

Perspektiv på bemötandeproblem i vården

Läkares och tandläkares upplevelser av patienter som relaterar sina besvär till dentala material.

Mälardalens högskola
Akademien för hälsa, vård och välfärd
2010-02-11

Namn: Ann-Marie Lidmark

Kontaktuppgifter: e-post: lidmark@comhem.se, tel 070 742 79 57

Sammanfattning

Bakgrund: Bemötandet är viktigt för tillfrisknandet, trots det visar flera undersökningar att patienter som relaterar sina symtom till dentala material anser att de blir dåligt bemötta i vården. Djupintervjuer har tidigare genomförts med denna patientgrupp för att belysa deras situation. För att öka förståelsen har nu även läkare och tandläkare som behandlar dessa patienter intervjuats.

Syfte: Undersöka hur läkare och tandläkare upplever att omhänderta och behandla patienter som relaterar sina besvär till dentala material för att därigenom bättre kunna förstå vilka förändringar i form av t.ex. stöd och fortbildning de anser behövs för att patienterna ska uppleva ett bättre bemötande.

Metod: Studien är kvalitativ och bygger på djupintervjuer av sex läkare och nio tandläkare med erfarenhet av att behandla patienter som relaterar sina besvär till dentala material. Inriktningen har varit hermeneutisk och strävan har varit att förstå och tolka läkares och tandläkares situation och utifrån detta förslå åtgärder.

Resultat: Endast ett fåtal av de intervjuade läkarna och tandläkarna upplevde att patienterna var missnöjda med bemötandet de gav. Dock hade många patienter tidigare haft dålig erfarenhet av vården, vilket främst ansågs bero på tidsbrist hos vårdgivarna.

Läkare och tandläkare som trodde på patienternas förklaringsmodell ansåg att flertalet blev bättre efter sanering. De flesta vårdgivarna relaterade dock besvären främst till psykiska faktorer och de bedömde att endast någon enstaka patient blev bättre. Flera av dessa tandläkare upplevde ett etiskt dilemma att genomföra fyllningsbyte.

Läkare och tandläkare i båda grupperna uppmärksammade att näringstillskott kunde förbättra tillfrisknandet.

Slutsatser: Vården behöver evidensbaseras och bättre stöd från Socialstyrelsen efterlystes. Diagnos- och provtagningsmetoder bör utvecklas liksom forskning om näringsbrister och betydelsen av näringstillskott i samband med sanering. Tid att lyssna på patienterna ansågs viktigt och ändring av ersättningssystemet kan därför behövas.

Nyckelord: amalgam, dentala material, bemötande, sanering och fyllningsbyten.

Keywords: amalgam, dental materials, doctor/dentist and patient relationship, remediation and replacing dental materials.

Innehåll

1	Introduktion	4
2	Bakgrund	4
2.1	Bemötandeproblem konstaterade	5
2.2	Bra bemötande viktigt för tillfrisknandet	6
2.3	Konsultationen uppfattas olika av patienter och läkare	6
2.3.1	Patientens upplevelse av konsultationen.....	6
2.3.2	Läkarens syn på konsultationen och kollegial konsensus	7
2.3.3	Olika åsikter om dentala material	7
2.4	Dåligt bemötande i vården	8
2.5	Patientgruppens storlek	8
3	Syfte och frågeställningar	10
4	Material och metod	11
4.2	Rekrytering av intervjupersoner	12
4.2.1	Rekryteringssvårigheter	12
4.2.2	Beskrivning av intervjuade läkare och tandläkare	13
4.3	Genomförandet av undersökningen.....	13
4.4	Bearbetning och analys av materialet.....	14
4.5	Etiska aspekter.....	15
5	Resultatsammanställning	17
5.1	Orsaker till patienternas besvär och symtom.....	17
5.1.1	Tandstatus	17
5.1.2	Allmänna sjukdomssymtom hos patienterna	18
5.1.3	Resultat av fyllningsbyte	19
5.1.4	Vitamin- och mineralterapi.....	20
5.2	Orsaker till dåligt bemötande	21
5.2.1	Besvärliga och tidskrävande patienter	21
5.2.2	Olika uppfattningar om problembild och behandling	22
5.2.3	Patienter med höga krav	24
5.3	Kunskaper för diagnos och behandling	25
5.3.1	Tro eller vetande – skilda uppfattningar om effekten av sanering	26
5.4	Kompetensutveckling för bättre bemötande	27
5.5	Angelägna stödåtgärder	29
5.6	Behov av strukturella förändringar	31
5.7	Övrigt	31
6	Metoddiskussion	33
6.1	Rekrytering.....	33
6.2	Intervjuarens påverkan	34
6.3	Avsaknad av standardiserade frågeformulär	34
7	Resultatdiskussion	36
7.1	Problembild	36
7.1.1	Dåligt bemötta av andra.....	36
7.1.2	Beskrivning av patienterna och bemötandeproblemen	36
7.1.3	Patienten vill ha sin förklaringsmodell bekräftad	37
7.2	Etiskt dilemma.....	38
7.1.4	Evidens och ”vetenskap och beprövad erfarenhet”	39
7.1.5	”Kollegialt konsensus” kan påverka vårdgivarnas attityd	40
7.4	Forskning och utveckling	41
7.4.1	Utveckla diagnoskriterier och provtagningsmetodik	41
7.4.2	Kunskaper om vitamin- och mineralterapi	41
7.4.3	Bemötandet i ett samhällsekonomiskt perspektiv	42
8	Slutsatser	43
	Referenser	45
	Bilagor	48

1 Introduktion

Sedan lång tid tillbaka har personer som själva relaterar sina besvär till amalgam och andra dentala material upplevt att de blivit dåligt bemötta i vården. Frågan har debatterats i riksdagen sedan början av 1980-talet. Socialstyrelsen uppmärksammade problemet i sina allmänna råd 1998 och det togs också upp av den statliga Dentalmaterialutredningen 2003.

Patientperspektivet har stått i fokus och få undersökningar har gjorts för att höra professionens åsikt i denna fråga. Forskningsmedel söktes för att i en kvalitativ studie djupintervjua läkare och tandläkare om hur de ser på omhändertagandet av patienter som relaterar sina besvär till dentala material. Huvudsyftet har varit att höra läkares och tandläkares syn på patientgruppen och bemötandefrågan, vilka behandlingar som varit framgångsrika och vårdgivarnas eventuella önskemål om fortbildning och förslag till strukturella förändringar för att skapa bättre bemötande.

Huvuddelen av forskningsmedlen har beviljats av Socialstyrelsen och en mindre del kommer från Tandvårdsskadeförbundets forskningsfond. Forskningsprojektet har begärt och fått ett rådgivande yttrande från Etikprövningsnämnden i Uppsala (Dnr 2008/011), som efter etisk granskning inte såg några hinder mot genomförandet. De rekommendationer som Etikprövningsnämnden lämnade har medfört smärre justeringar i forskningens uppläggning, bl.a. gällande rekrytering av läkare och tandläkare.

Studien har genomförts vid Mälardalens högskola under handledning av Bengt Wramner. Ann-Marie Lidmark har varit projektledare och också genomfört intervjuerna, analyserat dem och sammanställt rapporten.

2 Bakgrund

Diskussionen om avvikande reaktioner på amalgam och andra dentala material har pågått i svenska medier sedan 1970-talet (SOU 2003:53). Under lika lång tid har personer som relaterar sina besvär till tandfyllningsmaterial ansett att de blivit dåligt bemötta i vården och att de inte ges adekvat behandling.

Riktlinjer för bra bemötande finns i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), bl.a. att vård ska ges med ”respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” och att vården ”så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten”.

Forskning visar att bra bemötande i vården inte alltid uppfattas och definieras likadant av vårdgivare och patienter (Andén 2009). Olika uppfattningar kan därför

råda mellan vårdgivare och patient utan att någon av dem har fel. Hur vården upplevs kan också skilja mellan olika individer.

Någon entydig definition av vad som menas med bra eller dåligt bemötande kan därför inte ges. Utgångspunkten måste hela tiden vara vårdgivarens respektive patientens egen tolkning.

2.1 Bemötandeproblem konstaterade

Att personer som relaterar sina besvär till dentala material upplever dåligt bemötande i vården har konstaterats bl.a. av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 1998), Dentalmaterialutredningen SOU 2003:53) och av Tandvårdsskadeförbundet (SOU 2003:52, Bilaga 10). Även utredningen ”Hälsoproblem för Elöverkänsliga och Tandvårdsskadade” (HET-projektet¹) kom till samma slutsats (Lidmark 2006 och 2008).

Dentalmaterialutredningen gjorde en enkätundersökning för att få en bild av läkares och tandläkares kunskaper, färdigheter och förhållningssätt till patienter som relaterar sina besvär till dentala material (SOU 2003:53, Bilaga 4). Av undersökningen framgår att endast 28 procent av läkarna uppfattade att patienterna var ganska eller mycket nöjda med bemötandet, medan siffran för tandläkarna var 74 procent. Några enstaka procent av läkarna och tandläkarna trodde att patienterna blev mycket eller ganska missnöjda med deras bemötande.

Tandvårdsskadeförbundets medlemmar är mer nöjda med tandläkarna än med läkarna när det gäller bemötandet och deras syn stämmer således med vårdgivarnas egen uppfattning. Av HET-projektets (Lidmark 2008) undersökning framgår att 58 procent av förbundets medlemmar var nöjda eller ganska nöjda med bemötandet hos tandläkarna, medan motsvarande siffra hos vårdcentralens läkare var 17 procent och hos privata läkare 48 procent.

I en delstudie till HET-projektet djupintervjuades 10 personer som själva bedömde att de varit sjuka av sina tandfyllningar och tillfrisknat efter sanering. Samtliga ansåg att de blivit nonchalant bemötta i vården och att de betraktades som psykiskt sjuka, trots att de själva upplevde att de hade kroppsliga symtom (Lidmark 2006). Samtliga intervjuade förbättrade hälsan efter fyllningsbyten.

De intervjuade efterlyste kompetensutveckling av läkare och tandläkare när det gällde avvikande reaktioner eller biverkningar av dentala material och ansåg att bättre kunskaper skulle kunna lösa bemötandeproblemen. En av studiens slutsatser var att det även behövs en undersökning av hur ”läkare och tandläkare ser på sin situation och vilka svårigheter de upplever när det gäller behandling av denna patientgrupp”.

Alla inblandade parter tycks vara överens om att patienterna upplever att de blir dåligt bemötta, men ändå har situationen inte förändrats under de senaste årtiondena (SOU 2003:53). Det finns således anledning att gräva djupare i denna problematik genom att undersöka läkares och tandläkares uppfattning om

¹ www.hetprojektet.info (2009-10-25)

patientgruppen och varför de upplever sig dåligt bemötta. Resultaten kanske även kan appliceras på andra patientgrupper som upplever dåligt bemötande i vården.

2.2 Bra bemötande viktigt för tillfrisknandet

Att bra bemötande av sjuka är en väsentlig del i tillfrisknandet har konstaterats av många praktiker och forskare. För patientens del handlar det om att bli respekterad och stöttad i sin situation och att vårdgivaren tror på hennes eller hans förmåga att bli frisk och att kunna hantera den nya livssituationen. Ett icke-omvårdande bemötande anses minska patientens handlingskraft och ge försämrad hälsa och livsglädje (Halldorsdottir 1996).

Många undersökningar visar att patientens uppfattning om bemötandet är starkt relaterad till både behandling och vårdgivarens engagemang. Detta redovisas bl.a. i en stor litteraturstudie som SBU gjort (Ottosson 1999). I rapporten konstateras att läkarens agerande och tro på patientens möjligheter betyder mycket för tillfrisknandet. Enbart vänliga och tillmötesgående läkare hjälper således inte utan de måste också ha ett stort mått av empati och tilltro till patienten. Det handlar både om verbalt och icke-verbalt bemötande liksom att patienterna upplever att de har inflytande över behandlingen (Beck et al. 2002).

En studie som gjordes under 1990-talet på patienter med irritabel colon (IBS) visade att läkare med goda relationer till sina patienter hade färre återbesök jämfört med läkare med dåliga relationer (Owens et al. 1995). Behovet av att involvera patienterna i behandlingen och läkarens förmåga att förstå patientens emotionella behov lyftes också fram i undersökningen.

Ytterligare ett exempel som visar vikten av bra bemötande är en studie som undersökte rehabilitering av korsbandsskador (Thomé et al. 2009). I den redovisades hur läkningsförloppet och rehabiliteringen påverkades av patientens egna förväntningar, vilka i sin tur kunde härledas till vårdgivarens attityd och bemötande. Resultatet visade att vårdgivarens tro på och förmåga att motivera patienten betydde mycket för tillfrisknandet.

Många fler studier har gjorts som visar att relationen mellan läkare och patienter har stor betydelse för sjukdomsförloppet bland dessa kan nämnas Dibbelt et al. 2009, Ong et al. 1995 och Teutsch 2003.

2.3 Konsultationen uppfattas olika av patienter och läkare

I en doktorsavhandling har beskrivits hur patienter och läkare upplevde samma konsultation (Andén 2009). I undersökningen intervjuades båda parter och de fick också frågeenkäter att fylla i. Resultatet visade att patienter och läkare inte alltid hade samma uppfattning om vad en läkarkonsultation skulle leda till eller resultatet av den.

2.3.1 Patientens upplevelse av konsultationen

Flertalet patienter ansåg att det viktigaste vid en konsultation var att få reda på vad de led av och orsaken till detta. De som inte fick reda på orsaken till sjukdomen

blev missnöjda även om de blev botade. För patienten handlade det således inte om att bli sjukskriven eller att få recept utan mer om att få en diagnos.

Viktigt var också att få bekräftelse på om den egna föreställningen och de egna idéerna var riktiga eller inte, vilket är någonting utöver att bli sedd och lyssnad på. Det framkom också att patienter som ett resultat av konsultationen kunde få en förändrad självbild, vilket ansågs kunna vara till både ”nytta och förfång” för patientens tillfrisknande eller möjlighet att ändra livsstil.

2.3.2 *Läkarens syn på konsultationen och kollegial konsensus*

Läkarna var enligt Andén mer resultatnriktade än patienterna. För läkarna var provsvar och förbättringar hos den sjuka viktigast liksom en bra relation till patienten. Läkarna upplevde också ”den kliniska strategin” som viktig och med en omedelbar problemlösning ansågs patienten bli nöjdare. Ju mer psykosocialt innehåll konsultationen hade desto mindre nöjd trodde läkaren att patienten blev.

Intressanta uppgifter som kom fram i gruppintervjuer med läkarna var att de värderade sin egen insats mycket starkt i relation till vad de uppfattade som ”kollegialt konsensus” för rätt och fel. Vårdgivaren kunde därmed känna sig klämd mellan patienten och den kollegiala normen.

Detta inträffade bl.a. om patienten ansåg att problemen var kroppsliga och läkarkårens allmänna uppfattning var att det handlade om psykosomatiska problem. Om behandling gavs enligt patientens önskemål kunde läkaren uppleva det som ett misslyckande oavsett resultat. Kollegornas uppfattning om behandlingen var således mycket betydelsefull för hur läkaren bedömde sin egen arbetsinsats.

2.3.3 *Olika åsikter om dentala material*

Många oförklarliga symtom samtidigt anses ofta av läkare och tandläkare ha psykosomatiska orsaker. Omkring 70 procent av läkarna och tandläkarna hade 2002 uppfattningen att det finns en ”psykisk eller psykosomatisk bakgrund till de symtom som patienterna relaterar till amalgam” (SOU 2003:53, Bilaga 4). Lika många instämde i påståendet 1990 (Sundberg 1991) då samma frågor ställdes till tandläkare. I Dentalmaterialutredningens undersökning fanns också påståendet att ”amalgam kan ge upphov till diffusa sjukdomssymtom, som trötthet och muskelvärk”. I det påståendet instämde 11 procent av läkarna och 10 procent av tandläkarna, medan 47 procent av läkarna och 65 procent av tandläkarna inte alls instämde. En annan undersökning visar att var femte tandläkare ansåg att amalgam som tandlagningsmaterial var helt riskfritt (Ylinen & Löfroth 2002). Det ger en tydlig bild av den kollegiala normen i denna fråga.

Personer som relaterar sina besvär till dentala material klagat ofta över att de blir betraktade som psykiskt sjuka (Lidmark 2006). De är själva övertygade om att symtomen är kroppsliga och att fyllningsbyte är enda möjligheten att bli friska. Därmed har vårdgivarna och patienterna oftast helt motsatta uppfattningar, vilket i sig kan leda till konflikt och känsla av dåligt bemötande.

2.4 Dåligt bemötande i vården

Dentalmaterialutredningen tog emot många brev från personer som var eller hade varit sjuka av sina dentala material och ett urval av dessa sammanställdes i en bilaga till utredningens slutbetänkande (SOU 2003:53, Bilaga 9). Många beskrev att läkaren inte lyssnat, att de inte blivit trodda och att de fått höra att de var psykiskt sjuka. Flera upplevde också att de blev kränkande behandlade och att de inte fick den vård de behövde.

Inom ramen för HET-projektet intervjuades 10 personer som själva ansåg att de varit sjuka av dentala material och som hade förbättrat hälsan efter sanering (Lidmark 2006). De hade liknande upplevelser som de nyss nämnda brevskrivarna.

”De borde lära sig lyssna”, sade en person och berättade att läkaren varit väldigt nedlåtande och negativ så fort det handlade om att besvären berodde på dentala material. ”Så fort jag börjar prata om att det kommer från tandlagningsmaterialet... så börjar han titta in i datorn och slutar lyssna på mig... när jag berättade om all min värk sade han rent ut att det får du bevisa för mig att du har värk”. En annan av de intervjuade sade att ”Jag har hela tiden fått reda på att jag har fel och har psykiska problem”.

Orsaken till det dåliga bemötandet ansåg de intervjuade personerna främst berodde på att läkare och tandläkare hade obefintliga eller dåliga kunskaper om biverkningar av dentala material och därför inte förstod problembilden eller kunde ställa rätt diagnos. Kompetensutveckling inom området ansågs vara lösningen på bemötandeproblemen.

2.5 Patientgruppens storlek

Av Dentalmaterialutredningens enkätundersökning till läkare och tandläkare (SOU 2003:53, Bilaga 4) framgår att det i första hand är tandläkare som får frågor om biverkningar av dentala material och en femtedel uppgav 2002 att de fick sådana frågor varje vecka eller oftare och endast fyra procent uppgav att de aldrig fick det. Bland läkarna fick så gott som ingen frågor av detta slag varje vecka och 37 procent fick det aldrig.

I huvudsak är det privata tandläkare som behandlar denna patientgrupp och ett fåtal tandläkare tar emot flertalet patienter, enligt Dentalmaterialutredningens undersökning. Fem procent av tandläkarna behandlade vardera mer än 50 patienter som relaterade sina besvär till amalgam och övriga tandläkare hade således endast några få patienter årligen.

I Dentalmaterialutredningens enkät ställdes frågor till tandläkarna om hur många patienter de hade år 2001 som trodde att deras besvär berodde på amalgam och hur många som slutligen bytte fyllningar. Utifrån tandläkarnas uppskattningar handlade det om 40 000 personer och av dessa beslutade ungefär hälften att byta sina fyllningar. Om dessa siffror stämmer var det närmare 15 gånger fler personer

som verkligen bytte sina tandfyllningar än de som sanerade på landstingets bekostnad med stöd av tandvårdsförordningens 6 och 7 §§ (kategori 11 och 12¹).

Många fler än de som genomgår fyllningsbyte eller som pratar med sin tandläkare kan dock uppleva besvär relaterade till dentala material. Stockholms läns landsting konstaterade via en enkät till allmänheten i slutet av 1990-talet att 2,4 procent av befolkningen ansåg sig vara överkänsliga mot sina tandfyllningar (Stockholms läns landsting 1998).

Maths Berlin uppskattade i sin rapport till Dentalmaterialutredningen (SOU 2003:53, Bilaga 2) att omkring en procent av den vuxna befolkningen kunde ha problem med kvicksilver från sina amalgamfyllningar. Tandvårdsskadeförbundet menar att fem procent av befolkningen har sådana problem. Dentalmaterialutredningen drog slutsatsen att det handlar om 70 000 till 300 000 personer som besväras av amalgam och andra dentala material.

Den lägre siffran är jämförbar med andelen personer med typ 1-diabetes (ca 60 000 personer) och den högre med det totala antalet diabetiker i landet (ca 300 000). Patientgruppen är således relativt stor och problemen kan betraktas som folkhälsoproblem. Det förebyggande arbetet handlar i första hand om att minska kariesangreppen och sekundärt om att använda tandfyllningsmaterial som inte ger upphov till överkänslighet.

Samhällsekonomiskt finns mycket att vinna på bättre tandhygien liksom att utveckla diagnosmöjligheter och behandling av dem som relaterar sina besvär till dentala material.

¹ Tandvårdsförordningens 6 och 7 §§ ger rätt till tandvård enligt samma principer som sjukvård under förutsättning att allergi mot dentalt material kan påvisas eller om patienten varit långvarigt sjuk, utretts och genomgått behandlingar som inte förbättrat hälsan och därtill själv vill byta fyllningar. År 2001 var det 1 419 personer som genomgick sanering som ett ”led i en sjukvårdsbehandling” (SOU 2003:53, bilaga 5). Därefter har antalet som begärt sådan ersättning sjunkit och är nu nere i några hundra per år.

3 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta forskningsprojekt är att undersöka hur läkare och tandläkare upplever att omhänderta och behandla patienter som relaterar sina besvär till dentala material och vilka förändringar i form av stöd och fortbildning de anser behövs för att patientgruppen ska uppleva ett bättre bemötande.

Frågeställningar som skulle besvaras var:

- a) Vad anses vara orsak till de besvär och sjukdomssymtom som patienterna vanligen relaterar till dentala material?
- b) Vad anses vara orsak till att patienterna känner sig dåligt bemötta i vården?
- c) Är de egna kunskaperna tillräckliga för att kunna diagnostisera och behandla dessa patienter?
- d) Vilket behov av kompetensutveckling finns för att bättre kunna omhänderta dessa patienter?
- e) Vilka stödåtgärder behöver vårdgivaren förutom ökade kunskaper för att skapa ett bättre omhändertagande av dessa patienter?
- f) Vilka strukturella förändringar i vården behövs för ett bättre omhändertagande av dessa patienter, t.ex. i form av samarbete läkare och tandläkare och/eller komplementärmedicinska utövare?

4 Material och metod

Läkare och tandläkare med viss erfarenhet av patientgruppen har intervjuats och resultaten har analyserats kvalitativt. Syftet var att få en fyllig, personlig och mer fullständig information från informanterna än vad man får med kvantitativa metoder. Avsikten var att öka förståelsen för vårdgivarna och deras relation till patientgruppen samt att kunna hitta åtgärder för att minska de av patienterna upplevda bemötandeproblemen.

De intervjuade personerna fick stor frihet att själva berätta hur de såg på patientgruppen, omhändertagandet och behandlingen. Därefter analyserades materialet i olika omgångar. Meningsbärande enheter togs ut, sammanställdes under olika teman och viktiga essenser lyftes fram.

Ingen hypotes för forskningen har formulerats och det finns inte heller någon ambition att i efterhand formulera en sådan. Avsikten har hela tiden varit att lyssna, tolka och försöka förstå utifrån läkarnas och tandläkarnas egna upplevelser och därmed har en fenomenologisk ansats tagits i denna studie (Hallberg 2002; Malterud 2001).

Kvalitativ forskning kan inte standardiseras på samma sätt som kvantitativ forskning och många olika aspekter kan därför påverka resultatet. Det går inte att göra en helt objektiv undersökning, bl.a. därför att intervjuaren och dennes bakgrund påverkar resultatet (Malterud 2001; Hoddinott & Pill 1997). Inte heller går det att generalisera utifrån redovisade resultat då inget statistiskt urval av informanterna gjorts. För att skapa möjlighet att upprepa och validera undersökningen har tillvägagångssättet noggrant beskrivits nedan liksom intervjuarens påverkan.

4.1 Urvalskriterier och begränsningar

Antalet läkare och tandläkare begränsades från början till tio av vardera kategorin med jämn könsfördelning. Det bedömdes som tillräckligt för studiens kvalitet.

För att inte skapa någon partiskhet i urvalet av läkare och tandläkare bestämdes att ta hjälp av landsting/regioner för att rekrytera lämpliga kandidater. Önskemålet var att intervju läkare och tandläkare från tre olika landsting/regioner i södra, mellersta och norra Sverige verksamma inom primärvården respektive folktandvården.

Majoriteten av de intervjuade skulle ha erfarenhet från någon eller några patienter som själva relaterade sina besvär till dentala material. Dessa ansågs representera "vanliga" läkare och tandläkare. Därutöver avsågs att intervju minst tre läkare och tre tandläkare med mycket stor och långvarig erfarenhet av denna patientgrupp. Från början skulle de ha rekryterats via Tandvårdsskadeförbundet, men efter kritik från etikprövningsnämnden rekryterades även dessa via landsting och regioner.

Att de intervjuade läkarna och tandläkarna rekryterades från primärvården och folktandvården var en följd av att de ofta är och tidigare alltid var knutna till landstingen. Dessutom går flertalet patienter hos allmänläkare inom primärvården. De remitteras visserligen till andra specialister för bedömning, men återgår därefter till primärvården eller husläkaren. Några landsting/regioner hänvisade till läkare och tandläkare inom den privata sektorn och i samtliga fall intervjuades även dessa.

4.2 Rekrytering av intervjupersoner

Kontakter togs först med tre landsting/regioner och deras tandvårdsenheter, som godkänner fyllningsbyten enligt tandvårdsförordningen. Förslag på några få läkare och tandläkare mottogs och samtliga av dessa hade många patienter som relaterade sina symtom till dentala material.

För att hitta de mer genomsnittliga läkarna och tandläkarna kontaktades därefter ansvariga för hälso- och sjukvården respektive tandvården i landsting och regioner. I några fall togs efter uppmaning från ansvariga tjänstemän direkt kontakt med verksamhetscheferna vid olika vårdcentraler respektive folktandvårdsmottagningar.

4.2.1 Rekryteringssvårigheter

Landsting och regioner kontaktades först brevlades och därefter via e-post för att hitta vårdgivare att intervju. Det var emellertid svårt att hitta läkare och tandläkare med efterfrågad erfarenhet och som dessutom kunde eller ville avsätta tid för en intervju.

Flera verksamhetschefer uppgav att de inte hade några vårdgivare med erfarenhet av patienter som relaterade sina besvär till dentala material. Andra ansåg att ”denna typ av patienter numera är sällsynta” och att det därför inte heller finns läkare och tandläkare med erfarenhet av dem. Särskilt ansågs detta gälla yngre läkare och tandläkare.

En del landsting och regioner ansåg att patienter som relaterar sina symtom till dentala material numera går till speciella läkare och tandläkare inom den privata sektorn och att de därför inte längre finns inom den offentliga vården.

Det var således svårt att rekrytera informanter trots kontakter med många landsting och regioner. Till slut sattes ett stoppdatum för nyrekrytering och då hade tretton landsting och regioner kontaktats. Samtliga föreslagna vårdgivare kontaktades och av dessa intervjuades alla läkare medan en tandläkare avböjde att medverka och två lyckades inte hitta tider för intervjuerna inom rimlig tid och deltog därför inte. Slutsumman blev sex läkare och nio tandläkare, vilket var betydligt mindre än de tio läkare och tio tandläkare som skulle ha intervjuats enligt projektplanen.

4.2.2 *Beskrivning av intervjuade läkare och tandläkare*

Alla intervjuade läkare och tandläkare hade lång erfarenhet inom yrket. De var vid intervjutillfället mellan 50 och 65 år med undantag från en som var yngre. Någon skillnad i uppfattning och inställning mellan åldersgrupper kan därför inte utläsas ur detta material.

Av de intervjuade läkarna var två kvinnor och fyra män och könsfördelningen hos tandläkarna var fyra kvinnor och fem män. Spridningen över landet var stor för båda kategorierna. Inga skillnader kunde utläsas i någon av grupper i förhållande till kön eller var i landet den intervjuade var verksam.

De intervjuade läkarna arbetade inom primärvården och flertalet på vårdcentraler i offentlig eller privat regi. Endast en hade egen privat praktik. Erfarenheten av den aktuella patientgruppen varierade bland läkarna. Två av dem hade erfarenhet av vardera en patient, dock under lång tid. En var utbildad tandläkare och kände till patientgruppen från tandläkartiden och hade även som läkare haft några patienter med denna problematik. En läkare hade haft flera patienter under årens lopp i denna kategori, men hade ingen stor erfarenhet. Två läkare hade omfattande erfarenhet av denna patientkategori. En av dem var medlem i IAOMT¹ (The International Academy of Oral Medicine & Toxicology) och rekommenderades av Tandvårdsskadeförbundet till deras medlemmar.

Folktandvården remitterar ofta patienter som ska genomgå fyllningsbyten till sjukhustandläkare och därför hänvisade man även i detta fall till dessa tandläkare. Sex av de intervjuade tandläkarna hade lång erfarenhet som sjukhustandläkare och också av sanering av dentala material. En tandläkare arbetade inom folktandvården och tre var privatpraktiserande. Samtliga intervjuade tandläkare hade mångårig erfarenhet och hade sanerat en stor mängd patienter. Tre tandläkare var medlemmar i IAOMT och rekommenderades av Tandvårdsskadeförbundet till deras medlemmar.

4.3 **Genomförandet av undersökningen**

Informanten kontaktades som tidigare nämnts först av en tjänsteman på landstinget/regionen eller av sin chef och fick ta del av förfrågan om en intervju inom redovisat ämne. Flertalet fick också kopia på det brev som skickats till landstingen/regionerna (Bilaga 1).

Intervjuaren tog därefter kontakt med den som skulle intervjuas. Först per telefon varvid intervjuaren gav en muntlig presentation av sig själv och projektet samt bestämde tid för själva intervjun.

Varje intervju inleddes med en kort presentation av projektet, att det görs som ett vetenskapligt arbete vid Mälardalens högskola och att arbetet bekostas av Socialstyrelsen samt att del av finansiering söktes/beviljats av Tandvårdsskade-

¹ www.iaomt.com (2009-10-26)

förbundets forskningsfond¹. Därefter presenterade intervjuaren sin bakgrund som biolog och hälsovetare samt tidigare huvudsekreterare för den statliga Dentalmaterialutredningen och projektledare för HET-projektet vars huvudmän var Elöverkänsligas Riksförbund och Tandvårdsskadeförbundet. Även projektledarens tidigare intervjuer med medlemmar från Tandvårdsskadeförbundet nämndes.

Efter denna introduktion uppmanades den intervjuade att berätta om den aktuella patientgruppen, bl.a. om varför patienterna kom till vårdgivaren, vilka problem de hade och varför de kände sig dåligt bemötta. Vid några få tillfällen ställde intervjuaren inledande frågor enligt frågeguiden (bilaga 3), men för det mesta flöt berättelsen på av sig själv. Några korta avstämningar gjordes mot slutet av intervjun gentemot frågeguiden.

Alla läkare och tandläkare utom en från vardera gruppen intervjuades vid personliga möten och övriga per telefon. De båda telefonintervjuerna genomfördes på initiativ av informanterna. En person intervjuades på kvällstid, två på restaurang och i övriga fall valde läkarna och tandläkarna att intervjuas på sin arbetsplats.

Projektledaren har själv genomfört samtliga intervjuer och också gjort utskriften. Intervjuaren hade tidigare träffat några av informanterna som huvudsekreterare i Dentalmaterialutredningen och som utredare i HET-projektet, flertalet av de intervjuade var dock okända för intervjuaren. Intervjuaren har redovisat sin bakgrund före och i samband med intervjuerna inklusive kopplingen till Tandvårdsskadeförbundet. Detta föranledde sannolikt att en av de tillfrågade tandläkarna avstod att delta. I övrigt har samtliga tillfrågade intervjuats utom de två personer som inte kunde hitta lämpliga tider för intervjuerna. Alla har generöst delat med sig av sina erfarenheter och också försökt ge förslag till framtida förbättringar, som t.ex. fortbildning och strukturella förändringar.

Första intervjun gjordes under hösten 2008 och den sista hösten 2009. Alla intervjuer har spelats in på band och skrivits ut ordagrant. Intervjutiden beräknades till en timme, men har varierat från ca 40 minuter till strax över en timme och utskriften omfattar drygt tre till nio sidor.

Någon förändring i intervjumetodiken har inte gjorts. Däremot har innehållet i intervjuerna varierat beroende på vad informanten funnit angeläget att berätta eller velat berätta. Intervjuaren har intagit en lyssnande attityd och i flertalet fall har den intervjuade pratat på själv och relativt få frågor har behövt ställas.

4.4 Bearbetning och analys av materialet

I den analytiska fasen studerades om det fanns gemensamma drag och/eller skillnader mellan de intervjuade genom att meningsbärande enheter, teman och essenser beskrevs. Därigenom blev det möjligt att finna återkommande mönster i hela eller delar av gruppen.

¹ De första intervjuerna gjordes innan Tandvårdsskadeförbundets forskningsfond beviljat medel och de intervjuade informerades därför om att projektet sökt medel därifrån.

En allmän kvantitativ analysmetod med fenomenologisk inriktning har använts för att sammanställa resultatet (Hallberg 2002; Malterud 2001). Utskrifterna studerades separat för läkare respektive tandläkare i två omgångar med fyra läkare respektive sex tandläkare vid det första tillfället och resten senare. Den första analysomgången genomfördes innan resten av intervjuerna påbörjats, men föranledde inga förändringar i frågeguiden eller i intervjuens uppläggning.

Utskrifterna har gjorts ordagrant och allt som sagts har skrivits ner. Varje intervju lästes igenom flera gånger för att ge ett helhetsintryck och därefter analyserades intervjun vid minst två tillfällen. Först ströks de meningsbärande enheterna under och därefter överfördes de till ett särskilt dokument.

De meningsbärande enheterna sorterades in under respektive frågeställning för samtliga intervjuer i aktuell grupp och efter ytterligare bearbetning delades de meningsbärande enheterna upp i olika teman under respektive frågeställning. Samtliga intervjuer kontrollerades därefter ytterligare en gång för att inget skulle tappas bort eller missuppfattas.

Hela materialet analyserades igen och essenser och slutsatser formulerades. Skillnader mellan kön, var i landet vårdgivarna var verksamma och subgruppen med många patienter kontrollerades. Resultaten av de olika analyserna redovisas nedan.

Förslag till åtgärder för att förbättra omhändertagandet och bemötandet av patienter som relaterar sina besvär till dentala material har därefter formulerats.

4.5 Etiska aspekter

Studiens syfte var att belysa läkares och tandläkares upplevelser av att omhänderta och behandla patienter som relaterar sina besvär till amalgam och andra dentala material. Förhoppningsvis kan studien bidra till en bättre förståelse mellan vårdgivare och patienter samtidigt som åtgärder kan vidtas för att underlätta ett bra bemötande. Projektets syfte bör därmed vara till nytta för de intervjuade läkarna och tandläkarna.

De forskningsetiska principerna för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, som redovisats av Vetenskapsrådet (Vetenskapsrådet 2002) lyfter fram grundläggande krav för att skydda individen när de deltar i forskningsprojekt; informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

De intervjuade läkarna och tandläkarna rekryterades via regioner och landsting och i flertalet fall vidtalades först den intervjuade av en tjänsteman för att därefter kontaktas av intervjuaren. Vid det senare samtalet presenterade intervjuaren sin bakgrund, projektet och berättade att medverkan var helt frivillig samt att det när som helst var möjligt att avbryta. Som tidigare nämnts avböjde en person att bli intervjuad efter en sådan presentation, men övriga ställde upp för intervju. *Informationskravet* anses därmed tillfredsställt.

I samband med intervjun gjordes en förnyad presentation och den intervjuade fick skriva under en blankett för samtyckte och fick ett missiv med en kort beskrivning

av projektet, inklusive namn och adress till intervjuaren och handledaren vid Mälardalens högskola. Även i detta skede klargjordes att informanten när som helst kunde avbryta sin medverkan. Den intervjuade informerades också om att intervjun spelades in och samtyckte till detta. Före publicering har alla intervjuade fått möjlighet att läsa uppsatsen för att därigenom få ytterligare en möjlighet att avbryta sin medverkan. *Samtyckekravet* anses därmed tillfredsställt.

Inga uppgifter kommer att redovisas som kan identifiera den intervjuade som person, vilket tydliggjordes innan intervjun startade. När uppsatsen färdigställts kommer samtliga röstupptagningar och utskrifter av intervjuerna att förstöras och därmed kommer ingen av de intervjuade att kunna spåras. Därmed anses *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* vara tillgodosett.

I denna rapport finns förslag till åtgärder för att minska bemötandeproblemen när det gäller den aktuella patientgruppen. Dessa förslag kommer också att presenteras vid ett eller flera seminarier med inbjudna representanter för landsting, regioner och patientföreningen. Därmed kan de intervjuade läkarna och tandläkarna själva och deras kolleger få nytta av resultatet.

I december 2007 begärdes ett rådgivande yttrande angående etiska aspekter från Etikprövningsnämnden i Uppsala. Nämnden (Dnr 2008/011) fann efter etisk granskning att det inte förelåg några hinder att genomföra forskningen. Dock lämnades några rekommendationer bl.a. att det var olämpligt att Tandvårdsskedeförbundet som forskningsfinansiär skulle föreslå läkare och tandläkare med lång erfarenhet av patientgruppen för intervjuerna. Samtliga rekommendationer har efterföljts och föreslagna förändringar har gjorts i forskningsplanen.

5 Resultatsammanställning

Samtliga intervjuade vårdgivare hade omfattande och intressant information att dela med sig av när det gällde både behandling och bemötande. Nedan har resultatet sammanställts utifrån de i förväg definierade frågeställningarna och en övrig punkt har lagts till där bl.a. vårdgivarnas syn på patientgruppens storlek redovisas.

Jämförelser har gjorts för att se om det föreligger skillnader i synen på patienter mellan de olika grupperna av vårdgivare, mellan könen eller beroende på var i landet de är verksamma. En skillnad som kunde påvisas var att vissa vårdgivare bejakade patienternas tro att deras besvär orsakades av dentala material medan andra bara delvis eller inte alls gjorde det. Bedömning av hur stor andel av de egna patienterna som blev bättre efter sanering skilde sig mellan grupperna. Trots det var de olika vårdgivarnas beskrivning av patienterna och bemötandeproblemen relativt lika.

Siffran efter varje citat identifierar den läkare eller tandläkare som citeras, men i övrigt redovisas inte vem som sagt vad. Inte heller redovisas hur många som uttryckt en viss åsikt, eftersom detta är ointressant i en kvalitativ studie. Dock har här angetts om det är flera eller endast någon enstaka person som uttryckt en viss åsikt då det kan vara intressant för läsaren. Några generaliseringar är inte möjliga i denna typ av undersökning, vilket också redovisats ovan.

5.1 Orsaker till patienternas besvär och symtom

5.1.1 *Tandstatus*

Olika fyllningsmaterial och rotfyllningar

Några tandläkare och en läkare uppmärksammade att en blandning av flera olika fyllningsmaterial och rotfyllningar var mer vanligt i denna patientgrupp.

Dålig tandstatus

Flera tandläkare nämnde att patienterna ofta hade dålig kvalitet på tidigare gjorda tandläkarjobb och de hade ofta sett raserade tänder med sprickor, dåligt bett och otäta rotfyllningar.

Några ansåg att tekniskt oskickliga tandläkare gjorde pengar på denna patientgrupp. En tandläkare berättade att kollegor frågat varför ”hon som var så duktig tandläkare höll på med amalgampatienter” (8).

En tandläkare misstänkte att det var patienterna själva som drev på och menade att ”man utsätter tänderna för väldiga risker när man plockar bort material” (3) och att det var anledningen till dålig tandstatus hos denna patientgrupp.

5.1.2 Allmänna sjukdomssymtom hos patienterna

Systemeffekter och/eller allergier

Många olika besvär samtidigt var enligt samtliga vårdgivare vanligt i patientgruppen, t.ex. konstig smak/metallsmak, trötthet, yrsel, huvudvärk, hudutslag, minnesförluster, darrningar, svårighet att sova, rygg- och magbesvär och därtill en del psykiska besvär.

En läkare menade att patienterna ”främst led av trötthet, koncentrations-svårigheter och att de inte kände igen sig själva och hade en massa konstiga symtom under resans gång” (6). Läkaren ansåg att det främst handlade om inflammationer orsakade av överkänslighet och att olika symtom då kunde uppträda.

En tandläkare sade att de ”flesta har systemiska effekter och det är vanligare än slemhinneförändringar” (8), vilket flera andra höll med om. En läkare ansåg att endast ”mindre än hälften av dem som var sjuka hade slemhinneförändringar” (5).

En tandläkare sade att ”jag har inte sett några systemiska effekter” (2). Däremot upptäckte denne tandläkare patienter som hade sveda eller rodnad i munnen och ansåg att det inte bara var ”kvicksilver och amalgam utan det var också guldlegeringar och många allergier som fanns i gruppen” (2). Flera andra tandläkare uppmärksammade också lokala effekter eller allergier mot olika tandfyllningsmaterial.

Metallsmak i munnen

Flera tandläkare menade att metallsmak i munnen var vanligt hos denna patientkategori. Även läkare hade uppmärksammat detta. En läkare ansåg att det var vanligt med metallsmak i munnen ”så gott som alla hade obehag i munnen” och att dessa problem försvann efter sanering (4).

Psykiska problem

Flera vårdgivare ansåg att patienterna var psykiskt sjuka och omkring hälften menade att besvären hade med psyket att göra. En tandläkare sade att det ”mest är psykologiska problem... jag vill inte säga att de har psykiska problem, men de har en överdriven oro för saker och ting omkring sig” (1).

En annan tandläkare uttryckte det så här: ”De är sjuka på något vis... om det är amalgamet eller inte det kan man ju inte veta... i anamnesen kan man se att det är än det ena och än det andra och då kan man ju ana att det ligger något annat bakom”(5).

Några tandläkare sade att denna patientgrupp består av många som är lite skörare än andra, bräckliga, tilltufsade av livet och har med sig fler bekymmer än andra. En del läkare ansåg att det var patienter som var lite mer oroliga än normalt och att de därför gick till doktorn väldigt ofta.

En läkare förklarade problemen psykiskt bl.a. med att patienten hade panikångest, hade en ”otrygg pappa, neurotisk mamma och en bror som blev alkoholist” (2)

och därtill en partner som utövat misshandel. Samma läkare ansåg att ”den här inställningen att det är fel på kroppen” inte hjälper.

”Tidigare kallades det psykisk insufficiens”, berättade en läkare (3) som ändå ansåg det fel att kategorisera på det sättet ”när vi inte vet vilken sjukdom det är”.

Andra läkare och tandläkare ansåg inte primärt att dessa patienter var psykisk sjuka, däremot kunde sjukdomen i sig ge upphov till psykiska problem som depression och ångest. En tandläkare berättade att ”en del går ner i en depression av sin sjukdom, som går över när de får hjälp” (9) och med hjälp av fyllningsbyte.

En läkare sade att ”det är påfrestande att ha en oral galvanisk sjukdom” (3) och menade att patienten fick nedsatt psykisk motståndskraft av att ha varit sjuk länge och dessutom i något som andra inte betraktade som en sjukdom. Denne läkare ansåg att dessa personer kunde bli psykiskt sjuka av själva sjukdomen.

5.1.3 *Resultat av fyllningsbyte*

Minskade symtom efter fyllningsbyten

De läkare och tandläkare som följt upp sanerade patienter kunde se förbättringar i hälsan hos 70-90 procent av fallen. En av tandläkarna ansåg att patienterna glömde bort hur sjuka de varit och därför fick de alltid fylla i symtomformulär före och efter saneringen.

En läkare med relativt få patienter i denna kategori berättade att flera patienter som upplevde ”batterikänsla i munnen” blev bättre efter fyllningsbyte. Läkaren ansåg att metallsmaken försvann hos så gott som alla efter sanering.

En tandläkare som inte systematiskt följde upp patienterna noterade många positiva effekter av sanering hos sina patienter, t.ex. att långvariga hudproblem minskat, att ms-skov upphört och att förkylningar samt bihåleinflammationer minskat. Flera av patienterna kunde börja arbeta eller hade gått upp i arbetstid efter fyllningsbytet.

En läkare ansåg att en del patienter fick typiska reaktioner eller svackor efter urborrningarna för att successivt förbättras när saneringen var färdig. ”...då tycker jag att man har rätt att säga att det är bevisat att de var amalgamsjuka”... (5), konstaterade läkaren.

En del tandläkare ansåg att de sett några enstaka som tillfrisknat, men var inte säkra på orsaken. En av dem sade att en ”del säger själva att de blir bättre” (3), men tyckte inte det fanns något att utvärdera mot.

Sämre under saneringen

Några läkare berättade att en del patienter blev sämre under saneringen. En av dem sade att en känslig patient fick svimmingsattacker vid de första tandläkarbesöken. En läkare gav kortison i samband med saneringen för att minska de immunologiska effekterna.

I början blev många av patienterna sjukare, berättade en tandläkare. ”Så fort jag petade i dom så låg dom i tre månader... jag visste inte vad jag skulle göra.... En dansk tandläkare på besök sade till mig... att blev dom sjuka så gjorde jag fel”. (9). Tandläkaren lärde sig sedan att ge vitaminer och antioxidanter liksom att välja bra ersättningsmaterial ...”och hur som helst blev de mycket bättre” (9).

En annan tandläkare menade att de som blev sämre vid saneringen blev det efter att något borrats bort och att det sällan hade med det nya materialet att göra.

Fortsatt försämring efter sanering

Några tandläkare noterade att en del kunde bli elöverkänsliga under eller efter saneringen. En del tandläkare sade att patienterna efter saneringen först blev bättre och sedan sämre.

En läkare berättade att det finns en del som blir fortsatt sämre efter saneringen och menade att det då uppstått någon form av hjärnskada. ... ”några av dem är så svårt skadade och har blivit mentalt förändrade och någon har demensliknande symtom” (5).

Slemhinneförändringar läker ut efter fyllningsbyte

Flera tandläkare hade sett slemhinneförändringar läka ut efter fyllningsbyten. En pekade särskilt på utläkning av slemhinnan när guld tagits bort.

5.1.4 Vitamin- och mineralterapi

Rekommenderade vitaminer och mineraler

Några läkare gav patienterna vitamin- och mineralterapi före saneringen liksom kortison till känsliga personer i samband med borttagandet av fyllningarna. Detta ansågs minska problemen under saneringen och förbättrade prognosen.

Några tandläkare rekommenderade vitaminer och mineraler innan sanering av samma skäl som ovan och oftast gjordes det i samråd med läkare. ”Vi rekommenderar vitaminer och mineraler samt aktivt kol och patienterna är ofta pålästa” (7), sade en av tandläkarna.

En av tandläkarna samarbetade med en läkare som gav kosttillskott, vilket ansågs ha förbättrat resultatet markant. En annan tandläkare kontrollerade B-12 nivån hos de patienter som såg ut att ha neurologiska problem. En läkare sade att patienten fick B-vitaminer av en annan läkare, men tog inte själv ställning till om det var bra eller dåligt.

Ytterligare en tandläkare berättade att denna patientgrupp tidigare remitterades till en läkare som kontrollerade näringsstatus och hormoner. Ofta upptäcktes då brister, men även patienter som låg på gränsen till bristtillstånd fick supplement. Tandläkaren ansåg att denna behandling hjälpte patienterna.

5.2 Orsaker till dåligt bemötande

5.2.2 Besvärliga och tidskrävande patienter

Misstroende mot vården

Vårdgivarna poängterade vikten av att skapa förtroende och att inta en professionell attityd, vilket enligt flera läkare och tandläkare innebär att lyssna och att vara överens om behandlingen. ...”de har ett stort misstroende till vården och det är grundbulten i alltihopa”, (5) sade en tandläkare.

”En del berättar att de blivit utskällda eller att läkaren sagt att så kan man inte känna och det är ju inte så uppmuntrande” (5), berättade samma läkare.

” De uttryck hon säger att de använt låter helt galna egentligen” (1). Men jag vet ju inte om det är sant eller inte.

När de kommer är de ofta misstänksamma och man måste visa hänsyn och lyssna noga och patienterna är ”rätt besvärliga, men det är synd om dom” (6), konstaterade en tandläkare.

”En del är i attack redan när dom kommer och dom är svåra att handha”, berättade en annan tandläkare (9). Flera vårdgivare konstaterade att det inte alltid gick att föra en dialog med patienterna, eftersom många omedelbart hamnade i försvarsställning. Dessa problem ansågs vara något som tidigare vårdkontakter gett upphov till.

Patienterna ansågs vara känsliga för vad vårdgivaren sade och en tandläkare menade att de kunde vara på väg ut ur behandlingsrummet för ingenting.

Vissa individer i den här patientgruppen står på sig ...” jag vet inte om det är så taktiskt lyckat att stå på sig och stå på barriaderna som en del av de här patienterna gör...om man är liten och klen får man empati...” (6). De som står på sig får däremot hårt motstånd. Läkaren ansåg inte detta vara hela förklaringen men kanske en delförklaring till dåligt bemötande.

En läkare hade aldrig upplevt att patienterna känt sig dåligt bemötta eller att de känt sig dåligt behandlade på andra ställen.

Tid att lyssna

Flera läkare berättade att patienterna ofta sade att de var nöjda med att äntligen ha en läkare som lyssnade på dem. Tandläkarna å sin sida fick ofta höra att patienterna hade varit hos läkare som inte lyssnat. Vårdgivarna menade att tidsbrist kunde vara en orsak till att patienterna uppfattade bemötandet som dåligt.

Flera vårdgivare menade att symtomen ofta var så många att patienterna inte vågade berätta om allihop för läkaren. En tandläkare sade att några patienter hade berättat att när de nämnt tre av de femton symtom de hade började läkaren gäspa och demonstrativt lägga det ena benet över det andra. Efter ett sådant bemötande vågade de inte berätta om sina problem fler gånger. Tandläkaren trodde att det

berodde på att läkarna på vårdcentralerna hade så mycket att göra att de inte hann eller orkade lyssna på dessa krävande patienter.

”Första gången tar jag en timme och därefter behöver jag inte så mycket tid”(4), sade en tandläkare som ansåg att möjligheten att avsätta tillräckligt med tid i början var nyckeln till framgång.

Flera ansåg att man måste respektera patienten och ta sig tid att bli eniga om problemen och vilka åtgärder som ska vidtas innan behandlingar initieras. Ett problem ansågs vara att läkare och tandläkare inte får betalt för den extra tiden.

En tandläkare menade att för läkarna är detta jobbiga patienter som tar mycket tid. ”De är sjuka och har alltför många symtom med både organproblem och neurologiska problem. Det är svårt att hantera. För tandläkaren är det lättare eftersom det bara är att göra ett tekniskt jobb”(9).

Beror på hur vårdgivaren betar sig

En läkare konstaterade att ”...om man säger så här...att jag beklagar verkligen att vi inte har tid förrän om en månad...så blir inte patienten arg”. Men säger man istället ”Det förstår du väl att vi inte har tid förrän om en månad och du ska vara glad att vi har en tid överhuvudtaget...då känner man sig inte väl bemött”(4).

5.2.2 *Olika uppfattningar om problembild och behandling*

Att tro på patienten

Flera läkare och tandläkare ansåg själva att dentala material kunde ge upphov till biverkningar i form av allmänna sjukdomssymtom och allergier. De kunde därmed bekräfta patienternas egen uppfattning om orsakerna till problemen. Andra trodde på att patienterna hade de fysiska symtom de berättade om, men trodde inte att sanering av dentala material var rätt behandling. Några ansåg att det enbart handlade om psykiska problem.

En tandläkare sade att ”Det spelar ingen roll för behandlingen, men det är lättare om man tror på patienten”(9). ”Att ta patientens oro på allvar är hemskt viktigt...”(1) och gör man inte det känner de sig dåligt bemötta, konstaterade en annan tandläkare.

Ytterligare en tandläkare menade att ”man måste ju tro att de har de problem och symtom de känner. Man behöver ju bara gå tills sig själv och det är inte roligt att bli ifrågasatt om man själv känner något. Jag tror verkligen att de har alla problem de pratar om, men jag är inte säker på att de söker rätt lösning”(6).

En neutral hållning

Flera vårdgivare sade att de försökte upprätthålla en neutral hållning gentemot patienterna och med det menade de att de inte tog ställning i sakfrågan.

En tandläkare sade t.ex. att ”jag försöker förhålla mig så neutral som möjligt. Jag kan inte säga att så och så är det för då gör ju jag likadant som alla andra som inte tror på dem”(5). Andra tandläkare menade att man måste ”vara öppen för hur de

tänker” (3) och en sade att man måste vara ”vänlig och omtänksam” (4) och menade att man aldrig skulle ifrågasätta patienten ”för man kan aldrig veta”.

En läkare berättade att ”jag hade en patient nämligen som hade haft många problem med tandmaterial...hon hade ilningar och ringande sensationer...och hon trodde det kunde vara amalgamet...men jag kan ju varken säga bu eller bä...” (4). Läkaren bejakade ändå patientens övertygelse och patienten blev mycket bättre efter sanering. Denna läkare har upplevt förbättringar hos alla patienter som sanerat tänderna, men trots det upplevs osäkerhet i denna fråga.

Tror inte på patientens förklaringsmodell

Några vårdgivare ansåg att det främst var annat än dentala material som orsakade problemen och anspelade på psykiska faktorer. Enstaka tandläkare och även en del läkare ansåg att patienterna borde åtgärda de psykiska problemen först innan de började med fyllningsbyten.

”Den här inställningen att det är fel på kroppen...vad hjälper det” (2), sade en läkare och berättade att ”...de här diagnoserna fanns ju förr...amalgam, el, järnvägsräls etc och nu är det mikrovågorna...man letar liksom kroppsliga orsaker till sina besvär...” (2)

”Det finns ju ingen vetenskap att följa och det finns ingen vetenskap som talar för att amalgam är problem utan snarare finns sådant som talar emot det” (3), menade en tandläkare.

Andra berättade att man inte kunde byta fyllningar hur som helst, eftersom de ansåg att det inte fanns evidens för det. En ansåg att tandläkaren måste förklara och redovisa fakta före saneringen för att inte lura patienterna att tro att allt blir bra bara man byter sina fyllningar.

Prestigeladdad yrkeskår

En läkare konstaterade om läkarkåren att...”det är en väldigt prestigeladdad kår och man har på nåt sätt bestämt sig för att oavsett vad Socialstyrelsen säger...har man ändå bestämt sig för att det här inte finns ...jag tycker jag möter väldigt mycket av den attityden...de har liksom bestämt sig för att det här finns inte...och klippt bort det från kartan... och trots att många pilar pekar dit...då blir man frustrerad” (5). Denne läkare menade att det inte var för att patienterna var svåra att begripa utan för att ”doktorerna inte har det här i sin sinnebild”.

Ytterligare en läkare instämde i detta och menade att det därför kommer att ta lång tid innan någon förändring inom läkarkåren slår igenom. Läkaren ansåg att ”det blivit något galet när man särskiljer dentalsidan från den kroppsliga sidan precis som om tänderna inte finns i kroppen” (6).

Felaktigt med somatiseringsdiagnos

En läkare kommenterade kollegornas försök att sätta somatiseringsdiagnos på denna patientgrupp. ...”man säger att det inte går att bevisa amalgamsjuka, men när man sätter upp alternativa hypoteser som somatiseringsproblematik då...då är man ju ännu mer ute på lösans sand” (5). Läkaren har blivit husläkare för många av

de patienter som genomgått sanering och ansåg att de var som vilka patienter som helst och glömde ofta bort att de börjat på ett annat sätt än övriga.

Normala värden men ändå sjuka

”De flesta som kommer har tidigare varit undersökta av vården utan att man hittat något anmärkningsvärt” (8). Negativa provsvar ansågs vara en viktig orsak till att vårdgivare inte trodde att patienterna var sjuka trots att de hade många olika symtom.

5.2.3 *Patienter med höga krav*

Bestämda uppfattningar och höga krav

En läkare menade att patienterna vet att deras problem beror på överkänslighet mot dentala material när de kommer till doktorn. Det pratas mer om detta nu jämfört med tidigare och de flesta har hört släktingar eller bekanta som tillfrisknat efter fyllningsbyte. ”I dag letar folk efter orsaken till sjukdomen och tänderna är det första alternativet när de inte förstår orsaken” (6), konstaterade läkaren.

En del patienter hade omfattande dokumentation med sig. En tandläkare berättade att det kunde vara ”tidningsartiklar, journalutdrag och det kunde variera mellan enstaka papper till en hel pärm” (2).

Att ha en egen förklaringsmodell till sina besvär ansågs vanligt, vilket inte förekom hos andra patientgrupper.

En tandläkare sade att dessa patienter hade ”en väldigt bestämd uppfattning om vad som ska göras och vilken diagnos de har” (6). Alla tandläkare ansåg att patienterna var väldigt låsta i sina åsikter och att de fick stöd av Tandvårdsskadeförbundet i detta.

En tandläkare uttryckte det så här: ”Många har läst Tandvårdsskadeförbundets skrifter och de är ju också rätt förenklade. De förstår inte att problemen ofta är väldigt individuella” (8).

Klämda mellan patientens krav och myndighetens legitimationskrav

Samtliga intervjuade tandläkare verkade lyhörda gentemot patienterna och tillmötesgick oftast de olika kraven på ventilation, skydd och materialval. I vissa fall ansågs dock patientens krav omöjliga att uppfylla.

”Vi klämdes rätt mycket av de här patienternas krav, eftersom vi har legitimationskrav, krav att det ska fungera kliniskt och att vi ska kunna ge garantier... plötsligt möts tandläkaren av väldigt mycket krav från patienten och en del kollegor kan nog tycka att det känns jobbigt och ger kalla handen direkt” (7), sade en tandläkare.

Flera tandläkare berättade att många patienter ”ville inte ha titan eller guld” (1) eller andra metaller i munnen. Då ”hamnar tandläkaren i en besvärlig situation, eftersom många kronor, broar och delproteser innehåller metalldelar” (3), konstaterade en av dem.

En tandläkare ställde inte upp på alla krav patienterna hade och konstaterade att när ”min och patientens uppfattning inte är lika använder jag mig av min autonomi” (3). Tandläkaren trodde då att patienten upplevde att bemötandet var dåligt. ..Ibland kan patienten uttrycka samband man inte kan köpa och det inträffar inte hos andra patientgrupper”(3), konstaterade samma tandläkare.

Några tandläkare sade att när de inte kunde tillmötesgå patientens krav kunde de ibland diskutera sig fram till en lösning, men ibland gick patienten vidare till en annan tandläkare. En del av dem upplevde sannolikt att de blivit dåligt bemötta, menade dessa tandläkare.

”Ibland skulle allt väck – även tänderna, men problemet är ju att man inte kan ta bort det som inte är sjukt” (2), sade en av tandläkarna. Denne ställde alltid upp en behandlingsplan som diskuterades med patienten, men ibland accepterades den inte och då skiljdes deras vägar. I sådana fall kunde patienten känna sig dåligt bemött trodde tandläkaren.

Risk att anmälas

Flera läkare och tandläkare berättade att de blivit anmälda av patienter eller anhöriga till patienter. De menade att risken att bli anmäld kunde vara en orsak till ovilja hos vårdgivare att ta hand om denna patientgrupp.

En läkare var orolig att patienten skulle anmäla behandlingen till HSAN...”man sitter aldrig säkert och då måste man göra allt optimalt och korrekt...det känns otäckt”....

5.3 Kunskaper för diagnos och behandling

Diagnos

En läkare sade att det var svårt att veta om en person mådde allmänt dåligt av amalgam eller om det var andra symtom som låg bakom och berättade att ”ibland ställer jag lite allmänna frågor om besvär från munhålan, om de har typiska galvaniska känningar eller om de blivit sämre då de varit hos tandläkaren” (5). Läkaren föreslog dock aldrig fyllningsbyte eller remitterade till tandläkare om inte patienten själv förde det på tal. Sanering är både dyrt och plågsamt och därför måste patienten ha en egen övertygelse om sådan behandling för att orka genomföra den, menade läkaren.

Några läkare berättade att om patienten kände metallsmak/batterismak i munnen kunde de föreslå kontakt med tandläkare. En läkare menade att det var tandläkaren som skulle ställa diagnos och sade att ”läkaren kunde påtala en misstanke och be patienten uppsöka tandläkaren” (6).

Flera tandläkare ansåg att det var svårt att ställa diagnos, särskilt eftersom provtagningsmetodik saknades. Att lyssna ordentligt på anamnesen menade flera var enda möjligheten.

En tandläkare kunde ibland fråga sina patienter om de möjligen kunde ha problem med dentala material om det fanns symtom och annat som tydde på det. Denne

tandläkare såg till att alla patienter årligen fyllde i ett hälsoformulär och därigenom kunde förändringar i hälsan uppmärksammas.

Provtagningar

Läkare och tandläkare som hade uppfattningen att vissa patienter kunde få problem av dentala material önskade provtagning för att avgöra vilka som hade besvär och vilka som var i riskzonen. Några läkare ansåg att Socialstyrelsens skeptiska inställning till amalgamfrågan gör det svårt att i dag föreslå provtagning.

En del tandläkare remitterade till dermatolog för s.k. hudtester och dental screening för att därigenom försöka ta reda på vilka material patienten tålde eller var känslig för. Andra tandläkare var skeptiska till dessa metoder och menade att resultaten av hudtesterna inte var tillförlitliga och sällan ledde till att problem upptäcktes.

En tandläkare lät patienten ha en bit av det nya materialet i munnen för att se om det blev några symtom och menade att det var ett enkelt sätt att ställa diagnos. Denne tandläkare ansåg att patienterna ofta hade problem med dåligt fungerande organ och kunde därför föreslå olika organtester som komplement, bl.a. nämndes kontroll av leverns avgiftningsförmåga. Andra förslag till provtagning som nämndes var PIXE och Melisa®, för att kontrollera förekomst av metaller i röda blodkroppar respektive minnesceller för metaller i plasman.

5.3.1 Tro eller vetande – skilda uppfattningar om effekten av sanering

Tror att fyllningsbyten minskar symtomen

De vårdgivare som utvärderade hälsoeffekterna av genomförda saneringar upptäckte att 70 till 90 procent av patienterna förbättrades och blev än mer övertygade om att dentala material orsakade sjukdom hos deras patienter.

Även andra läkare och tandläkare upplevde att enstaka eller en majoritet av patienterna blev bättre efter fyllningsbyten och var därför positiva till att patienterna prövade sanering av dentala material som del i den medicinska behandlingen.

Osäkra på om fyllningsbyten leder till bättre hälsa

Några läkare och flera tandläkare var dock osäkra och sade att de inte visste om sanering förbättrade hälsan även om de ibland hade uppmärksammat patienter vars hälsa förbättrats eller tillfälligt förbättrats.

Många har ”haft elallergi, amalgamsjuka och ganska mycket annat och det finns folk som söker sig ...å andra sidan har jag också träffat folk som har de här problemen ...det beror inte bara på amalgam...alla blir ju utsatta för det..sen är det så att säga skyddsmekanismerna både på somatisk och mental nivå..”(3), berättade en läkare.

En annan läkare sade ”att jag har en neutral syn på det här” (1) och ytterligare en trodde inte på amalgam som ensam orsak till problemen, vilket grundades på erfarenhet från en patient som inte blev bättre trots tidigare amalgamsanering.

Finns ingen evidens för fyllningsbyte

Flera av de intervjuade tandläkarna ansåg att det inte finns evidens för att ta bort fyllningar. En tandläkare sade att ”detta är den enda vårdproblematiken där vi inte förväntas följa ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och man blir lite förvirrad i sin yrkesroll”(6). Vi har patienter som beskriver sina symtom på ett sätt som man inte kan och inte ska ifrågasätta, konstaterade tandläkaren.

”Det finns ju ingen vetenskap att följa och det finns ingen vetenskap som talar för att amalgam är problem utan snarare finns sådant som talar emot” (3), berättade en tandläkare. Tandläkaren menade att detta var kärnan i bemötandet av dessa patienter.

En läkare sade att både professionen och allmänheten delar in sig i två läger. ”Tror man på det så tror man eller så tror man inte och det är väldigt lite vetande” (4).

En tandläkare ansåg att politikerna lagt sig i professionen och att det därmed inte i denna fråga går att arbeta enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” (6).

5.4 Kompetensutveckling för bättre bemötande

Behövs ingen utbildning

En läkare menade att en vanlig allmänläkare ”borde klara av det här”. En tandläkare sade att ”jag har svårt att peka på någon speciell utbildning som jag skulle kunna ha behov av ... jag har svårt att se vad det skulle vara i så fall” (1), sade en tandläkare. Flera andra hade också svårt att komma på om de behövde mer utbildning och vad det i så fall skulle vara.

Utbildning av läkare

Flera tandläkare ansåg att läkarna behövde utbildning om problem med denna patientgrupp. En tandläkare menade att tandläkarens roll är ganska enkel och att det främst är läkarna som behöver kunskaper.

Det ”behövs fortbildning om biverkningar av dentala material” (3), sade en läkare och en annan sade att...” kurser behöver inriktas på biverkningar av dentala material istället för att fokusera på toxikologi och det finns även en genetisk aspekt i det här” ... Problemet är att läkarna inte kommer på kurserna, eftersom de tycker det är ett icke-existerande problem” (5). Läkaren menade att det handlade om attitydförändringar.

”Utbildning finns inte och det kanske är för att så få drabbas eller för att så få tas på allvar i vården då det är ett kontroversiellt ämne” (3), sade en läkare.

Kurser i patientbemötande

Flera vårdgivare ansåg att det behövdes kurser i patientbemötande. Några av de intervjuade läkarna ansåg att det endast handlade om bemötandefrågor och att hantera rättshaverister. ”De är rättshaverister och väldigt omständiga och hur man hanterar dem behöver vi utbildning i” (1), sade en läkare.

Utbildning av tandläkare

”Oralkirurgi, internmedicin och psykiatri bör det vara mer av på tandläkarutbildningen” (3), ansåg en läkare.

Flera tandläkare ansåg att allergierna ökade t.ex. mot plaster, kobolt, krom och även titan och menade att det inom dessa områden behövs utbildning. ”Det här är en kategori patienter som alltid kommer att finnas” (7), sade en tandläkare.

Några menade att det främst var yngre tandläkare som behövde fortbildning om biverkningar av dentala material och teknik för sanering. ”Jag tror att äldre tandläkare har kunskap om hur man plockar bort amalgam, men kanske inte de nyutexaminerade för det är inte samma fokus på amalgam längre” (3), sade en tandläkare.

En annan menade att kollegorna behövde lära sig mer om hur man skyddar patienten, t.ex. med lustgasmask som suger upp restgas, bra ventilation, kofferdam och näsfilter.

Flera tandläkare ansåg att bättre kunskaper i omhändertagande behövs. En tandläkare menade att om ”vi inte är bra på bemötande får vi aldrig visa hur bra vi är på det andra” (3).

Några ansåg att de behövde kunskaper om keramer med zirkonium, som bl.a. används av tandläkare i Södra Tyskland och i Schweiz.

Utbildning av landstingens tjänstemän

Landsting som beviljar bidrag till sanering bör ha bättre kunskaper om ersättningsmaterial, ansåg en tandläkare och nämnde som exempel landstingets bestämmelse om att endast ge ekonomisk ersättning för byte till kompositer. Det ansågs leda till dålig tandvård och istället borde patienterna få keramer som håller bättre och som ger färre risker hos känsliga individer.

Kosttillskott

Några tandläkare tog upp att mer kunskap om vitaminer och mineraler behövs och de efterlyste också samverkan med läkare inom detta område. En tandläkare efterlyste kunskaper om funktionsmedicin.

Varifrån kommer kunskaperna

Tre tandläkare och en läkare hade fått sina kunskaper via IAOMT¹ (International Association for Oral Medicine & Toxicology) och genom att läsa facklitteratur. IAOMT erbjöd tidigare kurser, men intresset från professionen var lågt. Om behov uppkommer finns stora möjligheter till ett bra kursutbud, enligt en av läkarna.

Flera tandläkare hade tagit del av dokumenten på KDM:s hemsida (Kunskapscenter för Dentala Material), medan andra aldrig läst dessa forskningssammanställningar. Ingen läkare hade läst någon av KDM:s rapporter.

¹ www.iaomt.com (2009-10-28)

5.5 Angelägna stödåtgärder

Stöd från Socialstyrelsen

”I början var stödet till tandläkarna stort från Socialstyrelsen, men det har somnat in nu” sade en tandläkare (2) och ansåg att stödet borde återinföras.

”Socialstyrelsen har aldrig kommit ut och sagt att vi ska byta alla fyllningar och vi skulle behöva bättre riktlinjer”, ansåg en läkare (4). En annan läkare menade att de nuvarande råden och anvisningarna är ett ”mycket tandlöst instrument när det gäller oral galvanism” (3).

”Man ska bemöta patienten och vara öppen för förändringar och ny teknik. Då kan man inte ha någon beprövad erfarenhet” (7), konstaterade en tandläkare. Denne menade att många kollegor är livrädda för att göra saker som det inte finns ”vetenskap och beprövad erfarenhet” för.

En annan tandläkare uttryckte sig på liknande sätt och sade att en del ”kollegor är livrädda när man liksom tangerar det här regelverket... och en del säger att du vet väl att du är ute och gör saker som det inte finns ”vetenskap och beprövad erfarenhet” av” (9). Dessa tandläkare ansåg att Socialstyrelsen borde stötta tandläkare och läkare som bryter ny mark.

Den ena tandläkaren konstaterade att om ”Socialstyrelsen bara vill ha evidensbaserad vård då får man ju inga nyheter... då kommer man inte fram” (7). En annan tandläkare ansåg att evidensbaserad vård kan bli fel, eftersom ”varje patient är unik och därmed också kräver individuell behandling” (8).

Mer forskning

Flera vårdgivare ansåg att mer forskning behövs för att veta vad som gäller, vilka rekommendationer patienterna ska få och vilken behandling som är verksam. En läkare ansåg att vi i dag ”inte vet vad oral galvanism är” (3) och menade att forskning behövs för att få reda på vilka huvudtecken och huvudsymtom som kan uppträda.

En tandläkare sade att det är ”konstigt att man inte hittat bevis för systemiska effekter av dentala material” (3) och efterlyste mer vetenskaplig underbyggnad vid behandlingar. En annan sade att det är mycket ”trial and error” (5) och ansåg att mer kunskap om material skulle behövas.

”Diagnos är svårt att ställa när inga accepterade provtagningsmetoder finns” (8), sade en tandläkare. Flera läkare och tandläkare efterlyste sådan forskning och utveckling. ”Det är en skam att den medicinska vetenskapen inte jobbat seriöst med det här” (5), sade en läkare.

Stöd från landstinget

Vårdgivarna upplevde dåligt eller obefintligt stöd från cheferna på landstinget vid behandling av denna patientgrupp samtidigt som en del ansåg att det inte behövdes något speciellt stöd.

Några tandläkare var negativa till att landstinget nu tar bort möjligheten att ta ut särskilda medel för konsultation och menade att många tandläkare därför kan komma att avböja att behandla denna patientkategori.

En tandläkare menade att problemen med bemötandet av dessa patienter är så allvarlig att landstinget borde ”gå in med konferenser i samråd med vården”(7) för att se till att patienterna bemöts och behandlas korrekt.

Samarbete mellan läkare och tandläkare

De flesta ansåg att samarbetet mellan läkare och tandläkare försämrats och att det fungerar dåligt. Sjukhustandläkarna ”stämmer dock fortfarande av med läkare”(4), berättade en tandläkare.

Flera tandläkare poängterade samarbetet med medicinen och en av dem sade att det behövs ”en läkare i varje stad som hjälper amalgamsjuka”(9). Samma tandläkare sade att ”jag gör undersökning och sen skickar jag dem till en doktor som kontrollerar att de inte har något medicinskt fel”(9). Tandläkaren ansåg att detta samarbete var en trygghet för både tandläkaren och patienten.

”Man hade ju i bakhuvudet att det inte bara var tänderna... och här på vårdcentralen fanns ju doktorerna”(2), sade en tandläkare och berättade att det tidigare fanns en internmedicinare som patienterna remitterades till. Läkaren tittade på vitaminer och hormoner och de som låg i gränsområdet fick substitutionsmedicinering bl.a. med tillskott av multivitamin. Tandläkaren ansåg att många blev bättre av det.

En tandläkare ansåg att samarbetet skulle underlättas om läkare och tandläkare fick gå samma kurser, eftersom de ”informella kontakterna är viktiga”(8).

Samverkan med komplementärmedicinen

Flera av läkarna och tandläkarna tog upp alternativmedicinen som komplement till övrig vård. Åsikterna var dock delade och flera ansåg att de visste för lite. Tandläkarna tycktes vara mer positiva till alternativmedicinen än läkarna.

”Jag tror det behövs alternativmedicinare inom vården. Näringsterapi är viktigt och jag är själv utbildad näringsterapeut”(8), sade en tandläkare. ”Man kan behöva jobba vidare efter saneringen för det finns mycket rester kvar i tandkötet och i vävnaderna, men de måste ta en sak i taget annars kan de bli sjuka”(9), sade en annan tandläkare.

Andra var mer negativa och en tandläkare sade att ”när det gäller alternativmedicinen tycker jag inte den har här att göra. Jag har träffat patienter som lagt ner så mycket på källarbehandlingar så det är inte klokt. Men det är klart om man följer upp dem kanske det är bra”(6).

Flera läkare menade att det bara kostade patienten pengar att gå till olika alternativa terapeuter, eftersom de inte blev bättre. En läkare var tydlig och ansåg att ”patienterna skulle handläggas strikt medicinskt”(5) och hade inte sett några förbättringar hos sina patienter efter att de behandlats av alternativmedicinska terapeuter.

5.6 Behov av strukturella förändringar

Behandlingsteam

Flera tandläkare var positiva till behandlingsteam för patienter som besväras av dentala material och ansåg att kompetens behövs med läkare, tandläkare, psykologer och beteendevetare. En tandläkare ansåg att det behövs ”vårdteam med inriktning på miljösjukdomar och med utrymme för alternativmedicinare” (8).

Andra ansåg att vårdteam inte behövdes och att det räckte att samverka med läkare och tandläkare, vilket också skett strukturerat i ett landsting. Några menade att vårdteam bara ökade administrationen och därmed var det negativt. ”Det behövs egentligen bara öppnare kanaler med förståelse för vad det handlar om” (7), sade en tandläkare.

En arena för samarbete mellan läkare och tandläkare skulle behövas, sade en tandläkare. ”Inte dagligen men kanske en gång per år eller halvår där man kan sätta sig ner och diskutera aktuella fall” (2).

Psykologhjälp efterlystes

En tandläkare menade att psykologhjälp behövdes och sade att ”tandvårdsrädda har rätt till beteendeterapi och psykologhjälp 1-8 ggr ...efteråt tycker de ofta att det är bra” (3). En annan tandläkare sade att det ibland kunde räcka med en beteendevetare.

Landstinget bör betala

”Det behövs påslag på folktandvårdens taxa om patienterna inte ska behöva betala själva”, sade en tandläkare (7). Anledningen var dels att folktandvårdstaxan, som utgör rättesnöre för den ekonomiska ersättningen, låg nio procent lägre än privat-tandvårdens taxor och dels att det ofta krävdes mer tid för dessa patienter. De är mycket känsligare mot dentala material jämfört med normalpatienten och behöver extra skydd och kanske andra material.

En tandläkare ansåg att det behövdes särskilda pengar för intygsskrivandet, eftersom det blir omfattande för patienter som ville genomgå sanering enligt kategori 12. ”Om jag skriver intyg till ett försäkringsbolag får jag 400-500 kr per tand, men för detta får jag ingenting” (7), sade tandläkaren.

5.7 Övrigt

Minskad patientgrupp

En läkare ansåg att omkring fem procent kan vara sjuka av dentala material, men att andelen kommer att sjunka i och med att de som är unga har bättre tänder och därmed färre fyllningar.

Flera tandläkare ansåg att andelen patienter med besvär som relateras till dentala material hade minskat. Några ansåg att dessa patienter går till speciella läkare och tandläkare. Någon menade att media inte längre diskuterade frågan och andra ansåg att få nya amalgamfyllningar sätts in och att problemen därför upphört. Den nya generationen har också färre kariesangrepp.

En tandläkare hade uppfattningen att det tidigare fanns ett uppdämt behov och att ”man nu sanerat de som var sjuka” (9) och därmed hade antalet patienter med denna problematik minskat. Endast några patienter per vecka hade nu denne tandläkare och de flesta var nyligen insjuknade till skillnad från tidigare då många varit sjuka i många år.

6 Metoddiskussion

Djupintervjuer gjordes i syfte att bättre belysa läkares och tandläkares situation när det gäller bemötande och behandling av patienter som relaterar sina besvär till dentala material. Anledningen till studien var att denna patientkategori länge upplevt att de blivit sämre bemötta i vården än andra. Tidigare har djupintervjuer av ett urval av dessa patienter gjorts, men hittills har ingen analys av vårdgivarens situation genomförts.

De tidigare intervjuade patienterna ansåg att kompetensutveckling av vårdgivarna avseende biverkningar av dentala material skulle förbättra bemötandet (Lidmark 2006). Någon sådan hypotes sattes dock inte upp i den här studien. Istället valdes en bred kvalitativ metod med hermeneutisk inriktning i syfte att öka förståelsen för vårdgivarnas situation och försöka fånga så mycket som möjligt av de intervjuades erfarenheter och förslag till förbättringar i bemötandefrågan.

Metodvalet innebär en del metodologiska problem kopplat till bl.a. rekrytering av intervjupersoner, intervjuarens objektivitet och avsaknad av standardiserade frågeställningar. Resultatet skulle därmed kunna påverkas när det gäller säkerhet, tillförlitlighet och generaliserbarhet på flera olika sätt.

6.1 Rekrytering

Samtliga intervjuade läkare och tandläkare rekryterades via landsting/regioner för att urvalet skulle göras av utomstående part. Det var dock svårt att få kontakt vårdgivare som både hade erfarenhet av patientgruppen och som också var beredda att avsätta tid för intervjun. Särskilt gällde det läkare som mer sällan än tandläkare får frågor om dentala material. Alla läkare som kom på förslag från landstingen kontaktades. Föreslagna tandläkare var fler och samtliga kontaktades av intervjuaren.

Intervjuarens egen reflektion är att samtliga vårdgivare har ett stort engagemang i sina patienter och verkade mycket tillmötesgående och empatiska i förhållande till dem. Detta oavsett om de trodde på samband mellan ohälsa på grund av dentala material eller inte. Även de som inte trodde på sanering som behandlingsmetod för allmänna symtom genomförde fyllningsbyte som en del i sitt arbete.

Flertalet vårdgivare upplevde inte själva att patienterna kände sig dåligt bemötta hos dem, men fick höra talas om att patienterna blivit dåligt bemötta hos andra läkare och tandläkare. Ingen av de intervjuade vårdgivarna tycks därför tillhöra kategorin som verkligen bemöter patienterna dåligt.

Troligen speglar urvalet inte en representativ del av landets läkare och tandläkare. Fördjupade studier kan därför behöva göras om man önskar en mer "sann bild" av hur denna patientgrupp verkligen blir bemött. Studien ger ändå många pusselbitar som bidrar till att öka förståelsen av vårdgivarens situation.

6.2 Intervjuarens påverkan

Intervjuaren var tidigare huvudsekreterare i den statliga Dentalmaterialutredningen där bemötandet av denna patientgrupp utreddes och senare projektledare för det s.k. HET-projektet vars uppdragsgivare bl.a. var Tandvårdsskedeförbundet. I HET-projekt intervjuades bl.a. medlemmar i Tandvårdsskedeförbundet som varit sjuka av dentala material och därefter tillfrisknat.

Intervjuaren presenterade sin bakgrund för samtliga vårdgivare vid intervjutillfället och möjligen kan det ha påverkat de intervjuades berättelser. Det behöver dock inte vara negativt för resultatet. Endast en person av samtliga kontaktade avböjde att bli intervjuad, vilket tyder på att intervjuarens bakgrund inte orsakade något stort bortfall vid rekryteringen.

Möjligen skulle en del vårdgivare ha varit mer negativa i sina omdömen om patienterna om någon annan intervjuat dem. Det kunde också ha varit svårare att rekrytera vårdgivare som bejakar patienternas uppfattning att dentala material orsakar deras symtom om intervjuaren haft en annan bakgrund.

Slutsatsen är att intervjuarens egen erfarenhet och inställning i sakfrågan till viss del kan ha påverkat de intervjuade, men att det inte negativt påverkat utfallet. Samtliga intervjuade vårdgivare delade frikostigt med sig av sina erfarenheter och alla bidrog till det omfattande materialet.

6.3 Avsaknad av standardiserade frågeformulär

Den kvalitativa intervjun styrs av informanten och ledande frågor har undvikits så långt möjligt. Vid intervjun eftersträvades att ge utrymme för redovisning av de personliga erfarenheterna av patientgruppen i fråga om bemötande och behandling samt åtgärder för att förbättra bemötandet. Det innebär att svaren inte alltid är helt jämförbara och studien kan därför vara svår att upprepa.

Resultatet kan inte generaliseras utan studien redovisar endast enskilda personers uppfattning. I flera fall stämmer dock de intervjuades berättelse väl med de enkäter som gjordes inom ramen för Dentalmaterialutredningens arbete, vilket tyder på bra överensstämmelse med läkares och tandläkares allmänna uppfattning.

Möjlighet finns att utifrån informationen i intervjuerna formulera frågor för att senare genomföra en kvantitativ studie och därmed få underlag för mer generella bedömningar. Kompletterande studier kan också göras genom att studera både vårdgivarens och patientens upplevelse av samma konsultation.

6.1.4 *Inga pilotintervjuer*

Inga pilotintervjuer planerades bl.a. på grund av att intervjumetodiken bygger på de intervjuades erfarenheter. Samtliga intervjuer förutsattes därför ha olika karaktär beroende på enskilda individers berättelser. En intervjuguide (se bilaga 3) gjordes för att ge samma introduktion vid de olika intervjutillfällena och som en kontroll mot slutet av intervjun för att se till att alla aspekter belysts. Det hände

ändå att vissa frågor blev obesvarade antingen för att de glömdes bort eller för att den intervjuade inte gav tydliga svar. Inga kompletterande uppgifter har i efterhand begärts in.

Det uppkom inget behov av förändringar av frågeguiden eller intervjumetodiken under perioden.

7 Resultatdiskussion

7.1 Problembild

7.1.1 *Dåligt bemötta av andra*

Intervjuade läkare och tandläkare var eniga om att patienter som relaterar sina besvär till dentala material ofta blir dåligt bemötta i vården. Deras egna patienter berättade att andra läkare och tandläkare varit oförsämnda, skällt ut dem eller inte orkat lyssna på deras besvär. Därmed bekräftades tidigare undersökningar om bemötandeproblem (Socialstyrelsen 1998; SOU 2003:53; Lidmark 2008).

Vid intervjutillfället verkade vårdgivarna empatiska och genuint intresserade av sina patienter. De sade själva att de sällan upplevde bemötandeproblem gentemot de egna patienterna, men det förekom ibland oenighet mellan patient och vårdgivare. Ingen av de intervjuade läkarna och tandläkarna verkar därför representera de vårdgivare som orsakar de bemötandeproblem som beskrivits i Dentalmaterialutredningen (SOU 2003:53, Bilaga 9) eller i tidigare intervjuer med personer som haft problem med dentala material (HET-projektet 2007; Lidmark 2006).

Intervjuerna har ändå tillfört kunskaper om vårdgivarens situation i behandlingen av patientgruppen, som kan komma till användning för att skapa bättre bemötande i framtiden.

Några skillnader mellan könen eller var i landet vårdgivaren varit verksam har inte kunnat upptäckas i materialet. Vårdgivare som själva ansåg att dentala material kunde orsaka biverkningar med många allmänna symtom rapporterade betydligt fler patienter som förbättrade hälsan efter sanering än de som inte trodde det eller som var tveksamma till sådana biverkningar.

7.1.2 *Beskrivning av patienterna och bemötandeproblemen*

Långvarigt sjuka med många problem

Vårdgivarnas beskrivning av patienterna var ganska samstämmig. Patienterna hade ofta varit långvarigt sjuka med många olika symtom, som t.ex. dålig smak/metallsmak, trötthet, yrsel, huvudvärk, diarréer, rygg- och magbesvär och ofta en del psykiska symtom. De ansågs också vara mer oroliga än andra och hade haft långvarig kontakt med vården.

Enligt vårdgivarna hade många patienter kontakt med Tandvårdsskadeförbundet och fick stöd därifrån under behandlingen. Flertalet patienter intog vitaminer och mineraler för att stärka kroppen enligt Tandvårdsskadeförbundets rekommendationer.

Bestämda uppfattningar

Patienterna ansågs vara mycket bestämda i sin uppfattning om att amalgam och/eller andra dentala material orsakade deras sjukdomssymtom. Flertalet

patienter ansågs kunniga och de ställde ofta krav på hur fyllningsbytet skulle gå till liksom vilka material som skulle väljas.

Att på det sättet ställa krav på vårdgivaren bedömdes som mycket ovanligt och förekom inte i andra patientgrupper. Detta ansåg de intervjuade vårdgivarna var en möjlig orsak till dåligt bemötande i vården.

Tid en nyckelfaktor i bemötandet

Flera vårdgivare upplevde att patienterna ofta hade en negativ attityd till dem när de träffades första gången, vilket förklarades med tidigare negativa upplevelser av vården. ”En del är i attack redan när de kommer” (9), sade en tandläkare. Ofta gällde det därför att bygga upp förtroendet på nytt.

En anledning till dåligt bemötande ansågs vara tidsbrist inom vården. Flera läkare berättade att patienterna ofta var mycket positiva till att de gav sig tid att lyssna på dem och det var uppenbart att detta inte varit vanligt tidigare.

Samtliga intervjuade läkare och tandläkare gav mer tid till denna patientgrupp än till andra patienter. Anledningen var att patienterna ofta hade en lång och komplicerad sjukhistoria som tog tid att berätta och därtill handlade det ofta om att återskapa ett tidigare raserat förtroende för vården. Tid ansågs av en tandläkare vara nyckeln till framgång.

Ett landsting hade tidigare avtal med läkare och tandläkare som gav ett visst utrymme för längre konsultationer och även andra landsting hade tidigare någon form av extra kompensation för omhändertagande av patienter med denna problematik. Flera vårdgivare ansåg att sådana medel behöver tillskjutas för att skapa utrymme för ett bättre omhändertagande.

7.1.3 Patienten vill ha sin förklaringsmodell bekräftad

Viktigast för patienterna vid en läkarkonsultation var att få reda på orsaken till sjukdomen och att få bekräftelse på om de egna föreställningarna är riktiga eller inte (Andén 2009). Andra forskningsresultat lyfter fram vikten av att patienten blir respekterad och stöttad i sin situation (Halldorsdottir 1996).

Att tro på patienten

En del av de intervjuade läkarna och tandläkarna bejakade tydligt patienternas uppfattning om att dentala material kunde orsaka allmänna symtom. Även hos dem kunde dock förtroendeproblem uppstå. En tandläkare ansåg sig exempelvis ofta klämd mellan patientens mycket bestämda krav, sin yrkesroll och myndigheternas legitimationskrav. Patienterna ansågs både av dessa och andra vårdgivare låsta i sina åsikter, vilket kunde ställa till förtroendeproblem i vårdsituationen.

Flera av de läkare och tandläkare som bejakade patienternas symtom utvärderade resultatet av saneringen och fick betydande hälsoförbättringar hos en majoritet av patienterna. Vårdgivare som var negativa till patienternas förklaringsmodell var mindre säkra på att saneringen ledde till hälsovinster.

Flera läkare och tandläkare berättade att de inte tvivlade på de fysiska symtom patienterna berättade om, men de var tveksamma till att orsaken till sjukdomen berodde på de dentala materialen. I dessa fall bekräftades patienten bara delvis.

Att förhålla sig neutral till patientens uppfattning

Majoriteten av de intervjuade vårdgivarna var osäkra på sjukdomsorsakerna och ansåg oftast att det fanns inslag av psykiska faktorer som förklaring till problemen. Hos vårdgivare som försökte vara neutrala fanns inget direkt misstroende mot patienternas symtom eller deras förklaring till orsakerna, men någon bekräftelse gavs inte heller.

Att misstro patienten

Vissa vårdgivare kunde inte alls ställa upp på patienternas förklaringsmodell utan ansåg att problemen enbart var psykosomatiska. En tandläkare sade exempelvis att patienterna borde åtgärda psyket först innan de gjorde något med tänderna. En annan sade att det inte finns vetenskap som talar för amalgamets farlighet utan snarare tvärtom.

En tandläkare ansåg att vårdgivaren före saneringen måste ”förklara fakta” för patienten för att inte förespegla falska förhoppningar om tillfrisknande ”bara man byter fyllningar”.

Trots att dessa vårdgivare inte trodde på möjligheten att dentala material kunde orsaka de sjukdomssymtom patienterna led av utförde de eller föreslog fyllningsbyten som en del i behandlingen. Deras inställning kan göra det svårt att skapa förtroende mellan vårdgivare och patient. Likaså kan det upplevas som frustrerande för vårdgivaren att utföra en behandling denne inte tror på.

7.2 Etiskt dilemma

Särskilt tandläkare som inte trodde att patienterna led av biverkningar av dentala material upplevde ett etiskt dilemma när de genomförde sanering av dentala material på dessa patienter. De ansåg att patienternas bitt förstördes i onödan och att det senare kunde leda till komplikationer. De upplevde frustration över att Socialstyrelsen krävde detta av dem trots avsaknad av ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och att politikerna på detta sätt lagt sig i professionen.

Att tillmötesgå sanering av tänderna om man själv som yrkesman anser att det är en felaktig åtgärd bör leda till frustration. Än värre kan det vara att utföra ingreppet på personer som är mycket sjuka om man själv är övertygad om att sjukdomen har psykiska orsaker. Vårdgivaren anser dels att patienten inte får rätt hjälp och dels att tänderna förstörs.

En möjlig orsak för vårdgivaren att trots allt sanera dessa patienter skulle kunna vara att man därigenom eliminerar ett problem som annars skulle hindra patienten att gå vidare till annan behandling. Några sådana åsikter framfördes emellertid inte i någon av intervjuerna.

Det etiska dilemma att utföra en behandling man tror är felaktig borde lyftas fram mer i debatten och föranleda en diskussion om vårdgivarens skyldigheter liksom

möjligheten att slippa genomföra vissa behandlingar även om de är sanktionerade i lagstiftningen. Även ur patientperspektiv och bemötandesynpunkt kan vårdgivarens inställning ha betydelse.

7.1.4 Evidens och ”vetenskap och beprövad erfarenhet”

Flera läkare och tandläkare återkom i intervjuerna till att sanering av dentala material inte är evidensbaserat¹ eller inte enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Några läkare ansåg att det handlade mycket om ”tro och inget vetande”.

Stöd för sanering finns

Det finns litteratur som visar att en del patienter tillfrisknar efter sanering (t.ex. Lindh et al. 2002; Wojcek et al. 2006; Lidmark & Wikmans 2008). Det finns också studier som visar positiva effekter av borttagande av amalgamfyllningar på vissa sjukdomar, t.ex. fibromyalgi (Öhrndahl & Nordenskiöld 2005) och autoimmuna sjukdomar (Prochazkova et al. 2004).

En läkare konstaterade att flera patienter först blev sjukare vid borttagande av tandfyllningar och därefter tillfrisknade och ansåg att det borde betraktas som bevis för att de varit sjuka av sina fyllningar. Tre vårdgivare utvärderade effekten av sanering och fann stor förbättringspotential av behandlingen.

Den vetenskapliga litteraturen tyder på att det finns både ”vetenskap och beprövad erfarenhet” som ger stöd för sanering även om det finns åsikter om vilka och hur många som blir hjälpta. Tidigare har belysts att bemötandet kan ha stor påverkan på tillfrisknandet och även det bör vägas in tolkningen av resultaten.

Ingen evidensbaserad behandling

Sanering som behandlingsmetod är inte evidensbaserad och för att åstadkomma det krävs betydligt mer än ett antal uppföljningar som visar bra resultat. Dock är det få behandlingsmetoder inom den medicinska och den odontologiska vården som verkligen är evidensbaserade och ökade insatser behövs för att utveckla sådana (SBU 2000; Rosén 2008; Sjögren 2002). Speciellt gäller det tandvård och sanering av dentala material där åsiktsskillnaderna inom professionen är stora.

Att mer systematiskt följa upp samtliga patienter som byter fyllningar enligt tandvårdsförordningens 7 § (kategori 12) skulle skapa underlag för evidensbaserad vård. Det är också möjligt att gå tillbaka och göra en retrospektiv undersökning utifrån de saneringar som gjorts enligt tandvårdsförordningen.

Dessa fyllningsbyten görs som ett led i en medicinsk rehabilitering och enligt bestämmelserna ska det finnas tandläkarbedömning och läkarintyg samt en läkare som följer upp patienten efter saneringen. Redan nu finns således omfattande dokumentation, men inget landsting har hittills valt att göra systematiska uppföljningar av patienter som sanerat enligt tandvårdsförordningen.

¹Evidens betyder bästa tillgängliga vetenskapliga bevis för det kliniska arbetet såväl som patientens unika situation och önskemål. (www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/ (2009-10-28))

I hela landet genomgår varje år några hundra personer sanering som ett led i en medicinsk rehabilitering och samtliga dessa bör under en tid framöver kunna följas upp ett, tre respektive fem år efter fullföljd sanering. Viktigt är att dokumentera behandlingen noggrant och därvid ta hänsyn till eventuella kosttillskott, kortison eller annan behandling som läkaren, tandläkaren eller patienten vidtar. I det sammanhanget är det också intressant att ta reda på patienternas åsikter om vårdgivarens bemötande för att även kunna väga in den aspekten. Därigenom skapas underlag för att bedöma vad som är evidensbaserad vård för olika kategorier av patienter som kopplar symtomen till dentala material.

7.1.5 ”Kollegialt konsensus” kan påverka vårdgivarnas attityd

En intressant iakttagelse i intervjumaterialet är att flera läkare och tandläkare uppehöll sig vid att de inte visste om fyllningsbyten förbättrade hälsan hos patienterna. De menade att problembilden var mångfasetterad och att psykiska faktorer också fanns med bland troliga orsaker. Flera hade uppmärksammat förbättringar efter sanering hos vissa individer, men var ändå osäkra på sambanden. Det var emellertid få av de intervjuade vårdgivarna som bestämt hävdade enbart den psykosomatiska förklaringsmodellen.

Enligt en nyligen framlagd avhandling finns ett starkt ”kollegialt konsensus” inom läkarkåren (Andén 2009), vilket innebär att rätt eller fel ofta bedöms utifrån vad man tror att kollegorna tycker. Ca 70 procent av läkarna och tandläkarna anser att det finns en ”psykisk eller psykosomatisk bakgrund till de symtom som patienterna relaterar till amalgam” och endast omkring 10 procent anser att ”amalgam kan ge upphov till diffusa sjukdomssymtom, som trötthet och muskelsmärk” (SOU 2003:53, Bilaga 4).

Kollegornas uppfattning är därmed tydlig och vårdgivaren kan uppleva ett dilemma gentemot denna norm om sanering föreslås eller genomförs. Det skulle kunna vara en anledning till den stora skillnaden i uppfattning om förbättringspotential efter sanering mellan de vårdgivare som bejakar patientens förklaringsmodell och de som inte gör det eller förhåller sig neutrala. Vårdgivarens förmåga att respektera och stötta patienterna kan också ha betydelse för tillfrisknandet.

En av de intervjuade läkarna var inne på detta tema och menade att kollegorna bestämt sig för att biverkningar av dentala material inte finns. Läkaren ansåg att kollegorna därför hade svårt att hantera dessa patienter, trots att mycket talade för att de har problem med tandfyllningsmaterial.

Några tandläkare berättade att kollegor ifrågasatt deras arbete och ansåg att de inte arbetade enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” när de genomförde fyllningsbyten på dessa patienter. En tandläkare konstaterade att kollegor förvånat undrat varför hon som var så duktig tandläkare höll på med amalgampatienter. Dessa erfarenheter tyder på att det finns ett kollegialt tryck som kan påverka vårdgivarna både när det gäller bemötande och behandling.

7.4 Forskning och utveckling

7.4.1 Utveckla diagnoskriterier och provtagningsmetodik

Patienter som relaterar sina symtom till dentala material uppvisar sällan avvikelser vid normal provtagning och det kan därför vara svårt för vårdgivaren att ställa diagnos. Flera vårdgivare efterlyste utveckling av diagnoskriterier och provtagningsmetodik för att påvisa eventuell ”amalgamsjuka” eller andra besvär kopplade till dentala material. Därmed skulle vårdgivarna säkrare kunna bedöma vilka personer som verkligen har sådana problem och det skulle också tillfredsställa patientens behov av att få veta orsaken till sjukdomen.

När det gäller provtagning finns redan i dag intressanta möjligheter utöver de rutinmässiga hudtesterna att kontrollera överkänslighet mot metaller. Ett sådant exempel är MELISA®¹ som i blodprover kan påvisa minnesceller för olika metaller, vilket indikerar en immunologisk reaktion mot metallen i fråga (Stejskal et al. 1999; Valentine-Thone et al. 2003; Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum 2004). Testen tillhandahålls av flera olika laboratorier både i Europa och USA.

Analysen som genomfördes vid Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum redovisade möjligheten att använda en s.k. diskriminantanalys av plasmadata avseende järn, koppar, zink, selen, strontium och kvicksilver (Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum 2004). De analyser som gjordes på ett begränsat antal blodprover från patienter med metallrelaterade hälsoproblem visade en sensitivitet på 89 procent för denna metod. Analyser av kvicksilverhalter i röda blodkroppar enligt den s.k. PIXE-metoden gav också intressanta resultat som kan vara användbara som diagnosinstrument (Frisk et al. 2006; Lindh et al. 2001; Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum 2004).

Möjlighet finns att komplettera provtagningen ytterligare genom analyser av avgiftningssystemets aktivitet. Därmed kan personer med försämrad avgiftning fångas upp, vilka kan vara i riskzonen för att ackumulera tungmetaller bl.a. från dentala material.

Socialstyrelsen bör ta ställning till vilka diagnosmetoder som skulle kunna ge bättre vägledning till vårdgivarna för att därigenom också skapa förutsättningar för ett bra bemötande och omhändertagande av denna patientgrupp.

7.4.2 Kunskaper om vitamin- och mineralterapi

Patienter som upplever att de är sjuka av sina tandfyllningar tar ofta supplement av vitaminer och mineraler (Lidmark 2008). Flera intervjuade läkare och tandläkare hade uppmärksammat näringsobalanser hos denna patientgrupp liksom att vitamin- och mineraltillskott kunde ge positiva effekter på hälsan vid sanering. Detta gällde inte bara de vårdgivare som ansåg att patienterna kunde lida av biverkningar från dentala material utan även läkare och tandläkare som var mer tveksamma till denna förklaringsmodell.

¹ www.melisa.org (2009-10-28)

En tandläkare berättade att patienterna tidigare blev väldigt dåliga vid sanering, men när metoderna ändrades och patienterna fick kosttillskott en tid före fyllningsbytet klarade de behandlingen mycket bättre och tillfrisknade fortare.

En annan tandläkare skickade patienter till en läkare som kontrollerade vitaminer och hormoner. Alla med låga värden, även om de inte var inom gränsen för bristsjukdom, fick tillskott och tandläkaren ansåg att det avsevärt förbättrade patienternas hälsa.

De intervjuade läkarna och tandläkarna som bejakade patienternas tro att biverkningar av dentala material orsakade deras symtom ansåg alla att det fanns näringsobalanser som påverkade sjukdomsbilden. De rekommenderade eller förskrev kosttillskott inför och under saneringen.

Bättre undersökningar av hur eventuell näringsbrist hos personer som besväras av tandfyllningar påverkar hälsan behövs liksom studier av effekten av kosttillskott vid sanering. Ett större sådant forskningsprojekt i samverkan med näringsfysiologer, biokemister och immunologer skulle kunna kopplas till den ovan föreslagna uppföljningen av patienter som sanerar enligt tandvårdsförordningens sjunde paragraf.

7.4.3 Bemötandet i ett samhällsekonomiskt perspektiv

Forskning visar att bemötandet har betydelse för tillfrisknandet (Owen et al. 1995; Tomé et al. 2009). Ett bra bemötande kan minska antalet läkarbesök, korta behandlingstiderna och förbättra det slutliga resultatet av en rehabilitering. Sannolikt visas bemötandets betydelse även i de goda resultat som vårdgivare som bejakade patienternas förklaringsmodell fick.

Bemötandefrågan bör inte bara ses ur patientens och vårdgivarens synvinkel utan också ses i ett större samhällsekonomiskt perspektiv. Intressant vore att beräkna de faktiska vinsterna av ett bra bemötande inte bara för gruppen som besväras av dentala material utan även för andra patientgrupper med långvariga vårdkontakter som t.ex. psykiskt sjuka, kraftigt överviktiga personer, patienter med mag- och tarmproblem eller diabetespatienter.

8 Slutsatser

Flertalet intervjuade läkare och tandläkare var överens om att patienter som relaterar sina besvär till dentala material upplever misstro mot vården och att de blir eller har blivit dåligt bemötta. Detta bekräftar vad myndigheterna och patienter länge hävdade.

Bra bemötande förbättrar behandlingsresultatet

Vårdgivare som själva trodde att patienternas symtom berodde på dentala material ansåg att betydligt fler blev friska efter sanering än vad vårdgivare som var osäkra eller inte alls trodde på fyllningsbyte som behandlingsmetod gjorde. Orsaken till detta resultat bör undersökas närmare.

Forskning visar att om patienten upplever ett bra bemötande minskar antalet läkarbesök, behandlingen ger större effekt och rehabiliteringen påskyndas. Bemötandefrågan ska därför ses i ett större samhällsekonomiskt perspektiv och forskning bör initieras för att beräkna vilka kostnadsbesparingar bra bemötande kan ge vid behandling av patienter med långvariga vårdkontakter.

Att ha tid att lyssna

Flera läkare och tandläkare ansåg att tidsbrist oftast var orsak till att patienter upplevde dåligt bemötande. Att ge vårdgivaren möjlighet att vid behov få ersättning för extra tid kan vara ett sätt att förbättra bemötandet av denna patientgrupp.

Etiskt dilemma för vårdgivaren

Flera av de intervjuade vårdgivarna ansåg att patienter som ville sanera sina tänder av medicinska skäl främst hade andra problem av mer psykisk natur. Särskilt tandläkare med den inställningen upplevde ett etiskt dilemma att genomföra fyllningsbyten, eftersom ingreppet ofta var relativt omfattande och kunde förstöra tänderna. Särskilt problematiskt var det om patienterna ville ta bort tänder som tandläkaren bedömde som friska. En diskussion om sådana etiska problem borde lyftas fram i debatten.

Uppföljning av sanering i syfte att skapa evidens

Flera vårdgivare upplevde att det varken fanns evidens eller ”vetenskap och beprövad erfarenhet” för fyllningsbyten på grund av allmänna symtom. Andra kände stor osäkerhet angående fyllningsbyten och eventuella hälsovinster.

En del vårdgivare hade flera patienter som de bedömde blev friskare efter sanering och de vårdgivare som följde upp sina patienter fann att 70 till 90 procent förbättrade hälsan efter sanering. Forskningslitteraturen ger också visst stöd för sanering.

Orsakerna till de olika ståndpunkterna är svårt att veta, men den tidigare omtalade starka kollegiala normbildningen kan vara en orsak till svårigheter när det gäller bemötandet och ovilja att följa upp och utveckla metoder för sanering. Det är således angeläget att systematiskt följa upp och utvärdera resultaten av sanering enligt tandvårdsförordningens 7 §. Så småningom kommer det därigenom att skapas evidens för en eller flera behandlingar.

Socialstyrelsens råd och anvisningar från 1998 behöver förnyas. Dels för att ge vägledning för diagnos, dels för att ge kriterier för uppföljning av behandling av patientgruppen och dels för att stötta vårdgivare som framgångsrikt behandlar dessa patienter.

Utveckla diagnosmetoder och provtagningsmetodik

Patienterna anser att det viktigaste vid läkarkonsultationer är att få veta orsaken till sin sjukdom och därmed få en diagnos. Accepterade kriterier för att diagnostisera personer som lider av besvär från dentala material saknas, vilket är både ett bemötandeproblem och ett medicinskt problem för vårdgivarna. Diagnoskriterier och provtagningsmetoder behöver därför utvecklas.

Forska mer om betydelsen av näringsobalanser

Näringsobalanser ansågs vanliga i patientgruppen och kosttillskott förbättrade resultatet vid sanering, enligt flera vårdgivare. Forskning föreslås för att klargöra betydelsen av näringsobalanser för sjukdomsbilden liksom för hur kosttillskott påverkar resultatet av saneringen.

Referenser

- Andén, A. (2009). *Outcome of GPs` Consultations*. Diss. Linköping university, Sweden 2009. Health and Science, Department of Medical Health Science.
- Beck, R.S., Daughridge, R. & Sloane, P.D. (2002). Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *JABFP vol.15*, ss. 25-38.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C. & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, vol. 76, ss. 328-335.
- Frisk, P., Lindvall, A., Hudecek, R. & Lindh, U. (2006). Decrease of Trace Elements in Erythrocytes and Plasma After Removal of Dental Amalgam and Other Metal Alloys. *Biological Trace Element Reseach vol. 11*, ss. 247-259.
- Hallberg, L. (ed) (2002). *Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples*. Lund Studentlitteratur.
- Halldorsdottir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and healthcare – developing theory*. Diss. Linköping university, Sweden 2009. Health and Science, Department of Caring Science.
- HET-projektet (2007). *Biverkningar av tandfyllningsmaterial och behandling av tandvårdsskadade i vården*. Rapport nr 4/2007.
- Hoddinott, P. & Pill, R. (1997). A review of recently published qualitative research in general practice. More methodological questions than answers. *Family Practise*, vol. 14(4), ss. 313-319.
- Lidmark, A-M. (2006). *Sjuk av dentala material och bemötande inom hälso- och sjukvården. Analys av tio djupintervjuer*. Examensarbete i folkhälsovetenskap, Mälardalens högskola: 2006-10-31.
- Lidmark, A-M. & Wikmans, T. (2008). Are they really sick? A Report on Persons Who Are Electrosensitive and/or Injured by Dental Material in Sweden. *J Ortho Med*, vol. 23(3), ss. 153-160.
- Lidmark, A-M. (2008). Är de verkligen sjuka? *Beskrivning av elöverkänsliga och tandvårdsskadade i samhället. Slutrapport från HET-projektet*. Stockholm: 2008
- Lindh, U., Carlmark, B., Grönquist S-O. & Lindvall, A. (2001). Metal exposure from amalgam alters the distribution of trace elements in blood cells and plasma. *Clin Chem Lab Med*, vol. 39, ss. 450-482.
- Lindh, U., Hudecek, R., Danersund, A., Eriksson, S. & Lindvall, A. (2002). Removal of dental amalgam and other metal alloys supported by antioxidant

therapy alleviates symptoms and improves quality of life in patients with amalgam-associated ill health. *Neuro EndoLett*, vol. 5/6, ss. 459-481.

Malterud, J. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines, *The Lancet*, vol. 358, ss. 483-358.

Ong, L.M.L., de Haes, J.C.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communications: A review of the literature. *Soc. Sci. Med*, vol. 40, ss. 903-918.

Ottosson, J-O. (red.) (1999). *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och Kultur/SBU nr 144.

Owens, D., Nelson, D., Talley, N. (1995). The irritable bowel syndrome: Long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med*, vol. 122 ss. 107-112.

Prochazkova, J., Sterzl, I., Kucerova, H., Bartova, J. & Stejskal, V. (2004). The beneficial effect of amalgam replacement on health in patients with autoimmunity. *Neuro Endo Lett*, vol. 25 (3), ss. 211-218.

Rosén, M. (2008). Framtidens vård kräver ännu mer evidens. *Vetenskap & Praxis nr 2-4*, ss 16-17.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) (2000): *Behov av utvärdering i tandvården*. (Vit rapport)

Sjögren, P. (2005). Randomiserade kliniska studier och evidensbaserad allmänvård. *Tandläkartidningen vol. 97(9)*, ss. 56-58.

Socialstyrelsen (1998) *Socialstyrelsens allmänna råd om bemötande av patienter som relaterar sina besvär till amalgam och elektricitet*. SOSFS 1998:3

Socialstyrelsen (2005). *Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling*. Artikelnr: 2005-103-1.

SOU (Statens offentliga utredningar) (2003). *Dentala material och hälsa.*, Slutbetänkande av Dentalmaterialutredningen. Stockholm: Fritzes (2003:53).

SOU (Statens offentliga utredningar) (2003). Bilaga 2: *Kvicksilver i tandfyllningsmaterial – en uppdaterad miljömedicinsk riskanalys*. Stockholm: Fritzes (SOU 2003:53).

SOU (Statens offentliga utredningar) (2003). Bilaga 4: *Dentala material. Rapport från en undersökning genomförd oktober-december 2002 (2003-03-19)*. Stockholm: Fritzes (SOU 2003:53).

SOU (Statens offentliga utredningar) (2003). Bilaga 5: *Landstingens redovisning till utredningen*. Stockholm: Fritzes (SOU 2003:53).

SOU (Statens offentliga utredningar) (2003). Bilaga 9: *Ett urval patientberättelser*. Stockholm: Fritzes (SOU 2003:53).

SOU (Statens offentliga utredningar) (2003). Bilaga 10: *Enkätundersökning från Tandvårdsskadeförbundet. Vård och bemötande, februari 2003*. Stockholm: Fritzes (SOU 2003:53).

Stockholms läns landsting (1998). *Miljöhälsorapport 1998. Om samband mellan miljö och hälsa i Stockholms län*. Stockholms läns landsting: Miljömedicinska enheten.

Stejskal, V., Danersund, A., Lindvall A., Hudecek, R., Nordman, V., Yaqob, A. et al. (1999). Metal-specific lymphocytes: biomarkers of sensitivity in man. *Neuro Endo Lett*, vol. 2, ss.289-298.

Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum (2005). *Årsrapport 2004*.

Sundberg, H. & Widström, E. (1991). *Svenska tandläkares inställning till olika tandfyllningsmaterial samt deras patienters attityder till bl.a. amalgam. Resultat från en enkätundersökning 1990*. Socialstyrelsen: Rapport 1991.

Teutsch, C. (2003). Patient-Doctor Communication. *Med Clin North Am*, vol. 87(5), ss. 1115-45.

Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, B.I., Eriksson, B.I. & Karlsson, J.: Att tro på sig själv – grund för lyckad rehabilitering. *Läkartidningen*, vol.106 (32-33), ss. 1975-1977.

Valentine-Thon, E. & Schiwarra H.W. (2003). Validity of MELISA® for metal sensitivity testing. *Neuro Endo Lett* vol. 24, ss. 49-55.

Vetenskapsrådet (2002). *Riklinjer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wojcik, D. P., Godfrey, M. E., Christie, D. & Haley, B. (2006). Mercury toxicity presenting as chronic fatigue, memory impairment and depression: Diagnosis, treatment, susceptibility, and outcomes in a New Zealand general practice setting (1994-2006). *Neuro Endo Lett*, vol. 27(4), ss. 415-423.

Ylinen, K. & Löfroth, G. (2002). Nordic dentists' knowledge and attitudes on dental amalgam from health and environmental perspectives. *Acta Odontol Scand* vol. 60, ss. 315-320.

Örndahl, G. & Nordenskiöld, U. (2005). Fibromyalgi och dental sanering. *Nordisk Geriatrik* vol. 6, ss. 14-21.

Till
XX

Viss hjälp vid genomförande av forskningsprojekt

Mälardalens högskola har beviljats forskningsmedel från Socialstyrelsen för projektet "Läkares och tandläkares egna erfarenheter och upplevelser av att behandla patienter som relaterar sina symtom till dentala material och deras behov av stödfunktioner".

Mycket finns beskrivet om patienternas upplevelser av vården, men ingenting om hur läkare och tandläkare upplever att behandla patienter som själva tror att deras problem beror på dentala material. Projektet är därför en viktig pusselbit för att öka kunskaperna inom området.

Djupintervjuer av läkare och tandläkare

Avsikten är att djupintervjua läkare och tandläkare om deras syn på denna patientgrupp. Frågeställningarna gäller egna upplevelser av patientgruppen och vilka kunskaper och andra stödfunktioner som behövs för en bra behandling. Förhoppningsvis kan resultatet bidra till utbildningar eller annat stöd till läkare och tandläkare respektive patienter. Därmed kan en bättre arbets- och behandlingsmiljö skapas för alla parter.

Rekrytering av intervjupersoner

Intervjuaren ska inte styra urvalet av läkare och tandläkare och därför ber vi flera regioner och landsting om hjälp att rekrytera intervjupersoner. Det räcker att vi får namn och telefonnummer samt e-postadress till utvalda läkare och tandläkare. Senare kontaktas dessa för att få en presentation av projektet och de tillfrågas också om de är villiga att ställa upp på en intervju (ca en timme). Allra bäst är dock om varje person först tillfrågas av personal från landstinget om intervjuaren får ringa upp och presentera projektet.

I första hand önskar vi att xx läns landsting kan bidra med namn på 1-2 *läkare respektive tandläkare* som arbetar inom *primärvården* respektive *folktandvården*. Det kan också räcka att vi får namn på några vårdcentraler respektive tandvårdskliniker för att genom dem få förslag på personer att kontakta. Önskvärt är också namn på en läkare och en tandläkare som tar emot ett stort antal personer med dessa problem.

Kriterier för läkare och tandläkare

Vi önskar både intervjua personer som har lång erfarenhet och personer med begränsad erfarenhet av behandling av personer som själva upplever att de har besvär av dentala material. De kriterier som bör gälla läkare och tandläkare i den sista kategorin är att de:

- Arbetar inom primärvården respektive folktandvården.
- Helst har mer än fem års erfarenhet i yrket.
- Haft *någon eller några* patienter som sagt sig ha problem med tandfyllningarna.

De kriterier som gäller för läkare och tandläkare i den första kategorin är att de har lång erfarenhet av behandling av denna patientgrupp.

Genomförande av intervjuerna

Intervjuerna kommer som tidigare nämnts att ta ca en timme. Intervjuaren kommer att informera om att deltagandet är helt frivilligt och att var och en när som helst under projektiden kan avbryta sin medverkan. Publicering av data kommer att ske helt anonymt. Inga namn eller personuppgifter som kan härledas till en speciell person kommer att publiceras i undersökningen.

Mälardalens högskola och Akademin för hälsa, vård och välfärd

Intervjuare kommer att vara fil kand och magister i folkhälsovetenskap Ann-Marie Lidmark, som för detta projekt är knuten till Mälardalens högskola. Hon var tidigare huvudsekreterare för den statliga Dentalmaterialutredningen (2003:53). Handledare för forskningen är universitetslektor Bengt Wramner också vid Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd och avdelningen för folkhälsovetenskap.

Vi är tacksamma att *snarast* och senast under augusti månad få hjälp med rekrytering av läkare och tandläkare som kan komma att intervjuas i forskningsprojektet. Meddela via telefon eller e-post nedan namn och uppgifter om hur vi når de läkare eller tandläkare som är möjliga att intervjua. För mer information kontakta handledaren eller intervjuaren nedan.

Med vänlig hälsning

Bengt Wramner
Universitetslektor, Mälardalens högskola
folkhälsovetenskap
e-post: bengt.wramner@mdh.se
Tel: 021-10 31 87

Ann-Marie Lidmark
fil kand, magister i
lidmark@comhem.se
Tel: 070-742 79 57

Introduktionsbrev

Stockholm xxx-xx-xx

Angående deltagande i forskningsprojekt för att undersöka vårdgivarens inställning till och kunskaper om patienter som relaterar sina symtom till dentala material.

Du är tillfrågad om du vill delta i en undersökning för att förbättra kunskaperna om behandling och bemötande av patienter som relaterar sina symtom till amalgam och andra dentala material. Undersökningen är kvalitativ till sin karaktär och görs i form av djupintervjuer med tio läkare och tio tandläkare. Resultatet kommer att presenteras som en forskningsrapport vid Mälardalens högskola.

Flera tidigare undersökningar har visat att patienter som relaterar sina besvär till dentala material ofta känner sig dåligt bemötta i vården. Hittills har emellertid ingen undersökt vårdgivarens situation och erfarenhet av dessa patienter. Undersökningens syfte är att få en allmän uppfattning om vad vårdgivare anser om patientgruppen, vilka kunskaper som finns och vilken kompetensutveckling m.m. som kan behövas för att förbättra omhändertagandet.

De intervjuade läkarna och tandläkarna rekryteras till största delen från primärvården och folktandvården. Därtill kommer minst tre läkare och tre tandläkare att intervjuas som har mycket stor vana vid att behandla dessa patienter. Intervjuerna kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant. Sammanställningen kommer att göras i flera steg. Några personnamn eller andra uppgifter som kan identifiera de intervjuade kommer inte att finnas med i sammanställningen. När undersökningen avslutats kommer alla inspelningar och utskrifter av intervjuerna att förstöras och intervjuerna kommer inte heller att ingå i någon annan undersökning.

Studien bekostas av Socialdepartementet och medel har även sökts från Tandvårdsskadeförbundet.

Din medverkan är helt frivillig och du kan när som helst avbryta din medverkan. I analysen sammanställningen av intervjumaterialet kommer inga namn att publiceras och ingenting som kan identifiera dig som person att tas med. För den vetenskapliga kvaliteten svarar Mälardalens högskola.

Med vänlig hälsning

Ann-Marie Lidmark

Ytterligare information lämnas av:

Ann-Marie Lidmark (intervjuare/projektledare)
(ansvarig/högskolan)
Tel 08 520 683 94, mobil 070 742 79 57
Vintertullstorget 20
116 43 Stockholm
e-mail: lidmark@comhem.se

Bengt Wramner
Tel 021/10 31 87
Box 883
721 23 Västerås
e-mail: bengt.wramner@mdh.se

Angående deltagande i forskningsprojekt för att undersöka vårdgivarens inställning till och kunskaper om patienter som relaterar sina symtom till dentala material.

Jag ger härmed mitt medgivande att delta i den ovan beskrivna undersökningen och är beredd att avsätta tid för intervjun. Jag godkänner också att intervjun spelas in och att materialet används på det sätt som beskrivits i informationsbrevet.

Jag är medveten om att jag deltar helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan särskild motivering.

Stockholm xxx-xx-xx

Signatur.....

Namnförtydligande

Adress.....

Postadress..... Tel:.....

Presentations- och frågeguide

Läkares och tandläkares egna erfarenheter och upplevelser av att behandla patienter som relaterar sina symtom till dentala material och deras behov av stödfunktioner.

Presentation av undersökningen

Flera tidigare undersökningar har gjorts där patienter som relaterar sina symtom till dentala material ansett att de ofta blivit dåligt bemötta i vården. Hittills har ingen frågat läkare och tandläkare hur de upplever dessa patienter och vilka överväganden vårdgivaren gör vid diagnos och behandling.

Intervjuerna görs för att förbättra kunskaperna om vårdgivarens situation och studien bekostas av Socialstyrelsen och till viss del av Tandvårdsskedeförbundets forskningsfond. Forskningen utförs som ett forskningsprojekt vid Mälardalens högskola och etikprövningsnämnden i Uppsala har gjort en etisk granskning av projektet.

I denna intervju är det intressant att höra Din bild av dessa patienter, t.ex. vilka problem de har, varför de känner sig dåligt bemötta, om dessa patienter är ovanligt besvärliga eller om de har speciella eller orimliga krav på vården. Det är också intressant att få veta om Du tycker att Dina egna kunskaper är tillräckliga för att behandla dessa patienter, vilken kompetens som behövs, om du har önskemål om remittering till specialist etc. Även dina åsikter om andra mer strukturella förändringar som kan behövas för ett förbättrat omhändertagande är det angeläget att få ta del av.

Jag föreslår att du börjar med att beskriva patientgruppen t.ex. vilka symtom de har och vilken behandling du ger.

Frågor

- a) Vad anses vara orsak till de besvär och sjukdomssymtom som patienter vanligen relaterar till dentala material? (symtom, orsakssamband, andra problem)
- b) Vad anses vara orsak till att patienterna känner sig dåligt bemötta i vården? (patientens eget fel, vårdgivarens fel, kommunikationsproblem)
- c) Är de egna kunskaperna tillräckliga för att kunna diagnostisera och behandla dessa patienter? (varifrån kommer kunskaperna, vad betyder KDM och deras rapporter, kompetensutveckling)
- d) Hur anses samverkan mellan sjukvården och tandvården fungerar? (läkare och tandläkare, läkare och annan vårdpersonal)
- e) Vilket behov av kompetensutveckling finns för att bättre kunna omhänderta dessa patienter? (bemötandefrågor, psykosociala faktorer, provtagningsmetodik, genetik, biverkningar av dentala material)
- f) Vilka stödåtgärder behöver vårdgivaren förutom ökade kunskaper för att skapa ett bättre omhändertagande av dessa patienter? (samverkan tandvård och sjukvård, samverkan vårdcentral och psykiatri, remitteringsmöjligheter, provtagningsmetodik)
- g) Vilka strukturella förändringar av vården behövs för ett bättre omhändertagande av patienterna? (vårdteam, holistisk syn på patienten, komplementärmedicin)

