner 1,4 procent, dentoalveolär kirurgi 1,1 procent samt i remisserna till käkledskirurgi 0,4 procent.

Röntgen

Av remisserna till borttagande av visdomständer saknade 5,0 procent helt röntgenmaterial medan 36,7 procent innehöll röntgenbilder som inte var adekvata eller som var omärkta (Tabell 1).

För övrig dentoalveolär kirurgi var siffrorna 0,3 respektive 1,7 procent.

Röntgenmaterial saknades också helt i 2,9 procent av remisserna till implantatkirurgi medan röntgenmaterialet bedömdes inadekvat i 9,9 procent av fallen. I gruppen "övrigt" saknades i 9 fall adekvat röntgen.

Generell/allmän anamnes

När det gäller remisser till dentoalveolär kirurgi saknade i 71,4 procent av fallen helt uppgift om patientens hälsa och i ytterligare 2,5 procent var uppgifterna uppenbart ofullständiga eller felaktiga (Tabell 1).

Remisser till korrektion av käkställningsfel saknade allmän anamnes i 60,3 procent av fallen och var i 1,3 procent av fallen försedda med oklar anamnes. För remisserna till käkledskirurgi var motsvarande siffror 45,5 respektive 1,2 procent.

19,5 procent av remisser till implantatkirurgi saknade helt hälsouppgifter och ytterligare 7,5 procent hade ofullständiga eller oklara uppgifter.

I gruppen "övrigt" var motsvarande procenttal 14,0 respektive 5,5 procent.

Remisser som avsåg slemhinnelesioner saknade till 11,3 procent allmän anamnes och var i 14,8 procent av fallen ofullständiga eller felaktiga.

Speciell anamnes

I över hälften av remisserna (52,9 %) till operativt avlägsnande av visdomständer saknades helt uppgifter om symtom med mera (Tabell 1). I ytterligare 19,1 procent av dessa remisser var uppgifterna uppenbart ofullständiga eller felaktiga. I remisser till övrig dentoalveolär kirurgi var motsvarande siffror 4,9 och 17,8 procent.

Implantatremisser saknade i 29,6 procent av fallen speciell anamnes och i ytterligare 25,9 procent var anamnesen ofullständig.

När det gäller patienter som remitterats för behandling av slemhinnelesioner uppgavs i 9,5 procent av fallen ingen speciell anamnes, det vill säga det framgick inte ens vad besvären bestod i. I ytterligare 1,8 procent av fallen gavs en ofullständig speciell anamnes, oftast angavs det att patienten hade besvär men inte av vilken art, hur länge de varat, besvärens intensitet et cetera.

För endast 0,8 procent av de patienter som remitterats till käkledskirurgi saknades uppgift om besvär, men i hela 86,0 procent av fallen var anamnesen ofullständig.

I gruppen "övrigt" var andelen remisser utan speciell anamnes ännu mindre (0,1 %) medan gruppen med ofullständig anamnes var desto större, 71,3 procent.

Samtliga remisser för korrektiv käkställningskirurgi innehöll uttömmande speciella anamneser.

Diskussion

Studien är ett försök att bedöma kvaliteten på remisser till en käkkirurgisk klinik. Bedömningen har skett före patienternas besök på kliniken. Det har därför inte varit möjligt att kontrollera fullständigheten och korrektheten i de uppgifter som lämnats förutom i de fall då det redan av remissen framgår att uppgifterna varit ofullständiga eller uppenbart felaktiga. Därtill har de kriterier som använts vid bedömningen varit grova. Sammantaget tenderar studien därför att ge en alltför positiv bild av verkligheten.

Den basala uppbyggnaden av en remiss är enkel. Den ska ge svar på frågorna: Från vem?, Till vem? och För vad?. Det är förvånande att 26,9 procent av remisserna visade brister i någon eller flera av dessa led.

En orsak till att remittenter ibland klagar på att man inte fått svar på en remiss kan vara att det i en titondel av alla remisser är omöjligt eller i varje fall svårt att identifiera avsändare och/eller mottagare. Även om patienterna i flertalet fall kan upplysa om varifrån de remitterats och att remittenterna hör av sig när de inte får ett remissvar riskerar man att mycket information går förlorad eller försenas. I båda fallen kan det få allvarliga konsekvenser för patienten. En speciell problematik har varit att man vid kliniken

betraktat brev som var adresserade med personnamn före kliniknamnet som privata. Därmed har sådana brev blivit liggande under semestertider, sjukdom eller komplidigheter. Rutinerna har nu ändrats så att samtliga brev till kliniken betraktas som tjänstepost och öppnas.

Ibland uppstår en behandlingssituation där vare sig behandlande käkkirurg eller patient känner till anledningen till varför patienten remitterats. Denna på ytan komiska situation är en konsekvens av att diagnos och/eller frågeställning saknades i över 15 procent av alla remisser i studien.

I flertalet fall kunde man dock gissa sig till avsikten med besöket, i andra fall kunde patienten informera om detta. Att det i ett stort antal fall råder osäkerhet om vad som förväntas bli utfört är emellertid oacceptabelt och innebär en betydande risk för felbehandlingar.

Ett närliggande problem som inte fångades upp av studien är att remittenten ibland angett fel tand eller käkled i remissen. I något fall har detta uppdagats först postoperativt vilket medfört anmälan av både kirurg och remittent till Sjukvårdens hälso- och sjukvårdsnämnd, HSN. I dessa fall fälldes remittenten vilket betonar dennes ansvar för uppgifterna i remissen [1]. Att en stor andel av remisserna till sjukhustandvården saknade frågeställning tycks bero på att man medverkar i universitetssjukhusets vårdprogram inför organtransplantationer och strålbehandlingar. I dessa program finns fasta rutiner för vad som ska utföras av respektive vårdgivare i de olika vårdprocesserna.

En remiss är ett önskemål om att få någonting utfört, antingen diagnostik eller ett operativt ingrepp. För ett operativt ingrepp krävs en indikation, en diagnos. Några procent av remisserna till "övrigt", slemhinneförändringar och käkledsbesvär saknade både diagnos och frågeställning. I de flesta fall framgick emellertid frågeställningen på annat sätt. Där emot är det anmärkningsvärt att man i över en tredjedel av remisserna till operativt avlägsnande av tänder liksom i över en sjättedel av remisserna till övrig tandkirurgi inte ansåg att en diagnos eller indikation var nödvändig.

För vissa ingrepp är man beroende av preoperativ röntgen. Tandkirurgi, korrektiv käkställningskirurgi och implantatkirurgi tillhör denna grupp. Liedholm et al [3] har visat att remisser till visdomstandskirurgi ofta innehåller ett undermåligt röntgenmaterial. Detta bekräftas i studien; över en fjärdedel av remisserna till dentoalveolär kirurgi saknade antingen helt röntgenunderlag eller innehöll oanvändbara röntgenbilder. En stor andel av de undermåliga bilderna var antingen bite-wings

där man endast såg del av den aktuella tandens krona eller apikalbilder där endast en del av roten var synlig. I remisser för implantatkirurgi saknades röntgenmaterial helt i nära tre procent av fallen. Tio procent av remisserna innehöll oadekvata röntgenbilder; i några fall enstaka tandfilmer, i flertalet fall inaktuella bilder. Det förekom ibland att man i remisser till implantatkirurgi i en hel käke bifogat gamla panoramabilder som visade ett helt betandat status. Ibland angavs som orsak att det aktuella materialet sänts till Försäkringskassan för förhandsprövning. Försäkringskassans förhandsprövning vilken förväntades med andra ord ske med större noggrannhet än kirurgiplaneringen.

Vid käkledsproblem kan diagnos ofta ställas utan röntgenundersökning medan man vid misstanke om andra diagnoser ibland tillgriper relativt avancerade röntgen- eller MR-undersökningar. Vilka kompletterande undersökningar som behövs avgörs vid den kliniska undersökningen. Remisser till utredning och åtgärder av käkledsproblem ansågs därför inte behöva innehålla käkledsröntgen. En del remitterter, flertalet av dessa var distriktsläkare, hade dock låtit utföra omfattande, dyra och avancerade käkledsundersökningar som i många fall bedömdes som irrelevanta eller onödiga.

Utmärkande för en stor andel av remisserna från tandläkare var den starka fokuseringen på den önskade åtgärden eller den aktuella tanden medan man ägnat ett obetydligt intresse åt patienten som helhet.

I tre fjärdedelar av remisserna för dentoalveolär kirurgi fanns det antingen inga upplysningar alls om aktuella sjukdomar eller medicinering, eller så stod det redan vid genomläsningen klart att de uppgifter som fanns var ofullständiga eller felaktiga. Ännu mer anmärkningsvärt är kanske att det i över 25 procent av remisserna till implantatkirurgi saknades eller lämnades ofullständiga eller inaktuella hälso-uppgifter trots att flertalet av patienterna var över 65 år gamla och rimligen borde ha en del hälsoproblem med relevans för behandlingen.

Det var inte ovanligt att uppenbart inaktuella medicinlistor bifogades till remisserna. I detta avseende skilde sig remisser från tandläkare starkt från remisser från läkare. Läkare hade i stället en tendens till att väga över åt andra hållet; det förekom ofta hälsouppgifter som bedömdes som helt irrelevanta för behandlingen i deras remisser. Samma tendens sågs i remisser som gällde käkledsbesvär. Det tycktes ibland som om den remitterande tandläkaren betraktade leden som en från kroppen medicinskt helt fristående struktur. I nästan hälften av de remisserna saknades eller brast det nämligen i allmänanamnesen. Vad skillnaden beror på är svårt att uttala sig om;

möjligen tenderar läkare under sin utbildning och i sitt arbete att bli holistiskt hälsoinriktade medan tandläkare blir mer mekaniskt åtgärdsinriktade.

Remisserna till korrektiv käkställningskirurgi kom med få undantag från ortodontister som kliniken har gemensamma ronder och tätt samarbete med. Dessa remisser utmärkte sig oftast positivt; de var väl strukturerade, korrekta och rika på information, dessutom oftast maskinskrivna och därmed lättlästa. Patienternas allmänhälsa verkade emellertid inte vara av större intresse; i sex av tio remisser saknades denna uppgift helt. Huruvida detta berodde på att patienterna var unga och därmed förutsattes vara friska eller om det fanns andra skäl är oklart.

En stor majoritet av remisserna till dentoalveolär kirurgi, speciellt exstirpation av visdomstånd, saknade helt uppgifter om speciell anamnes, det vill säga uppgift om eventuella symtom, hur stora dessa var och hur länge de funnits, tidigare behandlingar med mera. Det var också denna typ av remiss som mest frekvent saknade diagnos. Ofta angavs endast "besvär" som kombinerad diagnos, anamnes, operationsindikation. En förklaring till denna synbara nonchalans kan möjligen vara den osäkerhet som tycks råda när det gäller indikationer för avlägsnande av visdomstånd [4, 5].

Det är kanske ännu mer förvånande att man i en klar majoritet av remisserna av slemhinnelesioner nöjde sig med att konstatera att det fanns en slemhinneavvikelse utan att ange hur länge den funnits, dess tillväxthastighet, tidigare behandlingar eller besvär. I remisser till käkledskirurgi använde man ofta en mycket kortfattad speciell anamnes som orsak; ofta nöjde man sig med att ange besvären som "värk", "knäppningar" eller "låsningar" utan vidare uppgift om duration, frekvens, rörelseförmåga, tidigare trauma et cetera.

Remisser till implantatkirurgi innehöll oftast ett kort status, "tandförlust 24/25". Duration av och orsak till tandförlusten samt patientens besvär av tandlösheten framgick oftast inte.

Att så hög andel som 72,6 procent av remisserna till "övrigt" helt (ett fåtal) eller delvis (flertalet) saknade speciell anamnes är förvånande eftersom remissen i många av dessa fall efterfrågade utredningar av smärta eller annan typ av dysfunktion.

Konklusioner

Resultatet av studien är nedslående; mot totalt 3 354 remisser kunde man rikta hela 4 478 anmärkningar trots att bedömningskriterierna varit så generösa att endast fel som direkt kan påverka vårdens kvalitet och/eller kostnader har fångats upp. Att remissbedömningen skett utan avstämning mot patienterna innebär att resultatet är ett "best case scenario"; det vill säga en alltför ljus bild av verkligheten tecknas.

De remisser som tydligast tangerar tandvården,

exstirpation av visdomstånd och implantatkirurgi, höll lägst kvalitet och liknade varandra så till vida att man ofta nöjde sig med att ange lokalt status (i det ena fallet närvaro av tand, i andra fallet frånvaro).

Kvaliteten varierade inom vida gränser; från remisser med fullständiga neurologiska utredningar till en remiss med texten "Roten 27 small av – ta bort skiten!". Störst spännvidd i kvalitet fanns bland remisser som avsåg käkledskirurgi medan "tandremisser" höll en mer homogent låg kvalitet.

Studien ger upphov till ett par funderingar:

- ⊙ Är de som utfärdar remisser verkligen så dåligt informerade om sina patienter som studien ger anledning att befara?
- ⊙ Anser man att det är försvarligt att utföra ingrepp på patienter med endast den information man tillhandahåller i sina remisser?
- ⊙ Är man medveten om att remittenten är medicinskt ansvarig för patienten tills denne kommit under vård hos remissinstansen?

Svaren på dessa frågor är givetvis individuella och ligger utanför denna deskriptiva studie. Man kan emellertid klart visa på en betydande förlust i säkerhet, kvalitet och ekonomi i det gränssnitt mellan remittent och remissinstans som remissen utgör.

Referenser

1. HSN 1599/01:B2.
2. SOSFS 1979:77.
3. Liedholm R et al. Patient-flows in the care process of mandibular third molar surgery. In press.
4. Lysell L, Rohlin M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17:161–4.
5. Liedholm R, Knutsson K, Lysell L, Rohlin M. Mandibular third molars: oral surgeons' assessment of the indications for removal. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37: 440–3.

Adress:

Bo Rosenquist
Käkkirurgiska kliniken
Universitetssjukhuset
i Lund, 221 85 Lund
E-post: bo.rosenquist
@skane.se