

Framtidens oralkirurgi i Stockholms läns landsting

En översyn 2009

Risto-Pekka Happonen

Bertil Koch

September 2009

Innehållsförteckning

Framtidens oralkirurgi i Stockholms läns landsting En översyn 2009

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
SAMMANFATTNING	5
UPPDRAGET	6
FÖRKORTNINGAR	7
ORGANISATION OCH KLINISK VERKSAMHET	8
ORAL KIRURGI – KÄKKIRURGI	8
ORGANISATION	8
<i>Stockholms läns landsting</i>	8
<i>Karolinska Universitetssjukhuset</i>	9
<i>Södersjukhuset</i>	9
<i>Institutionen för Odontologi</i>	9
KLINISK VERKSAMHET	10
TANDVÅRDENS FINANSIERING	14
NUVARANDE REGLER	14
TIDIGARE UPPFÖLJNINGAR	16
ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG	16
FÖRVÄNTAD UTVECKLING INOM ORALKIRURGIN	18
BEHOVET AV ORALKIRURGISK VÅRD I FRAMTIDEN	18
VÅRD PÅ OLIKA NIVÅER	19
ÖVERVÄGANDEN	20
FRAMTIDA LOKALISATION OCH LEDNING	22
NUVARANDE SITUATION	22
ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG	22
<i>Lokalisation</i>	22
<i>Personal</i>	25
<i>Ledning</i>	25
<i>Karolinska Institutet</i>	26
NKS OCH HÖGSPECIALISERAD VÅRD	27
BAKGRUND	27
HÖGSPECIALISERAD ORALKIRURGI	28
<i>Rikssjukvård</i>	28
<i>Övrig högspecialiserad oralkirurgi</i>	29
PATIENTER FÖR UNDERVISNING, FORSKNING OCH SPECIALISTUTBILDNING VID IO	30
BAKGRUND	30
ÖVERVÄGANDEN	31
TILLGÅNGEN PÅ ORALKIRURGER OCH SPECIALISTUTBILDNINGEN	32

NUVARANDE TILLGÅNG	32
SPECIALISTUTBILDNINGEN	33
PROGNOSER	35
ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG	36
FORSKNING OCH UTVECKLINGSARBETE VID DE ORALKIRURGISKA KLINIKERNA.....	39
AKTUELL SITUATION	39
ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG	40
MEDICINSK TANDVÅRD	42
ORGANISATION I LÄNET	43
ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG	44
LOKALER.....	46
NUVARANDE YTOR.....	46
ÖVERVÄGANDEN.....	46
BILAGOR.....	48
BILAGA 1. UPPDRAGET	48
BILAGA 2. UTREDARNAS BAKGRUND	51
BILAGA 3. INTERVJUADE PERSONER.....	52
BILAGA 4 UTFÖRD VÅRD 2006-2008.....	53
BILAGA 5 REFERENSER	55

Sammanfattning

Den sjukhusberoende oralkirurgin i Stockholms läns landsting bedrivs av landstinget vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna och vid Södersjukhuset samt av Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet, vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Landstinget har gett professorn vid Åbo Universitet Risto-Pekka Happonen och f.d. tandvårdsdirektören Bertil Koch i uppdrag att göra en översyn av oralkirurgin i landstinget. Resultatet redovisas i denna rapport.

Verksamheterna fungerar tillfredsställande men inte på bästa sätt. De goda förutsättningarna för en mera evidensbaserad vård, framgångsrikare forskning och effektivare specialistutbildning utnyttjas inte. Samarbetet mellan de nuvarande klinikerna är nästan obefintligt.

En huvudpunkt i vårt förslag är att all sjukhusberoende oralkirurgi skall koncentreras till två enheter, en vid Karolinska Solna och en vid Karolinska Huddinge, med en gemensam verksamhetschef. En annan huvudpunkt är att landstinget skall träffa avtal med Karolinska Institutet om att överta huvudmannskapet för den oralkirurgiska verksamheten i Huddinge som ingår i tandläkarutbildningen och om att förändra de kliniska lärartjänsterna så att de förenas med uppdrag som övertandläkare/biträdande övertandläkare i landstinget. En professor/övertandläkare bör ha ansvar för forsknings- och utvecklingsarbetet och specialistutbildningen. Den kliniska forskningen bör inriktas på att utveckla och värdera behandlingsmetoder. Samarbetet med Karolinska Institutet bör fördjupas.

Vidare föreslås bland annat

att antalet platser för specialistutbildning skall utökas från fem till sju och utbildningstiden från fyra till fem år,

att huvudmannskapet för Folk tandvårdens medicinska tandvård inte skall ändras,

att oralkirurgin och den medicinska tandvården vid Karolinska Solna respektive Karolinska Huddinge skall vara samlokaliserade under det gemensamma namnet Käkcentrum,

att den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler skall tillämpas för alla oralmedicinska utredningar och behandlingar vid sjukhus oberoende av utförare samt

att landstinget skall verka för en översyn av de statliga reglerna för ersättning för tandvård som har samband med sjukdom.

Vissa av förslagen medför kostnadsökningar men de balanseras av förslag som verkar i motsatt riktning.

Uppdraget

Landstingsstyrelsens förvaltning samt Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har i december 2008 uppdragit åt professorn vid Åbo Universitet Risto-Pekka Happonen och f.d. tandvårdsdirektören vid Stockholms läns landsting Bertil Koch att genomföra en utredning avseende förutsättningarna för en strukturell förändring av den oralkirurgiska vården i Stockholms läns landsting. Uppdraget finns beskrivet i bilaga 1. I bilaga 2 beskrivs utredarnas bakgrunder i relation till uppdraget.

Uppdraget har fullgjorts genom insamling av skriftligt material från i första hand de berörda klinikerna samt genom intervjuer med klinikledningarna m.fl. Bilaga 3 innehåller en förteckning över de intervjuade personerna.

Avstämningar har gjorts med den projektansvarige chefläkaren Henrik Almkvist vid två tillfällen och med styrgruppen vid ett tillfälle.

Klinikledningarna m.fl. har tagit del av ett utkast till rapportens bakgrundsbeskrivningar och lämnat synpunkter på dessa. Klinikledningarna m.fl. har innan rapporten slutfördes också fått en muntlig föredragning av de åtgärder som skulle komma att föreslås och därvid också getts tillfälle att lämna spontana synpunkter.

Vi har vid fullgörandet av uppdraget fokuserat på frågor om organisation, ledning, vårdkvalitet, utbildning av specialister och forskning. Det har inte ingått i uppdraget att diskutera utförandet av dentoalveolär kirurgi inom barn- och ungdomstandvården.

Det har inte heller ingått i uppdraget att göra några ekonomiska konsekvensberäkningar.

Om grundprinciperna i vårt förslag accepteras, måste ett fortsatt utredningsarbete genomföras för att i första hand detaljstudera lokal- och ekonomifrågorna och ett avtal med Karolinska Institutet. Även konsekvenserna för personalen måste utredas vidare.

Förkortningar

Följande förkortningar används i rapporten:

FoUU	Forskning, utveckling och utbildning
Ftv	Folktandvården Stockholms län AB
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
HSN(f)	Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
IO	Institutionen för Odontologi, Karolinska Institutet
IPULS	Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige
KI	Karolinska Institutet
KUS	Karolinska Universitetssjukhuset
KUS(H)	Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
KUS(S)	Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
NKS	Nya Karolinska SOLNA
SLL	Stockholms läns landsting
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SÖS	Södersjukhuset
ÖNH	Öron, näsa, hals
ST	Tandläkares specialiseringstjänstgöring
ST-tandläkare	Tandläkare under specialistutbildning
SPESAK	Specialsakkunnig i landstinget

Organisation och klinisk verksamhet

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)).

Tidigare 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 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 kirurgi), käkledskirurgi, implantatkirurgi, rekonstruktiv kirurgi för att söka återställa funktionen efter vävnadsförlust i samband med olycksfallsskador, tumörer, missbildningar etc. Även behandlingar av förändringar i munhåla, käkar och omgivande vävnader som är tecken på allmänsjukdom samt behandling av slemhinnesjukdomar i munhålan ingår i oralkirurgin.

Förändringen av innehållet i specialiteten oral kirurgi avspeglas i den förändring av namnet på specialiteten som skett genom åren - från det ursprungliga *tandkirurgi* till *tandsystemets kirurgiska sjukdomar* till det nuvarande officiella namnet *oral kirurgi*. De flesta klinikerna för oralkirurgi landet benämns numera käkkirurgiska kliniker. Även de kliniker som omfattas av denna utredning benämner sig käkkirurgiska kliniker. I rapporten används verksamhetsområdets officiella benämning oral kirurgi i enlighet med uppdragsbeskrivningen. När det gäller klinikernas namn används dock begreppet käkkirurgi. Socialstyrelsen har 2006 i rapporten *Tandläkarnas specialistutbildning En översyn (2006-107-17)* till regeringen föreslagit att specialitetens namn skall ändras till *käkkirurgi*.

Organisation

Den oralkirurgiska specialistverksamheten i länet bedrivs av tre vårdgivare eller grupper av vårdgivare, Stockholms läns landsting, Institutionen för odontologi vid Karolinska Institutet och privatpraktiserande tandläkare.

Stockholms läns landsting

Verksamheten inom Stockholms läns landsting (SLL) bedrivs vid Karolinska Universitetssjukhuset, Solna (KUS(S)) och Södersjukhuset (SÖS). Den regleras genom avtal mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och respektive vårdgivare.

Karolinska Universitetssjukhuset

Uppdraget till Karolinska Universitetssjukhuset (KUS) uttrycks på följande sätt:

”Karolinska Universitetssjukhuset skall för Beställarens räkning tillhandahålla oralkirurgisk vård ”vilken kräver sjukhusets resurser” för vuxna (från och med det år patienten fyller 20 år). Specialiteten oral kirurgi omfattar kunskaper och färdigheter beträffande diagnostik och behandling av sjukdomar, skador och defekter i käkar och munhåla samt omgivande vävnader.

Det åligger Karolinska Universitetssjukhuset att organisera och administrativt bedriva den länsgemensamma jourverksamheten för hela Stockholms län.”

Vid KUS(S) finns en käkkirurgisk klinik, som ingår i Huvuddivisionen, som är en av sju divisioner. I Huvuddivisionen ingår förutom käkkirurgi bl.a. Öron-, näs- och hals- (ÖNH) klinikerna, neuroröntgen och neurokirurgi samt andra kirurgiska verksamheter som urologi och dagkirurgi.

Södersjukhuset

Uppdraget till SÖS är kortfattat och uttrycker endast att där skall bedrivas kirurgi, inklusive bl.a. käkkirurgi. Det påpekas att ”Ortognatkirurgi skall från och med 2008 endast utföras efter remiss som kommit kliniken tillhanda senast under 2007.”

Vid SÖS finns kliniken Käkcentrum som ingår i Specialistvård, som är ett av elva verksamhetsområden. I Specialistvård ingår förutom Käkcentrum bl.a. Infektionsenheten, Ögonkliniken och Hud- och venerologkliniken.

Institutionen för Odontologi

Med Institutionen för Odontologi (IO) har HSN ett avtal enligt vilken institutionen skall tillhandahålla oralkirurgisk vård efter remiss och att ge konsultationer till allmäntandläkare inom Folktandvården (Ftv), privattandläkare och läkare. Överenskommelsen omfattar inte oralkirurgisk vård som utförs av tandläkarstuderande eller åtgärder som vidtas enbart av utbildnings- eller forskningsskäl.

Institutionens verksamhet bedrivs vid avdelningen för Oral kirurgi i Hudinge med staten som huvudman men i lokaler, som ingår i KUS(H) och alltså tillhör landstinget. Ett avtal mellan Karolinska Institutet (KI) och KUS(H) reglerar samarbetet.

Avdelningens verksamhet är integrerad med utbildningen och forskningen vid institutionen. All personal är anställd av staten. Till skillnad mot vad som gäller för sjukvården har staten behållit huvudmannaskapet för tandvården i samband med tandläkarutbildningen vid Karolinska Institutet. Samma förhållande gäller vid Odontologiska fakulteten vid Malmö Högskola. Vid Institutionerna för odontologi vid Göteborgs respektive Umeå Universitet är regionen/landstinget huvudman för den tandvård som behövs för

utbildningen och forskningen på samma sätt som generellt i hela landet gäller för sjukvården i samband med läkarutbildningen.

Privatpraktiserande specialister

De privatpraktiserande specialisterna arbetar enbart med sådan vård som inte kräver ett sjukhus tekniska eller medicinska resurser. De verkar antingen som företagare i egna mottagningar eller som anställda i större företag, t.ex. Praktikertjänst AB. SLL har inga avtal med privatpraktiserande oralkirurger. Från och med 2010 avses emellertid förutsättningarna för specialisttandvård åt barn och ungdomar att bli ändrade. I princip kommer det då att råda fritt tandläkarval. Detta innebär bl.a. att privata oralkirurger som så önskar kommer att auktoriseras och få ta emot remisser enligt regler som landstinget sätter upp och sedan debitera HSN. Vissa undantag från det fria tandläkarvalet kommer dock fortfarande att gälla sådan verksamhet som kräver särskild kompetens eller utrustning. Denna vård kommer även fortsättningsvis endast att utföras inom den offentliga vården vid Ftv och IO.

Klinisk verksamhet

Huvuddelen av verksamheten vid de käkkirurgiska klinikerna består av sådan kirurgi som kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser. I varierande omfattning utförs även annan oralkirurgi samt övrig tandvård med inriktning på medicinskt komprometterade patienter. Vid de privata mottagningarna utförs enbart oralkirurgi som inte kräver sjukhusresurser samt övrig tandvård.

I bilaga 4 visas antalet utförda åtgärder som kräver sjukhusets resurser enligt den s.k. K-taxan åren 2006 - 2008. För KUS(S) ingår samtliga åtgärder som utförts vid den länsövergripande jouren oavsett var jourpersonalen varit anställd.

Verksamheterna vid de klinikerna har delvis olika innehåll. KUS(S) har en inriktning mot traumatologi och rekonstruktiv kirurgi, vid SÖS är inriktningen implantologi och behandling av svåra käkbensinflammationer. SÖS har en bred verksamhet från dentoalveolär kirurgi till avancerade rekonstruktiva ingrepp. SÖS har ett särskilt väl utvecklat samarbete med allmäntandvården utanför sjukhuset. IO har en inriktning mot behandling av käkledssjukdomar och ortognatkirurgi.

Vid klinikerna utförs även tandvård som inte är specialistvård inom oralkirurgi. SÖS har t.ex. en allmäntandläkare anställd för att utföra protetiska arbeten efter implantatoperationer. Vid KUS(S) finns en allmäntandläkare anställd för att i huvudsak utföra oralmedicinska utredningar och behandlingar. Vid IO finns en allmäntandläkare som utför oralmedicinska utredningar samt infektionsutredningar inför cytostatikabehandlingar m.m.

Barn med medfödda defekter i läpp/käke/gom (LKG) tas om hand av ett team under ledning av Kliniken för Rekonstruktiv Plastikkirurgi vid KUS(S). I vården medverkar specialister i tandreglering inom Ftv och IO.

För specialistvård åt barn och ungdomar har HSN ett generellt avtal med FTV och IO. När det gäller oralkirurgisk vård som kräver sjukhusresurser saknar FTV möjligheter att själv utföra vården. FTV har därför ett avtal med SÖS om denna vård. Från och med 2010 planeras att införa valfrihet för patienterna inom barn- och ungdomstandvården att fritt välja vårdgivare. Avsikten är dock att den sjukhusberoende oralkirurgi skall vara undantagen och som tidigare direktupphandlas.

I följande tabell visas några nyckeltal för verksamheterna år 2008 vid de tre oralkirurgiska klinikerna. Inga uppgifter finns om de privatpraktiserande oralkirurgernas verksamhet.

Tabell 1. Nyckeltal för verksamheterna vid de oralkirurgiska klinikerna 2008

	KUS(S)	SÖS	IO
Inkomna remisser	2 188	2935	1641
Därav från sjukhuset	?	263	627
Nybesök	2 703	3005	1550
Operationer	1743	1968	576
Behandlingar under generell anestesi	285	211	208
Inläggningar	268	100	220
Omsättning, tkr	27 159	32 545	16 190*
Årsarbetare (tandläkare)	23,9 (8,5)	31,8 ** (9,8)	19,8*** (8)

* Inklusive statsanslag för tandläkarutbildning och forskning

** 2 sjuksköterskor hyrs ut till ÖNH-kliniken

*** Inklusive personal för utbildningen

Intäkternas fördelning på sjukhusberoende oralkirurgi, icke sjukhusberoende oralkirurgi och övrig tandvård samt övrig verksamhet framgår av följande tabell.

Tabell 2. Intäkternas fördelning på verksamheter, procent

Verksamhet	KUS(S)	SÖS	IO
Sjukhusberoende oralkirurgi	76	32	39
Icke sjukhusberoende oralkirurgi och övrig tandvård	19	44	13
Övrigt	5*	24**	48***
Summa	100	100	100

* ST-utbildning, forskningsanslag m.m.

** ST-utbildning, uthyrning av personal till Ftv och ÖNH, forskningsanslag m.m.

*** Tandläkarutbildning, ST-utbildning, forskningsanslag m.m.

Vårdintäkternas fördelning på sjukhusberoende och icke sjukhusberoende tandvård framgår av följande tabell.

Tabell 3. Vårdintäkternas fördelning på sjukhusberoende och icke sjukhusberoende tandvård, procent

Verksamhet	KUS(S)	SÖS	IO
Sjukhusberoende oralkirurgi	80	42	75
Icke sjukhusberoende oralkirurgi och övrig tandvård	20	58	25
Summa	100	100	100

Av tabell 3 framgår att vid SÖS utförs en förhållandevis större andel icke sjukhusberoende vård än vid KUS(S) och IO. Intäkterna från den icke sjukhusberoende vården vid SÖS är större än intäkterna från den sjukhusberoende.

Den länsgemensamma jourverksamheten, som är i funktion då inte klinikerna är bemannade, leds av den käkkirurgiska kliniken vid KUS(S) som tilldelats de ekonomiska resurserna för ändamålet. I jouren deltar ST-tandläkare och specialister från KUS(S), SÖS och IO. Som grund för samarbetet ligger ett avtal mellan klinikerna. Detta avtal har i år sagts upp av KUS(S) på grund av att verksamhetens kostnader bedöms som för höga.

I följande tabell visas några nyckeltal för jourverksamheten 2006-2008. De jourfall som kommer in under dagtid, då de käkkirurgiska klinikerna är öppna, tas om hand av personal från dessa.

Tabell 4. Nyckeltal för jourverksamheten 2006-2008

	2008	2007	2006
Antal undersökningar och behandlingar per månad	46	50	43
Antal telefonkonsultationer per månad	37	47	37

De tre vanligaste diagnoserna vid insatserna inom jourverksamheten åren 2006-2008 framgår av följande tabell.

Tabell 5. De vanligaste diagnoserna inom jourverksamheten 2006-2008

År	Placering 1	Placering 2	Placering 3
2006	Tandluxation 9 %	Tandfraktur 9 %	Sårskada 8 %
2007	Tandluxation 9 %	Sårskada 9 %	Corpusfraktur 9 %
2008	Underkäksfraktur, öppen 14 %	Tandluxation 12 %	Sårskada 11 %

Placering 1 innebär att diagnoserna i kolumnen är de vanligast förekommande, placering 2 de näst vanligaste o.s.v. Sammantaget är tandluxationer de oftast förekommande orsakerna till ingripanden utanför ordinarie arbetstid.

I följande tabell redovisas vid vilka sjukhus jouringreppen utförts.

Tabell 6, Jouringreppens fördelning på olika sjukhus, procent.

År	KUS(S)	KUS(H)	SÖS	Övriga sjukhus
2006	79	6	13	2
2007	90	2	7	1
2008	98	1	1	0

Av tabellen framgår att flertalet ingrepp utförts vid KUS(S). Detta förklaras av sjukhusets roll som traumacentrum och att patienter med omfattande skador i ansiktet i första hand transporteras dit enligt uppgift från Ambulanssjukvården i Stockholms län AB (AISAB).

Tandvårdens finansiering

Nuvarande regler

Tandvården, som utförs vid de oralkirurgiska klinikerna, finansieras via flera olika system och enligt olika regler. I det följande redovisas dessa för att åskådliggöra komplexiteten.

A. VUXNA SOM ÄR 20 ÅR ELLER ÄLDRE

Viss tandvård skall enligt 15 a § tandvårdslagen (1985:125) omfattas av hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) bestämmelser om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Enligt dessa bestämmelser betalar patienter, som är 20 år eller äldre, besöksavgifter, som under en tolv månadersperiod får uppgå till högst 900 kronor. Till sådan tandvård hör undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser. Även tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling samt nödvändig tandvård åt vissa patientgrupper omfattas av dessa bestämmelser.

1. Oralkirurgiska åtgärder

I 2 § tandvårdsförordningen (1998:1338) anges de oralkirurgiska åtgärder som omfattas av bestämmelserna om vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Dessa är

- behandlingar av käkfrakturer
- käkledskirurgi
- rekonstruktiv och ortognat kirurgi
- utredningar och behandlingar av oralmedicinska tillstånd
- utredningar och behandlingar av smärttillstånd
- övriga oralkirurgiska behandlingar som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser.

För dessa behandlingar får KUS(S), SÖS och IO, utöver patientavgifterna, ersättningar genom avtalen med HSN.

2. Tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling

Tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid omfattas av bestämmelserna om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Med sådan tandvård avses

- behandling till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, om inte missbildningen är av ringa omfattning
- behandling av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet
- behandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall

- behandling på patienter som skall genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav
- behandling på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan
- behandling på patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom
- behandling på patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen
- behandling på patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom)
- behandling på patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné
- behandling på patienter med Sjögrens syndrom eller med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling
- tandvård för extremt tandvårdsrädda personer
- utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material
- utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering vid långvariga sjukdomssymtom.

En del av dessa behandlingar utförs vid de käkkirurgiska klinikerna trots att de i och för sig inte kräver sjukhusets resurser.

3. Nödvändig tandvård

Även nödvändig tandvård åt patienter som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt åt boende på sjukhem m.fl. som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser, omfattas av bestämmelserna om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen har utfärdat riktlinjer för vilken tandvård enligt 2. och 3. skall omfattas av hälso- och sjukvårdens öppenvårdsavgifter. HSN-f har förtydligat detta i egna ersättningsregler för landstinget. I vissa fall skall HSN-f i förväg avgöra om viss behandling omfattas av dessa regler.

För behandlingarna får klinikerna, utöver patientavgifterna, ersättning per utförd åtgärd från HSN enligt den prislista som fastställts för Ftv och där grunderna fastställts av landstingsfullmäktige.

4. Övrig tandvård

För övrig tandvård får vårdgivaren ersättning från Försäkringskassan per utförd åtgärd enligt lagen (2008:145) och förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Patienten betalar mellanskillnaden mellan ersättningen och de priser som gäller för Ftv.

B. BARN OCH UNGDOMAR UNDER 20 ÅR

Tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) avgiftsfri. HSN har tecknat avtal med Ftv och IO om all specialiserad barn- och ungdomstandvård i länet. I de fall det gäller oralkirurgisk behandling som utförs vid KUS(S) eller

SÖS, faktureras Ftv eller IO som betalar ersättning till klinikerna per utförd åtgärd efter en fastställd taxa. År 2010 planeras som tidigare nämnts ett nytt system bli infört, där vårdgivare kan bli auktoriserade på givna villkor. Utförd vård faktureras HSN som betalar per utförd åtgärd efter fastställd taxa.

Tidigare uppföljningar

Dåvarande tandvårdsstaben lät år 2002 göra en uppföljning av debiteringsrutinerna vid Ftv:s oralkirurgiska kliniker vid SÖS och KUS(S) samt vid IO. Resultatet redovisades i två rapporter från januari respektive februari 2003.

40 slumpvis valda fall granskades vid Ftv:s kliniker och 15 från IO. Granskningen visade på betydande svårigheter att debitera på rätt sätt. Detta gällde gränsdragningen mellan vilka åtgärder som krävde sjukhusets resurser och vilka som inte gjorde det. I de förra fallen skall patienten betala besöksavgift som för öppen hälso- och sjukvård. I de senare fallen skall patienten och försäkringskassa betala vården. Det visade sig också vara svårt att göra korrekta debiteringar för de sjukhuskrävande åtgärderna enligt den s.k. K-taxan. Det konstaterades också att debiteringsanvisningarna inte alltid var entydiga, vilket kunde bidra till att debiteringarna inte skedde på det sätt som avsetts. Praxis för hur debiteringarna skedde varierade också mellan klinikerna.

Överväganden och förslag

Finansieringssystemet är synnerligen komplicerat. Det är i många fall svårt att avgöra till vilken grupp en enskild patient skall höra. Ännu mer komplicerat blir det om olika vårdåtgärder på en och samma patient skall ersättas enligt olika system. Tandvårdsförsäkringens regler är dessutom svårtydda och kommunikationen med Försäkringskassan helt datoriserad med många inbyggda spärrar som ofta inte är anpassade till den komplexa vård som ges vid de käkkirurgiska klinikerna. Administrationen är omfattande och det krävs avsevärda arbetsinsatser för att hålla sig à jour med ersättningsreglerna och att hålla datasystemen aktuella.

Tandvårdsstabens granskningar 2002 visar, förutom på svårigheterna att debitera korrekt efter reglerna, att där fanns skillnader i praxis för debiteringarna mellan de olika klinikerna. Några senare uppföljningar har inte skett och det är inte känt om debiteringarna numera sker på ett riktigt sätt. Det finns emellertid ingen anledning att anta att praxis mellan klinikerna har blivit korrektare och mer enhetlig. Det är naturligtvis inte tillfredsställande om landstinget, patienterna och försäkringskassan belastas olika beroende på vid vilken klinik vården utförs. Dessutom undandras SLL intäkter från patienter och försäkringskassa när oralkirurgiska behandlingar enbart betalas med patientavgifter som för öppen hälso- och sjukvård i stället för med de högre patientavgifterna och försäkringsersättningar som erhålls då vården debiteras enligt tandvårdsförsäkringens regler. Ur konkurrenssynvinkel gentemot privatvården är det heller inte godtagbart om vård som egentligen inte kräver sjukhusets tekniska och medicinska resurser, likväl får be-

talas med patientavgifter som för öppen hälso och sjukvård. Det behövs tydligare regler för när oralkirurgisk vård skall betraktas som krävande sjukhusets resurser och när så inte är fallet.

Ett särskilt problem finns i att vissa åtgärder debiteras olika beroende på om de utförs vid de käkkirurgiska klinikerna eller vid de mottagningar som Folk tandvården har för medicinsk tandvård. Vid KUS(S) ligger mottagningarna vägg i vägg och vid SÖS är de samlokaliserade. Främst är det oralmedicinska utredningar och behandlingar som kan komma i fråga. Utförs dessa vid de käkkirurgiska klinikerna betalar patienten besöksavgift enligt reglerna för öppen hälso- och sjukvård medan samma åtgärder debiteras enligt tandvårdsförsäkringens regler om de utförs vid mottagningarna för medicinsk tandvård. I det senare fallet blir patientavgifterna väsentligt högre. Eftersom remittenterna i allmänhet känner till detta, styrs remisserna ofta till de käkkirurgiska klinikerna även om kompetensen i de enskilda fallen kan vara högre inom den medicinska tandvården. Det finns inga formella hinder för att landstinget tillämpar samma avgiftsregler för oralmedicinska utredningar vid sjukhusen oavsett om de utförs inom oralkirurgin eller inom den medicinska tandvården. Förslaget innebär en viss merkostnad för landstinget

Regeringen har gett generaldirektören Curt Malmberg i uppdrag att se över ersättningsreglerna när det gäller tandvård i samband med sjukdom. Sjukdomar i munhålan och käkarna kan få allvarliga konsekvenser på det allmänna hälsotillståndet. Behandling av sådana sjukdomar är en integrerad del i den allmänna hälso- och sjukvården. Denna rapport fokuserar på frågorna i samband med oralkirurgi. Men oralkirurgiska behandlingar är ofta omöjliga att genomföra utan stöd från andra odontologiska och medicinska specialiteter. Det är inte tillfredsställande att patienten skall betala dessa sammanhängande behandlingar enligt olika avgiftssystem. Patientavgifterna kan komma att uppgå till sådana belopp att patienterna inte anser sig ha råd att genomföra behandlingarna. Ofta är det äldre patienter som har behov av denna sammanhängande vård. Antalet äldre i befolkningen ökar och därmed kan betalningsproblemen också förväntas öka. Landstinget bör verka för att frågan om enhetliga avgifter, i de fall flera odontologiska specialister utöver oralkirurger behandlar en och samma patient med åtgärder som hör samman, tas upp i den Malmborgska utredningen.

Den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler bör gälla för alla oralmedicinska utredningar och behandlingar vid sjukhus oavsett vid vilken mottagning inom sjukhuset vården utförs.

Landstinget bör verka för att avgiftsreglerna ses över i de fall patientens sjukdom kräver medverkan av fler odontologiska specialister än oralkirurger.

Det bör säkerställas att reglerna för debitering tillämpas lika vid alla oralkirurgiska kliniker. Gränsdragningen mellan sjukhusberoende och icke-sjukhusberoende oralkirurgi bör göras tydligare.

Förväntad utveckling inom oralkirurgin

Behovet av oralkirurgisk vård i framtiden

Behovet av oralkirurgisk specialistvård kommer inte att minska i framtiden. Den vård som utförs av specialisterna i oral kirurgi kommer att bli svårare och mer krävande. Som grund för detta antagande ligger flera faktorer. Antalet äldre i befolkningen ökar och därmed sjukdomsförekomsten. Flera patienter kommer att vara multisjuka och medicinskt komplicerade. Behandlingsmöjligheterna ökar genom införande av nya kirurgiska metoder och utveckling av bl.a. bilddiagnostiken och genom tekniska innovationer. Samarbetet mellan oralkirurgi och medicinska specialiteter, främst ÖNH och plastikkirurgi tenderar att öka. Utvecklingen kommer att ske framför allt inom rekonstruktiv kirurgi för korrigerande av ben- och mjukvävnadsdefekter efter behandling av tumörer och skador, ortognat kirurgi, traumabehandling, käkledskirurgi och kirurgi med bentransplantationer i samband med komplicerad implantatbehandling. Allt fler datorbaserade arbetsverktyg tillkommer, vilket förbättrar planerings- och behandlingsmöjligheterna. Flertalet behandlingar kan genomföras som dagkirurgi men för en ökad andel av patienter krävs inläggning på sjukhus under en kort period.

De senaste årens utveckling av kirurgiska metoder och tekniska innovationer ställer nya krav på kunskap och klinisk skicklighet hos specialisterna i oral kirurgi. Patienterna blir alltmer medvetna om tillgängliga behandlingsmöjligheter och ställer krav på korrekt redovisning och upplysning om alternativa behandlingsmetoder, prognoser och de enskilda klinikernas resultat med följd att kraven på behandlarnas kompetens kommer att öka.

Diagnos och behandling av sjukdomar i munslemhinnan är traditionellt en del av oralkirurgin. Detta kommer inte att förändras i framtiden. Det är inte möjligt att bortse från olika allmänna och orala sjukdomar hos patienter som genomgår kirurgi i munhålan och käkarna. Men det finns skäl att överväga om en del av diagnostik och behandling kan och bör utföras av andra än oralkirurger. Inom oralmedicin-sjukhustandvård-medicinsk tandvård finns tandläkare som utöver oralkirurgerna är inriktade på sjukdomar i munslemhinnan. Inget av dessa områden är en specialitet. Gränserna mellan oralkirurgi och oralmedicin-sjukhustandvård-medicinsk tandvård är oklara och verksamheterna överlappande. Det bör vara fördelaktigt för oralkirurgerna att ha ett närmare samarbete med andra tandläkare med speciellt intresse för sjukdomar med manifestationer i munslemhinnan. Dessa tandläkare skulle också kunna ta hand om vissa mindre kirurgiska ingrepp och andra behandlingar av medicinskt komprometterade patienter. I avsnittet Medicinsk tandvård behandlas denna fråga utförligare.

Vård på olika nivåer

Den oralkirurgiska vården kan schematiskt delas upp i fem nivåer med hänsyn till kraven på kunskaper och färdigheter hos personalen, behovet av tekniska resurser samt samarbetet med olika medicinska specialiteter. Följande figur åskådliggör detta.

Figur 1. Nivåer inom oralkirurgin



Den övervägande delen av den oralkirurgiska vården kan och bör utföras av allmäntandläkare – Nivå 1. En vanlig behandlingsåtgärd på denna nivå är extraktion av tänder, även retinerade, periapikal kirurgi, biopsier samt okomplicerade insättningar av implantat. Detta innebär inte att varje allmäntandläkare kan eller bör utföra alla ingrepp på denna nivå. Den enskildes kompetensnivå utgör begränsningar. Såväl inom folktandvården som inom den privata sektorn finns allmäntandläkare med speciellt intresse för oralkirurgi, som tar emot remisser från andra allmäntandläkare. Motsvarande förekommer även inom andra specialitetsområden och det är i högsta grad önskvärt att denna utveckling fortsätter för att begränsa behovet av specialistvård.

Specialisttandläkarnas insatser behövs i nivåerna 2-5. De flesta specialisterna behövs i nivå 2 och antalet minskar mot högre nivåer. Nivå 2 utgörs av specialisttandvård där vårdens komplexitet eller patientens allmäntillstånd inte kräver ett sjukhus tekniska eller medicinska resurser. De privatpraktiserande oralkirurgerna arbetar nästan uteslutande på denna nivå men ingenting hindrar att även Ftv etablerar oralkirurgiska mottagningar för vård inom nivå 2. Det bör finnas särskilda skäl om oralkirurgi i nivå 2 skall bedrivas på sjukhus. Ett sådant skäl är att ST-tandläkarna behöver träning även i att utföra dentoalveolär kirurgi, t.ex. insättning av implantat om inte detta kan ske utanför sjukhusen. Ett annat skäl är att de studerande inom tandläkarutbildningen kan behöva delta i verksamheten. Kvalitetsmässigt bör det inte finnas några skillnader mellan oralkirurgi i nivå 2 som bedrivs innan- och utanför sjukhusen. Vården bör emellertid kunna utföras på ett mer kostnadseff-

fektivt sätt utanför sjukhusen genom att kraven på lokaler, teknisk utrustning, bemanning etc. inte behöver vara så höga.

Endast de patienter som är beroende av högre kompetens hos behandlarna eller som kräver sjukhusets tekniska och medicinska resurser i övrigt bör i princip behandlas i sjukhusmiljön. Vården av de patienter som genomgår större akuta eller elektiva kirurgiska ingrepp och/eller de som på grund av sitt hälsotillstånd har en större risk för komplikationer ingår i nivåerna 3-5. Även sådan vård som kräver särskild kompetens eller samarbete mellan oralkirurger och andra odontologiska eller medicinska specialister vid planering och behandling ingår i dessa nivåer. Vård i nivå 3, t.ex. den största delen av ortognat kirurgi, bör kunna utföras på alla oralkirurgiska mottagningar vid sjukhus medan vissa ingrepp endast bör utföras vid regionsjukhus eller motsvarande. Detta gäller sådana behandlingar som är komplicerade och förekommer förhållandevis sällan. I dessa fall - nivå 4 - bör vården koncentreras till en enhet per sjukvårdsregion. Exempel på behandlingar i nivå 4 är öppna ingrepp i käkleder, behandling av vissa syndrom, LKG-defekter och omfattande käkrekonstruktioner.

Vård i nivå 3 behöver i och för sig inte utföras på offentligt drivna sjukhus. Om kvalitetskrav och landstingets kostnader är lika för privata och offentliga sjukhus, bör vården kunna få utföras vid bådadera.

Nivå 5 omfattar s.k. rikssjukvård. Därmed avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Syftet med rikssjukvården är att skapa förutsättningar för en god utveckling och en effektiv resursanvändning i den högspecialiserade vården. Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) §§ 9a och b reglerar rikssjukvården. Rikssjukvården skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Rikssjukvårdsnämnden inom Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. För att bedrivas rikssjukvård krävs tillstånd från Socialstyrelsen.

Rikssjukvårdsnämnden beslutade den 24 september 2008 att definiera viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Med kraniofacial kirurgi avses i detta sammanhang kraniosynostoser, kraniofaciala missbildningssyndrom, kongenitala skalldeformiteter/defekter samt hypertelorism. Oralkirurgiska specialister medverkar i varierande utsträckning vid utförandet av kraniofacial kirurgi. I figuren är detta åskådliggjort genom att oralkirurgin enbart är en mindre del av den totala vården. Huvuddelen utförs av specialister inom medicinen.

För närvarande pågår en ansöknings- och tillståndsprocess varefter rikssjukvårdsnämnden enligt planerna skall fatta beslut senast i oktober 2009. KUS har ansökt om att få ett rikscentrum för kraniofacial kirurgi.

Överväganden

Oralkirurgins samarbete med medicinska specialiteter är främst inriktat på ÖNH och plastikkirurgi för behandling av sjukdomar, missbildningar och

skador i ansikte och käkar. Det är en stor fördel för patienterna när alla tre specialiteterna finns på samma sjukhus för komplicerade behandlingar. Det är viktigt att samarbetet byggs upp på ett sådant sätt att specialiteterna stödjer varandra och inte konkurrerar.

Denna utredning koncentrerar sig på organisation av den oralkirurgiska vården men berör i viss utsträckning även den s.k. medicinska tandvården. Komplicerade och omfattande behandlingar på många patienter är emellertid beroende av samarbete mellan flera odontologiska specialiteter. Särskilt gäller detta ortodonti, oral protetik och odontologisk radiologi. Detta samarbete skulle underlättas om specialisterna fanns nära varandra och inom samma vårdenhet. Erfarenheter från detta finns vid flera sjukhus i landet. Även inom SLL vore en sådan utveckling önskvärd men det ingår inte i uppdraget att diskutera den odontologiska specialistvården i ett vidare perspektiv.

Framtida lokalisation och ledning

Nuvarande situation

Den nuvarande oralkirurgiska verksamheten vid sjukhusen bedrivs vid tre självständiga enheter. HSN, som tecknar avtal med alla enheterna, har visserligen möjlighet att ställa villkor för verksamheterna, men detta görs inte i annat avseende än att det för SÖS finns vissa begränsningar när det gäller ortognatkirurgi.

Verksamheten vid IO bedrivs helt i statlig regi och all personal är anställd vid KI. Utöver vårdavtalet med HSN finns ett hyresavtal mellan KI och Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge (KUS(H)) vad gäller lokaler m.m.

Verksamheterna vid de tre klinikerna har som framgår av bilaga 4 delvis olika inriktningar. Vid KUS(S) är ortognat kirurgi och traumabehandling två centrala områden. Käkledskirurgi och ortognatkirurgi utförs företrädesvis vid IO medan SÖS fokuserar på dentoalveolär kirurgi inklusive implantatbehandling. Rekonstruktiv kirurgi och bentransplantationer utförs vid alla klinikerna i ungefär samma utsträckning. Vid SÖS utförs ett förhållandevis stort antal kirurgiska ingrepp som inte kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser. Utbildning av specialisttandläkare sker vid alla tre klinikerna

Samarbetet mellan klinikerna är på gränsen till obefintligt utom när det gäller deltagandet i jouten och sker i blygsam omfattning när det gäller specialistutbildningen. Det sker inget erfarenhetsutbyte eller gemensamt utvecklande av vårdprogram. Inte heller sker några gemensamma utvärderingar av verksamheterna. I stort sett bedrivs inga klinikövergripande forskningsprojekt.

I Region Skåne har under våren 2009 genomförts en omorganisation av den oralkirurgiska verksamheten vid Universitetssjukhusen i Lund och Malmö så att verksamheterna bedrivs vid båda sjukhusen men under en gemensam ledning. Härigenom förväntas utvecklingen av verksamheten bli förbättrad liksom utbildningen av specialisttandläkare. Tillgång skapas också till ett större forskningsmaterial.

Överväganden och förslag

Lokalisation

Vår utgångspunkt är att resurserna för den sjukhusberoende oralkirurgin inte bör splittras på fler enheter än vad som är nödvändigt. Flera faktorer påverkar bedömningen av vid hur många enheter verksamheten bör bedrivas. De främsta faktorerna är

- Samarbete med medicinska specialiteter

- Tandläkarutbildningen
- Lokaltillgång
- Kompetensutveckling
- Resursanvändning
- Tillgänglighet

Samarbete med medicinska specialiteter

För den framtida utvecklingen av oralkirurgin och för specialistutbildningen skulle det optimala vara att koncentrera verksamheten till en plats i länet. Men det finns överväldigande skäl som talar för att verksamheten ändå bör bedrivas på mer än en plats.

Oral kirurgi är ett område som förenar teoretiska och kliniska kunskaper inom odontologi och medicin. Oralkirurgins främsta samarbetsområden inom medicinen är ÖNH och rekonstruktiv plastikkirurgi. I avsnittet NKS och högspecialiserad vård redovisas utredningens 3S:2 förslag beträffande ÖNH-vården, att slutenvård i framtiden skall finnas vid NKS och vid KUS(H). Beträffande den rekonstruktiva plastikkirurgin konstaterade 3S:2 att den övergripande målsättningen är att renodla den högspecialiserade plastikkirurgiska verksamheten inom det fysiska NKS.

En slutsats av detta är att i framtiden bör det finnas oralkirurgisk verksamhet vid NKS och KUS(H). Samarbetet med ÖNH kräver kontinuerlig närvaro för oralkirurgerna. Det är inte tillräckligt med konsultativ verksamhet vid något av dessa sjukhus. Redan i dag är ÖNH-vården och den rekonstruktiva plastikkirurgin organiserad så att oralkirurgisk verksamhet i första hand bör finnas vid KUS(S) och KUS(H).

Tandläkarutbildningen

Institutionen för odontologi vid KI är lokaliserad till Huddinge där i princip hela tandläkarutbildningen bedrivs. De flesta remisser för oralkirurgisk specialistvård kommer från allmäntandläkare. Därför är det viktigt att de studerande under tandläkarutbildningen får god kontakt med specialistvården för att i framtiden kunna avgöra vilken vård som kräver specialistmedverkan och för att känna till de möjligheter som modern odontologi erbjuder i dag. En sådan kontakt upprätthålls bäst om oralkirurgisk specialistvård är lokaliserad till KUS(H) dit grundutbildningen i oral kirurgi då kan koncentreras. Samarbetet mellan oralkirurgerna och de övriga odontologiska specialisterna vid IO är viktigt både för grundutbildningen till tandläkare och för specialistutbildningen.

Framtida lokaltillgång

NKS skall vara ett specialistsjukhus för regionen med inriktning på forskning och utbildning och högspecialiserad och specialiserad vård. NKS får 600 vårdplatser, 100 dagvårdsplatser och en stor kvalificerad öppen vård. NKS utformning och infrastruktur skall möjliggöra god logistik och högt resursutnyttjande, vilket innebär att, trots något färre vårdplatser, sjukhusets kapacitet blir minst lika stor som vid dagens KUS(S)

Det totala antalet inläggningar efter oralkirurgiska ingrepp uppgick till 588 år 2008, varav 268 vid KUS(S). Vi har fått uppfattningen att det inte skulle bli något problem att behålla den senare volymen vid NKS och inte heller att utöka den något. Även omfattningen av öppenvården inklusive dagkirurgin skulle kunna bibehållas och även utvidgas om sådant blir önskvärt.

Enligt vårt förslag skall det inte i framtiden förekomma någon sjukhusberoende oralkirurgi vid SÖS. Detta innebär att dagens patienter vid SÖS måste fördelas på KUS(S)/NKS och KUS(H). Vi har inte kunnat analysera förutsättningarna för att bereda erforderligt utrymme vid dessa sjukhus men utgått från att det skall vara möjligt. Vi har inte heller kunnat analysera om det är möjligt att redan innan NKS kommer i funktion fördela patienterna från SÖS till KUS(S) och KUS(H).

Kompetensutveckling

Vi anser att i princip är förutsättningarna för att upprätthålla personalens kompetens och att utveckla denna bättre ju större enheten är och därmed tillgången till ett större och mer varierat patientmaterial. En svaghet med dagens organisation är att vissa komplicerade ingrepp utförs så sällan vid varje enhet att erfarenheterna av ingreppen och därmed kompetensen knappast kan vara den bästa överallt. Antalet oralkirurgiska ingrepp i nivåerna 3-4 (sjukhusberoende vård och högspecialiserad vård) är i Stockholmsregionen inte fler än att de borde kunna utföras vid två enheter. Inte heller om man beaktar att viss specialistvård i nivå 2 (icke sjukhusberoende) bör utföras vid enheterna för att ge underlag för specialistutbildningen bör antalet ingrepp bli så stort att det inte kan utföras vid två enheter.

Resursanvändning

En koncentration av verksamheten till två enheter under en och samma huvudman och med en gemensam ledning borde ge utrymme för rationaliseringsvinster och bättre resursanvändning. Det borde också vara möjligt att upprätthålla en högre kompetens inom ekonomi- och personaladministrativerna.

Tillgänglighet

För oralkirurgiska utredningar och behandlingar gör patienterna endast ett fåtal besök. I enstaka fall finns visserligen behov av täta kontroller och långvariga uppföljningar men i stort sett är vårdepisoderna kortvariga. Kraven på geografisk tillgänglighet för patienterna är därför inte desamma som inom verksamhetsområden där patienterna måste göra täta besök under lång tid. Den kollektiva trafiken i Stockholms län är så väl utbyggd att det knappast kan behövas förlägga den oralkirurgiska verksamheten till många länsdelar. En lokalisering till Solna och Huddinge torde vara tillräckligt för att fylla rimliga krav på tillgänglighet för patienterna.

Ftv:s mottagningar för medicinsk tandvård förutsätts vara kvar. Enligt uppgift från Ftv är dessutom avsikten att flytta de nuvarande specialistverk-

samheterna från lokaler vid Eastmaninstitutet och vid Skanstull till SÖS. Därigenom kommer den odontologiska närvaron vid SÖS att öka. Det finns inget hinder för Ftv att vid SÖS även etablera en oralkirurgisk mottagning för vård inom nivå 2, dvs. för dentoalveolär kirurgi som inte kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser inklusive behandling med implantat. Denna verksamhet finansieras helt av patient och försäkringskassa.

Personal

Förslaget innebär att den käkkirurgiska kliniken vid SÖS läggs ner. Detta får stora konsekvenser för personalen där. Eftersom den oralkirurgiska verksamheten i landstinget ändå i stort sett kommer att vara volymmässigt oförändrad, kommer plats vid KUS(S) och KUS(H) att kunna beredas för de allra flesta. Om förslaget accepteras kommer det att ta tid innan de fysiska förändringarna kan genomföras. Naturliga avgångar kommer att ske. Men det är viktigt att så fort som möjligt tillsammans med de fackliga organisationerna planera personalförändringarna.

Ledning

Den nuvarande situationen med tre självständiga oralkirurgiska enheter med egna ledningar är ur flera synvinklar inte optimal. Vissa typer av operationer utförs så sällan vid de enskilda klinikerna att de inte blir rutiningrepp för kirurgerna där. Det är möjligt att detta kan påverka resultatet av ingreppen. Det ur nationellt perspektiv mycket omfattande patientmaterialet utnyttjas inte för utvecklandet av vårdprogram, för systematiska uppföljningar eller för forskning. Inte heller får de tandläkare som genomgår specialistutbildningen möjlighet att delta i verksamheterna vid de olika klinikerna och därigenom utnyttjas inte det förhållandet att verksamheterna vid klinikerna har olika inriktningar. Samarbetet förenklas inte av att två av klinikerna har landstinget som huvudman medan en har statligt huvudmannaskap.

Det finns emellertid ingen anledning att ifrågasätta att verksamheterna vid de olika klinikerna bedrivs på ett ur olika aspekter tillfredsställande sätt. Jämfört med många andra oralkirurgiska kliniker i landet är verksamheterna vid de olika klinikerna omfattande och patientmaterialet så varierande att kirurgerna ändå får erfarenhet av olika ingrepp. Men det är ingen tvekan om att förutsättningarna är sådana att förhållandena i många avseenden kunde bli bättre.

Vi anser att en gemensam huvudman och en gemensam ledning för all sjukhusberoende oralkirurgi i länet är en förutsättning för en optimal verksamhet. En verksamhetschef skulle ha förutsättningar att bättre än nu styra utvecklingen och fördela resurserna mellan olika enheter så att utvecklingen av verksamheten och personalens kompetens, utarbetande av evidensbaserade, standardiserade vårdprogram m.m. får bättre förutsättningar än i dag. Utvecklingen inom sjukvården går alltmer ifrån individuell hantverksmässighet mot mer effektiv och kunskapsbaserad och regelstyrd tjänsteproduktion. Om all personal var anställd av en och samma arbetsgivare, skulle personalen kunna få möjlighet att arbeta vid de olika enheterna med deras olika inriktningar och därigenom bredda sin kompetens. Detta gäller i synnerhet

kirurgerna och tandläkarna som är under specialistutbildning. Det borde också finnas rationaliseringsvinster att göra om personal- och ekonomiadministrationen kunde koncentreras till ett ställe. Förutsättningarna för att få en enhetlig tolkning av de komplicerade finansieringsreglerna borde också kunna bli bättre.

Oralkirurgernas kontakter med den övriga sjukvården sker huvudsakligen med ÖNH. Denna verksamhet är organiserad på det sätt som vi förordar för oralkirurgin – all klinisk verksamhet är samlad under en chef. ÖNH-verksamheten bedrivs på flera olika platser, vid KUS(S), KUS(H), SÖS Danderyds sjukhus och Löwenströmska sjukhuset.

Karolinska Institutet

Vårt förslag förutsätter att samarbetet med IO/KI ändras så att SLL blir huvudman även för den oralkirurgi som i dag utförs i statlig regi. Detta skall gälla även för den kliniska verksamhet i oral kirurgi som är nödvändig för utbildningen av tandläkare som för forskningen och forskarutbildningen. Tjänsterna som professor, universitetslektor och universitetsadjunkt i oralkirurgi är förenade med uppdrag som övertandläkare eller biträdande övertandläkare. För uppdragen utgår kliniska tillägg/uppdragsillägg utöver de med tjänsterna förenade lönerna. Vi föreslår att SLL övertar arbetsgivaransvaret för lärarnas i oral kirurgi kliniska verksamhet. Därigenom skulle s.k. förenade anställningar skapas inom högskolan och hälso- och sjukvården när det gäller oral kirurgi inom tandläkarutbildningen på samma sätt som generellt gäller för läkarutbildningen. Detta förutsätter ett avtal mellan SLL och KI och med lärarnas fackliga organisation. När det gäller den övriga personalen vid IO:s käkkirurgiska avdelning föreslår vi att även denna får landstinget som huvudman. Detta förutsätter naturligtvis också att överenskommelse träffas med KI och de fackliga organisationerna. Kostnaderna för landstinget bör inte öka eftersom det redan i dag betalar för den oralkirurgiska vård som utförs vid IO.

Den sjukhusberoende oralkirurgin i länet bör ha en gemensam ledning.

Verksamheten bör koncentreras till två enheter, en i Solna och en i Huddinge.

Landstinget bör ta över huvudmannskapet för verksamheten i Huddinge från KI och avtal träffas med KI om oralkirurgin i samband med tandläkarutbildningen och forskningen samt om förening av tjänster mellan högskolan och landstinget när det gäller de berörda kliniska lärarna. Avtal måste också träffas för den övriga personalen.

Folktandvården avser att etablera specialisttandvård vid Södersjukhuset.

NKS och högspecialiserad vård

Bakgrund

3S (Utredningen om Stockholms Sjukvårdsstruktur) presenterades i september 2002. Landstingsfullmäktige beslutade att utredningens förslag för utveckling, genomförande och uppföljning av landstingets sjukvårdsstruktur och planerna för ett nytt universitetssjukhus skulle godkännas.

Besluten har till stora delar genomförts. Särskilt resurs- och kompetenskrävande vård (högspecialiserad vård) har koncentrerats till KUS samtidigt som annan vård överförs från universitetssjukhuset till övriga akutsjukhus och närsjukvården. Ett profileringsarbete pågår avseende uppdragen för KUS(S) och KUS(H). Beslut att bygga ett nytt universitetssjukhus på Karolinska Solna-tomten (NKS) har fattats.

I enlighet med utredningens förslag har Karolinska universitetssjukhusets sjukvårdsuppdrag förändrats och tydligare relaterats till forsknings- och utbildningsuppdraget. Samtidigt har de övriga akutsjukhusen fått nya och delvis förändrade uppdrag.

Då utvecklingen av sjukvårdsstrukturen är en dynamisk process relaterad till den pågående medicinska och tekniska utvecklingen fanns enligt utredningen anledning att göra en uppföljning av förändringsarbetet. Den nya utredningen, som går under namnet 3S:2, har besvarat frågorna Har önskade effekter uppnåtts och finns behov att göra ytterligare strukturförändringar relaterade till den medicinska och tekniska utvecklingen och den demografiska utvecklingen? Utredningens slutsatser redovisades i januari 2009 i rapporten 3S:2 utredningen.

Några slutsatser i rapporten är av särskilt intresse för oralkirurgin.

- En fortsatt koncentration av högspecialiserad vård till Karolinska universitetssjukhuset är nödvändig för att möta krav på kvalitet och kostnadseffektivitet. Vård som inte längre betraktas som högspecialiserad bör samtidigt överföras till övriga sjukhus.
- För att möta de ökade sjukvårdsbehoven måste sjukvårdens styrning och organisation förbättras. Klinikbegreppet som administrativ enhet måste överges till förmån för centrumbildningar och sjukhusgemensamt resursutnyttjande.
- En bättre samordning av universitetssjukvårdens och SLL:s styrning och organisation är nödvändig för utveckling av det akademiska sjukvårdssystemet.

- Klinisk patientnära forskning måste stimuleras

Öron-, näs- och halssjukvården är av särskilt intresse för oralkirurgins organisation. Såväl 3S utredningen som en särskild profikutredning har föreslagit omorganisation av ÖNH-vården. Målet var att förslagen skulle genomföras under 2008, men de fysiska förutsättningarna saknades och profileringen av ÖNH avstannade temporärt. Från november 2008 är klinikerna sammanslagna och en tf verksamhetschef tillsatt. Uppdraget har förändrats och hänsyn skall nu tas även till NKS och vårdval.

3S:2 uttalade beträffande ÖNH-vården att det fanns en klart uttalad målsättning om ökad överföring av kirurgi i sluten vård till dagkirurgi. Även med optimal överföring av slutenvård till dagkirurgi kommer behov att finnas för slutenvård av basal kirurgi, som inte kommer att rymmas inom NKS. I den sammanslagna kliniken föreslås därför att viss slutenvård upprätthålls på Huddinge.

De delar av verksamheten som är högspecialiserade utgörs av all utredning och behandling av maligna tumörsjukdomar och traumavård där ÖNH samverkar med andra högspecialiserade verksamheter t.ex., neurokirurgi, skullbaskirurgi och den avancerade pediatrika ÖNH-kirurgin kan inte spridas till fler producenter.

I sitt underlag till 3S:2 hade landstingets specialsakkunnige (SPESAK) för ÖNH tagit upp käkkirurgi som det första exemplet på samverkansområden som är högspecialiserade och där verksamheten inte borde spridas på flera producenter. Vid samtal har SPESAK bekräftat detta och understrukt att om NKS inriktas på behandling av tumörsjukdomar och svårare trauma måste såväl öron-, näs- och hals som oralkirurgi vara representerade med i princip ständigt bemannade enheter. Det räcker inte med konsultverksamhet.

Ett annat väsentligt samarbetsområde för oralkirurgin är den rekonstruktiva plastikkirurgin inklusive behandling av LKG-defekter. 3S:2 utredningen ansåg att ur ett organisatoriskt perspektiv kommer den rekonstruktiva plastikkirurgin behöva genomgå ett förstärkt förändringsarbete med sikte på NKS. Den högspecialiserade plastikkirurgiska vården måste tydligt definieras. Den övergripande målsättningen är att renodla den högspecialiserade plastikkirurgiska verksamheten inom det fysiska NKS.

Högspecialiserad oralkirurgi

Rikssjukvård

Socialstyrelsens rikssjukvårdsnämnd beslutade den 24 september 2008 att definiera viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Med kraniofacial kirurgi avses i detta sammanhang kraniosynostoser, kraniofaciala missbildningsyndrom, kongenitala skulldeformiteter/defekter samt hypertelorism. För närvarande pågår en ansöknings- och tillståndsprocess varefter rikssjukvårdsnämnden enligt planerna skall fatta beslut senast i oktober 2009.

Ingen sjukvård som primärt faller inom oralkirurgins ansvarsområde definieras som rikssjukvård. Däremot kan oralkirurger ingå i team för kraniofacial kirurgi som är rikssjukvård. Om KUS blir utsett till ett centrum för rikssjukvård när det gäller kraniofacial kirurgi, kommer verksamheten enligt intentionerna att i framtiden bedrivs vid NKS.

Övrig högspecialiserad oralkirurgi

3S:2 såg utredning och behandling av maligna tumörsjukdomar och traumavård där ÖNH samverkar med andra högspecialiserade verksamheter som en sådan verksamhet som inte borde splittras på flera enheter utan koncentreras till NKS. Bland dem som ÖNH samverkar med finns oralkirurgin. En slutsats av detta är att oral kirurgi bör finnas lokaliserad till NKS.

Patienter för undervisning, forskning och specialistutbildning vid IO

Bakgrund

En stor del av tandläkarutbildningen består av klinisk verksamhet. De studerande och lärarna utför därvid vård för orala sjukdomar på patienter. Tandvård kan också ingå i odontologisk forskning, forskarutbildning och specialistutbildning. Den tandvårdande verksamhet som bedrivs i anslutning till tandläkarutbildning och forskning skulle enligt riksdagens beslut (prop. 1978/79:41) föras över till landstingskommunalt/kommunalt huvudmannaskap. I enlighet därmed övertog Västerbottens läns landsting 1987 huvudmannaskapet för den tandvård som universitetet i Umeå dittills bedrivit och 1989 övertog på motsvarande sätt Göteborgs kommun ansvaret för tandvården vid Göteborgs universitet. Ansvaret har senare övergått till Västra Götalandsregionen.

Motståndet mot kommunalisering av tandvården vid Karolinska Institutet var stort både från landstingets och från institutets sida och någon förhandlingsuppgörelse kunde inte träffas. Bl.a. på grund av detta återtog riksdagen 1993 sitt principbeslut. I samband med detta gjordes en informell uppgörelse med statens förhandlingsnämnd om att landstinget skulle planera tandvården så att det i möjligaste mån fanns ett tillräckligt patientunderlag för tandläkarutbildningen och forskningen.

Detta har tagit sig uttryck i utformningen av landstingets tandvårdsplaner och genom att ett flertal avtal om vårdssamarbete har tecknats mellan HSN och KI. Sådana avtal finns även beträffande specialistutbildningen.

Ledningen vid avdelningen för käkkirurgi vid IO uppger att patientmaterialet i och för sig räcker till för den nuvarande utbildningen men att situationen i flera avseende skulle kunna förbättras. Utrymmet för oral kirurgi i studieplanen har successivt minskat genom åren.

Ett problem i detta sammanhang är att den kliniska färdighetsträningen under tandläkarnas grundutbildning förefaller att vara för liten. Sveriges Tandläkarförbund har låtit Statistiska Centralbyrån genomföra en stor enkätundersökning bland tandläkare som utexaminerats under de senaste åren. Resultatet redovisades i Tandläkartidningen nr 11/2007. De nya tandläkarna visade sig vara mest missnöjda med omfattningen av den kliniska färdighetsträningen i bl.a. oral kirurgi. Andelen som ansåg att träningen var för liten i oral kirurgi varierade mellan ca 40 och 90 procent mellan de fyra utbildningsorterna. Utbildningen i Stockholm resulterade i den största andelen missnöjda när det gällde den tid som kunde ägnas åt oral kirurgi. Tiden i grundutbildningen ansågs vara för kort. Både den teoretiska utbildningen och den kliniska färdighetsträningen har genom åren minskat.

Sveriges Tandläkarförbund har i ett policyuttalande från 2009 uttalat att ”Tandläkarutbildningen skall vara av högsta internationella kvalitet för att motsvara kraven på dagens och morgondagens tandläkare. Förbundet anser att nuvarande utbildningsplan bör förstärkas. Den kliniska färdighetsträningen i oral kirurgi, ortodonti och oral protetik måste utökas”.

Överväganden

Under avsnittet Framtida ledning och organisation har vi framhållit betydelsen av att allmäntandläkarna i framtiden har sådan kompetens att de kan utföra oralkirurgiska åtgärder i sådan omfattning att inte kraven på utökade insatser från specialisttandläkare behövs. Vårt intryck är att utvecklingen inte självklart går i den riktningen. Sveriges Tandläkarförbunds och Statistiska Centralbyråns enkätstudie tyder på detta. Omfattningen av den kliniska träningen i oralkirurgi under grundutbildningen bör därför utökas. Detta är i och för sig inte en fråga för landstinget, men genom att skapa en större oralkirurgisk enhet vid KUS(H) och teckna avtal med KI om samarbete när det gäller tandvården i samband med tandläkarutbildningen m.m., borde förutsättningarna för en förlängd grundutbildning i oralkirurgi kunna förbättras.

Under avsnitten Forskning och utvecklingsarbete vid de oralkirurgiska klinikerna och Tillgången på oralkirurger och specialistutbildningen redovisar vi överväganden och förslag som bör förbättra situationen även när det gäller forskning och specialistutbildning vid IO.

Tillgången på oralkirurger och specialistutbildningen

Nuvarande tillgång

Landstinget har genomfört två enkätundersökningar omfattande alla specialister bosatta i Stockholms län. Avsikten var att kartlägga specialisttandvårdens omfattning och fördelning på olika verksamhetsområden. Kartläggningarna avsåg åren 1999 och 2003. Resultaten har redovisats i rapporterna *Dimensionering av specialisttandvården i Stockholms län*, Tandvårdsstaben juni 2000 och *Specialisttandvården i Stockholms län år 2003*, Tandvårdsenheten juni 2004.

Resultatet avseende den oralkirurgiska verksamheten sammanfattas i följande tabell.

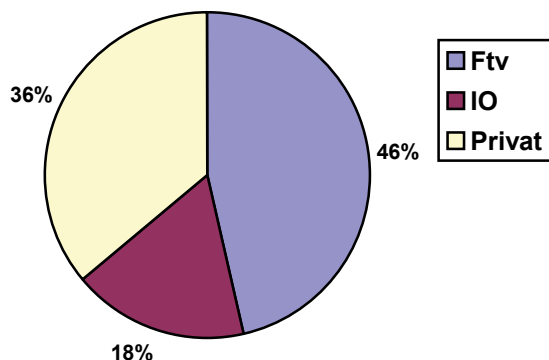
Tabell 7. Specialisternas i oralkirurgi yrkesverksamhet i Stockholms län åren 1999 och 2003

	2003	1999
Antalet i länet bosatta och yrkesverksamma specialister	33	32
Antalet ST-tandläkare	4	4
Antal arbetstimmar, specialister	49 100	49 200
Antal arbetstimmar, ST-tandläkare	4 700	
Specialisternas arbetstidsfördelning, antal timmar		
Klinik inom folktandvården	18 980	
Klinik inom Inst. för odontologi	7 500	
Klinik privat	17 600	
Utbildning/handledning	1 800	
Forskning och utveckling	2 100	
Allmäntandvård	200	
Tandvårdsadministration	900	

Av tabellen framgår att den genomsnittliga arbetstiden för specialisterna i oralkirurgi uppgick till nära 1 500 timmar år 2003 och att praktiskt taget all klinisk tid ägnades åt specialisttandvård.

Fördelningen av den kliniska tiden mellan de olika vårdgivarna visas i följande diagram. Då undersökningarna gjordes, ansvarade Folktandvården för all landstingsdriven oralkirurgi i länet vid Karolinska sjukhuset, SÖS och Danderyds sjukhus samt vid Eastmaninstitutet.

Figur 2. Fördelningen av den kliniska tiden inom oralkirurgin 2003



Av figuren framgår att de offentliga vårdgivarna Ftv och IO svarade för två tredjedelar av oralkirurgin i länet.

Socialstyrelsen har i rapporten *Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2006* redovisat antalet specialisttandläkare i oral kirurgi sysselsatta inom tandvården november 2006.

I följande tabell redovisas resultatet ur rapporten kompletterat med egna beräkningar med relationen till befolkningstalen.

Tabell 8. Antalet yrkesverksamma oralkirurger och antalet invånare per oralkirurg 2006

Område	Antal oralkirurger	Antal invånare per oralkirurg
Stockholms utbildningsregion (=Stockholms län)	34	56 400
Riket	145	62 900
Riket exkl. Stockholms län	111	64 800

Socialstyrelsens redovisning överensstämmer väl med vad som framkommit i landstinget egna enkäter – det finns mellan 30 och 35 yrkesverksamma oralkirurger i länet förutom tandläkare under specialistutbildning (ST-tandläkare). Av tabellen framgår att Stockholms län är förhållandevis väl försett med oralkirurger i jämförelse med landet i övrigt.

Specialistutbildningen

Medan flertalet svenska läkare är specialistutbildade har endast elva procent av tandläkarna genomgått specialistutbildning. Enligt lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall en läkare eller tandläkare som genomgått av regeringen föreskriven vidareutbildning få specialistkompetens.

Enligt förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall den tandläkare som vill ha specialistkompetens ha utövat allmän tandläkarpraktik under minst två år och skall därefter genomgå vidareutbildning under minst tre år. Specialistkompetens kan förvärfvas inom åtta områden, varav oral kirurgi är ett. Specialistkompetens skall förvärfvas genom specialiseringstjänstgöring (ST), vilken består av tjänstgöring under handledning vid klinik som godkänts av Socialstyrelsen och genom deltagande i kompletterande utbildning i form av kurser m.m. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd i Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 1993:4 om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som skall gälla för varje specialistkompetens (målbeskrivningar). För att uppfylla dessa krav för oralkirurgin, omfattar utbildningen fyra år, vilket är ett år mer än för de övriga specialiteterna.

Enligt föreskrifterna och allmänna råden skall tandläkare under specialistutbildning bl.a. ha tränat sin pedagogiska förmåga och därför skall pedagogisk utbildning och träning ingå i ST. Förmågan att kritiskt granska metoder och tekniker inom specialiteten skall utvecklas och grundläggande kunskaper i vetenskaplig metodik skall inhämtas. Det anges därför vara värdefullt om tandläkaren under specialiseringstjänstgöringen själv utför eller deltar i ett vetenskapligt arbete som kan bidra till hans eller hennes vetenskapliga skolning.

Läkarnas specialistutbildning är uppbyggd på i princip samma sätt som tandläkarnas. Dock finns en väsentlig skillnad genom att staten ekonomiskt bidrar till läkarnas specialistutbildning. Detta sker genom Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) med stöd av 3 kap. 12 a § lagen om yrkesverksamheter på hälso- och sjukvårdens område. Regeringen har till IPULS överlämnat att besluta om tillhandahållande och fördelning av platser till de specialistkompetenskurser som ingår i läkares vidareutbildning och som anordnas med statliga medel. IPULS ägs av Svenska Läkarsällskapet, Sveriges Läkarförbund och Sveriges Kommuner och Landsting.

I regeringens proposition 1990/91:138 om vissa tandvårdsfrågor togs tandläkarnas specialistutbildningen upp. Föredragande statsrådet anförde då att totalansvaret för kostnaderna för utbildningen borde ligga kvar på tandvårdshuvudmännen. Riksdagen hade inga invändningar mot detta. Således varken planerar staten eller bidrar till finansieringen av tandläkarnas specialistutbildning utan denna är helt och hållet en fråga för landstingen.

Dåvarande Landstingsförbundets styrelse beslutade i mars 1995 rekommendera att ett visst antal utbildningsplatser för tandläkares specialistutbildning skall finansieras gemensamt av landstingen. Dessa platser benämns Nationella platser. Inom Sveriges Kommuner och Landsting tar den Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS) fram underlag för regionernas planering av specialisttandvården och bestämmer antalet platser som skall finansieras gemensamt av landstingen samt inom vilka landsting platserna skall inrättas. Respektive landsting beställer sedan utbildningen av kliniker som av Socialstyrelsen godkänts som utbildningskliniker och betalar för utbildningen. Sveriges Kom-

muner och Landsting administrerar ett ekonomiskt fördelningssystem så att de landsting som inrättar nationella utbildningsplatser, får ekonomisk kompensation från andra landsting för kostnaderna.

Utöver de nationella platserna kan en utbildningsklinik anställa tandläkare för specialistutbildning. En sådan plats finansieras genom överenskommelse mellan kliniken och det egna eller ett annat landsting eller på annat sätt, t.ex. av en uppdragsgivare utanför landet.

Våren 2009 finns inom Stockholms län fem utbildningsplatser i oral kirurgi besatta, varav tre nationella platser vid KUS(S), SÖS och IO, en ytterligare plats beställd av HSN vid IO och en inrättad och helt finansierad av kliniken vid SÖS. För de landstingsfinansierade platserna tecknar HSN avtal med respektive klinik och betalar ersättning för utbildningen. Den årliga ersättningen uppgår till ca 600 000 kronor per plats.

Samarbetet kring specialistutbildningen mellan de tre oralkirurgiska klinikerna är nästan obefintligt. Detta gäller såväl den kliniska träningen som den teoretiska utbildningen. Dock deltar ST-tandläkarna från samtliga kliniker i den länsövergripande jouren, där de utgör primärkliniken. Eftersom uppföljningen av alla jourfall sker på KUS(S), får inte alltid ST-tandläkarna från de andra klinikerna tillfälle att följa denna.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring anges i målbeskrivningen för oral kirurgi bl.a. att specialisten skall ha kunskaper om och erfarenhet av samverkan med övrig verksamhet inom tand- och sjukvård. Detta gäller allmäntandvård, specialisttandvård samt olika medicinska specialiteter, särskilt öron-, näs- och halsjukdomar, plastikkirurgi och anesthesiologi. Det har blivit allt svårare för ST-tandläkarna att få erforderlig utbildning inom dessa medicinska specialiteter. Tidigare kunde ST-tandläkarna genom tillmötesgående från KI få komma med på kurser för läkarstudier, men denna möjlighet är nu i princip stängd.

Prognoser

Följande tabell visar den förväntade utvecklingen av tillgången på oralkirurger i Stockholms län t.o.m. år 2015 under förutsättning att enbart de s.k. nationellt överenskomna utbildningsplatserna utnyttjas. Därvid har beaktats att 13 oralkirurger som var yrkesverksamma 2003 uppnår pensionsåldern under 2004-2013. Uppgifterna kommer från HSN-f.

Tabell 9. Antalet yrkesverksamma oralkirurger i AB-län med oförändrat antal nationella ST-platser

Tid	Förväntat antal
december 2009	36
december 2012	29
december 2015	23

Eftersom det för närvarande utöver de nationella platserna finns ytterligare två platser besatta i länet, kan det förväntade antalet oralkirurger i december 2012 bli ökat med två och i december 2015 med ytterligare en. Om inga förändringar sker av antalet utbildningsplatser, kommer antalet yrkesverk-samma oralkirurger i länet således att uppgå till 26 i slutet av 2015. Det måste understrykas att prognoserna är osäkra på entalsnivån – ändrade per-sonliga förhållanden, ut- och inflyttningar till länet etc. omöjliggör exakta beräkningar. Under alla förhållanden pekar prognoserna på att antalet oral-kirurger i länet vid utgången av 2015 har minskat med fem till tio om inga åtgärder vidtas.

I rapporten *Planeringsunderlag avseende specialisttandvårdens utveck-ling till år 2015* (Sveriges Kommuner och Landsting, februari 2008) redovi-sades resultatet av en enkät till landstingen om det framtida behovet av spe-cialister. Enkäten skulle bl.a. ge svar på den förväntade utvecklingen inom specialiteterna och det framtida behovet av specialister. I bedömningarna skulle vägas in faktorerna förändrad specialistroll, demografiska förändring-ar, sjukdomsutveckling, landstingets ambitionsnivå, organisatoriska föränd-ringar, möjlig effektivisering samt tillgång till s.k. nischandläkare, varmed avses allmäntandläkare med viss efterutbildning inom verksamhetsområdet.

För oralkirurgin bedömde SLL i rapporten att behovet av specialister i oralkirurgi var oförändrat fram till år 2015. Detta innebär att den nuvarande utbildningstakten är för låg under förutsättningen att Stockholmsregionen själv skall svara för utbildningen av sina specialister och inte rekrytera från övriga delar av landet, där tillgången redan i dag är mindre än i Stockholms-regionen. Sveriges Kommuner och Landsting avser att aktualisera plane-ringsunderlaget under 2009.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag 2006 gjort en översyn av tand-läkarnas specialistutbildning. Resultatet har publicerats i rapporten *Tandlä-karnas specialistutbildning – En översyn (2006-107-17)*. Beträffande oralki-rurgin anser Socialstyrelsen bl.a. att ambitionen bör vara att bibehålla nuva-rande nivå på antalet specialister. Vidare anses att den medicinska delen i specialistutbildningen borde utökas genom att utbildningstiden förlängs från nuvarande fyra till fem år.

Överväganden och förslag

Den nuvarande specialistutbildningen bedrivs inte på ett effektivt sätt. Det stora patientmaterial som finns och de avancerade behandlingar som sam-mantaget utförs vid de tre klinikerna utnyttjas inte optimalt för att ge ST-tandläkarna den bredd och den erfarenhet som de skulle kunna få. De teore-tiska utbildningarna samordnas inte och var klinik för sig försöker skaffa sina ST-tandläkare tillträde till de medicinska utbildningar som krävs för specialistbehörigheten. Det är uppenbart att specialistutbildningen vid de olika klinikerna måste samordnas.

Vi anser att en utsedd person bör ha huvudansvaret för att organisera all specialistutbildning i oral kirurgi i länet. Denna person bör framför allt ha en

hög vetenskaplig kompetens och ha nära anknytning till KI för att stärka den akademiska linjen i utbildningen och för att se till att ST-tandläkarna får den utbildning i medicinska ämnen som krävs. Den kliniska kompetensen finns framför allt hos de erfarna oralkirurger som är verksamma vid klinikerna och som svarar för den dagliga kliniska handledningen av ST-tandläkarna.

Under avsnittet Framtida ledning och organisation har vi föreslagit att landstinget tar över huvudmannskapet från KI för verksamheten i Hudinge och träffa avtal med KI om oralkirurgin i samband med tandläkarutbildningen och forskningen samt om förening av tjänster mellan högskolan och landstinget när det gäller de berörda kliniska lärarna. Under avsnittet Forskning och utvecklingsarbete vid de oralkirurgiska klinikerna har vi föreslagit att en forskningsledare med professorskompetens bör hålla samman och ansvara för forskningen och utvecklingsarbetet.

Vi ser det som naturligt att en professor/övertandläkare i oral kirurgi vid KI också är ledare för specialistutbildningen. För den framtida utvecklingen av oralkirurgin i länet är det viktigt att en utsedd person har ansvar för kvaliteten och utvecklingen inom både forskningen och specialistutbildningen. Det föreslagna fasta sambandet mellan universitetet och sjukvården bör skapa goda förutsättningar för en bättre specialistutbildning. I det föreslagna samarbetsavtalet mellan SLL och KI bör det slås fast att KI har ansvar för att ST-tandläkarna får den föreskriva utbildningen i medicinska ämnen.

Klinikerna vid de båda sjukhusen har olika expertprofiler. Det är nödvändigt att organisera den kliniska träningen för ST-tandläkarna så att de får tillfälle att tjänstgöra vid båda klinikerna och ta del av expertkunskaperna där. På så sätt säkerställs att ST-tandläkarna kommer att få tillräcklig klinisk erfarenhet inom alla områden inom oralkirurgin. Ansvaret för denna tjänstgöringsrotation bör delas mellan ledaren för specialistutbildningen och den föreslagna för enheterna gemensamma verksamhetschefen. Genom denna rotation bör också det kliniska samarbetet mellan enheterna utvecklas och leda till att enhetligare behandlingsmetoder tillämpas och att en evidensbaserad praxis förstärks.

Vi delar Socialstyrelsens uppfattning att det kommer att bli en ökad efterfrågan på mer komplicerade kirurgiska ingrepp och därigenom på djupare medicinsk kunskap hos oralkirurgerna. Antalet medicinskt komprometterade patienter kommer att öka. Även vanliga dentoalveolära ingrepp på dessa patienter kan medföra medicinska komplikationer. Därför behövs större medicinskt kunnande hos oralkirurgerna och det behövs mer tid för specialistutbildningen än de nuvarande fyra åren. En förlängning av utbildningstiden till i första hand fem år bör därför ske. Enbart en utökad teoretisk medicinsk utbildning är inte tillräckligt. Det behövs klinisk erfarenhet av behandling av invärtesmedicinska sjukdomar och av bl.a. anesthesiologi, intensivvård, ÖNH, ortopedi och traumatologi. Även andra ämnen är aktuella, såsom onkologi, pediatrik, dermatologi etc. Vi anser att det föreslagna fördjupade samarbetet mellan landstinget och KI med en utbildningsledare som är professor vid KI bör underlätta för ST-tandläkarna att få den nödvändiga medicinska utbildningen.

Vi stöder Socialstyrelsens förslag att specialitetens namn bör ändras till käkkirurgi. Det namnet beskriver bättre det faktiska verksamhetsområdet än oral kirurgi.

Det finns inte anledning att tro att behovet av oralkirurgisk specialistvård kommer att minska i framtiden. Samma uppfattning har redovisats i flera refererade rapporter m.m. Vi föreslår därför att antalet platser för specialistutbildning i länet utökas från nuvarande fem till sju under de närmaste åren. Eftersom ST-tandläkarna under sin utbildning producerar en avsevärd mängd vård och det inte är avsikten att den totala vårdkapaciteten skall öka, bör antalet befattningar för färdigutbildade specialister kunna minskas något. Utökningen behöver inte heller innebära en kostnadsökning för landstinget. En möjlighet är att söka få flera nationella platser lokaliserade till SLL. En annan är att minska antalet specialistutbildningsplatser inom andra områden. En tredje är att minska ersättningen från HSN för specialistutbildningen. Rimligen bör koncentrationen av utbildningen och den enhetliga ledningen ge rationaliseringsvinster, som bör påverka ersättningen.

En person, som bör vara professor/övertandläkare i oralkirurgi bör ha ansvaret för utbildningen av ST-tandläkarna inom ramen för sitt övertandläkaruppdrag

Utbildningstiden för ST-tandläkarna bör förlängas till fem år. Ett avtal bör träffas med KI om ansvaret för utbildningen i medicinska ämnen.

Antalet ST-platser bör utökas från fem till sju.

Forskning och utvecklingsarbete vid de oralkirurgiska klinikerna

Aktuell situation

Endast vid IO finns forskning angivet som en uppgift förenad med tjänsterna och viss finansiering är därigenom säkrad. I HSN:s beställningar avseende oral kirurgi till KUS och SÖS finns inga uppdrag om forskning och utvecklingsarbete och därigenom finns inte heller avsatta medel för ändamålet. Trots detta bedrivs forsknings- och utvecklingsarbete men detta påverkar produktionen negativt i den mån arbetet inte bedrivs utanför tjänstgöringstiden. Vid den käkkirurgiska kliniken vid KUS(S) har t.ex. en tandläkare under 2008 deltagit i forskarskola, vilket enligt årsberättelsen har påverkat produktionen negativt. Vid intervjun med klinikledningen vid SÖS framkommer att förutsättningarna för forskning är generellt dåliga. Man påpekar svårigheterna att registrera sig som doktorand vid något universitet/högskola, inklusive KI.

För de tandläkare som genomgår specialistutbildning finns vissa resurser i form av betald arbetstid m.m. avsatt för forskning. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd; Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 1993:4(M)) anges att förmågan att kritiskt granska metoder och tekniker inom specialiteten skall utvecklas under specialiseringstjänstgöringen. Det är värdefullt om tandläkaren under denna själv utför eller deltar i ett vetenskapligt arbete som kan bidra till hans eller hennes vetenskapliga skolning. I den ersättning som HSN betalar till klinikerna för specialistutbildningen har beaktats kostnader för detta.

I 3S:2-utredningen uttalas följande: Karolinska Institutet (KI) och Stockholms läns landsting (SLL) har som gemensam målsättning att utbilda hälso- sjukvårdens personal, att utveckla sjukvården genom att implementera nya forskningsresultat och att i samarbete med industrin utveckla och pröva nya läkemedel och medicinteknisk utrustning. Den kliniska forskningen är härvid av särskild betydelse för att skapa en evidensbaserad och kunskapsstyrd hälso- och sjukvård präglad av hög kvalitet. Stockholmsregionens internationella konkurrenskraft inom sjukvård och forskning ska stärkas liksom näringslivets tillväxt

Inom landstinget finns en central enhet för forskning, utveckling och utbildning (FoUU-enheten). FoUU-arbetet är en integrerad del av hälso- och sjukvården. Under 2008 satsade landstinget ca 770 miljoner kronor på forskning och utveckling. 487 projektansökningar hanterades av FoUUKansliet varav ett 180-tal beviljades medel. Inga anslag beviljades de oralkirurgiska klinikerna.

De tre oralkirurgiska klinikerna har lämnat redogörelser för forskningsverksamheten under de senaste fem åren. Forskningen vid IO och KUS(S) täcker ett brett område inom oralkirurgin. De viktigaste forskningsområdena vid IO är infektion, smärta och käkledssjukdomar. Vid KUS(S) är forskningen inriktad på benbiologi och benrekonstruktion samt traumakirurgi. Vid SÖS är inriktningen benpatologi och benrekonstruktion.

Vid intervjuerna med klinikledningarna diskuterades forskningen. Den totala vetenskapliga produktionen bestod av nära 60 publicerade eller accepterade artiklar och åtta lärobokskapitel. Ca 30 rapporter på internationella konferenser har presenterats. Fyra doktorsavhandlingar har färdigställts och åtta avhandlingsprojekt påbörjats. Dessutom har ett tjugotal andra forskningsprojekt bedrivits. Personalen vid främst IO och KUS(S) får årligen ett stort antal inbjudningar som gästföreläsare vid internationella och nationella konferenser och har vetenskapliga förtroendeuppgifter. Något samarbete när det gäller forskningen eller handledningen av doktoranderna förekommer i stort sett inte mellan de tre klinikerna.

Överväganden och förslag

Vi har gjort en genomgång av den forskning som utförts vid de tre klinikerna under de senaste fem åren. Målet var att få en översiktsskild av forskningsaktiviteten och intresset för forskning och inte att göra någon utvärdering eller att göra djupare jämförelser mellan klinikerna. Klinikerna skiljer sig mycket från varandra i sin inriktning och sitt kliniska ansvar. Trots den kliniska arbetsbördan och att särskilda resurser inte finns för forskning, finns aktivitet vid alla klinikerna. Som en akademisk institution har kliniken vid IO naturligtvis den största volymen publicerade artiklar och den bredaste forskningen. IO har också det mest extensiva nätverket med andra inhemska och utländska forskare. Kliniken vid KUS(S) har en fördel av sjukhusets nära koppling till KI. Det är inte realistiskt att förutse en hög forskningsverksamhet vid SÖS med sin påtagligt kliniskt inriktade verksamhet och svagare anknytning till KI.

Patientmaterialet vid de tre klinikerna är sammantaget så brett och omfattande att det finns förutsättningar för framgångsrik klinisk forskning och systematisk utveckling och utvärdering av behandlingsmetoder. Dessa möjligheter utnyttjas inte. Samarbetet mellan klinikerna är obetydligt.

Det finns knappast några evidensbaserade behandlingsmetoder inom oralkirurgin. Den kliniska forskningen inom oralkirurgin bör därför inriktas på att på ett vetenskapligt relevant sätt utveckla och värdera behandlingsmetoder. Genom att samla resurserna vid alla enheterna, blir förutsättningarna bättre för en framgångsrik forskning. Vi har i avsnittet Framtida ledning och organisation föreslagit att den sjukhusberoende oralkirurgiska verksamheten koncentreras till två enheter under landstingets huvudmannaskap och att lärarna i oralkirurgi vid KI närmare knyts till landstinget. Därigenom kan man gemensamt utnyttja den vetenskapliga kompetens, som finns hos de akademiska lärarna och det stora samlade patientmaterialet.

Samarbetet med KI bör fördjupas. Inom det föreslagna verksamhetsområdet oral kirurgi bör forskningsverksamheten hållas samman av en forsknings- och utbildningsledare med stor vetenskaplig kompetens på professorsnivån. Detta skall ske inom ramen för uppdraget som övertandläkare inom verksamhetsområdet. Det är inte avsikten att genom detta begränsa forskningsintresset eller inriktningen på forskningen hos de enskilda tandläkarna, men vi tror att ett tydligt ansvar för en kvalificerad forskningsledare att kraftsamla resurserna ökar förutsättningarna för att få anslag för särskilda projekt. Forsknings- och utbildningsledaren skulle också ha ansvaret för organisera den vetenskapliga fortbildningen för personalen och för utbildningen av de tandläkare som genomgår specialiseringstjänstgöring. En annan uppgift kunna vara att bygga upp och underhålla ett internationellt nätverk och etablera kontakter med forskargrupper utomlands. Konkurrensen om forskningsmedlen är numera så svår att små isolerade enheter med liten forskning utan universitetsanknytning inte har förutsättningar att lyckas. Meningsfull forskning kan inte utföras på basis av ad hoc eller kortsiktig finansiering. De resurser som behövs för laboratorie- och djurförsök borde också bli lättare att nå med en forskningsledare med stor vetenskaplig kompetens och med en plats vid KI. Fördelning av den tillgängliga tiden för forskning mellan medarbetarna är också en viktig uppgift för forskningsledaren.

Samarbetet med KI bör fördjupas.

Inom det föreslagna verksamhetsområdet oral kirurgi bör en forsknings- och utbildningsledare med hög vetenskaplig kompetens och med ställning som professor vid KI svara för och hålla samman forskningen, specialistutbildningen och utvecklingsarbetet inom ramen för sitt uppdrag som övertandläkare.

Medicinsk tandvård

Som tidigare nämnts finns i alla landsting vid sidan av de käkkirurgiska klinikerna särskilda enheter för omhändertagande av patienter med bl.a. oralmedicinska sjukdomstillstånd. Benämningarna på dessa enheter varierar. Vanligast är ”sjukhustandvård” och ”oralmedicin”. Folktandvården i Stockholms län AB använder benämningen ”medicinsk tandvård”. Vid dessa enheter utförs också vanlig tandvård på sjuka patienter utan direkt koppling till oral medicin.

Någon allmänt vedertagen definition av begreppen sjukhustandvård och oralmedicin finns inte. Svenska Oralmedicinska Sällskapet definierar området på följande sätt: ”Oral medicin är det ämnesområde inom odontologin som rör diagnostik och behandling av sjukdomar i munhålan och angränsande vävnader med inriktning på orala manifestationer av systemsjukdomar och beteendevetenskapliga tillstånd.”

Svensk Sjukhustandläkarförening, definierar sitt område som odontologiskt omhändertagande av vuxna (yngre vuxna, vuxna och äldre) med somatisk sjukdom, psykisk sjukdom, funktionshinder och uttalad tandvårdsrädsla som leder till komplicerad odontologisk handläggning som måste anpassas till patientens särskilda behov.

Socialstyrelsen har i en rapport till regeringen i juni 2006, *Tandläkarnas specialistutbildning – en översyn (2006-107-17)*, diskuterat ämnesområdet sjukhustandvård på följande sätt.

”De flesta sjukhustandvårdskliniker har inriktning mot medicinska högriskpatienter, infektions/fokalutredningar, oralmedicinska utredningar, behandling av patienter med funktionshinder och behandling av svårt sjuka. I de riktlinjer som sjukhustandläkarföreningen utarbetat prioriteras följande:

- Patienter vars medicinska säkerhet äventyras och vars allmäntillstånd avsevärt försämras om det odontologiska vårdbehovet inte tillgodoses.
- Infektionsfokusutredning som led i sjukdomsbehandling.
- Munslemhinneförändringar med malignitetsmisstanke och/eller som försvårar nutritionen eller där misstanke om bakomliggande systemsjukdom föreligger.
- Patienter före, under och efter strålbehandling och organtransplantation eller malign sjukdomsbehandling.
- Patienter under vissa skeden av palliativ behandling då nedsatt immunförsvar kräver specialkompetens för att ge oralmedicinsk och/eller odontologisk behandling.
- Patienter under vård i livets slutskede
- Patienter med starkt begränsad autonomi och funktionshinder.

Inom sjukhustandvården behandlas patienter med allvarliga sjukdomstillstånd. Sjukhustandläkarnas kompetens att ta hand om dessa patienter har successivt byggts upp, men stora variationer i kompetens kan föreligga, vilket i sin tur innebär patientsäkerhetsrisker. För att så långt som möjligt minimera dessa, bör kompetensen hos sjukhustandläkarna bli mer enhetlig och i många fall väsentligt större.

En specialitet i sjukhustandvård behandlades i regeringens proposition 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*. Argumenten för inrättandet var behovet av speciell kompetens vid behandling av patienter vid långvariga sjukdomar eller funktionshinder. Behovet av speciell kompetens betingad av samspelet mellan patientens hälsotillstånd eller funktionshinder och odontologiska vårdbehov poängterades. Argumenten äger fortsatt giltighet. Frågan om en specialitet i sjukhustandvård bör ha hög prioritet i det föreslagna nationella rådets arbete.”

Ett exempel på den ökande kompetensen finns inom den medicinska tandvården vid Ftv, där fyra tandläkare är disputerade och två genomgår forskarutbildning vid KI.

Inom Västra Götalandsregionen bedrivs försöksutbildningar på specialistnivå i oral medicin. Utbildningarna är treåriga och avslutas med en certifiering som anordnas av Svenska Oralmedicinska Sällskapet.

På några håll i landet är sjukhustandvården vid akutsjukhusen knutna till de käkkirurgiska klinikerna, som i flertalet fall organisatoriskt ingår i hälso- och sjukvården. Parallellt med detta bedrivs övrig sjukhustandvård inom respektive folktandvårdsorganisation.

Inom SLL har HSN den 17 juni 2008 uppdragit åt förvaltningen att kartlägga behovet av medicinsk tandvård och tandvård under narkos. Arbetet har nyligen påbörjats.

Organisation i länet

Folktandvården har organiserat den medicinska tandvården i två kliniker, en för de norra och en för de södra länsdelarna. Verksamheten bedrivs vid sex mottagningar, varav fyra vid akutsjukhusen Danderyd, KUS(S), Södersjukhuset och KUS(H). I Solna är mottagningen för medicinsk tandvård belägen vägg i vägg med den käkkirurgiska mottagningen, vid Södersjukhuset delar mottagningarna lokaler medan de i Huddinge är lokaliserade till olika delar av sjukhuset.

Gemensamt för de tre mottagningarna vid de sjukhus som även har käkkirurgiska kliniker är att där utreds och behandlas svårt sjuka ineliggande patienter. Inriktningarna är något olika. Vid KUS(S) finns en inriktning mot infektion, transplantation, hematologi och strålbehandling mot huvudhalsregionen. Vid Södersjukhuset finns en inriktning mot strålbehandling, hematologi och sömnstörningar. I Huddinge är inriktningen infektion, transplantation, hematologi, infektion och sömnstörningar. Vid KUS(H) sker behandling under olika grader av sedering/narkos. Vid alla mottagningar sker behandling av patienter med medicinska risker, samt patienter med HIV/AIDS. När det gäller de senare finns revisionspatienter med AIDS som regelbundet återkommer.

Antalet inkommande remisser 2008 framgår av följande tabell:

Tabell 10. Antalet remisser till medicinsk tandvård 2008

Mottagning	Från tandvården	Från sjukvården	Totalt
KUS(S)	405	853	1 258
SÖS	320	460	780
KUS(H)	235	790	1 025

Personalen vid de tre mottagningarna 2008 visas i följande tabell. Antalet avser helårsarbetande.

Tabell 11. Antal helårsarbetare inom medicinsk tandvård 2008*

Mottagning	Tandläkare	Tandhygienister	Tandsköterskor
KUS(S)	2,2	0,8	3,8
KUS(H)	4,7	0,8	7,3
Södersjukhuset	2,9	0,8	4,0

* Klinikledningspersonalen ej inräknad

Ämnesområdet oral medicin befinner sig i gränslandet mellan oral kirurgi och medicinsk tandvård.

Inom specialiteten oral kirurgi diagnosticeras och handläggs oralmedicinska sjukdomstillstånd. Bland de oralkirurgiska åtgärder som enligt 15 a § tandvårdslagen (1985:125) skall omfattas av bestämmelserna om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård, ingår ”utredningar och behandlingar av oralmedicinska tillstånd” som en särskild åtgärd.

I den målbeskrivning för specialistutbildningen i oral kirurgi som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 1993:4(M)) finns angivet att specialisten självständigt och rutinerat skall kunna utföra bl.a. diagnostik respektive behandling av bl.a. förändringar i munhåla, tänder och omgivande vävnader som är tecken på allmänsjukdom samt slemhinnesjukdomar i munhålan.

Inom flera landsting har man dragit slutsatsen att oral kirurgi och vad som där motsvaras av ”medicinsk tandvård” bör ha ett nära samarbete för att förbättra patientomhändertagandet och öka erfarenhetsutbytet mellan disciplinerna. Organisatoriskt har detta underlättats genom samlokalisering och/eller gemensam klinik. Inom SLL är det enbart vid SÖS som samlokaliseringen tillämpas fullt ut och där personalen delvis är gemensam.

Överväganden och förslag

Oralmedicinska sjukdomstillstånd undersöks och behandlas således såväl vid de oralkirurgiska klinikerna som vid klinikerna för medicinsk tandvård. Remisserna kommer huvudsakligen från sjukhusen. Några klara riktlinjer synes inte finnas för vilka patientfall som skall remitteras till den ena eller

andra enheten. Tradition, geografisk närhet, personliga kontakter etc. styr delvis remissmönstret. Under avsnittet Tandvårdens finansiering har vi beskrivit det komplicerade finansieringssystem som finns för tandvården. Tolkningen av reglerna har bl.a. lett till att patientavgifterna för oralmedicinska utredningar och behandlingar är olika beroende på om dessa utförs vid de käkkirurgiska klinikerna eller vid klinikerna för medicinsk tandvård. Detta styr remisser till de käkkirurgiska klinikerna, där avgifterna är lägre, oavsett om den bästa kompetensen i de aktuella fallen kan finnas hos medicinsk tandvård. Vi har föreslagit att samma avgiftsregler skall tillämpas för alla oralmedicinska utredningar och behandlingar.

Det förefaller att råda en revirstrid mellan företrädare för oral kirurgi och medicinsk tandvård. Detta har tagit sig uttryck i att det vid den käkkirurgiska kliniken vid KUS(S) har tillsatts en tjänst för en allmäntandläkare för att, enligt annonsen om tjänsten, vara ansvarig för ämnesområdet oralmedicin och bl.a. vara med om att utveckla vården av patienter med maligniteter i huvud- och halsregionen. Till tjänsten har rekryterats en tandläkare från Medicinsk tandvård inom Ftv.

Vi vill inte föregripa resultatet av den pågående utredningen om medicinsk tandvård som pågår inom HSN-f. Men vi anser att vid de sjukhus där det förekommer både oralkirurgi och medicinsk tandvård, bör verksamheterna vara samlokaliserade. Detta gäller oavsett hur ledningsstrukturen utformas. Ett lämpligt och lättförståeligt namn på en sådan gemensam mottagning är Käkcentrum. Det behöver då inte råda någon tvekan om vart remisserna skall ställas. Internt på mottagningen kan sedan patienterna tas om hand av oralkirurger eller tandläkare inom medicinsk tandvård beroende på frågeställningarna och vem som har den behövliga kompetensen.

Vid sjukhus där det finns mottagningar för både oral kirurgi och medicinsk tandvård bör de vara samlokaliserade och utåt arbeta under det gemensamma namnet Käkcentrum.

Lokaler

Nuvarande ytor

De lokalytor som de käkkirurgiska klinikerna och klinikerna för medicinsk tandvård disponerar vid de olika sjukhusen framgår av följande tabell.

Tabell 12. Lokalytor, kvadratmeter

Plats	Käkkirurgi	Medicinsk tandvård	Totalt
KUS(S)	539*)	333 **)	872
SÖS	827***)	164 ****)	991
KUS(H)	844	462	1306
Totalt	2210	959	3169

*) varav 249 egen yta

***) varav 154 egen yta

****) inklusive lokaler för öronmottagningen

*****) varav 60 egna ytor

Av tabellen framgår att de käkkirurgiska klinikerna tillsammans disponerar ca 2200 kvm och medicinsk tandvård ca 960 kvm. Följande tabell visar antalet disponibla ytor per årsarbetande och per årsarbetande tandläkare år 2008.

*Tabell 13. Disponibla ytor per årsarbetare vid de käkkirurgiska kliniker-
na år 2008, kvadratmeter*

Plats	Yta per anställd	Per tandläkare
KUS(S)	23	63
SÖS	26	84
KUS(H)	43	106

Överväganden

Det är omöjligt att värdera om verksamheterna vid de olika klinikerna drivs på mer eller mindre yteffektivt sätt. Förhållandena är olika när det gäller byggnadernas utformning m.m. IO bedriver också tandläkarutbildning i lokalerna vid KUS(H), vilket kräver större ytor.

Våra förslag i det föregående innebär att verksamheterna skall koncentreras till KUS(S) och KUS(H). Om endast sådan oralkirurgisk verksamhet som kräver ett sjukhus resurser, med undantag för vad som krävs för t.ex. tandläkarutbildningen och specialistutbildningen, i framtiden skall bedrivas vid sjukhusen, kommer lokalbehovet att minska. Till detta bidrar också att

det blir en gemensam ledning för båda enheterna mot nuvarande tre separata.

Hur verksamheterna och lokalerna bör fördela sig mellan de två enheterna går inte att nu avgöra. Detta är beroende på flera faktorer, främst på hur den framtida verksamheten vid NKS skall utformas och vilka lokaler som kan disponeras där.

Vårt förslag innebär också att FTV:s medicinska tandvård skall samlokaliseras med de käkkirurgiska enheterna. Detta är i dag inte fallet vid KUS(H).

Om man i avvaktan på att NKS kommer till stånd kan koncentrera verksamheterna till de nuvarande utrymmena vid KUS(S) och KUS(H) går heller inte att nu avgöra.

Lokalfrågorna bör utredas i särskild ordning.

Bilagor

Bilaga 1. Uppdraget

Utredning avseende förutsättningar för en strukturell förändring av den oralkirurgiska vården i Stockholms läns landsting (HSN 0812 1428)

Uppdragsgivare:	Landstingsstyrelsens förvaltning samt hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
Uppdragstagare:	Professor Risto-Pekka Happonen Förre tandvårdsdirektören Bertil Koch
Projektansvarig:	Chefläkare Henrik Almkvist
Område:	Oralkirurgi
Styrgrupp:	Chefläkare Bo Brismar Chefläkare Henrik Almkvist Övertandläkare Kjell Bjerrehorn Överläkare Bo Nyström Handläggare Tore Broström

Bakgrund

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 andra landsting.

Landstingsstyrelsens beslöt att från och med den 1 januari 2004 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.

En nyligen genomförd utvärdering (HSN 0801-0002) av landstingsstyrelsens beslut har visat att målen med beslutet i stor utsträckning uppnåtts och att verksamheten fungerar väl. Vid utvärderingen framkom en allmän upp-

fattning att det borde ske en samlad översyn av hur oralkirurgin, såväl den sjukhusberoende som den icke sjukhusberoende, borde organiseras i landstinget.

Någon aktuell tandvårds- eller sjukvårdplan som tar upp organisationen av oralkirurgin i länet finns inte. I och med Stockholms läns landsting beslutat om ett nytt universitetssjukhus i Solna (NKS) har frågan väckts om verksamhetens strukturella organisationen är utformad på bästa sätt för att svara upp mot framtida krav på vård, forskning, utbildning och utveckling.

Syfte

Beställaren avser nu att låta utreda förutsättningarna för nuvarande oralkirurgiska organisation att kunna svara upp mot framtida krav på vård, forskning, utbildning och utveckling, och om så inte bedöms vara fallet, hur och var den framtida verksamheten i så fall skall bedrivas och organiseras. Utredningens resultat bör också kunna utgöra en del av underlaget om en mer övergripande tandvårds- och/eller sjukvårdsplan tas fram.

Uppdrag

Med utgångspunkt från ovanstående skall uppdragstagaren i en rapport särskilt beakta

- vilken oralkirurgisk vård som för närvarande utförs,
- förväntad utveckling inom oralkirurgin,
- behovet av oralkirurgisk vård i framtiden vad avser såväl barn- som vuxentandvård,
- den privata sektorns vårdkapacitet,
- vilken vård bör utföras vid sjukhus, efter de förutsättningar som gäller inom Stockholms läns landsting,
- vilken och hur stor andel av oralkirurgin kan betraktas som högspecialiserad,
- oralkirurgins samband med traumakirurgin och öron-, näs- och halsvården, medicinskt och från lokaliseringssynpunkt,
- NKS som centrum för rikssjukvård inom craniofacial kirurgi
- jourverksamheten,
- behov av ”kritisk massa” för en rationell verksamhet av hög kvalitet,
- behov av patienter för forskning, undervisning och specialistutbildning vid Odontologiska institutionen, Karolinska institutet,
- forskning, undervisning och utveckling vid oralkirurgiklinikerna,
- geografisk lokalisering av verksamheten,
- specialistutbildning,
- gränsdragningen mot medicinsk tandvård,
- vilka lokalytor krävs för en framtida oralkirurgisk enhet,
- övrigt som är adekvat för uppdragets fullföljande.

Vid fullgörande av uppdraget skall i tillämpliga delar beaktas vad som redovisats i rapporten Utvärdering av överföringen av sjukhusberoende oralkirurgi till hälso- och sjukvården år 2004 (HSN 0801-0002). Särskilt skall

uppmärksammas utredningens iakttagelser vad avser specialistutbildning, de samlade resurserna för FOUU, samverkan med medicinsk tandvård samt vårdens splittring inom länet.

Metod

Intervjuer och insamling av uppgifter skall ske inom LSF/HSN-f och hos leverantörerna samt med övriga samhällsorgan, organisationer och enskilda som landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen skall samverka med i planeringen och utvecklingen av vården.

Tidplan

Uppdraget skall utföras under perioden januari - augusti år 2009.

Redovisning

Projektansvarig utgör kontaktperson.

När projektansvarig eller uppdragstagarna bedömer påkallat, skall arbetet redovisas/diskuteras i styrgruppen.

Uppdragstagaren redovisar skriftligen till uppdragsgivaren. Av redovisningen skall framgå utredarens slutsatser och eventuella förslag till förändringar.

Ersättning

Uppdragstagaren erhåller ersättning enligt särskild överenskommelse.

Bilaga 2. Utredarnas bakgrund

Risto-Pekka Happonen

- Professor i Oral- och käkkirurgi, Åbo Universitet. Överläkare och klinikchef, Kliniken för Oralsjukdomar, Åbo universitetscentralsjukhus, Åbo, Finland
- Licentiat i odontologi 1972, specialist i oral kirurgi 1978, specialist i oral patologi 1982, doktor i odontologi 1986, docent i oral patologi 1987, docent i oral kirurgi 1988
- 140 original-, 40 översikts- och andra vetenskapliga artiklar
- Flera förtroendeuppdrag och medlemskap i arbetsgrupper i Finland inom undervisnings- samt social- och hälsovårdsområdet, bl.a.
- Medlem av utredningsgruppen. Utredning om hälsovetenskapliga publikationer som givit specialstatsandelpoäng åren 2003–2005. Social- och hälsovårdsministeriet, 2009
- Utredningsman. En utredning över hur man på landsomfattande nivå utvecklar utbildning inom odontologi. Undervisningsministeriet, 2007
- Ordförande. Arbetsgruppen för revidering av fördelningsgrunderna för statens ersättning för hälsovetenskaplig forskning. Social- och hälsovårdsministeriet, 2005–2006
- Medlem. Arbetsgruppen för att utarbeta enhetliga grunder för icke-brådskande vård: tand- och munsjukdomar i specialiserad sjukvård. Social- och hälsovårdsministeriet, 2004–2005 och revidering 2008
- Medlem. Arbetsgruppen för utbildning av specialisttandläkare. Undervisningsministeriet, 2001–2002
- Medlem. Delegationen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsministeriet, 2000–2007

Bertil Koch

- Tandläkare, f.d. tandvårdsdirektör, konsult
- Lärare i oral diagnostik, oral kirurgi (inkl. parodontologi) och odontologisk röntgendiagnostik vid Karolinska Institutets odontologiska fakultet 1957-1971
- Utredare av Oralkirurgins organisatoriska tillhörighet i Stockholms läns landsting, Utvärdering 2008
- Utredare av Käkkirurgiska klinikens organisatoriska tillhörighet, Uppsala läns landsting 2007
- Expert och sekreterare i utredningen Tandvårdsöversyn 2000, Socialdepartementet 2001
- Huvudsekreterare i utredningen Ny inriktning på tandvårdsförsäkringen, Socialdepartementet 1997
- Expert vid Uppföljning av 1999 års tandvårdsreform, Socialstyrelsen 2006
- Expert vid utredning av Tandvårdens organisation, Gotlands kommun 2000
- Konsult i tandvårdsfrågor, Stockholms läns landsting 1997 – , konsult i tandvårdsfrågor, Sveriges Kommuner och Landsting 1997-2009
- Expert och sekreterare i 1971 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning m.m., Socialstyrelsen 1971-1975

Bilaga 3. Intervjuade personer

Eriksson Anders, klinikchef käkkirurgi, KUS(S)
Eriksson Lars, professor käkkirurgi och oral medicin, Malmö högskola
Heimdahl Anders, professor oralkirurgi, IO
Holmlund Anders, professor oralkirurgi, IO
Jesslén Per, ordförande Sveriges Privata Specialisttandläkare
Klinge Björn, SPESAK Tand- och käksjukdomar, SLL
Kuylenstierna Rickard, verksamhetschef ÖNH, KUS
Lundblad Peter, klinikchef medicinsk tandvård, Ftv
Nordlander Britt, SPESAK ÖNH, SLL
Näsström Noomi, klinikchef medicinsk tandvård, Ftv
Rosén Annika, enhetschef, avd. för oralkirurgi, IO
Smedberg Irene, chef tandvårds- och utvecklingsavdelningen, Ftv
Wannfors Karin, klinikchef käkkirurgi, SÖS

Bilaga 4 Utförd vård 2006-2008

A. Vård som kräver sjukhusets resurser (K-taxan)

Nr	Åtgärd	Pris 2007	KUS(S)	IO	SÖS
		Kronor	Antal/år	Antal/år	Antal/år
K01	Konsultation, ktr utan behandling	1 112	588	184	98
K02	Utredning.	3 451	575	438	1006
K03	Infektionsbehandling - tidsdebitering	1 730	345 tim	130 tim	192tim
K04	Mjukvävnadsoperation	2 307	56	52	51
K05	Provexcision	546	40	2	ing. i K04
K06	Sinusoperation	7 159	7	5	39
K07	Cystaoperation	7 159	19	18	54
K08	Käktumöroperation	7 159	9	3	10
K09	Bentransplantation med intraoralt tagställe	16 130	6	5	13
K10	Bentransplantation med extraoralt tagställe	19 570	9	4	11
K11	Nervtransposition inför implantatoperation	16 511	0	0	0
K12	Spolning av käkled	4 027	13	2	16
K13	Diagnostisk artroscopi 1 käke	7 704	4	14	ing. i K12
K14	Diagnostisk artroscopi 2 käkar	11 021	1	1	6
K15	Käkledsoperation 1 led	16 511	5	49	6
K16	Käkledsoperation 2 leder	22 021	0	7	0
K17	Ortognatkirurgi 1 käke	28 840	48	21	14
K18	Ortognatkirurgi 2 käkar	45 011	56	11	ing. i K17
K19	Nervrekonstruktion	16 511	0	0	2
K20	Rekonstruktion av käke	45 011	10	2	5
K21	Kirurgisk sårbehandling intraoral	2 750	44	2	14
K22	Kirurgisk sårbehandling extraoral	7 159	18	1	ing. i K21
K23	Reponering av käke	2 750	21	1	2
K24	Tandskadebehandling	3 852	59	4	13
K25	Alveolarutskottsfraktur	3 852	8	0	ing. i K24
K26	Frakturbehandling konservativ	7 159	54	26	25
K27	Frakturbehandling operativ	18 437	71	12	20
K28	Avlägsnande av osteosyntesmaterial	7 159	21	7	10
K30	Käkkirurgisk operations- eller rondkonsult	1 730	530 tim	17 tim	0
K31	Tanduttagning som kräver sjukhusresurser	721	76	3	17
K32	Tanduttagning ytterl tand som kräver sjukhusresurser	361	45	1	ing. i K31
K33	Operation dentoalveolär som kräver sjukhusresurser	2 462	11	1	ing. i K31
K34	Operation tand och käke vid dentoalveolär kirurgi	2 462	52	17	ing. i K31
K35	Kirurgiskt ingrepp, dentoalveolärt	3 090	17	4	ing. i K31

B. Vård som inte kräver sjukhusets resurser

Nr enligt tand- vårdstaxan	Åtgärd	KUS(S) Antal/år	IO Antal/år	SÖS Antal/år
11,S91-92, 101-106	Undersökning, utredning	686		1762
13, 121,122	Röntgenundersökning, intraoral	23		148
14, 16, S14, 124,125	Panoramaröntgen, extraoral röntgen	484		329
31-32, S31- 32,401-403	Tanduttagning	171	50*	291
S33	Operation, mjukvävnad	9	45	2
34, S34, 163, 404,405,541	Op. avl. av en el. fl. tänder, rotsp.op.	575	325	894
35, S35	Övrig kirurgi,	13	28	265
S62	Tandkrona	0		79
65	Hängande broled	0		2
71	Partiell protes, enkel, temp. 1-3 tänder	0		5
84, S84- 85,421-425, 428	Operation implantat,	105	110	363
S86-87	Implantatbro			13

* Exklusive tandläkarstuderande

Bilaga 5 Referenser

Regeringen

- *Proposition om vissa tandvårdsfrågor* (1990/91:138)

Lagar och förordningar

- *Hälso- och sjukvårdslag* (1982:763)
- *Tandvårdslag* (1985:125)
- *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (1998:531)
- *Tandvårdsförordning* (1998:1338)
- *Förordning om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (1998:1531)
- *Lag om statligt tandvårdsstöd* (2008:145)
- *Förordning om statligt tandvårdsstöd* (2008:193)

Socialstyrelsen

- 1993, *Föreskrifter och allmänna råd; Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring* (SOSFS 1993:4 (M))
- 2006, *Tandläkarnas specialistutbildning En översyn* (2006-107-17)
- 2008, *Rikssjukvårdsnämndens protokoll 3/2008*
- 2008, *Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2006* (2008-125-4)

Sveriges Kommuner och Landsting,

- 2008, *Planeringsunderlag avseende specialisttandvårdens utveckling till år 2015*

Stockholms läns landsting

- 2000, Tandvårdsstaben, *Dimensionering av specialisttandvården i Stockholms län*
- 2002, *Utredningen om Stockholms Sjukvårdsstruktur, 3S*
- 2003, Tandvårdsstaben, *Uppföljning av debiteringsrutiner inom oral kirurgi, del 1 Folktandvården, del 2 Odontologiska institutionen*
- 2004, Tandvårdsenheten, *Specialisttandvården i Stockholms län år 2003*
- 2008, Hälso- och sjukvårdsnämnden förvaltning, *Utvärdering av överföringen av sjukhusberoende oralkirurgi till hälso- och sjukvården år 2004* (HSN 0801-0002)
- 2009, Landstingsstyrelsens förvaltning, *3S-2 utredningen*

Sveriges Tandläkarförbund

- 2007, *Tandläkartidningen nr 11/2007, Malmöstudenterna mest nöjda med sin utbildning*
- 2009, Policydokument 2009-03-04, *Tandläkarnas grundutbildning*