

Tilläggsuppdrag

Orofacial medicins andel av de solidariskt finansierade NSATS-platserna

Utredningen som ledde fram till de Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (HSLF-FS 2017:77) hade som huvudfrågeställningar

- Behovet av specialisttandvård
- Specialistindelningens ändamålsenlighet
- Kompetensbehoven hos framtidens specialister

Utredningsarbetet präglades av transparens och involvering av berörda myndigheter, regioner och intresseorganisationer och stor enighet råder om att föreskriften ger förutsättningar för en högkvalitativ specialistutbildning och specialisttandvård. Huvudslutsatserna som utredningen kom fram till var

- Ett ökat behov av odontologisk och medicinsk kompetens i tandvården för att möta komplexa vårdbehov hos äldre och personer med sjukdomar och funktionsnedsättningar
- Att de befintliga specialiteterna, tillsammans med den nya specialiteten Orofacial medicin, fyller dagens behov av specialistkompetens inom odontologin

Resultatet blev att Orofacial medicin blev odontologins nionde specialitet. Orofacial medicin övertar inte innehållet i sin specialitet från någon av de andra specialiteterna. Det är således ett nytt uppdrag, där delar av vad som tidigare benämnts sjukhustandvård funnits.

Med anledning av detta gjorde NSATS en hemställan till regiondirektörerna, 2018-06-05, om ett tillskott på 12 nya solidariskt finansierade ST-platser. Antalet platser är baserat på åldern och antalet befintliga sjukhustandläkare och en jämförelse med antalet specialister i de övriga specialiteterna. Medelåldern hos idag verksamma sjukhustandläkare är högre än medelåldern på tandläkare i andra specialiteter. Baserad på befintliga och beräknade behov (ffa en åldrande population med egna tänder) förväntas Orofacial medicin bli en medelstor specialitet i likhet med Käkkirurgi, Oral protetik, Parodontologi och Pedodonti. Det betyder att den kommer att utgöra i storleksordningen 10–15% av det totala antalet specialister¹.

Sedan 2015 gör NSATS två gånger per år en redovisning över antalet pågående NSATS- och uppdragsplatser (finansieras av regionerna enskilt)². Ur denna redovisning noteras att andelen uppdragsplatser av den totala utbildningsvolymen ST-platser ökat från 51% till 66% mellan 2015–2019. Uppgången var tydligast 2018, med en höjning från 61% till 69%. Det är främst inom de små specialiteterna Bettfysiologi, Endodonti, och Odontologisk radiologi samt Ortodonti i Norra, Mellersta och Västra RSATS som uppdragsutbildningarna är markant fler än antalet NSATS-platser.

Utbildning i den nya specialiteten Orofacial medicin påbörjades som uppdragsutbildningar under senare delen av 2017. Redovisningen av dessa uppdragsplatser i Orofacial medicin gjordes första gången våren 2018, vilket också påverkar ökningen av antalet uppdragsplatser.

Hösten 2019 inrättades de första NSATS-platserna i Orofacial medicin. Utveckling kan följas i tabellen nedan².

¹ SKR, Rapport planeringsunderlag fram till 2027.

² Pga. covid 19-pandemin har ingen uppföljning gjorts 2020 då NSATS inte haft något fysiskt möte.

Tabell 1. Antalet utbildningsplatser i Orofacial medicin
(finansierade genom NSATS/finansierade som egna uppdragsutbildningar)

| Region | Vt-18 | Ht-18 | Vt-19 | Ht-19 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|
| Norra | 0/0 | 0/0 | 0/3 | 0/5 |
| Mellersta | 0/6 | 0/6 | 0/8 | 3/6 |
| Östra | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 3/3 |
| Västra | 0/0 | 0/6 | 0/4 | 0/5 |
| Södra | 0/3 | 0/0 | 0/0 | 0/0 |
| Totalt | 0/11 | 0/12 | 0/15 | 6/19 |

Sett till det totala antalet ST-platser var vid redovisningen hösten 2019 platserna i Orofacial medicin den som framgår av Tabell 2.

Tabell 2. Anger för 2019 för varje RSATS-område; fördelningen av det totala antalet NSATS-platser i förhållande till antalet uppdragsplatser (A) och finansiering av platser för Orofacial medicin (B).

| Region | A Fördelning av det totala antalet NSATS-platser i förhållande till antalet uppdragsplatser (NSATS/Uppdrag) | B Fördelning av antalet NSATS-platser i förhållande till antalet uppdragsplatser i Orofacial medicin (NSATS/Uppdrag) |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Norra | 8/21 | 0/5 |
| Mellersta | 27/48 | 3/6 |
| Östra | 16/34 | 3/3 |
| Västra | 12/25 | 0/5 |
| Södra | 14/20 | 0/0 |
| Totalt | 77/148 | 6/19 |

De 12 nya platserna i Orofacial medicin utgör 15% av det totala antalet NSATS-platser. I Tabell 2 kolumn B (ovan) anges den absoluta relationen nationellt och regionalt mellan NSATS-platser och uppdragsplatser i Orofacial medicin. Eftersom antalet NSATS-platser är tolv så täcker inte antalet NSATS-platser utbildningsbehovet.

Utredningens bedömning är därför att om antalet NSATS-platser reduceras från nuvarande tolv platser kommer kostnaden att kvarstå hos regionerna genom att antalet uppdragsplatser förväntas öka med motsvarande antal platser. Det innebär i sin tur att antalet nationellt sökbara platser minskar då regionerna inte är förbundna att följa NSATS meritvärderingsmall och tillsättningsförfarande.

Ändring av RSATS indelning

Nuvarande indelning i RSATS-regioner gäller sedan 90-talet och skiljer sig något från sjukvårdsregionernas indelning. Sjukvårdsregionerna benämns numera Samverkansregioner. Skillnaderna i indelning mellan RSATS-regionerna och Samverkansregionerna är

- I Södra RSATS ingår hela Halland

- I Södra RSATS ingår Kalmar
- Mellersta RSATS består av Samverkansregionerna Uppsala–Örebro och Sydöstra exklusive Kalmar

I förslaget ingår att indelningen av RSATS-regioner följer Samverkansregionernas indelning med ett undantag

- Halland fortsätter i sin helhet att tillhöra Södra RSATS
- Kalmar flyttas till Mellersta RSATS
- Mellersta RSATS delas därefter och bildar 2 regioner, Uppsala–Örebro och Sydöstra

Eftersom specialisttandvården i Halland, med undantag av Ortodonti som tillhör folktandvården, organiseras av sjukvården och är förlagd till Halmstad ser vi ingen relevans i att dela upp den då det av allt att döma skulle innebära svårigheter för Halland att hålla samman sin specialisttandvård. Dessutom finns inga kliniker utöver den i Halmstad som har möjlighet att bedriva ST-utbildning. Utredningen föreslår därför att Halland även fortsättningsvis tillhör Södra RSATS.

Mellersta RSATS-regionen består av 9 regioner med 3 NSATS-noder, Örebro, Linköping och Jönköping. Även Uppsala bedriver en relativt omfattande ST-utbildning, främst genom egna uppdragsutbildningar men även uppdragsutbildning av ST-tandläkare från närliggande regioner i norra delen av Mellersta RSATS.

Utredningens uppfattning är att en delning av Mellersta RSATS till att följa samverkansregionernas indelning är en anpassning till verkligheten. Det kan konstateras att få eller inga odontologiska vårdflöden korsar gränsen mellan Uppsala–Örebro och Sydöstra samverkansregionerna. Det förefaller därför naturligt att vårdssamarbetet och ST-utbildning ses i ett sammanhang. Detta medför också att samarbete mellan de två noderna inom varje "nytt" område fördjupas på ett naturligt sätt.

För Kalmar är en överflyttning logisk då det redan finns etablerade vårdkedjor, pågående arbete med Nationella och Regional Programområden, NPO och RPO, och att dessutom tandvården i Kalmar redan tidigare samarbetat med Jönköping om den teoretiska delen i ST-utbildningar. Det betyder att viss samverkan i denna fråga redan är etablerad.

Överflyttningen medför dock konsekvenser för andra pågående samarbeten som avser kliniskt forskningssamarbete inom KOF-syd, gemensam efterutbildningsverksamhet, tjänsteutbyte och ett regionalt nätverk mellan tandvårdsdirektörerna i södra Sverige, Sydkraft.

Sammantaget anser utredningen att fördelarna av en ändring i RSATS-indelning så att den följer Samverkansregionerna, med undantag av att Halland i sin helhet tillhör Södra RSATS, överväger nackdelarna.

- Den stora Mellersta RSATS-regionen delas i 2 mer hanterbara regioner
- Uppsala får formellt den position som rent praktiskt har etablerat sig
- Samverkan ska ske mellan kunskapsnoderna Uppsala och Örebro
- Samverkan ska ske mellan kunskapsnoderna Linköping och Jönköping
- I de fall ST-utbildningen är beroende av medicinska vårdflöden underlättar förändringen detta
- Hallands ST-utbildning hålls samman
- Nuvarande nätverk utanför ST-utbildningen kan behållas
- Nya nätverk kan etableras

| 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 1. 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

Referensprislista för köp av utbildning

Ersättning för NSATS-plats är beräknad av SKR till 682 000: - i 2020 års prisnivå. Den ersättningen tillfaller kliniken vid vilken ST-tandläkaren genomför sin tjänstgöring. Ersättningen skall täcka både direkta och indirekta kostnader. Utredningens bedömning är att i det förordade förslaget, precis som idag, från kliniker utanför noderna kommer att finnas ett behov av att från noderna köpa teoretiska utbildningsmoment. Volymen kommer dock att bli mindre då det är den huvudansvarige handledaren som ansvarar för utbildningens innehåll och därmed beslutar vilka teoretiska kurser ST-tandläkaren skall gå och tar kostnaden för dem. Kvarstår gör det så kallade seminariepaketet. Att varje huvudansvarig handledare själv genomför detta kan inte ses som realistiskt utan här kommer man bland annat av kvalitetsskäl, ekonomisk hushållning och behov av nätverksbyggande att ansluta sig till nodernas seminarieprogram. Dessa seminariepaket är etablerade sedan lång tid. De löper ofta över en 3-årsperiod så att ST-tandläkare under sin utbildning någon gång kan delta i det enskilda seminariet. Vid en genomgång av befintliga scheman från noderna konstateras att ungefär varannan vecka innehåller ett handledarstött halvdagsseminarium. Vidare bedöms att den genomsnittliga förberedelsetiden för handledare är i paritet med själva seminariet (helt nya seminarier kräver längre förberedelsetid och seminarier som upprepas kräver kortare tid).

I HSLF-FS 2017:77 skrivs som allmänt råd att "Vårdgivaren bör vidare se till att det finns tillgång till en studierektor som är specialistkompetent och har handledarutbildning" och "I samrådet om den individuella utbildningsplanen kan även en studierektor ingå". Utredningen gör bedömningen att om den huvudansvarige handledaren inte själv kan stå för seminariepaketet så finns även behovet av att från noderna avtala om studierektorsfunktionen.

Det är dessa poster utredningen anser ska ingå i beräkningen av ett referenspris på teoretisk utbildning

- 20 halvdagsseminarier per år
- Förberedelsetid för 20 halvdagsseminarier per år
- Studierektorsfunktion

Enhetlig rutin vid val av examinator och examination

I HSLF-FS 2017:77 anges att verksamhetschefen ska utse en extern examinator för att tillsammans med den huvudansvariga handledaren göra en sammantagen bedömning enligt 7 kap. 3 §³. Examinatorn ska ha ett bevis om specialistkompetens i den specialitet som ST-tandläkaren avser att uppnå specialistkompetens i, får inte ha organisatoriska kopplingar till vårdgivaren och bör ha doktorsexamen eller motsvarande.

Vidare anges i 7 kapitlet, som behandlar bedömningar, att det skall ske en kontinuerlig bedömning för att säkerställa att målen uppfylls löpande. Utredningen anser att denna bedömning inte bör ske mer sällan än halvårsvis.

En arbetsordning där examinator utses redan i början av utbildningen och även informeras om resultaten i den kontinuerliga bedömningen anser utredningen skulle kunna vara till stöd för utbildaren och verka som en kvalitetshöjande åtgärd.

Utseende av examinator bör göras från en i förväg framtagen lista vilket minskar risken för jäv av olika former. Denna lista bör handläggas av de respektive ämnesföreningarna. Utredningen föreslår även att dessa examinatorer bildar ett nätverk där gemensamma kriterier för bedömning inför slutprov skapas.

³ Sammantagen bedömning 3 §. Innan ett intyg om fullgjord specialiseringstjänstgöring kan utfärdas ska det göras en sammantagen bedömning av om ST-tandläkaren uppfyller kompetenskraven i målbeskrivningen för specialiteten. HSLF-FS 2017:77 6 Bedömningen ska göras av den huvudansvariga handledaren och den externa examinatorn.