



saksframlegg

Dato:	Referanse:	Vår saksbehandlar:
14.09.2011	50208/2011	Gudmund Lode

Saksnr	Utval	Møtedato
U-124/11	Fylkesutvalet	26.09.2011

STIMULERING TIL SPESIALISTUTDANNING OG REKRUTTERING AV SPESIALISTAR TIL DEN OFFENTLEGE TANNHELSETENESTA I MØRE OG ROMSDAL FYLKESKOMMUNE

Bakgrunn

Møre og Romsdal fylkeskommune behandla i sak T-91/09 (U-150/09) å delta, saman med Nord Trøndelag og Sør Trøndelag fylkeskommunar, i eit regionalt kompetansesenter for tannhelse – Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt Norge IKS (TkMN IKS). Kompetansesenteret vart formelt stifta i februar 2010. Kompetansesenteret har eit representantskap på 3 medlemar (eit frå kvar fylkeskommune) og eit styre på 6 medlemar, 2 frå kvar fylkeskommune.

Bakgrunnen for etableringa var St.meld 35 (2006-2007). Føringane i meldinga vart at det skal etablerast 5 regionale kompetansesenter; Nord-Norge, Midt-Norge, Vest, Sør og Øst. Pt. er 3 senter etablert, Nord Norge, Midt Norge og Sør. TkNN IKS, etablert i Tromsø kring universitetet og Det odontologiske fakultet, har ein stor spesialistklinikkk med innpå 70 tilsette. TkS IKS, lokalisert til Arendal, har under oppbygging eigen spesialistklinikkk.

I St.meld 35 (2006-2007) er oppgåvene til kompetansesentra definert slik:

- sikre innbyggjarane og andre som oppheldt seg i fylka spesialisttannhelsetenester og ta imot henvisningar frå ålmenntannlegar, legar og andre
- drive rådgjeving til ei samla tannhelseteneste og til innbyggjarane
- drive desentralisert utdanning
- medverke til forskning og fagutvikling i tannhelsetenesta
- medverke til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell
- etterutdanning av tannhelsepersonell

TkMN IKS avvik i organisering frå dei 2 andre kompetansesentra som er etablerte så langt. Fylkestinga har teke avgjerd om at vårt regionale kompetansesenter skal byggast opp desentralisert etter ein nettverksmodell, dvs:

- spesialistande skal ikkje sentraliserast til eitt senter, men vere plassert i fylka ved dei offentlege og private klinikkane
- spesialistane skal, når det er naudsynt, kommunisere og stille kompetanse til rådvelde for andre primærtannlegar og spesialistar i nettverket. Kommunikasjonen er føresett å skje i hovudsak gjennom Helsenet. Vi kan opplyse om at alle våre offentlege tannklinikkar no er oppe på Helsenet. Gjennom Helsenet kan m.a. digitale røntgenbilde utvekslast og tolkast,

direkte observasjonar av klientar gjerast via video osv. Ein viktig effekt av dette er at kompetanse blir bygd i nettverket – det skjer kompetanseoverføring/ kompetansebygging frå spesialist til ålmennpraktikar og spesialistar i mellom. I tillegg til at primær- og spesialisttannlegar enkelt kan samhandle med kvarandre, vil pasientar/klientar få betre sørvis og redusert reiseverksemd som følgje av at meir tannbehandling kan skje lokalt. Får ein til dette vil ein og over tid de facto kunne oppnå ein betre tilvisingspraksis ved at terskelen for tilvising blir noko høgda, noko som er viktig all den tid tilgangen på tannhelsespesialistar er avgrensa.

- i den grad lokal behandling ikkje er tenleg, eller konsultasjonen hos den lokale tannlege viser at tilfellet krev spesialistbehandling, skal sjølvstøtt pasientane tilvisast til spesialist og behandlast av desse.

Som ein vil sjå vil ein slik nettverksmodell som skissert løyse fleire av dei formåla som er gitt for kompetansesentra i St.meld 35:

- Vil sikre spesialisttilbod
- Vil de facto drive rådgjeving til ei samla tannhelseteneste og heve det generelle kompetansenivået både i ålmenn- og spesialisttannhelsetenesta
- Vil verke rekrutterande og stabiliserande
- Vil kunne inngå som del i ei etterutdanning av tannhelsepersonell

Viktige utfordringar og føresetnader for modellen

Ei stor utfordring og føresetnad for å nå måla våre er at vi i nettverket har tilstrekkeleg god tilgang på spesialistar. I Norge er det slik at det offentlege har ansvaret for å gje det såkalla "frie klientell" eit tannhelsetilbod, dvs. m.a. *"barn, ungdom fra fødsel til og med det år de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, grupper av eldre, langtidsyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie"* (jf. tannhelseslova § 1-3). I tillegg skal klientar i rusomsorg og innsette i fengsel ha rett til tannbehandling i den offentlege tannhelsetenesta.

Spesialisttannhelse er i hovudsak ivareteke i private praksisar. Modellen for å løyse befolkninga sitt behov for spesialistar er følgjeleg motsett av kva som er modellen innanfor spesialisthelsetenesta – sjukehusa mv. Konsekvensen av denne måten å organisere primær- og spesialisttenestene på har og konsekvens for utdanning av spesialister. I helsetenesta er spesialistane i all hovudsak knytt til sjukehusa. Sjukehusa utdannar sine eigne spesialistar utan at dette medfører nokon kostnad for den som tek spesialistutdanninga. Innanfor tannhelse er utgangspunktet motsett. Innafor tannhelse må tannlegar som ønskjer å spesialisere dekke kostnadane med dette sjølv. Dette medfører ofte flytting for å ta tilleggsutdanning på universitetet, flytting for å få praksis på spesialistklinikkk etc etc. Når ein i tillegg til dette tek inn over seg at spesialistar innafor tannhelse er "mangelvare", har vi ganske store utfordringar.

Sjølv om modellen for organisering og drift av spesialisttilbodet er slik som det her er gjort greie for her, har fylkeskommunane etter tannhelseslova § 1-1 ansvar for å:

"sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylke"

Dette "sørge for" ansvaret vi har er m.a. forsøkt løyst gjennom å stimulere til spesialistutdanning. Frå 2006 har vår fylkeskommune vore inne med stipend til 4

tannlegar innan spesialitetane kjeveortopedi (tannregulering), endodonti (rotbehandling) og periodonti (tannkjøttsjukdomar). Frå 2012 vil vi, gitt at tannlegane blir tekne opp til spesialistutdanninga, være inne med stipend innanfor spesialitetane kjeveortopedi og kjeve- og ansiktsradiologi (røntgenspesialist). For å gjere bildet komplett må ein og ta med seg at fylkeskommunane etter tannhelsetenestelova § 1-4 *"har ansvaret for samordning av Den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor"*.

Situasjonen i Møre og Romsdal

Tilgangen på "primærtannlegar" er no langt betre enn tidlegare. Vår fylkeskommune har ikkje, om i det heile tatt, hatt så god tannlegedekning i høve dei offentlege klinikkane som no. Sentralt for å kunne gje befolkninga i fylket eit adekvat og tilstrekkeleg tannhelsetilbod, er difor å sikre tilgangen på spesialistar i fylket. Fylkesrådmannen er av den oppfatning at vi derfor m.a. må arbeide vidare og kanskje meir målretta med stimuleringstiltak til spesialistutdanning. I tillegg synes det openbart at vi og må jobbe målretta med å rekruttere spesialistar inn i den offentlege tannhelsetenesta – vi må etablere "spesialistpraksisar" knytt til nokre av våre klinikkar.

Ein av dei spesialitetane som har veldig stor pågang av pasientar, særleg born og ungdom, er kjeveortopedane. Det viser seg at tilgangen på denne spesialiteten på relativt kort sikt er ganske ulik på Nordmøre, i Romsdal og på Sunnmøre. Situasjonen på Nordmøre er etter fylkesrådmannen si vurdering kritisk. Nordmøre blir i dag betjent av ein kjeveortoped med kontor i Kristiansund. Kjeveortopedan kan, grunna alder (69 år), maksimalt stå i praksisen i ca 6 år til. Det betyr at dersom ikkje noko vert gjort omgåande for å sikre spesialistetterfølgjar vil nedbygging av tilbodet, dvs. inntaksstopp av klientar, måtte ta til om seinast 3 år. Dette er ein dramatisk situasjon for befolkninga på Nordmøre.

I Romsdal blir befolkninga betjent av 2 kjeveortopedar. Også her har vi ei utfordring på kort/mellomlang sikt knytt til alder (den eine kjeveortopedan er 68 år). Situasjonen er ikkje fullt så kritisk som for Nordmøre, men det er etter fylkesrådmannen si vurdering likevel ikkje grunn til å vente med tiltak inntil situasjonen blir like påtrengande.

På Sunnmøre er befolkninga godt dekt med denne spesialiteten.

Om spesialistutdanning i kjeveortopedi

Etter grunnutdanning i odontologi på 5 år og praksis som tannlege i minst to år, må kandidatane som ønskjer spesialisering gå igjennom eit 3 årig løp (teori og klinisk praksis) som fører fram til spesialistgodkjenning. Universiteta tek opp kandidatar til spesialisering kvart anna år. Førstkommande opptak er hausten 2011 med studiestart hausten 2012. Dette gjer at neste "kull" med spesialistar i kjeveortopedi vil vere ferdig juli 2015. Det er eit svært avgrensa tal kandidatar som vert teke opp. Ei arbeidsgruppe nedsett av rådet for spesialistutdanning av tannlegar har konkludert med at det ikkje er samsvar i mellom opptak og utdanningskapasitet målt opp mot behov for spesialiteten nasjonalt og regionalt. Fylkesrådmannen ser det som særskilt viktig at vi har tilgjenge på så mange verkemiddel som mogleg for å kunne rekruttere naudsynnte spesialistar til vårt fylke.

Nærare om Nordmøre

Fylkesrådmannen har over tid hatt dialog med kjeveortopeden på Nordmøre med tanke på å finne ei løysing på denne utfordringa. Den modellen ein har kome fram til, og som er nedfelt i ein intensjonsavtale, er:

- fylkeskommunen skal seinast juli 2015, jf ovanfor om spesialistutdanning i kjeveortopedi, ha rett til å løyse inn praksisen. Dette er vurdert å vere eit viktig verkemiddel til å rekruttere ny spesialist i denne disiplinen.
- kjeveortopeden som er i praksisen i dag har forplikta seg til å drive praksisen fram til overtaking, samt å "overlappe" i 1 til 2 år etter at ny spesialist er på plass.

Denne løysinga må ein og sjå i samanheng med det stipendet til kjeveortoped vi håpar blir ein realitet frå 2012, jfr. ovanfor. Økonomisk vil ei slik overtaking av praksis ikkje belaste fylkeskommunen sine budsjett. Drift av spesialistpraksisen (lønn, utstyr, forbruksmateriell og husleige m.v.) vil fullt ut bli dekt opp gjennom klientane si betaling av eigenandelar og trygderefusjonar.

Nærare om Romsdal

I høve Romsdal er vi i den lukkelege situasjon at vi kan etablere ein spesialistpraksis lokalisert til St Carolus i Molde. Her vil fylkesrådmannen snarast på ordinær måte lyse ut ei spesialiststilling. I utlysinga vil det bli presisert at spesialisten som blir tilsett i Molde i tillegg til å drive kurativ verksemd, skal ha særleg ansvar i delar av stillinga til å drive opplæring mot tannlegane i fylket. Tilpassing av lokalitetar og innkjøp av utstyr vil bli gjort av huseigar og den kostnadmessige konsekvensen dekt over husleiga. Av denne grunn er det ikkje behov for fylkeskommunale investeringsmidlar for å etablere praksisen. Drift av praksisen vil, på same måte som for praksisen på Nordmøre (Kristiansund), bli dekt opp med betaling av eigenandelar og trygderefusjon. "Spesialistklinikken" vil budsjett- og regnskapsmessig bli skilt frå den eksisterande drifta av tannklinikken på St Carolus.

Oppsummering

1. Med bakgrunn i m.a. fylkestinget i Møre og Romsdal sitt vedtak, sak T-91/09, er det oppretta eit regionalt kompetansesenter for tannhelsetenesta.
2. Kompetansesenteret skal byggast opp etter en "nettverksmodell", noko som m.a. sikrar ein desentral struktur også på spesialisttilbodet.
3. Dersom kompetansesenteret skal kunne gje dei tilboda som er føresett må det, i tillegg til offentlege og private primærtannlegekontor, også inngå spesialistklinikkar i nettverket.
4. Tilgangen på spesialistar er stram – særleg utanfor dei store byane.
5. Vi må sette i verk arbeidet med å utarbeide planar for stimulering til spesialistutdanning og spesialistrekruttering knytt til spesialitetar det er behov for i vårt fylke og i vår region.
6. Vi set i denne omgang i verk dei tiltaka som er omtala for å sikre tilbodet i kjeveortopedi på Nordmøre og i Romsdal.
7. Innafor dei rammer som til ein kvar tid står til rådvelde vil det bli arbeidd med rekruttering av spesialistar det er trong for.

Eg legg etter dette saka fram for fylkesutvalet med slikt

Forslag til vedtak:

Fylkesutvalet tek orienteringa til vitande.

Ottar Brage Guttelvik
fylkesrådmann