

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

Som 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.

Vi som sitter i hovedstyret må tenke både spredning og tilbud til befolkningen som helhet. I det tilbudet ligger både et ønske om at spesialisttjenester skal være økonomisk og fysisk tilgjengelig for et flertall. Det kan skje ved en større tryggedekning, ved lønn under utdanning, ved utbygging av kompetansesentra og desentralisert videreutdanning med statlig kompensasjon for veiledning. Men alt dette er ikke gjort over natten, og hvis det nå mot formodning skulle skje – hva vil samfunnet forlange tilbake av de spesialistene som har fått sin videreutdanning på samfunnets regning? Vi må så absolutt tenke bindingstid og fastsatte priser. Her hjelper det neppe at NTF står for fri prissetting og fri etablering. Vi kan videre tenke at trygderefusjon utløses dersom allmennpraktikeren må henvise også til endodontist og protetikker. Men da går vi i ring i vår egen argumentasjon om at trygderefusjon ikke skal være betinget av spesialistutdanning. Back to basic – så og si.

Det er hevdet at det ikke er antallet spesialiteter vi skal være opptatt av, men antallet spesialister. For meg er det nærmest å snu det på hodet. Hvis vi tenker pasientenes beste, må det være nærliggende å tenke at vi i alle fall *må* ha så stor spredning av spesiell kompetanse at den også tyter ut til Finmark – slik at min tannpleierdatter i Vardø ikke behøver bekymre seg over at det har tatt to år å vente på time hos periospesialist.

Jeg er opptatt av at flinke, gode klinikere skal kunne skaffe seg nok kompetanse til å utføre et bredest mulig behandlingsspekter selv. Jeg synes det er helt fint at kollegaen over gaten anskaffer mikroskop, fordyper seg

i rotspisslektyre på kveldstid, og tar den endoen jeg gjerne slipper, til fornuftig pris. Så kan *jeg* lese sakspapirer til hovedstyret.

Tittelen betyr ikke så mye verken for meg eller pasientene mine, de stoler på at den jeg henviser til kan jobben bedre, uansett EU regler. I de fleste EU land har de faktisk rett så få spesialiteter. Jeg må ærlig bekjenne at jeg inntil for tre år siden ikke visste forskjell på spesialist – og spesial/videreutdanning. Jeg la faktisk ikke engang merke til det i tittelen!

Jeg forstår frustrasjonen til dem som nå har spesialutdanning, og at de ønsker seg likestilt med de andre godkjente spesialitetene. Problemet er de nye EU-reglene. De gamle spesialitetene var godkjent *før* EU-kravene, men slik vi har forstått Helsedepartementet og SHdir, vil det nødvendigvis *ikke* stilles endringskrav til disse. Og de nåværende spesialtannleger vil *ikke* automatisk kunne kalle seg spesialister. Nettopp fordi de ikke tilfredsstiller kravet om full tids utdanning.

Jeg håper det er forståelse for at vi føler vi kjører på humpete vei. Da er det lett å vingle, spesielt hvis det går fort.

Kanskje må vi starte på nytt? (igjen) Modernisere tankegodset litt i denne digitalverden. Moduler er i tiden. Flere subspecialiteter (moduler) kunne bli *en* spesialitet.

Mye kan tas over tid mens en blir bedre i hele faget på hjemstedet.

Johan Galtung har sagt: «Uenighet skyldes oftest mangel på en *ny* god idé.»

Adresse: Postboks 5324 Majorstua, 0304 Oslo