

**Munnen** är otvivelaktigt en del av kroppen, men behandlas ändå som en separat biologisk enhet såväl i socialförsäkringssystemen som i den medicinska utbildningen, menar Björn Klinge

# Är tiden inne för munläkare?

**Kanske är det hög tid att låta odontologi bli en medicinsk specialitet, med munläkare, på samma sätt som öron-, näs- och hals- eller ögonsjukvård. Eller som ett alternativ, att fullt ut integrera den basbiologiska utbildningen för tandläkarstuderande och medicinare. Det menar professorn i odontologi, Björn Klinge, i följande debattinlägg.**

Efter flera hundra år av forskning och beprövad tandläkarpraktik står det höjt över allt tvivel – munnen är en del av kroppen. Ändå behandlas munnen som en separat biologisk enhet såväl i

## Författare

BJÖRN KLINGE

professor, dekanus, odontologiska fakulteten, Karolinska institutet, Huddinge.

socialförsäkringssystemen som i den medicinska utbildningen. Och detta får olyckliga konsekvenser för folkhälsan. Faktum är att vi riskerar att sakta avveckla den svenska tandhälsans position som unik i världen. Vi försvårar dessutom samarbetet på det medicinska området mellan tand- och vanliga läkare kring nya upptäckter om relationen mellan tandinfektion och ett brett spektrum av allmänsjukdomar. Nya upptäckter som kan förbättra patienters allmänna hälsa. Kanske är det dags att låta odontologi bli en medicinsk specialitet?!

## Munhålsans sjukdomar och systemsjukdomar

Länge har vi intresserat oss för hur systemsjukdomar manifesterar sig i munhålan. Detta kan vara angeläget inte minst för tidig diagnostik av viktiga systemsjukdomar. Nu finns också ett nyvaknat intresse för att infektioner som utgår från munhålan också kan påverka övriga kroppen.

För länge sedan söktes roten till allt ont i tänkbara dentala infektioner. Utgå-

## DEBATT

*”Ett första verkligt prov på om min tes accepteras, att munnen faktiskt är en del av kroppen, skulle kunna vara om vi i utbildningen upphörde att ha två helt olika professioner: en för kroppen utom munnen – läkare, och en för munnen utom kroppen – tandläkare.”*

ende från ett infektionsfokus i och kring en tandrot, antogs att infektionen spreds via blodbanan och orsakade allmänsjukdomar av de mest skiftande slag. Fokalinfectionsläran [1] förespråkade totalt avlägsnande av alla tänder vid symtom på allmänsjukdomar. Genom att ta bort det tänkta sätet för infektionen skulle patienten bli botad. Inga stu-

dier kunde emellertid övertygande visa på sambandet mellan dental infektion och ett brett spektrum av allmänsjukdomar. Förbättrad tandhälsa och utvecklad kunskap inom odontologin gjorde att fokalinfectionsläran väsentligen övergavs.

Emellertid har senare års forskning väckt intresset för sambandet mellan orala infektioner och luftvägssjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes [2-5]. Först i våra dagar har vi fått en mer detaljerad förståelse för inflammationsreaktionens molekylära och cellulära mekanismer. Just nu är det mycket som tyder på att orala infektioner är starkt underskattade i sin betydelse för patientens allmänna hälsa. Särskilt tandköttinflammation (gingivit) och tandlossningssjukdom (parodontit), som är kroniska infektioner, kan leda till upprepad systemisk påverkan från gramnegativa bakterier och endotoxiner. Den parodontala sjukdomen är vanligen smärtfri och ger få symtom. Det är därför möjligt att såväl patient som behandlande läkare förbiser den kroniska parodontala infektionen som en möjlig risk för den som är särskilt disponerad för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och luftvägssjukdomar. Inte heller är det självklart att tandläkaren ser ett tänkt samband mellan parodontal infektion och systemsjukdomar.

### **Ingen anatomisk gränslinje mellan läkare och tandläkare**

Munhållans bakre regioner utgör inte någon självklar anatomisk avgränsning för blodcirkulation och kroppens inflammatoriska försvarmekanismer. Tvärtom, systempåverkan är självklar. Tandläkekonsten har alltså inte – utanför tanden – någon självklar anatomisk gräns. Idag behåller allt fler äldre patienter många tänder högt upp i ålderdomen. Det innebär att en allt äldre grupp patienter, ofta med flera systemsjukdomar och komplicerad medicinering, söker tandvård. För att kunna ge god vård åt de medicinskt alltmer komplicerade fallen måste innehållet i tandläkarutbildningen breddas och fördjupas.

Hur skall framtidens tandläkarutbildning se ut? Tongivande odontologer har i skrift och på internationella missionsresor under några år förkunnat det nya odontologiska evangeliet. Tandvårdsutbildningarna sägs ha kommit till en korsväg [6]. Under de senaste 100–150 åren har tandläkarutbildningen utvecklats från lärlingsskrå till ett omfattande professionellt utbildningsprogram. Utveckling inom vetenskap, teknologi och folkhälsa har bidragit till en omfattande reduktion av de stora tandsjukdomarna. Odontologi är en respekterad profession och på många håll ingår tandläkarhögskolor som en vä-

sentlig verksamhet i ledande nationella och internationella universitet. Är det dags att välja framtidsscenario nu? Vilken ställning skall odontologi framdeles ha inom universitetet? Vilket förhållande skall man ha till medicinen i stort och till de allmänna sjukförsäkringssystemen? Arbetsmarknadssituationen, olika ansvarsfördelningar och omstrukturering inom sjuk- och hälsovård, vårdefterfrågan och ungdomars ändrade utbildningsmönster är exempel på omgivningsfaktorer som också påverkar tandvården.

### **Ett tänkbart scenario**

Tandvården bör och kommer att bli mer integrerad med medicin och vårdssystem inom utbildning, forskning och patientbehandling. Framsteg inom vetenskap och teknologi i områden som molekylärbiologi, immunbiologi och genetik medför att odontologi och medicin smälter samman mer. Att förstå hur inflammationer i munhålan kan ge upphov till systemsjukdomar kan vara ett skäl för ökade inslag av biomedicin i tandläkarutbildningen. Ökade och mer komplexa vårdbehov hos en åldrande population är ytterligare skäl för ett närmande mellan odontologi och medicin. De som söker vård kommer att välja möjligheter till integrerade vårdssystem där omhändertagande av patientens hela vårdbehov kan tillgodoses. Munnen blir en självklar del av kroppen.

Genom flexibilitet i utbildningens organisation och genomförande ges möjlighet att möta osäkerheten i det framtida behovet av tandvårdspersonal. Idag känner vi inga säkra metoder att förutse över- eller underutbud av tandvårdsverksamhet. Trender över tillgång och efterfrågan måste nogsnamt följas. Att planera för det oförutsedda är svårt, men nödvändigt. Utvecklingen inom vetenskap, teknologi, socialförsäkring och andra områden är inte möjlig att förutse. Beredskap måste finnas att möta framtidens förändrade behov och önskemål oavsett i vilken riktning dessa går.

Tandvårdsprofessionen karaktäriseras av mycket oro och motsatta uppfattningar om huruvida det föreligger under- eller överskott av tandvård. Antalet tandläkare per patient minskar. Mycket talar för att den uppväxande generationen kommer att prioritera hälsa, alldeles oavsett politiska stödsystem för vården. Vetenskapens och teknikens utveckling kan komma att öka eller minska behov och efterfrågan på tandvård. Genom att fördela arbetsuppgifter inom vårdteamet på ett bättre sätt ökas kapaciteten ytterligare. En alltmer åldrande population och en mycket stor andel in-

vandrare gör tillgängliga data över vårdefterfrågan mycket osäkra.

### **Hur åstadkommer vi en önskvärd förändring?**

För att nå ett mer medicinskt förankrat sätt för oral hälsovård och för att kunna ge god vård åt de mer medicinskt komplicerade fallen måste samarbete med de medicinska fakulteterna breddas och fördjupas. Ett sätt kan vara att integrera den basbiologiska utbildningen för tandläkarstuderande och medicinare. De tandläkarstuderande kan erbjudas schemalagd tjänstgöring i relevanta medicinska områden. Möjlighet till ytterligare valfri period på sjukhus, vårdhem, mobila kliniker eller liknande kan erbjudas som obligatoriskt eller valfritt inslag i en breddad utbildning. Experiment med kombinerade tandläkar-/läkarutbildningsprogram utvecklas. Försök pågår att kombinera grundläggande tandläkar- och läkarutbildning med specialistutbildning i käkkirurgi. Det kan knappast vara vare sig rimligt eller resursmässigt försvarbart att först bli legitimerad tandläkare, därefter legitimerad läkare och ytterligare därpå specialist i oral kirurgi. Om en forskarutbildning dessutom är aktuell blir i så fall den totala studietiden i storleksordningen 20 år efter gymnasiet.

En tänkbar väg skulle kunna vara att erbjuda profilerade utbildningar. En utbildningsinriktning leder till »munläkare», en specialitet bland alla andra medicinska specialiteter. Troligen är det under överskådlig tid ett begränsat behov för denna nya specialistgrupp. En annan utbildningsinriktning leder till en reformerad tandläkarutbildning. Samtidigt sker en revision av tandhygienistutbildningen så att utökade uppgifter inom tandvården tas om hand av denna grupp. Utbildning inom och erfarenhet av klinisk medicin hos odontologiska fakultetens lärare ökar väsentligt, så att de – och inte enbart läkare – kan vidarebefordra medicinskt kunnande till odontologie studerande och dessutom tjäna som professionella förebilder för dem.

Patientcentrerad totalbehandling blir normen. Patientens önskemål och deras sociala, ekonomiska och emotionella förutsättningar och omständigheter tas till vara på ett värdigt och lyhört sätt. Vården karaktäriseras av »teamwork» och kostnadseffektivt tillvaratagande av den välutbildade tandvårdspersonalen.

### **Ständig kompetensutveckling**

Livslångt lärande handlar inte bara om nyheter inom det egna ämnesområdet utan också om kompletterande kompetens som speglar den dynamiska för-

ändring som omvärlden genomgår i allt snabbare takt. Kunskapssamhället förändras i sådan takt att vi behöver förnya vår utbildning inom perioder på 5–10 år. En högskoleutbildning i unga år kan inte förväntas räcka hela livet. Med kunskapsutvecklingens dynamik kommer inte ens de kunskaper en individ skall arbeta med under sin livstid att vara utvecklade vid den tidpunkt då den individen genomgår sin grundutbildning.

Informationsteknologi – IT – i sina mer utvecklade former är ett relativt nytt begrepp. Microsoft, världens nu ledande företag för utveckling och försäljning av programvara till persondatorer, grundades 1991 av Bill Gates. Idag, bara några år senare, är en stor del av både arbete och fritid influerat av ett företag som ännu inte haft 10-årsjubileum!

Den viktigaste »basfärdigheten» blir förmåga, lust och vilja att ta till sig nyheter och att lära nytt. Social kompetens, förmåga att samarbeta och kommunicera i grupp, är andra viktiga egenskaper som behövs för att vara framgångsrik i en global verksamhet. Ny informations- och kommunikationsteknik gör det lättare att individanpassa och diversifiera utbildningen.

Det är inte bara förnyelse som krävs i livslångt lärande. Gamla felaktiga kunskaper måste elimineras genom »avlärning». Detta förutsätter en förnyelsevilja, förnyelseförmåga och förnyelsestryck inom universiteten som svarar mot kunskapssamhällets förändring. Annars blir man inte en tillräknelig partner i denna kompetensutveckling. Nya virtuella kunskapsföretag växer upp med kompetensförnyelse som specialitet och kan lätt ta över universitetens roll i efter- och vidareutbildning. Generellt bygger dagens akademiska utbildningar mer på tradition än på förnyelse [7]. Den gamla omvärldsmodellen byggde på specialisering, rollfördelning och långsamma förändringar. Nu är förändringskrafterna så starka att utbildningen måste få ett annat tempo i förnyelsen av både kunskapsinnehåll och pedagogik.

### Vem vill bli tandläkare i framtiden?

De senaste terminernas nyutexaminerade tandläkare har i stor utsträckning valt att arbeta utomlands. De tillhör en generation som är uppvuxna med tåg- och flygluffning som livsstil. Att skaffa internationell yrkeserfarenhet är inte främmande, än mindre otryggt eller skrämmande för denna generation. Företrädare för de politiska partierna förespråkar ökad rörlighet över nationsgränser. Vi vill ha ett öppet Europa med fri rörlighet av arbetskraft över nations-

gränserna. Åtminstone som princip. Det är inte lika självklart att det gäller den praktiska verklighet där hälften av de nyutexaminerade tandläkarna väljer att flytta till England, Norge eller något annat land som eftersöker deras kompetens. Då hörs röster i medierna som talar om avgiftsfinansierad utbildning, begränsad professionell geografisk rörlighet, eller minskning av tandläkarutbildningen. Istället kanske det kan vara bra för individen att skaffa sig ökade kunskaper och högre löner utomlands. Det kan också vara bra för det svenska samhället. Under förutsättning att de återvänder och utnyttjar de nya kunskaperna för att bidra till att utveckla verksamheten i Sverige. Denna rörlighet över nationsgränserna är till sin omfattning ett nytt fenomen, som gör det svårt att bedöma den framtida tillgången på professionell arbetskraft.

Just idag är det ett relativt stort söktryck för att bli antagen till tandläkarutbildningen, men vad vet vi om framtiden? Kan det bli så att studenterna tappar intresset för högre utbildning? Att de får en minskad tro på vad utbildning kan erbjuda för möjligheter? Man värdesätter frihet mer än någonsin. Och satsar på det man tror på, inte det arbetsmarknadsprognosmakarna för tillfället föreslår. Kanske är det därför ett troligare scenario att dagens studiebegävningar väljer att utbilda sig till kock i Lyon, hellre än till läkare eller tandläkare.

Hur får vi graffitimålning och rappande ungdomar med deras energi och kreativa tänkande att välja en lång vårdutbildning? Ungdomar som är vana vid starka och samtidiga intryck från snabba informatörer. Samtidigt som de lyssnar på musik och läser ger TVs fjärrkontroll möjlighet till snabbval från ett rikt kanalutbud. Det är en livsstil att snabbväxla, zappa, program, kanaler eller CD-spår. Frågan är om vi kan erbjuda en akademisk miljö som tillfredsställer dessa ungdomars behov av variation och förnyelse [8]. Frågan är kanske också om vi vill. Eller om vi förstår, eller bryr oss om, vad ungdomar vill.

### Att leva länge, vara frisk och ha roligt

Alla spanare och trendnissar vittnar om att 2000-talets medborgare kommer att efterfråga kvalificerad fritid – underhållning – och hälsa. Västvärlden kommer att domineras av en köpstark generation. Man kommer således att ha ekonomiska förutsättningar att tillgodose sina prioriteringar. Människan och humanistiska värderingar får en mer dominerande roll. Individen sätts i centrum. Det gäller att leva länge och ha roligt under tiden. Biovetenskap och hu-

manism efterfrågas. Vi lämnar »high-tech» och går in i »high-touch». Det blir avgörande att förstå mänskliga, humanistiska värderingar och beteenden. En kombination av high tech och high touch anses känneteckna framtidens vinnare. Vi vill gärna tillhöra den skaran [9]. Och det verkar finnas goda möjligheter. En utvecklad tandvård kommer att tillgodose patientens önskemål och behov. Både vad gäller hälsa, funktion och estetik. Och patienterna vittnar redan nu om uppskattning och tillfredsställelse i det professionella mötet mellan tandläkare och patient. Sett i dessa perspektiv ter sig framtiden för odontologin ljus.

Frågan kvarstår emellertid: Är det i ett framtidsperspektiv rimligt att ha två helt olika yrkesgrupper för munnen och kroppen? Ett första verkligt prov på om min tes accepteras, att munnen faktiskt är en del av kroppen, skulle kunna vara om vi i utbildningen upphörde att ha två helt olika professioner: en för kroppen utom munnen – läkare, och en för munnen utom kroppen – tandläkare. Det kanske är hög tid att låta odontologi bli en medicinsk specialitet, med munläkare, på samma sätt som öron-, näs- och hals- eller ögonsjukvård. Eller som ett alternativ, att fullt ut integrera den basbiologiska utbildningen för tandläkarstudier och medicinare. Det är i alla händelser värt att debattera. Och den debatten har just startat, hoppas jag.

En debattartikel med liknande innehåll publiceras i Tandläkartidningen.

### Referenser

1. Hughes RA. Focal infection revisited. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 370-7.
2. Scannapieco FA, Mylotte JM. Relationship between periodontal disease and bacterial pneumonia. *J Periodontol* 1996; 67: 1114-22.
3. Beck J, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. Periodontal disease and cardiovascular disease. *J Periodontol* 1996; 67: 1123-37.
4. American Academy of Periodontology. Position paper. Periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases. *J Periodontol* 1998; 69: 841-50.
5. Löe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16: 329-34.
6. Field MJ, red. Dental education at the crossroads. Challenges and change. Committee on the future of dental education, Division of health care services, Institute of medicine. Washington: National Academy Press, 1995.
7. Ståhle B. Universiteten och forskarna – från stagnation till förnyelse. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, 1997.
8. Dahl S, red. Kunskap så det räcker? Arton debattinlägg om utbildning och forskning. Stockholm: SACO och SULF, 1997.
9. Leadership in oral health – en inspirations- och inriktningsbok för oss som vill bygga ett nytt kraftcentrum i den globala odontologiska världen. Stockholm: Odontologiska fakulteten, Karolinska Institutet, 1998.