

legging foretatt av allmennpraktikere som svakt kvalitetssikret, har man etter hovedstyrets syn funnet fram bensin til bålet. Hovedstyret stiller seg som du forstår, avvisende til at spesialistkompetanse må til for å utløse trygde- refusjon til periodontittpasientene. Periodonti er ett av kjernefagene i grunnutdanningen, og allmennpraktikere må forventes å kunne hjelpe de

fleste av disse pasientene, selv om noen med fordel kan henvises til spesialist der hvor det er praktisk mulig.

Dersom Rikstrygdeverkets holdninger har støtte hos spesialistforeningene, står vi definitivt overfor en interessant debatt. Den vil ikke hovedstyret bare ta del i. Den vil vi ta initiativ til, for den handler om betydelig mer enn spesialistenes plass i NTF.

## Referanser

1. Ramstad T. Specialistophobia chronica – finnes det en kur? *Nor Tannlegeforen Tid* 2002; 112: 292.
2. Blich CC. Olympisk mesterskap i kortslutning. *Nor Tannlegeforen Tid* 2002; 112: 293.

Gudbrand Øilo:

# «Konvensjonell protetik» – hva er det?

Carl Christian Blich har i et debattinnlegg i *Tidende* nr. 5 angående grunnutdanning versus spesialitet noen kommentarer angående protetik og grunnutdanningen som ender med en invitasjon: «Dette må eventuelt kommenteres av andre». Utgangspunktet er «Likeså må konvensjonell protetik,...., anses som tilstrekkelig undervist i grunnutdanningen og praktisert i allmennpraksis», og «Koplingen til Inger-Lise Mathiesens artikkel (om variasjon i studentenes praktiske opplæring) kan i beste fall brukes som argument imot innholdet i grunnutdanningen».

«Konvensjonell protetik» – hva er det? Det er vanskelig å definere dette som et begrep i dag. Protetik og bittfunksjon er i Oslo koblet sammen som to integrerte deler av det vi nå velger å betegne som «Oral funksjonsrehabilitering». Da mener vi rehabilitering etter tap av tenner og annet vev samt ved ledd- og muskelproblemer. Og «funksjon» definerer vi som tygge, tale, smile samt munnpartiets form. Bittfunksjonsdelen omhandler forståelse for underkjevens bevegelsesmønster samt kjeveleddets og musklens funksjon. Dette er jo også grunnlaget for enhver funksjonsrehabilitering som nevnt ovenfor.

Protetikdelen er ikke hva den var for 10 eller 20 år siden. Et utall nye materialer og metoder er utviklet til formålet, og stadig nye og mer avan-

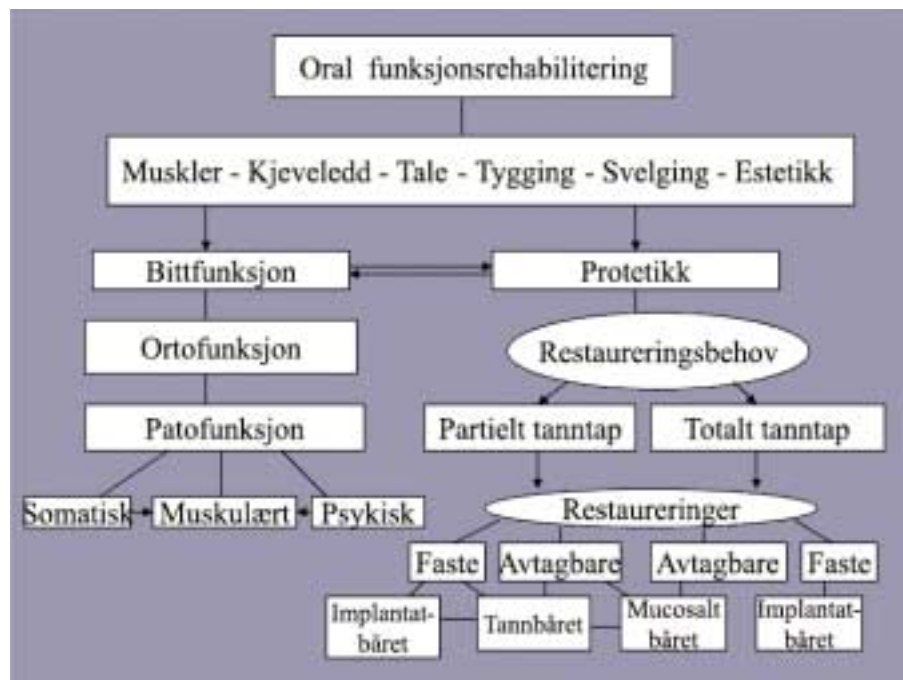


Fig. 1.

serte metoder er underveis. Vurderingen av hva som er det beste for det enkelte individ som sitter foran oss, blir vanskeligere og vanskeligere. Implantatbåret, tannbåret eller mukosalt båret? Metaller, plast eller keramer? Støping, fresing, DAK/DAP eller fiberforsterkning? Komplexiteten i dagens fagområde er forsøkt illustrert i Fig.1.

Selvfølgerlig – uansett materialer og teknikk – det er pasientens behov og

forventninger som betyr mest. Enkelte pasienters forventninger kan være vanskelige å tilfredsstille av forskjellige årsaker.

Kan grunnutdanningen dekke alt dette? Nei! Grunnutdanningen er endret og tiden for både teoretisk og klinisk-praktisk trening innen fagområdet er redusert. Uansett hadde vi ikke kunnet greie å trene studentene i alle de muligheter innen rehabilitering som

eksisterer i dag. Vi prøver å gi dem basale begreper både om behov for rehabilitering, bioteknologiske forutsetninger og konstruksjonsprinsipper, men den kliniske trening er begrenset til enklere behandlinger og noen få tekniske løsninger som vi vet fungerer i de fleste tilfeller. Spesialutdannelsen derimot, prøver å dekke det hele.

«Mengdekravene» til den manuelle trening i studentklinikken er også noe redusert både fordi tiden er redusert, men også fordi pasienttilgangen, spesielt for avtagbar protetikk, er sterkt redusert. Behovet for helproteser i de urbane miljøer er synkende. Dette er problemer som vi prøver å finne løsninger på.

Ellers blir avtagbar protetikk også «spesialistkasus» i løpet av noen år.

Mengdekravene for den manuelle treningen er tydeligvis noe større i Oslo enn Bergen. Hva som er nødvendig og riktig i denne sammenheng har vært en konstant diskusjon i flere år ved universitetene og innad i protetikermiljøet. Erfaringene, spesielt i Sverige, indikerer at det er en smertegrense et sted. Men det er helt riktig at det er stor variasjon mellom studentene. Noen ligger langt over mens andre sliter med å oppfylle kravene. Forståelse og interesse for både de kliniske muligheter og tekniske, praktiske retningslinjer er ikke jevnt fordelt. Dette

viser seg tidlig i studiet, men det er heldigvis variasjonsmuligheter for en aktiv yrkesutøvelse.

Valgmulighetene mellom forskjellige behandlingsmetoder kan virke overveldende. Vi må, ved diskusjoner omkring behovet både for etterutdanning og videreutdanning, være oppmerksomme på at hvis ikke foreningen og universitetene tar på seg oppgavene med å etablere en «nøytral» og tilstrekkelig kompetanse, vil opplæringen overtas og styres av industrien og deres markedsførere. Det tror jeg ingen er tjent med.

*Adresse: Det odontologiske fakultet, postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo*

Einar Bjørknes:

## Spesialister på bortebane

Jeg kan vel bare sette meg ned og vente. Vente på at tilsynet skal dukke opp. For hva har vel ikke jeg, arme, syndige menneske og odontolog, gjort alle disse årene. Uten å ha spec. på døra. I mer enn tredve år har jeg holdt på. I godmodig uvitenhet er jeg i ferd med å legge et liv av bjørnetjenester bak meg. Ikke bare har jeg rotfylt tenner, men jeg har klart noen med faktisk mer enn en kanal også, og den ene var til med litt bøyd. Og kroner og broer har det også blitt, enda så få ledd jeg klarte å lage i gammelbyggets tredje etasje under de soignertes beskyttende vinger. Jeg tenker også på enkefru Halvorsen. Jernbanepensjonist. Helsettet var ute og gikk med enkefruen. Dette var min stolthet. Ikke bare hadde jeg gjort meg flid helt fra vokstadiet av. Gamle professor Årstad hadde i egen person sklidd gjennom labben og rost verket. Jeg kunne vel ha gledet meg! Men tenk: Enkefruen uteblir. Av terminale årsaker lar det seg heller ikke gjøre med ny innkalling. Men Stokstad er storsinnet og lar meg slippe gjennom nåløyet med et helsett

i minus. Det som forlot meg så altfor tidlig. Han visste vel det satt en mann i Helsedirektoratet og sendte slike som meg opp til spesialistenes bortebane, utkant-Norge for å trene på nye helsett.

Og det kom nye helsett. Litt av det meste har det blitt. I min enfold er det faktisk mange ting jeg er stolt av å ha utført. Jeg er også glad for å ha stått på etter evne og utført en rekke arbeider som pasientene også er tilfreds med og sågar har takket meg for – ja, selv om de måtte betale. Folk her oppe er sånn. Fornøyd med lite, men vi står han a'. Men så fornøyd at jeg i fagtidsskrift for Den norske tannlegeforening ville gå ut offentlig og bekjenne meg yrkesvalghemmet for en distriktstannlegestilling i Rana – det er jeg ikke. Men jeg har vært her hele mitt liv – uten tilskudd. Og jeg er ikke spesialist på noe heller. Men tennene vil folk gjerne beholde. Selv om de så må rotfylles! Og det er vi som er her som må gjøre det. Jeg kan forsikre at mang en gang er oppgavene vi føler oss satt til å løse så vanskelige at man ville gitt

sitt kongerike for en spesialist. Hvis vi hadde noen. Men det jo nettopp spesialister vi mangler. Og hvordan skal spesialistene kunne spres over det ganske land dersom de er opptatt med å rotfylle standardtenner i Kristiania?

Alle opplever verden fra sitt ståsted. For oss har spesialistene alltid hjemmebane. Men det bor mange mennesker her i landet som har sine hjemmebaner andre steder. De fortjener også det beste. Og i overskuelig fremtid vil nok disse måtte ty til oss som fortsatt «tør» gjøre det vi mange ganger kanskje helst ikke skulle tørre. For spesialistene spiller sjelden på bortebane. Mange er glade for oss som velger bortebane som sin hjemmebane. La ikke velvillig spesialistdiskusjon få oss ute i bushen til å føle at vi forgriper oss på våre medmennesker. Vi vil fortsatt tjene folket som vi alltid har gjort. Ennå finnes det stolte cand. odonter her ute med solid faglig integritet.

*Adresse: Nygata 107, 8618 Andfiskå*