

# Dags för läkare att uppfatta munnen som en del av kroppen

**Läkarna kan spela en viktig roll när det gäller information om förebyggande av tandsjukdomar. De kan stödja utveckling av tandvård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Däremot kan behovet av särskilda munläkare ifrågasättas.**

I sin artikel »Är tiden inne för munläkare?» tar Björn Klinge upp till debatt frågan om hur framtidens tandläkarutbildning och därmed framtidens tandvård bör se ut [1]. Det är ett välkommet initiativ, och jag vill komplettera artikeln med fakta av intresse för Läkartidningens läsare.

Inledningsvis skriver Björn Klinge att en konsekvens av att munnen behandlas som en separat enhet i såväl socialförsäkringssystem som utbildning är att vi riskerar att avveckla den svenska tandhälsans unika position i världen.

Detta påstående stöds ej av olika erfarenheter. Tandhälsan har också förbättrats i t ex Norge och USA där man ej haft några socialförsäkringssystem eller någon tandvårdsförsäkring liknande den i Sverige.

Prevalensen av tandsjukdomar har minskat tack vare våra möjligheter att tillämpa en allt djupare kunskap om deras etiologi och profylax.

Denna situation är enligt min uppfattning inte ett resultat av god tillgång på tandläkare och ekonomiskt stöd till tandvård [2].

## Satsning på profylax

Effektivt förebyggande av karies startade i USA i mitten av 1940-talet genom fluoridering av dricksvatten eller pensling av tänderna med starka fluorlösningar. I Sverige initierades kariesprofylax på 1950-talet av dåvarande Medicinalstyrelsen [3]. Rekommendation om minskad sötsaksförtäring – lördagsgodis – slog igenom.

På 1960-talet började man med fluorosköljningar i skolorna, och i mitten av detta decennium kom fluortandkräm på marknaden (se faktaruta). Kunskapen

om att sackaros spelade en avgörande roll för att mutansstreptokocker skulle fastna på tänderna och ge karies stimulerade utvecklingen av sockersubstitut. Det ledde också till att sackaros ersattes med invertsocker i modersmjölksersättningar och till rekommendationen att godis ej borde exponeras vid snabbköpskassorna.

På 1970-talet kom parodontiten i centrum för intresset [4]. »Plackkontroll» blev en allmänt accepterad term. Informationen om möjligheterna att förebygga de vanligaste tandsjukdomarna byggdes upp genom insatser av entusiastiska tandläkare, och för tillämpningen av nya metoder svarade tandläkare och annan tandvårdspersonal.

## Marknadskrafterna bidrog

Marknadskrafterna bör emellertid ha en del av äran för den förbättrade tandhälsan. Om ett företag kunnat visa att deras tandkräm har bättre förebyggande effekt än konkurrentens så har man tagit värdefulla marknadsandelar. Detta har lett till produktion av allt effektivare tandkrämer som inte bara innehåller fluor utan också ämnen som motverkar bakterier [5].

Genom att sackaros ersatts med ämnen som inte kan brytas ned till syra i produkter som ofta intas mellan måltiderna har kariesrisken minskat. Så är förhållandet i t ex halstabletter, tuggummi, saft och läskedrycker. Slutligen har kunskapen om hur de vanligaste tandsjukdomarna kan förebyggas nått stor spridning i det moderna informations-samhället – inte minst genom reklam för olika produkter.

## Munnen en del av kroppen

Som Björn Klinge framhåller tyder emellertid rapporter på att tandhälsan börjar försämrans hos socio-ekonomiskt svaga grupper. Detta illustrerar några viktiga fakta, nämligen att varken karies eller parodontit har eliminerats och att förebyggande åtgärder måste fortsätta. Omvårdnad är viktig, och hur den skall organiseras måste diskuteras i större sammanhang.

Karies är numera ett stort problem hos sjuka och handikappade och hos äldre med många tänder kvar. Biologis-

*»Prevalensen av tandsjukdomar har minskat tack vare våra möjligheter att tillämpa en allt djupare kunskap om deras etiologi och profylax. Denna situation är enligt min uppfattning inte ett resultat av god tillgång på tandläkare och ekonomiskt stöd till tand-*

*vård.»*

## Författare

BO KRASSE

professor emeritus i kariologi, Odontologiska institutionen, Göteborg.

ka åldersförändringar och ändrade socio-ekonomiska förhållanden tenderar att öka kariesrisken [6].

En viktig konsekvens av detta är att läkare som är ansvariga för vården av denna allt större population måste lära sig uppfatta munnen som en del av kroppen. Den är den första delen av digestionskanalen, och bakterieansamlingar – plack – måste hållas borta från tänder och tandkött. Munhygien hos vårdbehövande äldre är lika viktig som nedre hygien.

Läkare, som har hand om exempelvis svårt sjuka barn, måste vara medvetna om att råd om energirik kost och viss medicinering kan öka risken för karies. Också i många andra situationer behövs ett vidgat samarbete mellan medicin och odontologi.

## Munläkare – tandläkare

Sedan början av 1970-talet har gemensam grundutbildning för medicinare och odontologer diskuterats i Göteborg. För ett par år sedan realiserades detta förslag. En bättre bas för forskningssamarbete mellan medicinare och odontologer samt utbildning av munläkare har alltså skapats.

Men också andra åtgärder behövs. Läkare måste lära sig att karies och parodontit är sjukdomar orsakade av mikroorganismer med specifika egenskaper – det är det som är basen för försöken att vaccinera mot dessa sjukdomar. Dit har vi ännu inte hunnit, men karies och parodontit kan behandlas inte bara symptomatiskt utan också kausalt.

Att karies effektivt kan förebyggas inte bara hos barn utan också hos vuxna och äldre är ett faktum som vi bör utnyttja på bästa sätt. »Använd kunskap – spara tänder och pengar» var rubriken på mitt inlägg i Valfärdsprojektets skriftserie [2].

## Livslångt lärande

Björn Klinge tar upp vikten av ett livslångt lärande. Redan 1916 sade »tandfyllningskonstens fader», G V Black: »The professional man should be a continuous student.» På modernt språk har man sagt: »Kunskap är en färskvara.» Det gäller alltså att lära sig hur man skaffar sig sådana »färskvaror».

## FAKTARUTA

### Åtgärder som lett till bättre munhälsa i Sverige

#### 1950-talet:

Medicinalstyrelsens rekommendationer om:

Minskad sötsaksförtäring, lördagsgodis.

Fluortabletter till barn från 6 mån.

Fluorpensling med 2% NaF-lösning.

#### 1960-talet:

Fluorsköljning i skolorna.

Fluortandkräm.

Kostrekommendationer.

#### 1970-talet:

Bättre munhygien, plack-kontroll.

Inga sötsaker på barn daghem och vid snabbköpskassor.

Xylitol och sorbitol i godis.

#### 1980-talet:

Antimikrobiell behandling bl a med klorhexidin.

Fissurförsegling.

Fluorlack.

Tandborstning med fluortandkräm när tänderna bryter fram i stället för fluor-tabletter.

Tandfyllningsmaterial som avger fluor.

På 1990-talet upphörde kollektiva fluorsköljningar på grund av den minskade kariesförekomsten.

Kollektiva förebyggande åtgärder hjälpte inte bara socio-ekonomiskt svaga grupper utan skapade hos hela befolkningen en medvetenhet om att de vanligaste tandsjukdomarna kan förebyggas.

En möjlighet, som kan vara intressant för läkare är »ajour Odont» [7]. Att med dessa »färskvaror» som bakgrund ge patienten »de råd och så vitt möjligt den behandling som hans tillstånd erfordrar» försvårades genom den prestationsrelaterade ersättningen i den gamla tandvårdsförsäkringen.

Den skapade »incitament till en maximering av åtgärder per tidsenhet» alltså reparativa åtgärder (Socialdepar-

tementet Ds 1993:18 Bil 1, sidan 118). Kausala och förebyggande åtgärder kom i bakgrunden.

## Kritiserad omorientering

I den nya försäkringen ville man prioritera förebyggande åtgärder och minska subventionen av dyrbar reparativ vård. Detta mötte emellertid stark kritik. Tongivande riksdagsmän påstod att man snart skulle kunna se vilken samhällsklass en person tillhörde. Risken för att så skall ske behöver dock ej vara stor.

Studier både i Sverige och andra länder har visat att förebyggande åtgärder baserade på egenvård också hos vuxna kan ge goda resultat. De svenska erfarenheterna redovisades i propositionen till den reformerade tandvårdsförsäkringen (Prop 95/96 119).

En förutsättning för att efterhand allt effektivare åtgärder skall komma vuxna patienter till godo är att både allmänhet och politiker lär sig att de vanligaste tandsjukdomarna, karies och parodontit, kan förebyggas. I det sammanhanget spelar läkarna en viktig roll. De kan hjälpa till med information och stödja utvecklingen av en tandvård som utövas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

## Är tiden inne för munläkare?

I England pågår sedan 1986 [8] en mycket aktiv debatt om framtidens tandvård. Man har med positiva erfarenheter prövat att koordinera »oral and medical health care» i primärvården [9], men särskilda munläkare har ej föreslagits. Efter många utredningar är man emellertid nu klart övertygad om att »prevention, beginning in every bathroom and on every dining table, must take the greatest priority» [10].

För egen del håller jag med om detta. Jag vill därför avslutningsvis fråga Björn Klinge: Är verkligen utbildning av munläkare det viktigaste steget för att undvika att den svenska tandhälsan avvecklas? Kanske tiden i stället är inne att bättre utnyttja tillgänglig kunskap om förebyggande åtgärder och tillsammans med läkarna finna metoder att be-

Kommentar:

## Låt munnen bli en del av kroppen, också i utbildningen!

hålla och förstärka en effektiv prevention.

### Referenser

1. Klinge B. Dags för munläkaren. *Läkartidningen* 1998; 95: 5899-901.
2. Krasse B. Använd kunskap – spara tänder och pengar. I: Burén PO, Lagerkrantz R, red. Vårdsprojektet. *Tandhälsan*. 1998: 101-17.
3. Höjer JA. Tanddröta. Orsaker och förebyggande. *Kungl Medicinalstyrelsen*, 1952.
4. Jacobson L, Theilade J. In: Hamp SE, ed. *The Scandinavian contribution to modern periodontology*. Scandinavian Society of Periodontology 1998.
5. Marsh PD, Bradshaw DJ. Microbiological effects of new agents in dentifrices for plaque control. *Int Dent J* 1993; 43: 399-406.
6. Krasse B. Varför kariesproblem på äldre dar? *Socialmedicinsk Tidskrift* 1996; 73: 294-8.
7. Ryd M, red. *ajourODONT*. Färsk forskning för tandvården. E-post: <http://www.ajourodont.com>
8. Department of Health and Social Security. Report of the Committee of Enquiry into Unnecessary Dental Treatment. London: Her Majesty's Stationary Office, 1986.
9. Mason DK, Gibson J, Devennie JC et al. Integration of primary care dental and medical services: a pilot investigation. *Br Dent J* 1994; 177: 289-96.
10. Perri 6, Jupp B, Bentley T. Open wide. Futures for dentistry in 2010. London: Demos, 1996.

Visst har Bo Krasse rätt. Fluor, lördagsgodis och utveckling av sockersubstitut är viktiga framgångsfaktorer till förbättrad tandhälsa. Krasse gör intressanta internationella jämförelser av tandhälsan. Problemet är bara att det inte finns något likartat att jämföra med. Inget land i världen har som Sverige, genom tidigare tandvårdsförsäkringar, givit medborgarna möjlighet att behålla lagade tänder och att ersätta tandförluster med komplicerade broar och proteser. Kanske är det tandvårdens paradox att vi genom tidigare försäkringsstöd lagat och behållit så många tänder som möjligt och att dessa tänder nu ger ökad sjukdomsrisk.

Det är nämligen tveksamt om individen, med mycket begränsat försäkringsstöd, nu har råd med fortsatt nödvändigt underhåll av dessa komplicerade rekonstruktioner. Fler tänder kvar i munnen, med dåligt underhåll, ger ökad risk för utveckling av orala infektioner och kroniska inflammationer. Tämigen nya forskningsrapporter visar på ett tydligt samband mellan sjukdomar i munhålan och allmänsjukdomar, särskilt hjärt-kärlsjukdomar. Om det finns något direkt orsakssamband återstår ännu att visa.

### Två helt olika professioner

Men det är inte det som är huvudpoängen med min debattartikel i *Läkartidningen* 51-52/98 »År tiden inne för munläkare». Kärnfrågan gäller om det är rimligt att också på 2000-talet ha två helt olika professioner; för munnen (tandläkare) och för övriga kroppen (s k vanliga läkare). Självklart skall vi, som Krasse skriver, bättre utnyttja tillgänglig kunskap. Frågan är dock om det är långsiktigt försvarbart med två väsensskilda yrkesgrupper. Det finns många barriärer, med kunskapsfragmentering och subspecialisering, redan inom nuvarande professioner. Det underlättar knappast kunskapsutveckling och ett optimalt patientomhändertagande i detta sammanhang.

### Samundervisning

Krasse beskriver att gemensam grundutbildning mellan läkare och tandläkare redan äger rum i Göteborg.

Det är delvis korrekt. Under utbildningens första två år sker till stor del samundervisning. Den förnyelsen har dock inte i första hand tillkommit för att förena munnen med resten av kroppen. Det är istället resultatet av en praktisk lösning av ett omfattande besparingsbeting. Pengar kunde sparas genom samundervisning av vissa avsnitt.

På flera håll i landet diskuteras nu en radikal förändring av nuvarande läkarutbildning. Det skulle kunna öppna möjligheten för en gemensam kärna, »core-curriculum», mellan medicin och odontologi. På så sätt kan möjligheter skapas för vård över ämnesgränser, snarare än för vård inom traditionella ämnen.

### För bästa omhändertagandet

Skälet till att jag vill initiera en debatt om att förena munnen med resten av kroppen är att patienterna har rätt till ett framtida bästa omhändertagande. Och studenterna har rätt till en stimulerande, framåtsyftande utbildning, med goda möjligheter till fortsatt utveckling. Det är också rimligt att de som är kliniskt verksamma kan erbjuda bedömning, diagnostik och vård av hela kroppen. Hur skall det gå till? Knappast genom att även fortsättningsvis skilja munnen från resten av kroppen.

Det är glädjande att Bo Krasse, professor emeritus i kariologi, ger sig in i debatten. Tack för det. Men var finns alla medicinare som vanligen har svaren på alla gåtor? Var finns öronläkarna, och var finns företrädarna för läkarutbildningen vid de medicinska fakulteterna? Hur tycker ni att kroppen bäst skall delas mellan framtidens specialister? Hur skall utbildningarna förnyas för att ta tillvara kunskapsutvecklingen, för att skapa stimulerande arbetsuppgifter och för att möta 2000-talets vårdefterfrågan?

En bit på vägen kanske kan vara att låta munnen bli en del av kroppen, också i utbildningen.

*Björn Klinge*  
professor, prefekt,  
odontologiska institutionen,  
Karolinska Institutet,  
Huddinge