



Implantater er kommet for å bli

For tiden pågår en diskusjon om hvilken kompetanse som bør kreves dersom implantatbehandling skal kunne skje for trygdens regning. Vi har et trygdesystem som, basert på diagnose, skiller mellom hva pasientene får i refusjon ved behandling med implantater. For eksempel refunderes mindre ved den pliktmessige ytelsen rehabilitering etter periodontitt enn ved bidrag som følge av agenesi. Dette oppleves ikke som logisk. Et annet problem er at pasienter – eller medlemmer som de kalles i Trygdeetat – ikke får ytelser til implantatbehandling fra trygden med mindre behandleren er godkjent spesialist i kirurgi og oral medisin og, for toppkonstruksjonens del, er spesialutdannet i protetik.

Gjennom få år har Stortinget doblet trygdebudsjettet til tannhelsefeltet. Omfanget økte blant annet gjennom rehabiliteringsordningen for periodontittpasienter 1. oktober i fjor. Stortinget ba om en ubyråkratisk ordning. Det er det ikke blitt. Helsedepartementet har i flere omganger «myket opp» regelverket, men praktiseringen er likevel restriktiv, blant annet ved at helprotese skal være førstevalg i tilfeller der total-sanering er nødvendig. Vi sier og skriver 2004 og Helsedepartementet pålegger Trygdeetaten å praktisere en slik regel. Det er som å tilby benamputerte treben. Det er vanskelig å forstå at Stortinget kan akseptere slike begrensende og flere andre byråkratiserende sider ved regelverket. På den annen side snakker vi om en ond sirkel, der Helsedepartementets handlefrihet reduseres av budsjettet. Dog er dette foreslått av regjeringen og akseptert av Stortinget, så noen har makt til å gripe inn i «sirkelen», dersom de har vilje til det.

Jeg vil imidlertid tilbake til kompetansekravet som kanskje er vel så vans-

kelig for pasientene. Tannlegeforeningen vedtok i 1987 egne retningslinjer for implantatbehandling. Disse gjelder for våre medlemmer, uansett finansieringskilde, og er formulert slik at de blant mye annet understreker behovet for realkompetanse. Trygden stiller spesielle krav i form av henholdsvis fem og tre års tilleggsutdanning. Dette begrenser tilbudet radikalt, ekskluderer et ikke ubetydelig antall geografisk fordelte og erfarne klinikere fra å yte tjenesten, og vil som verste konsekvens kunne medføre mindre hensiktsmessig terapi eller at pasientene må «velge» å betale hele kostnaden av egen lomme. Kort sagt: Trygden favoriserer at byfolk skal få et bedre tilbud enn befolkningen i mange distrikter. Slik skal ikke trygden virke. En annen uønsket effekt av regelverket er at det på sikt kan fjerne viktig mengdetrening fra interesserte og kompetente allmennpraktikere og bidra til å gjøre dem mindre kompetente.

Periodontistene ønsker å kunne utføre fiksturinnsetting, og vil i den anledning ha godkjent en endret plan for sin spesialistutdanning som skal formalisere slik kompetanse. Dette er sikkert et skritt i riktig retning, men også allmennpraktikere som kan dokumentere tilstrekkelig kompetanse må få anledning til alternativ godkjenning. Videre er det meningsløst å kreve tre års tilleggsutdanning for å kunne utføre implantatforankret protetik. Igjen må de som kan dokumentere sin praktiske erfaring kunne få alternativ godkjenning. Tannleger som ikke har dokumenterbar erfaring, men som ønsker å berike sin faglige virksomhet må også gjennom et realistisk kursopplegg kunne få slik godkjenning. Gjennom Råd for spesialistutdanning av tannleger ønsker Tannlegeforeningen å arbeide for alternativ kompetanse-

godkjenning ved henholdsvis presentasjon av realkompetanse eller et eget kursopplegg.

Det er naturlig å spørre om de odontologiske lærestedene i tilstrekkelig grad har tatt innover seg at implantatbehandling er i ferd med å bli en befestet behandlingsform. Etter endt grunnutdanning må enhver tannlege utvikle sin vurderingsevne og sine kliniske ferdigheter. Lov om helsepersonell pålegger alt helsepersonell å henvise pasienter videre dersom annen kompetanse kreves for å hjelpe pasienten. Dette gjelder uansett finansieringskilde. Tannlegeforeningen arbeider også for at allmennpraktikerne i distriktene skal få spesialister i rimelig geografisk nærhet å henvise til. Lønn under spesialistutdanningen vil eksempelvis gjøre det mulig for tannleger fra distriktene å skaffe seg spesialistkompetanse som de kan ta med tilbake til hjemstedet. Dette betyr imidlertid ikke at vi aksepterer at terapiformer som tilhører fremtidens odontologiske hverdag per definisjon skal være forbeholdt spesialistene.

Vi skal ta lærdom av de feiltrinn vi kjenner fra vårt fags historie. Men vi må samtidig kunne legge til rette for en adekvat kompetanseheving av de tannleger som ønsker å praktisere implanto-logi. Hovedstyret imøteser en debatt om emnet dersom den skulle være ønskelig, men la oss ta utgangspunkt i fremtiden. En av forutsetningene vil da være at implantater er kommet for å bli, og at tilbudet må gjelde hele befolkningen, uavhengig av bosted.

Carl Christian Bjørn