

Översyn av organisation och finansiering av det nationella systemet för tandläkarnas specialisttjänstgöring

Innehåll

1. Sammanfattning.....	2
2. Inledning.....	2
3. Uppdrag.....	3
4. Genomförande	3
5. Dagens tandvårdsmarknad - bakgrund	4
Lagstadgade krav.....	4
Vuxentandvård	4
Besöksfrekvens.....	6
Förbättrad tandhälsa.....	6
Geografiska variationer och socioekonomiska skillnader.....	6
Fler kvinnor än män blir tandläkare	6
Tandvård jämfört med övrig hälso- och sjukvård	6
6. Förstudiens analys och förslag	7
A. Förstudien ska på ett tydligt sätt belysa både fördelar och nackdelar, utmaningar och möjligheter med nuvarande system för tandläkarnas ST-utbildning - analys.....	7
Tandläkarnas ST – historiskt perspektiv och nuvarande situation	7
Regionernas ansvar för tandläkarnas ST-utbildning	8
Utbildningsplatser och finansiering	9
Odontologiska kunskapsnoder.....	11
Arbetet i SATS-grupperna.....	11
B. Förslag på 3 modeller för framtida nationell finansieringsmodell	13
Alternativ 1	13
Alternativ 2	13
Alternativ 3	17
C. Framtida utmaningar och möjligheter	18
Ytterligare kvalitetshöjande åtgärder	18
Forskningskompetens	18
Finansiering	19
Nationell sammanhållning	19

1. Sammanfattning

Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialisttjänstgöring (NSATS) har på uppdrag av nätverket för Sveriges regiondirektörer, under 2019/2020 utrett organisering och finansieringen av tandläkarnas solidariskt finansierade ST-utbildning. Utredningen har genomförts av en utsedd arbetsgrupp respektive referensgrupp med ledamöter/representanter från Folktandvården, Privattandvården, regionernas beställarenheter och studierektorsgruppen för tandläkarnas ST-utbildning.

Resultatet av utvärderingen redovisas i denna rapport som består av en inledande del om tandvården i Sverige för att ge en bakgrund i skillnader mellan tandvård och hälso- och sjukvård, en beskrivning av bakgrund och nuläge av det befintliga systemet för den nationella solidariskt finansierade ST-utbildningen, en kort sammanfattning av intervjuer med tandvårdsdirektörer och slutligen förslag på modeller (3 alternativ) för framtida upplägg och nationell finansieringsmodell av tandläkarnas ST-utbildning.

Under utredningens gång har arbetsgruppen träffat olika grupperingar, däribland SKR:s tandvårdsnätverk, Folktandvårdsföreningen, NSATS-gruppen liksom enskilda intervjuer med tandvårdschefer/-direktörer från huvuddelen av de 21 regionerna.

Sammantaget anser den helt övervägande majoriteten av de intervjuade att NSATS är väletablerat och även fortsättningsvis bör vara den sammanhållande nationella kraften för att ge förutsättningar för en högkvalitativ specialistutbildning av tandläkare, med en regional spridning av utbildningarna och bra rekryteringsförutsättningar för regionerna.

Ett missnöje finns dock hos flera företrädare för de regioner som inte har en nationellt utsedd utbildningsnod (se sid 10) eftersom det upplevs svårt att rekrytera solidariskt finansierade examinerade specialisttandläkare från utbildningsnoderna. I en av de modeller som finns föreslagna (alternativ 2) fokuseras på att lösa denna problematik.

Totalt är antalet ST-tandläkare i Sverige ungefär lika stort som antalet ST-läkare i en normalstor svensk region, cirka 230. Detta gör att det finns all anledning att ha ett nationellt perspektiv på tandläkarnas ST-utbildning. Utöver de tre regionerna med störst befolkning är bedömningen att de samlade förutsättningarna för att helt på egen hand bedriva specialistutbildning saknas i regionerna.

2. Inledning

Sedan den 1 juni 2018 gäller nya föreskrifter från Socialstyrelsen avseende tandläkares specialiseringstjänstgöring (ST), vilka pekar ut behovet av att en ny specialitet för tandläkare, *orofacial medicin*, inrättas med nya utbildningsplatser (HSLF-FS 2017:77).

Den 15 mars 2019 ställde sig därför regionsdirektörsnätverket bakom ett förslag att inrätta och finansiera tolv platser för ändamålet, men lyfte samtidigt med detta behov av att göra en genomlysning av dagens modell. Nu gällande regelverk har beslutats av dåvarande Landstingsförbundets styrelse i mars 1995 och reviderats 2004.

3. Uppdrag

Syftet med denna rapport är att ge uppdragsgivarna, regiondirektörerna, en bild av nuläget samt en bedömning av de förhållanden som råder och som ett underlag för beslut om eventuella förändringar i organisationen av tandläkarnas ST-utbildning och dess finansiering.

Följande leveranser önskades:

- A. Förstudien ska på ett tydligt sätt belysa både fördelar och nackdelar, utmaningar och möjligheter med nuvarande system.

Förstudien kan, om NSATS bedömer det lämpligt, även peka ut konkreta förslag på fortsatt hantering, t.ex.

- B. framtagande av alternativa upplägg/modeller.
- C. behov av fortsatt utredning

Enligt planering skulle utredningen redovisas under 2019 men uppdragets komplexitet ledde till att förlängd utredningstid beviljades. Under våren 2020 drabbades världen av Coronapandemin vilket lett till att preliminärt datum för överlämning av rapport är september 2020.

4. Genomförande

Uppdraget från regiondirektörerna att genomföra förstudien gick till nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialisttjänstgöring (NSATS) att på valfritt sätt organisera arbetet och utse lämpliga personer som kunde ansvara för det mer operativa arbetet. Tandvårdsdirektör Agnetha Bartoll, som är ordförande i NSATS, beslutade om nedanstående struktur på förstudien som benämns "Översyn av organisation och finansiering av det nationella systemet för tandläkarnas specialisttjänstgöring".

Arbetet för att besvara ovanstående frågeställningar har letts av en arbetsgrupp som samarbetar med en referensgrupp (se nedan).

Arbetsgrupp:

Projektledare Per Tidehag

Representant Folktandvården Göran Stegersjö

Representant NSATS studierektorer Håkan Nilsson

Representant SKR Gunilla Thörnwall Bergendahl, adjungerad Anna-Clara Olsson

Referensgrupp:

Representant Folktandvården Tomas Josefsson

Representant Studierektor Charlotta Svanberg

Representant beställarfunktion Karin Hammarlund

Representant Privattandläkarna Johan Karsten

Utredningen är baserad på telefonintervjuer med tandvårdsdirektörer/tandvårdschefer samt i vissa fall med specialisttandvårdschefer. Alla intervjuer utgick från samma frågeställningar, men med anpassning till respektive intervjutillfälle. Ambitionen var att genom urvalet ge en så bred bild av nuläget som möjligt. Utöver detta har synpunkter inhämtats från fakulteternas företrädare och nationella studierektorsgruppen. Tandvårdsdirektörerna har dessutom besvarat enkät om finansiering och uppföljande frågor i de fall där oklarheter förelegat. Workshop har hållits med referensgruppen liksom presentationer/diskussion med SKR:s tandvårdsnätverk och NSATS centrala grupp.

Resultatdelen inleds med ett avsnitt om *Dagens Tandvårdsmarknad* för att skapa förståelse för förutsättningar för specialistläkare, specialisttandläkare och deras respektive ST-utbildningar, främst beroende på olika finansieringsformer.

5. Dagens tandvårdsmarknad - bakgrund

Förutsättningarna för att bedriva tandvård skiljer sig markant åt från att bedriva övrig hälso- och sjukvård. Den största skillnaden är den stora andelen privat tandvård jämfört med hälso- och sjukvård samt att det inom vuxentandvården sedan år 1999 råder fri prissättning och fri etableringsrätt. Patienterna har också rätt att välja de vårdgivare de vill även inom den avgiftsfria barn och ungdomstandvården.

Lagstadgade krav

Av tandvårdslagen (1985:125) framgår att regionerna har en skyldighet att erbjuda en god tandvård till de som är bosatta eller vistas inom regionen ¹. Tandvård som regionen självt bedriver benämns folktandvård. En region får sluta avtal med någon annan att utföra de uppgifter som regionen och folktandvården ansvarar för. Med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård ska regionerna planera tandvården. Regionerna ska även se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård ².

Vuxentandvård

Patienten betalar en stor del av tandvården själv, cirka 80 procent av tandvårdskostnaden står patienterna för. Staten bidrar med ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) för alla och ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) för de som har en funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa. ATB kan användas till all ersättningsberättigad tandvård och STB kan användas till förebyggande tandvård. Utöver dessa bidrag finns ett högkostnadsskydd.

Högkostnadsskyddet innebär att staten står för en del av tandvårdskostnader för den del som överstiger 3000 kronor eller mer enligt referensprislistan. Därefter får patienten följande ersättning:

- 50 procent av kostnader som överstiger 3000 kronor enligt referensprislistan³

¹ 5 § tandvårdslagen (1985:125)

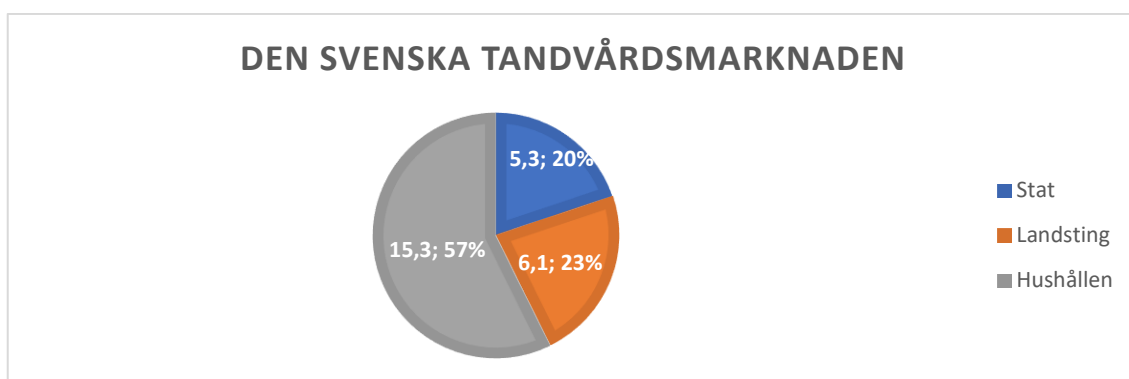
² 8 § tandvårdslagen (1985:125)

³ Om tandläkaren tar ut ett högre pris än referenspris för någon åtgärd som ingår i behandlingen betalar patienten 100 % för denna överskjutande del.

- 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor enligt referensprislistan

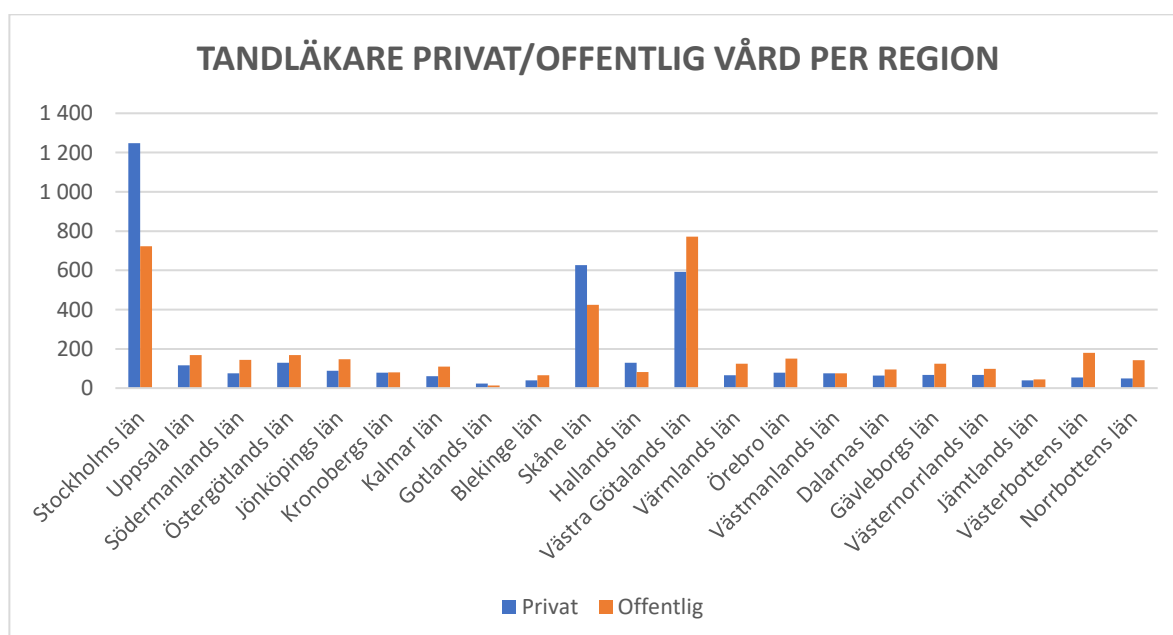
Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift finansieras av regionerna och avser patienter med

- långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
- varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser eller som omfattas av LSS
- behov av tandvård som led i sjukdomsbehandling
- behov av viss oralkirurgisk behandling
- behov av som behöver akuttandvård och är asylsökande eller papperslösa flyktingar



Figur 1. Fördelning kostnader tandvård 2017 (miljarder kr; %)⁴.

Det finns både offentliga och privata vårdgivare. De offentliga vårdgivarna, Folktandvården, finns i samtliga 21 regioner med cirka 880 mottagningar. I fem landsting bedrivs Folktandvården i bolagsform. De privata vårdgivarna behandlar ca 60 % av den vuxna befolkningen medan folktandvården behandlar drygt 80 % av barn- och ungdomar.



Figur 2. Relation privat och offentlig verksamma tandläkare i regionerna år 2017⁵.

⁴ Enligt uppgift från TLV.

⁵ Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

Relationen mellan offentligt anställda tandläkare och privata tandläkare varierar relativt mycket mellan olika regioner, som framgår av bilden.

Besöksfrekvens

Socialstyrelsens statistik ⁶ kring besöksfrekvens och patienternas tandhälsa visar att större del av befolkningen besöker tandvården regelbundet, även om det finns skillnader beroende på kön, utbildningsnivå och bosättningsort. Åren 2014–2016 hade 77 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) besökt tandvården någon gång. Fler kvinnor (81 procent) än män (74 procent) besökte tandvården under en treårsperiod.

Förbättrad tandhälsa

För personer i åldern 60–90 år har antalet kvarvarande tänder ökat med i genomsnitt drygt en tand mellan 2010 och 2016. Då hade 75-åringarna 25 egna tänder medan 90-åringarna hade 20 stycken. Ur ett livskvalitetsperspektiv handlar det om genomgripande förändringar. I åldersgruppen 60–74 år utgörs det ökande antalet tänder av intakta, tidigare ej lagade tänder, medan det i åldersgruppen 75–90 år ofta utgörs av en tidigare lagad tand.

En befolkning som får allt bättre tandstatus samtidigt som de äldre behåller alltfler tänder har medfört ökad efterfrågan av tandhygienister, som fokuserar på prevention och att hålla patienten frisk. I vissa folktandvårdsorganisationer överstiger relationen mellan tandhygienist och tandläkare 1:1.

Geografiska variationer och socioekonomiska skillnader

Vid liknande tandproblem kan olika behandlingar väljas. Vissa behandlingar är dyrare för patienten medan andra är billigare. Socialstyrelsen konstaterar också att åtgärder som utförs på patienten skiljer sig mycket åt beroende på patientens bostadsort och utbildningsbakgrund. Att få en fyllning utförd var exempelvis minst vanligt i Halland, medan Norrbotten utmärker sig med höga andelar som gjorde fyllningar och även tandutdragningar.

Fler kvinnor än män blir tandläkare

Läsåret 2016/17 examinerades totalt 267 tandläkare från utbildningar i Sverige, varav 191 var kvinnor och 76 var män. Det totala antalet examinerade tandläkare har ökat under de senaste tio läsåren och majoriteten har hela tiden varit kvinnor ⁷.

Tandvård jämfört med övrig hälso- och sjukvård

Lika många med behov avstår från tandvård som från annan hälso- och sjukvård. Kostnaderna för tandvård för en enskild person är högre än för övrig hälso- och sjukvård om man ser till direkta egenavgifter. Jämförelser med besöksfrekvens inom hälso- och sjukvården visar att det trots detta är ungefär samma andel som avstår från övrig hälso- och sjukvård som avstår från tandvård trots behov⁸.

⁶ Socialstyrelsen, 2017, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård - Lägesrapport 2017.

⁷ Socialstyrelsen, 2018, Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård.

⁸ Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2019*

Sverige och Norge finansierar vuxentandvården på olika sätt, men enligt en undersökning från Socialstyrelsen⁹ är besöksmönstren överensstämmande. I både i Norge och Sverige avstår personer med låg inkomst och låg utbildning från tandvård och de besöker tandvården i lägre utsträckning än personer med hög inkomst och högre utbildning. Trots att Norge och Sverige har skillnader i finansieringen av tandvården är inkomst- och utbildningsnivå viktiga för både en god tandhälsa och sannolikheten för att besöka tandvården.

Likheterna i besöksmönster mellan de olika tandvårdssystemen i Sverige och Norge samt mellan den svenska tandvården och hälso- och sjukvården tyder på att det finns fler orsaker än kostnaderna som gör att vissa grupper avstår från vård. Det som framkommer i många utredningar och rapporter är att utbildningsnivå och socioekonomiska faktorer har en avgörande betydelse för om en person avstår från vård trots behov.

6. Förstudiens analys och förslag

A. Förstudien ska på ett tydligt sätt belysa både fördelar och nackdelar, utmaningar och möjligheter med nuvarande system för tandläkarnas ST-utbildning - analys.

För att förstå dagens system med både nationell solidarisk finansiering och regionernas egenfinansiering görs en beskrivning nedan.

Tandläkarnas ST – historiskt perspektiv och nuvarande situation

Huvuddelen av den tandvård som utförs inom det statliga tandvårdsstödet är allmäntandvård. Vården bedrivs vid folktandvårdskliniker och privata mottagningar. Ett entydigt gränssnitt mellan allmän- och specialisttandvård finns inte. Gränssnittet mellan allmän- och specialisttandvård kan beskrivas som en kompetensnivå. Ovan denna nivå är det relevant att allmäntandvården remitterar till specialisttandvården. Den allmänpraktiserande tandläkarens kompetensnivå varierar mellan olika specialiteter. När hen inte når gränsvån ska i första hand patienten hänvisas till kollega inom allmäntandvården.

Specialisttandvårdens huvudsakliga uppgifter är att

- behandla patienter som remitteras från allmäntandvården
- vara odontologisk remissinstans till sjukvården
- förmedla kunskap till allmäntandvården
- bedriva utvecklingsarbete och forskning

Dessutom behöver även tandläkarutbildningarna vid universiteten specialister som lärare och forskare. Specialister är även verksamma inom myndigheter och organisationer. Av tandläkarna är cirka 12 % specialister. Detta är en markant skillnad i jämförelse med läkarna vilket har sin förklaring i att allmäntandvård, till skillnad från allmänmedicin, inte är en specialitet.

⁹ Socialstyrelsen, 2017, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård - Lägesrapport 2017.

Odontologin har 9 specialiteter (inom parentes antal verksamma i riket 2017)

- Bettfysiologi (42)
- Endodonti (61)
- Käkkirurgi (152)
- Oral protetik (144)
- Oral radiologi (tand/48)
- Orofacial medicin (ny specialitet 2019)
- Ortodonti (245)
- Parodontologi (95)
- Pedodonti (87)

Den tandläkare som vill uppnå specialistkompetens ska utöva allmän tandläkarpraktik under minst två år efter att ha erhållit legitimation som tandläkare. Tandläkaren ska därefter förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivs för specialistkompetens genom specialiseringstjänstgöring under minst tre år. Den ska fullgöras genom tjänstgöring som tandläkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning. Meriter från utbildning på forskarnivå får tillgodoräknas. De kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ST-tandläkaren ska utveckla för att uppnå specialistkompetens återges som kompetenskrav i respektive specialitets målbeskrivning.

De enskilda ST-tandläkarna har olika erfarenheter och kompetens. ST-tjänstgöringen måste därför planeras utifrån de krav som ställs i målbeskrivningarna och den enskildes förutsättningar att uppnå målen. Det är i första hand ett ansvar för verksamhetschef och huvudansvarig handledare att bedöma när målen är uppfyllda. Att ST är en målstyrd utbildning innebär också att verksamhetsansvariga, professionsföreträdare, med flera har ett ansvar för att skapa innehåll i utbildningen och för att utveckla utbildningens kvalitet.

Tandläkarnas specialistutbildning regleras sedan 2018-06-01 i HSLF-FS 2017:77 som ersatt SOSFS 1993:4. Under en femårig övergångsperiod kan de tandläkare som påbörjat sin utbildning enligt SOSFS 1993:4 genomföra den inom detta regelverk. HSLF-FS 2017:77 anger tydligt att det är en målstyrd tjänstgöring med utbildningsinslag. Vidare har till skillnad från SOSFS 1993:4 ansvarsfördelningen ändrats vad gäller handledning. Begreppet huvudansvarig handledare har införts och ersatt den tidigare benämningen huvudhandledare. Den huvudansvarige handledaren ska vara verksam vid den klinik där utbildningen genomförs. Det kravet fanns inte på den tidigare funktionen huvudhandledare. Istället var en disputerad specialist verksam vid någon av utbildningsnoderna ansvarig för den teoretiska delen i utbildningen. Till den kliniska kopplades en klinisk handledare. I och med denna förändring av handledarfunktionen öppnas möjligheter att bedriva utbildning på fler kliniker än tidigare. Viktigt är dock att notera att kvalitetskraven på innehåll i utbildningen både vad gäller klinik och teori inte sänkts.

Regionernas ansvar för tandläkarnas ST-utbildning

Regionerna (tidigare landstingen) har sedan början av 1990-talet ansvaret för specialistutbildningen. I detta ansvar ingår behovet i den offentligt drivna vården, universitetens och privattandvårdens behov. Dåvarande Landstingsförbundets styrelse beslutade i mars 1995 att rekommendera att specialiseringstjänstgöringen för tandläkare

skulle finansieras gemensamt av landstingen. Härigenom föddes ett nationellt landstingsfinansierat system.

Stockholms läns landsting lämnade 2001 den nationella finansieringen vilket var ett av skälen till en översyn av systemet gjordes 2003¹⁰. Året därpå fattades beslut om nuvarande modell. Stockholm läns landsting anslöt sig då åter till systemet. Samtidigt beslutades vilka landsting som skulle utbilda de nationellt finansierade platserna, vilka kom att bli dagens kunskapsnoder.

Som en följd av Landstingsförbundets beslut bildades SATS (Samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring). Denna grupp har sedan utvecklats till NSATS (Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring) som står för det nationella perspektivet och fem RSATS (Regionala samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring) som står för de regionala perspektiven.

NSATS sammansättning är

- två representanter från vardera Norra, Östra, Västra och Södra RSATS
- tre representanter från Mellersta RSATS (på grund av dess storlek)
- en representant för fakulteterna
- en representant från SKR
- en representant från Socialstyrelsen
- en representant för studierektorerna

De fem RSATS-områdena är

- Norra ST-regionen (BD, AC, Z och Y)
- Mellersta ST-regionen (C, D, E, F, S, T, U, W och X)
- Östra ST-regionen (AB och I)
- Västra ST-regionen (O)
- Södra ST-regionen (G, H, K, M och N)

Medlemmarna i RSATS består av representanter för

- regionernas beställare
- folktandvården
- lärosätena (Umeå, Stockholm, Göteborg och Malmö)
- privattandvården (där de utsett en representant)
- studierektorerna

Utbildningsplatser och finansiering

Landstingsförbundets beslut innebar också att en nationell finansieringsmodell för utbildningsplatser, NSATS-platser, togs fram. Detta nationella finansieringssystem innebar att landsting bidrog i relation till sin befolkningsstorlek. Antalet utbildningsplatser fastställdes och ersättningen för varje plats.

¹⁰ Landstingsförbundet 2003, Dnr Lf 0159/09.

Kostnaden för varje landsting räknades fram av Landstingsförbundet enligt fördelningsnyckel och medel fördelas sedan dess med årlig uppräknings inom RSATS-områdena till landstingen med NSATS-platser.

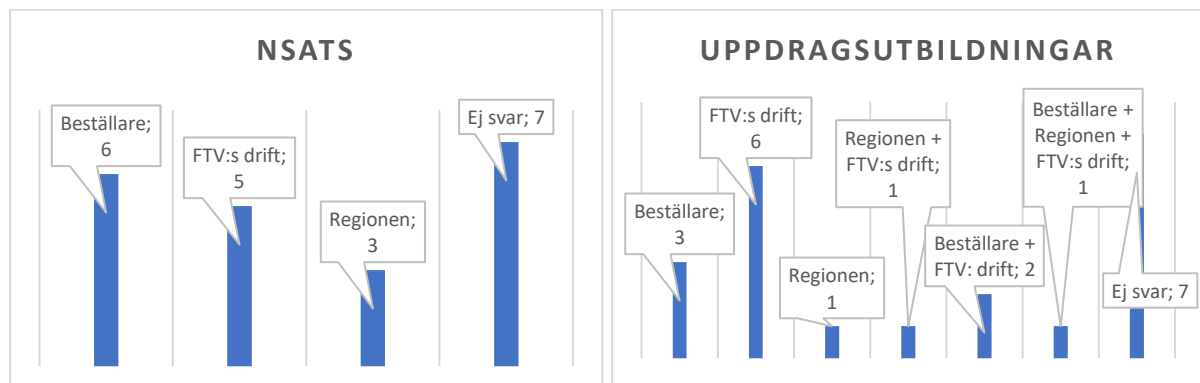
När NSATS- systemet etablerades fanns krav från Socialstyrelsen att varje utbildningsplats i förväg skulle godkännas, som en kvalitetsgaranti att kliniken hade patientunderlag, odontologisk kompetens och övriga förutsättningar för att bedriva specialistutbildning.

Dessa platser var sökbara för alla tandläkare som uppfyllde de generella kraven, svensk tandläkarlegitimation och minst två års allmäntandvårdstjänstgöring.

NSATS-platserna har sedan de infördes svarat för ungefär en tredjedel av det nationella behovet av utbildningsplatser. Ett ytterligare behov av specialister har därför funnits vilket medfört att utöver dessa platser har ST-tandläkare utbildats med finansieringen utanför NSATS-systemet. Samlingsnamnet för dessa platser är *uppdragsplatser*. Beställare av dessa platser är till övervägande del regioner, genom sina folktandvårdsorganisationer.

Vid förfrågan till regionernas folktandvård har en viss osäkerhet funnits beträffande om finansiering av ST-platser kommer från regionen centralt eller från folktandvårdens egen budget eller båda. Kontakt togs med samtliga regioners tandvårdsdirektörer/-chefer och en webenkät genomfördes därför och redovisas kort nedan.

Hur finansieras NSATS respektive uppdragsutbildningar för tandläkare i din region?



På frågan om man ansåg att dagens system skulle behållas svarade 13 intervjuade att man önskade behålla dagens system i någon form medan 3 helt ville ta bort systemet. Fem regioner svarade inte på denna fråga.

Vid ytterligare telefonintervjuer bekräftas att den helt övervägande majoriteten vill ha ett nationellt övergripande nätverk och att de teoretiska kunskapsnoderna har en viktig roll att fylla, men att satsade medel i många fall inte är i paritet med utfallet av specialister som man rekryterat från denna nationellt finansierade grupp.

Antalet NSATS-platser har varit 65, varav 8 är avsedda för fakulteternas behov, benämnda fakultetsplatser, plus 5 platser som tillkom när antalet platser skulle reduceras efter en utvärdering och revidering av finansieringsmodellen 2003.

I samband med de odontologiska forskarskolorna 1 och 2 gjordes en temporär ökning av platserna men de återgick när forskarskolorna avslutats åter till 65. För att då behålla de av Socialstyrelsen godkända utbildningsplatserna beslutade landstingen E, F och T sig för att finansiera de 5 extra platserna själva, mot att de även fortsättningsvis skulle placeras i Jönköping, Linköping och Örebro (fullt sökbara för alla). Antalet platser blev därmed 70. Efter att Orofacial medicin blev specialitet utökades antalet NSATS-platser 2019 med ytterligare tolv platser till 82.

Fördelningen av NSATS-platserna framgår nedan.

RSATS-distrikt	Totalt antal NSATS-platser	Varav fakultetsplatser
Norra	8	2
Mellersta	27	0
Östra	17	2
Västra	13	2
Södra	17	2

Odontologiska kunskapsnoder

De noder som utbildar övervägande antalet ST-tandläkare är idag sex¹¹. Dessa är

- specialisttandvården i Västerbotten i samarbete med odontologiska institutionen vid Umeå universitetet
- specialisttandvården i Stockholm/f.f.a. Eastman
- specialisttandvården i Örebro¹²
- specialisttandvården/odontologiska institutionen i Jönköping
- specialisttandvården i Västra Götalandsregioner och¹³
- odontologiska fakulteten vid Malmö universitet i samarbete med specialisttandvården i regionerna (G, H, K, M, N)

Här finns lång erfarenhet av utbildning vilket gör att dessa orter är att betrakta som odontologiska kunskapsnoder. Det är relativt vanligt att delar av utbildningen genomförs på en annexklinik till denna kunskapsnod.

Arbetet i SATS-grupperna

Det grundläggande uppdraget för **NSATS** (nationella nivån) är att utgöra en plattform för nationell samverkan¹⁴, samordna och tillse att förutsättningar för tandläkarnas ST-utbildning optimeras.

NSATS har två möten per år. Återkommande punkter vid dessa möten är:

- avstämning av RSATS löpande arbete, situation och behov
- avstämning av fakulteternas situation och behov
- avstämning med Socialstyrelsens arbete med ST för tandläkare (och läkare) liksom övrig information från dem

¹¹ Dessa noder är desamma som utsågs att utbilda ST-tandläkare 2003.

¹² Samarbetar om NSATS-utbildningar med Linköping.

¹³ Samarbetar om NSATS-utbildningar med Linköping.

¹⁴ Ett nationellt dokument med meritvärderingsprinciper och tillsättningsförfarande har tagits fram och anpassats till förändringarna i regelverket. Senast gjordes det när den nya föreskriften HSLF-FS 2017:77 trädde ikraft 2018.

- avstämning över studierektorernas arbete i RSATS-områdena och nationellt
- avstämning av fördelning av NSATS-platser.
- På treårsbasis tas ett planeringsunderlag fram. Detta ligger tillsammans med Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd (NPS) till grund för framtida planering av specialistutbildningarna.

En tydlig följd av arbetet i NSATS är en hög och likvärdig kvalitet på specialistutbildningarna. En nationell praxis utöver de strikt formella har etablerats som till exempel att en disputerad handledare alltid har en central roll i utbildningen och att en avslutande examination sker efter genomförd utbildning. Examinator är en disputerad handledare från annan klinik som också bedriver ST-utbildning.

Vidare har en nationell överenskommelse gjorts om att ha onsdag som teori- och seminariedag. Härigenom har distansöverbyggande tekniker kunnat etableras. Detta har inneburit stora samordningsmöjligheter genom att seminarier och andra utbildningsaktiviteter kan följas på flera utbildningsorter. Nationellt gällande meriteringsriktlinjer har också tagits fram.

Arbetet i **RSATS** (regional distriktsnivå) består i huvudsak av att planera framförallt de ST-platser som fördelas genom den solidariska finansieringen i NSATS. RSATS planerar sina NSATS-tjänster utifrån regionala behov av specialister.

Det förekommer att en ST-tjänst är förlagd till två orter/kliniker. Detta ger ST-tandläkaren ett bredare perspektiv under sin utbildning genom att ta del av hur vården bedrivs på olika kliniker och kan samtidigt möjliggöra att ST-tandläkaren kan bo kvar på hemorten.

Inom respektive RSATS-område bedrivs parallellt med NSATS-utbildningarna även *uppdragsutbildningar*. Skillnaden är att de vanligtvis finansieras av en enskild region som också utser den tandläkare som går utbildningen. Uppdragsutbildningarna bedrivs huvudsakligen vid de noder som bedriver NSATS-utbildningar med tillägg för Uppsala som också ger uppdragsutbildningar i större omfattning.

Studierektorerna i RSATS (n=6) har utöver sina uppdrag utgående ifrån sina regioner också ett nationellt samverkansuppdrag. I detta ingår samarbete om kurser (specialitetsövergripande och specialitetsspecifika) som anordnas regionalt och nationellt vilket underlättar för såväl ST-tandläkare som handledare. Det medför dessutom betydande kostnadsreducering när samma utbildningstillfälle kan nyttjas av flera ST-tandläkare.

Centrala studierektorsgruppen samverkar även med de lokala studierektorerna inom respektive RSATS-område. En hemsida, www.sttandlakare.se, har tagits fram som ett stöd för såväl ST-tandläkare som handledare.

B. Förslag på 3 modeller för framtida nationell finansieringsmodell

Alternativ 1

Behålla nuvarande system

Nuvarande system med nationellt beräknad finansiering behålls¹⁵. De 82 utbildningsplatserna behålls vid befintliga kunskapsnoder. Varje enskilt RSATS-område beslutar om eventuella omfördelningar av platser mellan specialiteterna.

Tabell 1. SWOT-analys alternativ 1 (behålla nuvarande system)

	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Nuvarande NSATS-system (alt. 1)	<ul style="list-style-type: none">• etablerad struktur• politiskt beslutad• tydliga noder• samarbetsplattform NSATS/RSATS• säkerställer fakultetsbehov• gemensamt meritvärderings-system• platser sökbara för alla• väl fungerande studierektors-nätverk	<ul style="list-style-type: none">• bygger på tidigare föreskrift• svårt meritiera sig i mindre regioner• noder befäster en gammal struktur• är ifrågasatt• alla goda utbildningsorter utnyttjas inte• uppdragsplatser utanför noderna riskerar att förlora det nationella sammanhanget	<ul style="list-style-type: none">• stabilitet i rådande situation• samordna teoriutbildning SÖ och SSK kurser samt seminarier	<ul style="list-style-type: none">• regioner lämnar NSATS-systemet• få noder försvårar rekrytering utanför noderna• legitimitet ifrågasätts i och med nya föreskrifter• upplevd ekonomisk orättvisa

Alternativ 2

Modifiera nuvarande system

En nationell finansieringsmodell finns kvar men förändras. Idag utgör de befintliga kunskapsnoderna, fastställda 2003, en basresurs som tryggar att utbildning kan genomföras inom samtliga nio specialiteter regionalt. Majoriteten av NSATS-platserna utbildas idag vid dessa noder. I detta alternativ behålls noderna som bas för ST-utbildningen.

De nya föreskrifterna (HSLF-FS 2017:77) innebär att huvudansvarig handledare finns där merparten av den kliniska tjänstgöringen genomförs, till skillnad från tidigare där praxis var att huvudhandledare var en disputerad specialist som inte nödvändigtvis ledde den dagliga kliniska handledningen.

Det är angeläget att utbildning också bedrivs på kliniker utanför noderna för att säkra kompetensförsörjning i hela riket och att ta tillvara utbildningskapacitet. Detta bidrar också till att skapa legitimitet för NSATS-systemet.

Detta innebär i klartext att varje region föreslås inrätta NSATS-tjänster motsvarande sin egen finansiering till NSATS. Dessa tjänster blir nationellt sökbara, med placeringsort inom den

¹⁵ Kostnad för varje region baseras på folkmängd och summan beräknas av SKR. Fördelning av kostnad görs som tidigare, inom varje region.

egna regionens specialisttandvård. Valet av specialitet beslutas av den egna regionen men bör föregås av en övergripande behovsdiskussion inom den egna RSATS-gruppen. Det är då önskvärt att respektive RSATS-område skapar nätverk inom och mellan ämnenas handledare för att stödja och underlätta handledningen.

För att säkerställa att kompetens finns och utvecklas över hela landet är det viktigt att samverkan i första hand sker inom respektive RSATS-området men att nätverken även stärks nationellt framförallt inom ämnena.

Om regionen väljer att inrätta en ST-tjänst i en specialitet där man saknar egen huvudansvarig handledare utannonseras tjänsten lämpligen på samma sätt men med placeringsort vid någon av de noder som finns inom RSATS-området.

I de fall där utbildningskliniken har behov av att den teoretiska delen av utbildningen genomförs vid annan klinik bör i första hand detta göras vid kunskapsnod inom det egna RSATS-området.

På motsvarande sätt är det önskvärt att kunskapsnoden involverar huvudansvariga handledare på andra kliniker i RSATS-regionen i nätverkskonstellationer för att ta tillvara den kunskap som finns utanför själva noden.

För att ytterligare stärka samarbetet är det önskvärt att planering och utbildning av s.k. uppdragsutbildningstjänster i möjligaste mån därför sker inom eget RSATS-område.

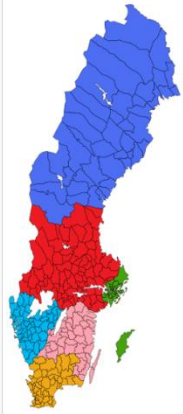
Tabell 2. SWOT-analys alternativ 2 (modifiera nuvarande system)

	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Modifierat NSATS-system (alt. 2) baserat på HSLF-FS 2017:77	<ul style="list-style-type: none"> • etablerad struktur • politiskt beslutad • väletablerad samarbetsplattform NSATS/RSATS • gemensamt meritvärderings-system • fler möjliga utbildningsorter • ökad känsla av valuta för pengarna från regioner utanför befintliga noder • platser sökbara för alla • väl anpassat till 2017:77 • stora samordningsvinster • välförankrat (om det tas) 	<ul style="list-style-type: none"> • teori-utbildning fördelas på fler orter = ökad total tidsåtgång • i små regioner blir ST-tandläkarna utan ST-kollegor 	<ul style="list-style-type: none"> • nya utbildningsorter ansluts till noder • samordna teoriutbildning SÖ och SSK kurser samt seminarier • ökad retention av specialister till mindre regioner • underlättar rekrytering 	<ul style="list-style-type: none"> • svårighet att säkerställa kvalitet när fler utbildningsorter skapas • svårt för nya kliniker att genomföra teoretisk utbildning • försvagade befintliga noder

Mellersta RSATS motsvaras idag av hälso- och sjukvårdens samverkansregioner Sydöstra och Uppsala-Örebro med undantag för region Kalmar. Om Kalmar flyttas från södra till Mellersta RSATS fås en samstämmighet mot samverkansregionerna, vilket kan vara fördelaktigt i övergripande planeringshänseende¹⁶.

Ett tilläggsuppdrag till utredningens arbetsgrupp kan vara att utreda konsekvenser av att dela mellersta RSATS i två delar som följer sjukvårdsregionerna; Uppsala-Örebro (Värmland, Dalarna, Västmanland, Södermanland, Örebro, Uppsala och Gävleborg) och Sydöstra (Östergötland, Jönköping och Kalmar) för att ytterligare öka samstämmigheten med hälso- och sjukvårdens organisation, något som kan underlätta det fortsatta arbetet med tandläkarnas ST-utbildning som helhet.

Region	Regionsjukhus	Tätort	Befolkningsunderlag
Norra sjukvårdsregionen	Norrlands Universitetssjukhus	Umeå	897 183
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Akademiska sjukhuset	Uppsala	2 111 926
	Universitetssjukhuset	Örebro	
Stockholms sjukvårdsregion	Karolinska Universitetssjukhuset	Stockholm	2 421 124
Sydöstra sjukvårdsregionen	Universitetssjukhuset	Linköping	1 070 588
Västra sjukvårdsregionen	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Göteborg	1 911 825
Södra sjukvårdsregionen	Skånes universitetssjukhus	Lund	1 868 543
		Malmö	
Datum: 2019-06-30 ^[5]			



Figur 3. Sjukvårdsregionernas indelning. RSATS följer delvis denna indelning med skillnad för Kalmar som tillhör södra RSATS och Halland som inte är delat på samma sätt som i sjukvårdsregionerna utan som helhet tillhör södra RSATS

I mellersta RSATS utökas antalet kunskapsnoder genom att Uppsala blir ytterligare en nod¹⁷. Förslagsvis bildar Örebro och Uppsala en nod och Linköping och Jönköping en nod.

I nuvarande modell är samverkansformerna i Södra RSATS mellan de ingående regionerna och Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet annorlunda än i de övriga RSATS-regionerna. Med hänvisning till HSLF-FS 2017:77 kommer de samverkansformerna att behöva justeras. Denna fråga får Södra RSATS internt hantera.

Det finns idag ett väletablerat meriteringssystem för NSATS-finansierade utbildningsplatser. Detta är ett bra och transparent system som bör behållas för dessa platser.

Finansiering av de åtta fakultetsplatserna kvarstår på samma sätt som idag. Om en utökning av antalet tandläkarutbildningar sker¹⁸ får frågan om en utökning av antalet fakultetsplatser behandlas i särskild ordning.

¹⁶ Det finns idag välfungerande samarbetsformer inom sydöstra sjukvårdsregionen där tandvården ingår, tex forskningssamarbetet i FORSS.

¹⁷ Frågan om de 5 extraplatserna måste hanteras av Mellersta RSATS. Nuvarande finansiering ligger till grund för den idag gällande placeringen av NSATS-platserna. Ett borttagande av de 5 platserna eller en gemensam finansiering måste då övervägas.

¹⁸ Högskolan i Jönköping har i mars 2020 till regeringen (UKÄ) lämnat en ansökan om examenstillstånd av tandläkare.

Fördelning av antalet NSATS-platser i Sverige med förslag till heltalsavrundning

Region	Folkmängd 31 mars 2019	% av rikets folkmängd	Kostnad /år (tkr)	Antal NSATS	Antal NSATS avrundat
Blekinge	160 000	1,6%	869	1,3	1
Dalarna	288 000	2,8%	1 564	2,3	2
Gotland	60 000	0,6%	326	0,5	1
Gävleborg	287 000	2,8%	1 558	2,3	2
Halland	333 000	3,2%	1 808	2,6	3
Jämtland	131 000	1,3%	711	1,0	1
Jönköping	363 000	3,5%	1 971	2,9	3
Kalmar	245 000	2,4%	1 330	2,0	2
Kronoberg	201 000	2,0%	1 091	1,6	2
Norrbottn	250 000	2,4%	1 357	2,0	2
Skåne	1 376 000	13,3%	7 471	10,9	11
Stockholm	2 372 000	23,0%	12 879	18,9	19
Sörmland	297 000	2,9%	1 613	2,4	2
Uppsala	383 000	3,7%	2 080	3,0	3
Värmland	282 000	2,7%	1 531	2,2	2
Västerbotten	271 000	2,6%	1 471	2,2	2
Västernorrland	246 000	2,4%	1 336	2,0	2
Västmanland	276 000	2,7%	1 499	2,2	2
Västra Götaland	1 724 000	16,7%	9 360	13,7	14
Örebro	304 000	3,0%	1 651	2,4	2
Östergötland	465 000	4,5%	2 525	3,7	4
Total	10 314 000	1,0%	56 001	82,0	82

Alternativ 3

Avveckla nuvarande system

Nuvarande modell avvecklas och varje region får själv ansvara för sin ST-utbildning. Nationell finansiering upphör och samverkan i organiserad form görs på eget initiativ mellan regionerna. Finansieringen av fakultetsplatserna måste finna en annan lösning.

Tabell 3. SWOT-analys alternativ 3 (avveckla nuvarande system)

	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Avvecklat NSATS-system (alt. 3)	<ul style="list-style-type: none">• politiskt beslutad• fler möjliga utbildningsorter• satsade pengar går till "egna" uppdragsutbildningar• platser enbart sökbara för "egna"	<ul style="list-style-type: none">• avveckling av befintlig samarbetsplattform (NSATS/RSATS)• färre platser sökbara för alla• risk att befintliga noder försvinner/försvagas• platser enbart sökbara för "egna"• fakulteternas platser försvinner• fakulteternas möjligheter att specialistutbilda försvåras• utbildningskvaliteten kommer att variera starkt	<ul style="list-style-type: none">• mindre regioner får möjlighet att skapa noder• samordna teoriutbildning SÖ och SSK kurser samt seminarier• ökad retention av specialister på mindre orter	<ul style="list-style-type: none">• svårighet att säkerställa kvalitet när fler utbildningsorter skapas• svårt för små kliniker att genomföra teoretisk utbildning• försvagade befintliga noder• ekonomiskt svaga regioner har inte råd med specialisttandvård och specialistutbildning

C. Framtida utmaningar och möjligheter

Ytterligare kvalitetshöjande åtgärder

De nya föreskrifterna för ST-utbildningen medför att handledarskapet kommer att fördelas på fler handledare/orter. För att bibehålla en jämn och hög kvalitet på de specialister som utbildas kan följande åtgärder underlätta.

- Nyttja digital mötesteknik optimalt för att underlätta utbyte mellan parter och samtidigt minska miljöpåverkan genom att reducera antalet resor;
- Skapa nätverk inom respektive specialitet främst inom det egna RSATS-området och fördjupa de befintliga nationella nätverken;
- Samordna teoretiska seminarier inom respektive specialitet inom RSATS-området och nationellt;
- Nyttja i första hand de specialistövergripande kurser (SÖ) som ges inom ramen för NSATS studierektorsnätverk;
- Öka graden av samarbete kring de specialitetsspecifika kurser (SSK) som ges och om möjligt samordna dessa genom NSATS studierektorsnätverk;
- Skapa kända kluster med de disputerade tandläkare som genomför examinationen av ST-tandläkare inom varje specialitet och ha ett rullande schema för dessa så att den huvudansvariga handledaren inte själv väljer examinator. På så sätt fås bättre kunskap om utbildningens kvalitet inom examinatorgruppen vilket kan stimulera till kvalitetshöjande utbyte.

Forskningskompetens

I nuvarande finansieringsmodell är åtta ST-platser reserverade för de odontologiska lärosätena för att säkra deras behov av specialister i sin verksamhet. Om alternativ 3 genomförs så måste finansiering av fakultetsplatserna få en annan lösning. Enklast sker därför finansieringen av dessa platser genom att fördelning av kostnader fortsätter att fördelas på samma sätt som i nuläget, dvs baserat på befolkningens mängd. Beslut huruvida antalet fakultetsplatser skall utökas beroende på att medelåldern hos de akademiska lärarna vid tandläkarutbildningar är hög bör göras i särskild ordning. En förutsättning för att bedriva grundutbildning av tandläkare är att fakulteterna har disputerade specialisttandläkare som lärare och examinatorer.

Ansvar för ST-utbildningen¹⁹ bör dock även här vila på regionerna för att tillförsäkra framför allt ett tillräckligt patientunderlag. I de fall där ST-utbildningen kombineras med forskarutbildning/forskning kan anställningen regleras genom tjänsteköp i någondera riktningen, vilket görs redan idag.

Behovet av forskarutbildade specialister, och för den delen också allmäntandläkare, finns emellertid inte bara där. Det finns redan idag goda regionala exempel där ST-utbildningar kombineras med forskarutbildning. *Det vore önskvärt att ytterligare forskarskolor startas inom det odontologiska området, för flera odontologiska professioner, för att säkra och höja den vetenskapliga kompetensen inom området.*

¹⁹ Detta innebär att NSATS meritvärderingsregler kan användas.

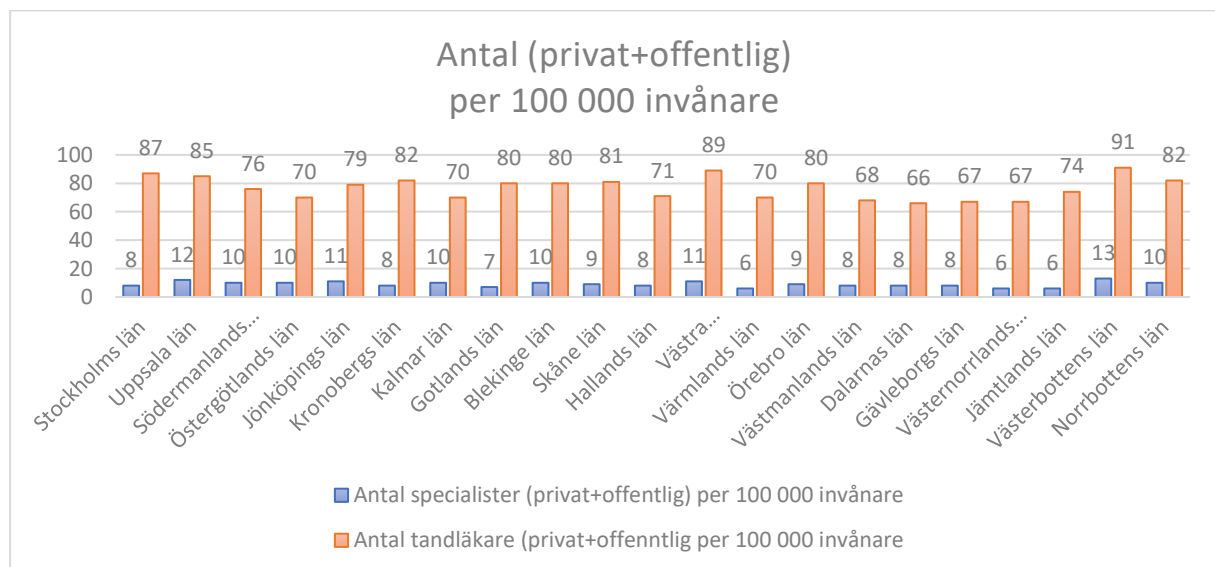
Finansiering

Behovet av specialister är avsevärt större än vad som ryms inom det nationella finansieringssystemet. Cirka en tredjedel av ST-platserna finansieras genom detta system. Övriga två tredjedelar är uppdragsutbildningar. Merparten av uppdragsutbildningarna genomförs idag vid de huvudsakliga utbildningsorterna eller i nära samarbete med dem.

En principiellt viktig skillnad mellan uppdragsutbildningarna och NSATS-utbildningarna är att de sistnämnda är nationellt sökbara för alla som uppfyller grundkraven. Denna sökbarhet gäller generellt inte för uppdragsutbildningarna. En ökad andel NSATS-platser skulle öppna upp för fler att få möjlighet att söka och få ST-utbildning.

Nationell sammanhållning

För att få perspektiv på tandläkarnas ST-utbildning i förhållande till läkarnas motsvarighet är det viktigt att komma ihåg att endast ca 12 % av tandläkarna är specialister.



Figur 4. Fördelning mellan specialisttandläkare och allmäntandläkare per 100 000 invånare.

Detta då allmäntandvård inte är en specialitet. Tandläkarnas ST är 3–4 år jämfört med läkarnas femåriga utbildning. Samtidigt så krävs att tandläkarna arbetar som allmänpraktiserande i minst 2 år innan ST-utbildningen kan påbörjas. Något sådant krav finns inte hos läkarna.

Antalet specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård, offentlig eller privat, är 29 080²⁰ och motsvarande siffra för specialisttandläkare är 936²¹.

Totalt sett i Sverige är antalet ST-tandläkare ungefär lika stort som antalet ST-läkare i en normalstor svensk region, cirka 230. Det gör att det finns all anledning att ha ett nationellt perspektiv på tandläkarnas ST-utbildning. Utöver de tre regionerna med störst befolkning saknas de samlade förutsättningarna för att på egen hand bedriva en specialistutbildning.

²⁰ Socialstyrelsens statistikdatabas 2017.

²¹ Socialstyrelsens statistikdatabas 2017.

NSATS är väletablerat och kan att även fortsättningsvis vara en sammanhållande nationell kraft för att ge förutsättningar för en högkvalitativ specialistutbildning av tandläkare med en regional spridning av utbildningarna och därmed ge bra rekryteringsförutsättningar för regionerna.