



Tannlegers kompetanse

La meg innledningsvis understreke Tannlegeforeningens ståsted i diskusjonen om spesialiteter; skillet mellom spesialist og spesialutdannet er uhensiktsmessig overfor publikum. Følgelig opprettholder NTF sin høringsuttalelse til Lunderutvalgets utredning om spesialiteter innen odontologien. Uttalelsen som ble avgitt i mai 2001, var basert på en bred organisatorisk behandling, og tok til orde for inn-til sju kliniske spesialiteter. Kravet til spesialiteten *Oral kirurgi og oral medisin* er et femårig utdanningsløp. For de øvrige skal kravet være tre års fulltids utdanning. Per i dag er det fire offentlig godkjente spesialistutdanninger i Norge. *Offentlig godkjenning* av ytterligere utdanninger skjer i Helsedepartementet. Departementet vil motta forslag til eventuelle nye *godkjente* spesialiteter fra Sosial- og Helsedirektoratet, som igjen mottar råd fra det nyopprettede *Råd for spesialistutdanning av tannleger*. Sistnevnte er et rådgivende organ for direktoratet der Tannlegeforeningen har to representanter. Der begrunner vi vårt syn på antallet spesialiteter, men tar samtidig til orde for at rådet kontinuerlig bør vurdere hvilket antall spesialister det vil være behov for.

Spesialistenes rolle er flerdelt og behandling av henviste pasienter utgjør kun en del av virksomheten. I fremtiden er spesialistene ment å skulle bemanne kompetansesentrene, der de vil bli nøkkelpersonell i en mer desentralisert spesialistutdanning og i tillegg bidra til at allmennpraktiserende tannleger

skaffes etterutdanning og fordypning i de respektive spesialområdene. Videre er spesialistene viktige når allmennpraktikere søker råd ved planlegging av individuelle og mer sjeldne behandlingsformer.

Tannlegeforeningen ser på etablering av kompetansesentra samt lønn under spesialistutdanning som virkemidler til å få til en bedre spredning av så vel spesialister som allmennpraktikere. Spesialistkompetanse er viktig, men allmennpraktikeren er og skal være ryggraden i tannhelsetjenesten.

Tannlegeforeningen har ikke hatt grunn til å revidere disse synspunktene. Ikke før 1. oktober i fjor. Da ble rehabilitering av tenner tapt som følge av periodontitt, refusjonsberettiget. Samtidig ble det et krav at implantater og protetisk behandling på disse skulle behandles av henholdsvis godkjente spesialister i oral kirurgi og oral medisin samt tannleger som per i dag har status som spesialutdannede i protetik eller tilsvarende. Trygdemedisinske krav avviker dermed fra øvrige krav gitt gjennom lov om helsepersonell. Sistnevnte stiller krav til at helsepersonellet selv skal vurdere egen kompetanse og henvise pasienter med behandlingsbehov utover denne.

At Helsedepartementet stiller spesielle kompetansekrav for behandling over trygdebudsjettet er ikke en nyhet. Innen odontologien er det imidlertid forhold som gjør slike krav problematiske for publikum. I løpet av få år er statsbudsjettets poster for refusjonsberettiget tannbehandling blitt bortimot

fordoblet. Dette skal være et landsdekkende tilbud. Tannlegen er i utgangspunktet spisskompetent på forebygging og behandling av sykdommer i tenner og munnhule. Selv om det finnes behandlingsformer som tilsier mer utdanning og praksis enn tannlegene får gjennom sin grunnutdanning, må det finnes muligheter for å skaffe slik kunnskap uten å gjennomføre et fullverdig spesialistprogram. Det er et paradoks at tannleger – for trygdens regning – kan behandle pasienter med store broer, men at slik behandling, når den er implantatforankret, må utføres av spesialist. Kun ni prosent av landets tannleger er spesialister/spesialutdannet. Brorparten av disse befinner seg i bynære områder. Med et pennestøk er konsekvensen ved urimelige kompetansekrav gjort gjeldende for en betydelig del av befolkningen. Dette er ikke i tråd med målsettingen om at de behandlingstrengende skal ha rimelig god tilgjengelighet til den best egnede behandling.

Tannlegeforeningen har tatt dette opp i Råd for spesialistutdanning av tannleger, og vil arbeide for at kompetansekravene gjøres fleksible, slik at tannleger flest kan tilby den behandling de mener å beherske, uavhengig av finansieringen. Dette må etter vårt syn formaliseres raskt, ettersom det gjeldende regelverket fremstår som urettferdig overfor distriktsbefolkningen.

Carl Christian Bjørk