

på hodet. En vesentlig del av forklaringen til at det er vanskelig å etablere kompetansesentra i Norge er selvsagt at det ikke er utdannet tilstrekkelig med spesialister som eventuelt kan bemanne dem. Løsningen må da like selvsagt være å utdanne flere – ikke å unnlate å utdanne dem. Påstanden i saksforelegget om at vi antakelig har nok spesialister og videreutdannede tannleger, får stå for sin egen urimelighet. Den samsvarende i hvert fall ikke med de konklusjonene som er trukket i tidligere offisielle

utredninger. At de som finnes ikke er godt fordelt, er derimot noe vi kan være enige i, men også her er løsningen å utdanne flere. Og la det være helt klart: Uten at spesialiteter opprettes i protetik, endodonti og kjeve- og ansiktsradiologi, vil fakultetene i praksis kun spesialistutdanne for egne formål, fordi motivasjonen for andre til å gjennomgå slike utdanninger vil bli borte.

Min oppfordring til representantskapet er derfor å diskutere allmenntannlegens

rolle i fremtiden – det er en viktig diskusjon – men la være å forkludre diskusjonen med å ta opp igjen fjorårets vedtak om å arbeide for opprettelse av de nye spesialitetene.

*Adresse: Odontologisk institutt, Årstadv. 17, 5009 Bergen*

## Tannlegens rolle

Presidenten i NTF, Carl Christian Blich, svarer Einar Berg

Jeg har forståelse for at Einar Berg gjorde de samme refleksjoner som Bent Gerner da han ble kjent med utkastet til protokoll fra hovedstyrets juni-møte. Vi var mange som gjorde det, og hovedstyret har aldri i min tid omformulert en protokoll så substansielt som i dette tilfellet. Det har sikkert skjedd før, men da var det en intern sak ettersom utkastene ikke ble offentliggjort på nettstedets medlemssider. Det dreier seg om en tabbe, og sjelden har jeg vært så flat som jeg stadig er i skrivende stund. Den må vi få lov til å legge bak oss ettersom vi har store oppgaver lenger fremme.

Første halvdel av Bergs innlegg mener jeg å ha kommentert i tilsvaret til Bent Gerner. Jeg starter derfor med Bergs hovedanliggende: «Jeg har problemer med å skjønne hvordan det kan være et stort behov for nok en gang å diskutere en avgrensning mellom allmennpraktikerens og spesialistens rolle på representantskapsmøtet». Han besvarer til en viss grad spørsmålsstillingen i neste setning: «Vi synes alle å være enige i at allmennpraktikeren som har spesialistkompetanse (og det er det uten tvil mange allmennpraktikere som har ervervet seg), kan bekymringsløst utføre spesialistarbeid».

Da spør hovedstyret: Hva er spesialistarbeid? Bergs avgrensning er svært uoffisiell for å si det slik. En substansiell språkavklaring må derfor til; «Spesialistkompetanse» er ikke slik Berg uttrykker det, noe

man erverver seg etter fordypning på et interesseområde. Myndighetene er slik jeg opplever det svært opptatt av at en «spesialitet» innebærer et klart avgrenset område av faget der kunnskap er ervervet gjennom et godkjent studieopplegg. I Norge har vi således bare fire spesialiteter i dag, og helsemyndighetene aksepterer ikke at vi bruker spesialistbegrepet om andre. Myndighetenes forståelse av begrepene og av kompetansenivå som har virket regulerende på hvem som får utføre eksempelvis implantatbehandling for trygdens regning. Det er riktig at NTF tar til orde for en oppmyking på dette feltet, men den er i skrivende stund uavklart. Myndighetene er så langt ikke komfortable med at den enkelte tannlege selv skal vurdere om vedkommende er tilstrekkelig interessert og tilleggsutdannet til å utføre slik behandling for trygdens regning.

Hovedstyret spør, ikke bare av bekymring for egne revir, men også med tanke på at vi bor i et langstrakt og desentralisert land. I store områder av Norge vil vi aldri kunne tilby tannleger som bare rotfyller eller bare gjør komplisert protetik uten selv å kunne utføre foregående endodonti. Det er verken mulig eller ønskelig. Og; fakultetene har gjennomført dyptgripende endringer i studieplanene for grunnutdanningen uten at NTFs representantskap har fått uttale seg om hvilke konsekvenser dette muligens får for allmennpraktikerens rolle. Tannlegeforeningen har

i arbeidet med å utrede to nye spesialiteter (endodonti og protetik – nylig er også kjeve- og ansiktsradiologi kommet til) bedt om fakultetenes bidrag hva gjelder studieopplegg og avgrensning mellom vedkommende fagområder og allmennpraktikerens oppgaver. Vi fikk inntrykk av at dette krevde en viss innsats. Det tilsendte materialet viser at avgrensningen ikke er så vanskelig når det gjelder undervisning, forskning og virke som konsulent, men straks verre når vi beveger oss over på det kliniske området. I Rådet for spesialistutdanning av tannleger har de fakultære representantene vært opptatt av at spesialitetene skal ha studieopplegg tilsvarende tre års fulltids utdanning. Disse oppleggene lot seg åpenbart ikke hente rett ut av hylla, noe som kanskje kan skyldes at studieoppleggene bygger på en tradisjon der det var fakultetenes egne behov for å skolere lærekreftene som lå i bunnen. Spesialisering gjennom flere års deltid ble vel ofte resultatet og få kolleger utenfor Oslo og Bergen kunne gjennomføre dette.

Tannlegeforeningen vil selvfølgelig gjerne bidra til forhold som gjør det mer aktuelt for tannleger fra distriktene å ta spesialistutdanning. Ett av virkemidlene vil være at det opprettes lønnede stillinger til kandidatene. Vi har arbeidet både politisk og departementalt for dette. Så langt har ikke staten sett det som sin oppgave, og få fylker viser initiativ. Det reiser seg da et spørsmål om hvor mange kolleger fra

distriktene som vil kunne gjennomføre tre års fulltids utdanning, eksempelvis i endodonti, når studieopplegget nå åpenbart gjennomgår en substansiell opptrapping. Det må, nettopp av hensyn til pasientenes tarv, gjøres noen grenseoppganger med hensyn til hva som skal forventes av en allmennpraktiserende tannlege og hvor ressurskrevende en tilleggskompetanse skal være. For pasientene er tross alt det viktigste at de har tilstrekkelig tilgjengelighet til nødvendig tannhelsefaglig kompetanse, ikke om tannlegen smykker seg med tittelen «spesialist».

Når dette er sagt, så ønsker ikke hovedstyret nødvendigvis omkamper på tidligere vedtak. Realitetene er imidlertid at vårt

fagfelt er i en forandringsprosess. I 1996 gjennomgikk studieplanen i Oslo store forandringer. Nå, få år etter at de første kandidatene med denne utdanningen ble uteksaminert, spør vi om dette var en lykkelig løsning. Det er videre helt naturlig at NTFs representantskap får innsyn i og anledning til å debattere ny faktainformasjon om hvordan fagavdelingene ved lærestedene vurderer den faglige avgrensingen mellom nye spesialiteter og allmennpraktikerne. Dette er ikke lenger en fakultetsintern problemstilling, for nå er det samfunnets, ikke fakultetenes behov som er avgjørende. Vi er i så måte enige om at spesialistene, med mulig unntak av kjeveortopedene, er skjevt geografisk for-

delt. Kanskje blir vi også enige om hvilket antall spesialister Norge skal ha, men jeg konkluderer ikke før representantskapet har tatt debatten. Det må nemlig ses i lys av allmennpraktikernes fremtidige rolle, der de praktiserer i samarbeid med annet personell av forskjellige kategorier – til beste for pasientene.

Hovedstyret ønsker eventuelle innspill før foreningen slutfører sitt oppdrag med å utrede tre nye spesialiteter, en utredning som så skal behandles i Rådet for spesialistutdanning før helsemyndighetene tar stilling i saken.

Adresse: NTFs sekretariat

## Mer om spesialister

Hovedstyremedlem Inger-Lise Mathiesen kommenterer Einar Bergs innlegg

**S**om hovedstyremedlem vil jeg gjerne komme med et supplement til presidentens svar i spesialistsaken. Jeg er nemlig en tviler, jeg må bekjenne det.

Hvis vi nå stiller oss bak kravet om 7 spesialiteter i munnhulen (kanskje to til senere), med tilhørende *full tids* 3 års utdanning både for de nåværende og nye spesialiteter, *må* det være lov til å spørre om konsekvensene av dette. Det gjorde flere av oss i junimøtet. Det avslørte til og med at usikkerheten hadde ligget hos mange, noe annet ville da også vært merkelig, ikke sant? Hovedstyret diskuterer på forhånd grundig de vedtak som skal legges fram for Representantskapet. Ved uenighet internt, må en akseptere et flertallsvedtak ut fra en vurdering slik situasjonen fortøner seg på beslutningstidspunktet. For slik NTFs representantskap fungerer i dag, stiller hovedstyret seg solidarisk bak vedtaket når saken presenteres utad.

Berg spør om vi ikke tenker på pasienten, på at de skal få det beste? Jeg vil ubetinget svare at det er nettopp det vi gjør! Men vi forsøker i et hovedstyre å favne befolkningens beste, ikke bare det bynære utvalget som krever, finner og gladelig betaler for det de anser som optimal og trygg behandling. For disse utvalgte er

prisen underordnet, eller tvert om, dyr behandling får av mange i dagens samfunn status som best. Vi har derfor uten tvil et marked, styrt av en etterspørsel som vi kan tro vil øke.

Slik det legges opp til nå, er det pasienten som må betale for den merkostnad det blir at også spesialutdanningene styres inn i tre års full tids utdanning. For *noen* må betale for at disse kollegene forblir utenfor hjemstedet sitt for å gå i et kontrollert, overvåket videreutdanningsprogram, uten mulighet til å holde en praksis vedlike på hjemstedet. Hvem er det da som kan søke til en videreutdanning? En 25 % (det er maksimalt) fakultetsstilling dekker knapt en hybel og reisekostnader.

Dette vil gjenspeiles i høy pris senere. En trygdetannlege viste meg en traumatisert 22 som kom på over tyvetusen kroner fra tre spesial(ist)behandlere. Endodontisten klarte å rotfylle, kjeveortopeden ekstruderte tannen (han var jo god) og den profilerte kroneestetikeren lagde en pen krone. Han var god han også. Sluttprisen var sikkert realistisk nok, med lang behandlingstid og mange vurderinger. I dette tilfelle *måtte* trygden betale det meste, pga. en yrkesskade. Foreldrene forlangte høyest mulig kompetanse.

Av de fire spesialitetene vi har i dag, er

de fleste mer eller mindre inne i trygdevarmen, og kan tilby sin behandling til befolkningen til subsidierte priser. Pedodontisten er nesten uten unntak ansatt i Den offentlige tannhelsetjeneste, og er ingen direkte meromkostning for andre enn fylkeskommunen. Likevel er ikke etterspørselen fra fylkene spesielt stor! Kjeveortopedene fyller nå ut bunkevis av underlagsskjema for at barn skal få rettere tenner til stort sett halv pris. Kirurgen er flere steder tilknyttet offentlig tjeneste, og mange av arbeidsoperasjonene er refunderbare. Periodontistene er etter hvert også med i refusjonsdelen, selv om det ikke er gjort forskjell på allmenntannlegen og spesialisten i denne trygdesammenheng. Jeg tror imidlertid henvisningster-skelen er blitt mindre for flere av oss, for pasienten kan få ny refusjon når vi gir opp.

Jeg erkjenner at jeg ikke alltid føler meg god nok, at jeg er glad for spesialistene Jeg henviser nesten ukentlig til en av de mange som befinner seg rundt meg i smørøyet på Majorstuen i Oslo. Men det er kjernen i spørsmålene mine også. Blir det bare enda flere rundt akkurat meg – jeg forsyner dem jo i økende grad, slik jeg også hører mange av de yngre kollegene gjør.