

# Oralkirurgins organisatoriska tillhörighet i SLL

Utvärdering

Rapport oktober 2008  
Bertil Koch



# Sammanfattning

---

Den 1 januari 2004 överfördes produktionsansvaret för sådan oralkirurgisk verksamhet som kräver ett sjukhus resurser från Folktandvården Stockholms län AB till Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Södersjukhuset AB. Omorganisationen förväntades medföra flera fördelar men nackdelar befarades också uppkomma. I denna rapport redovisas uppkomna effekter av förändringen. Oralkirurgisk verksamhet bedrivs även vid Institutionen för odontologi vid Huddinge sjukhus.

- Producenterna har uppfyllt avtalens krav: patienterna har fått erforderlig vård, vårdgarantins villkor har uppfyllts, faktureringen och uppföljningen har skett enligt avtalen.
- Överföringen har varit lyckad och patientsäkerheten och samarbetet inom sjukhusen har underlättats och förbättrats.
- De ekonomiska gränsdragningsproblemen har knappast minskat och administrationen har ökat.
- Den käkkirurgiska jouten fungerar väl men dras med ekonomiskt underskott.
- Kompetensutvecklingen hos personalen har ökat.
- Samarbetet med Folktandvården och de privata vårdgivarna har inte ändrats men skiljer sig mellan sjukhusen.
- Resurserna för dentoalveolär kirurgi i länet har inte minskat och är tillräckliga.
- Specialistutbildningen har inte påverkats men samarbetet mellan de olika utbildningsenheterna är svagt.
- Tandskötersketjänster har bytts ut mot tjänster för sjuksköterskor. Inga tandläkartjänster har bytt mot läkartjänster.
- Löneutvecklingen har blivit sämre än i Folktandvården och det fackliga samarbetet har försvårats.
- Förutsättningarna för tandläkarutbildningen är oförändrade.
- Gränsdragningen mellan oralkirurgi och sjukhustandvård/medicinsk tandvård/oralmedicin är oklar och bör förtydligas.
- Samarbetet mellan de käkkirurgiska klinikerna i länet bör förbättras både vad gäller vårdmetoder, utbildning, forskning och utvecklingsarbete.
- Det ifrågasätts om den sjukhusberoende oralkirurgiska verksamheten i länet bör bedrivas på tre olika sjukhus.
- Det saknas en aktuell sjukvård-/tandvårdsplan för oralkirurgi och oralmedicin för landstinget. En sådan bör tas fram.

# Uppdraget

---

Från och med den 1 januari 2004 överfördes produktionsansvaret för sådan oralkirurgisk verksamhet inom landstinget, som är beroende av sjukhusens resurser, från Folk tandvården Stockholms län AB till Karolinska universitetssjukhuset i Solna (KSS) och Södersjukhuset AB (SÖS). Ansvaret för att beställa vården ligger på Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f). I beställarens ansvar ligger att utvärdera hur gjorda beställningar utförs enligt avtalen.

HSN-f, uppdrog den 5 mars 2008 åt Bertil Koch Konsult att utvärdera oralkirurgins överföring till hälso- och sjukvården (HSVF 8040).

I uppdraget ingår att i en rapport redovisa

- hur producenterna under år 2007 uppfyllde avtalets krav
- om de förväntade fördelarna med överföringen har uppnåtts
- om befarade nackdelar har uppkommit
- vilka åtgärder som bör vidtas för att uppnå de avsedda syftena med överföringen.

Utredningsarbetet har bedrivits genom intervjuer och studier av skriftligt material. En förteckning över de intervjuade personerna finns i bilaga.

# Bakgrundsfakta

---

## Utredning och beslut

År 2001 gjordes en utredning inom dåvarande tandvårdsnämndens tandvårdsstab för att undersöka om huvudmannskapet för den sjukhusberoende oralkirurgiska verksamheten inom landstinget borde överföras från tandvården till hälso- och sjukvården på samma sätt som skett inom flera andra landsting. Gränsdragningen mellan tandvård och sjukvård inom detta område hade blivit allt otydligare och diskussioner om ”vem som skall betala” hade blivit allt vanligare mellan tandvården och sjukvården. Detta upplevdes som ett hinder för rationellt arbete och vara till förfång för vården.

Efter en bred remissbehandling beslutade tandvårdsnämnden enligt utredningens och förvaltningens förslag den 19 februari 2002 (ärende 10):

- att förslå landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige att i enlighet med utredningens förslag överföra beställaransvaret för den sjukhusberoende vården inom specialiteten oral kirurgi från Tandvårdsnämnden till Hälso- och sjukvårdsnämnden samt att överföra produktionsansvaret för vård, utbildning och forskning/utveckling inom ämnesområdet vid de oralkirurgiska klinikerna vid Karolinska sjukhuset respektive Södersjukhuset, bägge Folktandvården Stockholms län AB, till Karolinska sjukhuset respektive Södersjukhuset AB samt
- att ge Tandvårdsstaben i uppdrag att, så långt ankommer på tandvårdsnämnden, förhandla om förutsättningar i övrigt med Hälso- och sjukvårdsnämnden och andra kring ett överförande i enlighet med utredningens förslag.

Landstingsstyrelsen beslutade den 23 september 2003 (§ 202) att överföra produktionsansvaret för vård, utbildning och forskning/utveckling inom den sjukhusberoende vården inom specialiteten oral kirurgi från Folktandvården Stockholms län AB till Karolinska sjukhuset och Södersjukhuset AB fr.o.m. den 1 januari 2004 samt att fastställa riktlinjer för överförandet.

## Förväntade effekter

I utredningen listades ett antal fördelar/möjligheter respektive nackdelar/risker som kunde tänkas uppstå som följd av en överföring av verksamheten från tandvårdens till hälso- och sjukvårdens organisation.

### *Fördelar/möjligheter*

- Förbättrad patientsäkerhet genom i första hand gemensamma journaler

- Förbättrad daglig samverkan och arbetsgemenskap
- Minskade ekonomiska gränsdragningsproblem
- Förbättrad journalsamverkan
- Förbättrade utvecklingsmöjligheter

#### *Nackdelar/risker*

- Minskad tillgång till dentoalveolär kirurgi
- Otillräcklig specialistutbildning

Utredningen genomgick en bred remissbehandling där i synnerhet Folk-tandvården (Ftv), Praktikertjänst AB (Ptj), SACO och SKTF hade kritiska synpunkter. Dessa var i huvudsak följande:

- Risk att kompetensutvecklingen av tandvårdspersonalen inom HSN kommer i efterhand (SACO)
- Tandvårdsbefattningar övergår till sjukvårdspersonal (SKTF)
- Tillgången på dentoalveolär kirurgi, som inte är sjukhusberoende, blir för liten (Ftv)
- Rekryteringen av nya specialister försvåras (Ftv)
- Käkkirurgins deltagande i Ftv:s program för kompetenshöjning av allmäntandvårdens personal försvåras (Ftv + SKTF)
- Utveckling av den tandvård Ftv kan erbjuda allmänheten försvåras. (Ftv)
- Tveksamt om vården gagnas (Ptj)
- Samarbetet med den övriga tandvården försämras (Ptj)
- Kan studenterna få fullgod utbildning? (Ptj)
- Risk för att forskning kring dentoalveolär kirurgi och implantologi hämmas (Ptj)
- Risk för att konkurrensen kring dentoalveolär kirurgi snedvrids (Ptj)

I remissvaren från Karolinska sjukhuset och Södersjukhuset framhölls risken för underfinansiering av verksamheten.

#### **Oral kirurgi – käkkirurgi**

Den odontologiska specialiteten *oral kirurgi* omfattar kunskaper och färdigheter beträffande diagnostik och behandling av sjukdomar, skador och defekter i käkar och munhåla samt omgivande vävnader. Behandlingsmetoderna är företrädesvis kirurgiska, men även medikamentell och annan behandling kan ingå (SOSFS 1993:4 (M)).

För 30 år sedan var den kirurgiska verksamheten inom specialiteten i stort sett begränsad till s.k. dentoalveolär kirurgi, dvs. huvudsakligen kirurgiska ingrepp avseende tänderna och deras närmaste omgivning, exempelvis operativt avlägsnande av visdomständer, cystaoperationer, rotspetsoperationer och operationer för att förbättra underlaget för avtagbara proteser. Numera innefattas i specialiteten även öppen kirurgisk behandling av frakturer i käkarna och ansiktet, kirurgisk behandling av käkrelationsfel (ortognat kirur-

gi), käkledskirurgi, implantatkirurgi samt rekonstruktiv kirurgi för att i möjligaste mån återställa funktionen efter vävnadsförlust i samband med olycksfallsskador, tumörer, missbildningar etc. Inom specialiteten oral kirurgi diagnosticeras och handläggs även oralmedicinska sjukdomstillstånd. Oralmedicin omfattar allmänsjukdomar och manifestationer i munhålan. Det kan bl.a. röra sig om slemhinneförändringar och växt av både godartade och elakartade tumörer. Oralmedicin omfattar även tandfyllningsrelaterade slemhinneförändringar och reaktioner i käkben och slemhinnor efter avslutad cancerbehandling.

Förändringen av innehållet i specialiteten avspeglas i den förändring av namnet på specialiteten som skett genom åren - från tandkirurgi till tandsystemets kirurgiska sjukdomar till det nuvarande officiella namnet oral kirurgi. De flesta klinikerna för oralkirurgi i landet benämns numera käkkirurgiska kliniker. I Socialstyrelsens rapport Tandläkarnas specialistutbildning – en översyn (art. nr 2006-107-17) föreslås att namnet på specialiteten ändras till käkkirurgi, som bättre anses spegla specialitetens innehåll. De kliniker vid SÖS och KSS som omfattades av överföringen benämner sig käkkirurgiska kliniker.

### Planeringsansvaret

Oavsett den oralkirurgiska specialistvården definieras som tandvård eller hälso- och sjukvård har landstinget ansvar för planeringen av vården. 8 § tandvårdslagen (1985:125) och 7 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger att landstinget skall planera sin tandvård respektive hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen av vården skall avse även den vård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. I båda lagarna anges att landstinget i planeringen skall samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. Eftersom det numera inte finns någon särskild tandvårdsnämnd i Stockholms läns landsting, ligger hela planeringsansvaret hos hälso- och sjukvårdsnämnden. Landstinget har också ansvar för utbildning av specialister inom bl.a. oral kirurgi. Det finns inte någon aktuell plan för hälso- och sjukvården eller tandvården som tar upp hur den oralkirurgiska specialistvården skall utformas i länet.

### Avtal

Med den nuvarande organisationen inom landstinget tecknas årliga avtal om sjukhusberoende oralkirurgisk vård mellan beställaren HSN-f och SÖS, KSS samt Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet, Huddinge (IO). Avtalen med de tre vårdgivarna är i allt väsentligt likalydande. Med Folktandvården finns dessutom avtal om oralkirurgisk vård för barn och ungdomar, som inte kräver sjukhusets resurser.

För sådan oralkirurgisk specialistvård för vuxna, som inte kräver sjukhusets resurser, finns inga avtal. Den vården finansieras helt av patientavgifter och ersättningar från försäkringskassan.

# Resultat och kommentarer

---

Redovisningen av vad som framkommit under intervjuerna disponeras efter förutsättningarna för uppdraget, dvs.

- hur producenterna under år 2007 uppfyllde avtalets krav
- om de förväntade fördelarna med överföringen har uppnåtts
- om befarade nackdelar har uppkommit

## Avtalets krav

Avtalen mellan HSN:f och KSS respektive SÖS är i stort sett likalydande. Kraven kan uttryckas på följande sätt:

att tillhandahålla oralkirurgisk vård som kräver sjukhusets resurser efter remiss,

att tillhandahålla narkos/intravenös sedering vid oralkirurgisk behandling,

att ge konsultationer till allmäntandläkare och till enheter inom sjukhuset,

att vårdgarantin skall gälla

att väntetiden för undersökning och behandling inte bör överskrida sex månader samt

att fakturering och uppföljning skall ske efter vissa fastställda regler.

Allt tyder på att patienter som remitterats till någon av de käkkirurgiska klinikerna har fått erforderlig vård, inklusive vård under narkos/sedering och att konsulterande tandläkare/läkare fått den hjälp som önskats.

Vårdgarantins villkor har uppfyllts, nämligen att tid för undersökning skall erhållas inom 30 dagar efter remiss och att behandling skall ske inom 90 dagar efter beslut om operation. Detta gäller sådan sjukhusberoende oralkirurgi som omfattas av avtalet. När det gäller övrig oralkirurgi, dvs. sådan som icke är beroende av sjukhusets resurser och som betalas av patienten och försäkringskassan, kan väntetiderna för operation vara längre. Som exempel nämns borttagande av icke symtomgivande retinerade visdomständer. För sådan behandling finns emellertid andra vårdgivare i länet, hos vilka väntetiderna är kortare.

Faktureringen har skett enligt reglerna i avtalet och årliga fördjupade uppföljningar med beställaren har genomförts.

Avtalen om oralkirurgi är sidoavtal till huvudavtalen med respektive sjukhus. Med IO är det ett direktavtal. Det förs diskussioner om att inarbeta oralkirurgin i sjukhusens huvudavtal. Debiteringen sker i dag efter en särskild åtgärds- och prislista, den s.k. K-listan. Listan omfattar ett femtiotal oralkirurgiska åtgärder med priser. Försök pågår med att parallellt registrera



K-åtgärderna enligt DRG- systemet inom vilket ersättning erhålls efter antal DRG-poäng. Diagnosis Related Groups (DRG) är egentligen ett system för patientklassificering avsett för slutenvård på akutsjukhus. Det har framförts att DRG-systemet inte är lämpligt för den käkkirurgiska verksamheten och att "K-systemet" fungerar väl.

### Förväntade fördelar

Förväntningarna var stora inför omorganisationen, såväl från sjukhusens sida som från oralkirurgerna vid de berörda klinikerna. Den övriga personalen var mer avvaktande. De främsta fördelarna ansågs i korthet vara att utvecklingsmöjligheterna skulle gynnas och att synen på patienten ur ett helhetsperspektiv skulle underlättas. De ekonomiska gränsdragningsproblemen borde också kunna minska.

Den samlade uppfattningen från klinikcheferna och sjukhusledningarna är att överföringen varit mycket lyckad och att *samarbetet* har underlättats. Både vid KSS och vid SÖS utgör käkkirurgin egna kliniker och ledningarna anser sig ha stor frihet att utforma verksamheterna efter egna önskemål. *Patientssäkerheten* har också ökat genom att journalsystemen numera är enhetliga och att operations- och narkosplanering sker lättare i gemensamma system. De käkkirurgiska klinikernas personal deltar fortbildningsprogrammen inom sjukhusen, vilket bidrar till den egna utvecklingen.

*De ekonomiska gränsdragningsproblemen* har inte minskat och räkningar skall fortfarande skickas till flera olika instanser när det gäller den vård som omfattas av avtalen/beställningarna från HSN:f. Till denna skall, som tidigare nämnts, skall skickas räkningar månadsvis över merparten av vården. Räkningar på oralkirurgisk vård som utförs på barn och ungdomar skall skickas till Folktandvården, på s.k. nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling enligt särskilda regler skall skickas till beställarens tandvårdsenhet och räkningar på övrig tandvård åt vuxna som inte kräver sjukhusets resurser skall skickas till försäkringskassan. Dessutom skall patienterna betala avgifter enligt flera olika system.

*Administrationen* tycks ha ökat efter överföringen till sjukvården, vilket kan bero på att Folktandvården utgjorde en plattare och mindre organisation.

Samverkan inom *den käkkirurgiska jouren* fungerar väl. Förutom KSS deltar SÖS och IO i verksamheten. Jouren administreras från KSS, som också har de ekonomiska resurserna och ansvaret. Problemet är att verksamheten går med ekonomiskt underskott, ca 1 miljon kronor per år. Ersättningen från beställaren uppgick till 3,24 miljoner kronor år 2007.

### Befarade nackdelar

*Kompetensutvecklingen hos tandvårdspersonalen* efter överflyttningen till sjukvårdsorganisationen har inte minskat. Tvärtom har det varit lättare för

personalen att komma med i sjukhusens internutbildningsprogram och de käkkirurgiska klinikerna deltar själva i utbildningen av sjukvårdspersonalen.

*Samarbetet med Folktandvården* och deltagandet i dennas utvecklingsprogram för sin personal har knappast förändrats. Kliniken på SÖS har ett brett samarbete med Folktandvården och har flera avtal om samarbete när det gäller oralkirurgisk verksamhet. Kliniken deltar även i Folktandvårdens interutbildningsprogram. KS-kliniken är inte alls engagerad. Detta torde emellertid inte vara en följd av omorganisationen. Kliniken anser inte att dess tjänster efterfrågas. Folktandvården upplever det som om sjukhusets behov prioriteras framför önskemålen från Folktandvården om hjälp med dentoalveolär kirurgi och kompetensutveckling av allmäntandvårdens och specialisttandvårdens medarbetare.

Möjligheterna för allmäntandläkare inom såväl Folktandvården som privattandvården att remittera patienter för *dentoalveolär kirurgi* befarades minska. Folktandvårdens kapacitet var i stor utsträckning koncentrerad till de käkkirurgiska klinikerna på KS och SÖS. Den dentoalveolära kirurgin, i första hand borttagande av retinerade visdomständer och insättning av implantat för protetiska kronor och broar, är i allmänhet inte beroende av ett sjukhus resurser. En stor del av dentoalveolära kirurgin i länet utförs av privatpraktiserande oralkirurger utan sjukhusanknytning.

Ingenting tyder på att allmäntandläkarnas remissmöjligheterna har försämrats när det gäller dentoalveolär kirurgi. Visserligen finns väntetider såväl vid KSS som vid SÖS för oprioriterade fall, t.ex. för icke symtomgivande retinerade visdomständer, där den vid SÖS uppgår till ca fem månader och vid KSS till ca åtta månader. Tidigare uppgick dock väntetiden tidigare vid KSS för dessa fall till över två år. Totalt sett anses tillgången på dentoalveolär kirurgi vara god i landstinget.

*Specialistutbildningen* fortgår i oförändrad omfattning. Specialistutbildningsplatserna finansieras genom separata avtal med HSN:f, genom avtal med andra landsting och med egna medel. Det finns inte något samarbete när det gäller specialistutbildningen mellan KSS och SÖS respektive IO. Däremot samarbetar SÖS och IO när det gäller de teoretiska delarna i utbildningen. Frånvaron av bredare samarbete är dock inte en följd av omorganisationen. Det borde finnas kvalitetsmässiga och ekonomiska fördelar med ett bättre samarbete inom specialistutbildningen. ST-tandläkarna skulle då få erfarenheter från behandlingen av ett större antal komplicerade fall och besparingar kunna göras genom en gemensam teoretisk utbildningsdel.

Farhågan att *tjänster för tandvårdspersonal skulle bytas ut* mot tjänster för läkare och sjuksköterskor har delvis besannats. Detta har skett vid KSS där två tandskötersketjänster efter sammanslagningen har bytts ut mot tjänster för två sjuksköterskor, en operationssköterska och en administrativ sköterska som kan sjukvårdsorganisationen, dess kultur, attityder och förhållningssätt. Flera utbyten kan komma att ske i framtiden. Tandsköterskeutbildningen, som har fokus på oral hälsa och teamtandvård, uppfyller inte

flera av de krav som ställs för arbete på en käkkirurgisk klinik. Inga tjänster för tandläkare har omvandlats till tjänster för läkare.

*Löneutvecklingen* för såväl tandläkare som tandsköterskor har blivit sämre inom sjukvården än inom Folktandvården. Den fackliga verksamheten kompliceras av att de lokala förhandlingarna för tandläkarna sker mellan sjukhusen och Tjänstetandläkarnas centrala organisation och inte med lokala företrädare som inom Folktandvården.

Det framfördes före omorganisationen att överflyttningen av verksamheten till sjukvården skulle kunna medföra att *forsknings- och utvecklingsarbetet* kring i första hand implantologi hämmades. Forskningsprojekten är långsiktiga och det har ännu gått för kort tid för att dra några slutsatser om utvecklingen. Allmänt har det emellertid framkommit att resurserna för forsknings- och utvecklingsarbete inte utnyttjas på bästa sätt. Splittringen på tre käkkirurgiska kliniker i länet, inklusive den på IO, ger dåliga förutsättningar. Det förs inga gemensamma kritiska diskussioner och evidensbaserad vid prövning av nya metoder och material.

Omorganisationen har inte påverkat förutsättningarna för *tandläkarutbildningen*. All personal vid IO är anställd av staten och landstinget har inget ansvar för tandvården i samband med utbildningen och forskningen vid IO.

## Övrigt

Gränsen mellan vad som betraktas som oralkirurgi och sjukhustandvård, som benämns medicinsk tandvård i Stockholm, är oklar. En annan disciplin i gränslandet är oralmedicin. I vissa landsting är begreppen sjukhustandvård och oralmedicin synonyma. Vid SÖS har Folktandvården en mottagning för medicinsk tandvård som är inrymd i den käkkirurgiska klinikens lokaler och samarbetet uppges fungera bra. Vid KSS har Folktandvården en mottagning för medicinsk tandvård vägg i vägg med den käkkirurgiska kliniken men något samarbete finns av tradition inte. Den käkkirurgiska kliniken har t.ex. tillsatt en egen tjänst för en allmäntandläkare inom ämnesområdet oralmedicin. Kliniken för medicinsk tandvård vid KSS har å sin sida inrättat en deltidstjänst för en oralkirurg vid Danderyds sjukhus. Det förefaller rimligt att mottagningar för oral medicin och käkkirurgi är samordnade på ett sjukhus. På så sätt bör revirstrider kunna undvikas och kontakterna förenklas med övriga verksamheter på sjukhuset.

Flera av de intervjuade har uppfattningen att det finns för få avancerade oralkirurgiska fall i länet för att behandlingen av dessa skall splittras på tre kliniker vid tre sjukhus. Det anses också fel att utföra okomplicerad dentoalveolär kirurgi i sjukhusmiljön. Dessa ingrepp borde kunna utföras på mottagningar utanför sjukhusen som samarbetar med en käkkirurgisk klinik på sjukhus. Specialistutbildningen borde också bli bättre om den koncentreras till en klinik där fler avancerade ingrepp utförs. Flera anser att en utred-

ning borde göras om oralkirurgins och oralmedicinens framtida organisation i länet. Många pensionsavgångar förestår både bland oralkirurgerna och bland övrig personal. Detta underlättar en eventuell strukturförändring. Vid en sådan är det viktigt att IO integreras genom samarbetsavtal så att den kliniska verksamheten, som är nödvändig för undervisningen och forskningen inte äventyras.

Bristen på samarbete mellan de käkkirurgiska klinikerna har lyfts fram. Likaså har det pekats på bristen på samsyn när det gäller vårdprogram och behandlingsmetoder. Någon övergripande plan finns inte för hur den oralkirurgiska verksamheten skall vara organiserad i länet för att på bästa sätt svara mot vårdens behov, behovet av kunskapsöverföring mellan den oralkirurgiska specialiteten och övriga odontologiska specialiteter och allmäntandvården samt hur samarbetet skall ske inom de olika specialistutbildningarna. Det är tydligt att en plan bör arbetas fram. Därvid måste beaktas inte bara den sjukhusanknutna oralkirurgin utan även Folktandvårdens och den privata sektorns intressen. Gränsdragningen och samverkan mellan Folktandvårdens medicinska tandvård och oralkirurgin bör också klargöras.

## Förteckning över intervjuade personer

Tore Broström, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning  
Ing-Marie Browallius, skyddsombud SKTF, Karolinska sjukhuset, Solna  
Annika Dovander, tandsköterska, SKTF  
Christer Engström, övertandläkare, Folktandvården  
Anders Eriksson, klinikchef käkkirurgi, Karolinska sjukhuset Solna  
Per Gillström, bitr. sjukhusdirektör, Karolinska sjukhuset, Solna  
Anders Heimdahl, professor, Institutionen för Odontologi, Huddinge  
Ulf Norming, verksamhetschef, Södersjukhuset  
Nomi Näsström, klinikchef medicinsk tandvård, Folktandvården  
Mats Olsson, ombudsman, SACO  
Irene Smedberg, utvecklingschef, Folktandvården  
Roine Thorman, klinikchef medicinsk tandvård, Folktandvården  
Karin Wannfors, klinikchef käkkirurgi, Södersjukhuset  
Chaim Zlotnik, tandläkare, SACO