



Får vi de spesialistene vi trenger?

Siste representantskap ble i stor grad preget av en debatt rundt allmenntannlegens plass i tannhelsetjenesten, og om utdanningen var god nok. Spørsmålet var om vi får de tannlegene vi trenger? Og svaret var et rungende JA. På det samme møtet ble også spesialistsaken diskutert; nok en gang. Debatten bar da også preg av at mye var avgjort på forhånd. Og kanskje det var problemet? – At saken har vært gjenganger så lenge, var kanskje hovedårsak til at man ikke spurte seg om det var mulig å tenke nytt?

I Telemark har vi nettopp vært gjennom en lokaliseringsdebatt angående et odontologisk kompetansesenter for Helseregion Sør. Vi tapte kampen, og senteret blir nå lagt til Arendal. Jeg har ikke tenkt å diskutere plasseringen av senteret her, den avgjørelsen er tatt. Jeg har derimot tenkt å begynne å diskutere innholdet i et slikt senter, og det kommer meget nær spesialistsaken. Kompetansesenteret skal jo fylles med personer med høyere kompetanse innenfor sitt fagområde.

Slik jeg oppfattet det, har mye av diskusjonen rundt spesialister dreid seg om antall disipliner, og titler. Jeg har full forståelse for at det skal være lik formell kompetanse for lik utdanning. Videre har jeg også full forståelse for at en grenseoppgang er viktig, både mellom spesialitetene og mellom spesialister og allmenntannleger. Hvem skal tegne disse grensene? Jeg tillater meg å minne om representantskapsvedtaket som sier at en endring i spesialiststrukturen ikke skal begrense allmenntannlegens kompetanseområde. I dag har allmenntannlegene lov til å gjøre all behandling, og mange tannleger gjør utrolig mye forskjellig. Det kan bare bety at det ikke skal innføres formelle begrensninger for hva allmenntannlegen kan gjøre. Dette ser jeg som viktig at sekretariatet og hovedstyret følger opp. At tannlegen er begrenset av sin

egen kompetanse er en annen sak. Jeg tar det som en selvfølge at tannlegene henviser det de selv ikke føler seg kompetent til.

Problemstillingen dreier seg derfor om hvilken oppgave spesialistene skal ha i den fremtidige tannhelsetjenesten. I dag er en stor del av spesialistene privatpraktiserende behandlere. Er dette fornuftig ressursbruk? For tannleger utenfor strekningen Majorstuen – Adamstuen er denne diskusjonen hypotetisk. Vi har kun i meget liten grad tilgang på spesialister. Spesialister er så vanskelig tilgjengelige i store deler av landet at de får den funksjonen innenfor tannhelsetjenesten som jeg ønsker de skal ha; at de blir brukt i de vanskeligste tilfellene. Et større problem er at vi må lete med lys og lykte når det er aktuelt med en trygdesøknad for implantater. Også i de tilfellene kunne flere allmenntannleger gjort dette selv. Hva så når det er behov for en enkel konsultasjon rundt et kasus? Kan vi ringe en privat spesialist? Skal vi i så fall betale et konsultasjonshonorar, eller skal spesialisten gjøre dette gratis?

Med regionale kompetansesentra får vi muligheten til å bygge noe nytt. Disse skal ikke bare være behandlingsinstitusjoner, men blir også forhåpentlig steder for konsultasjoner, utdanning og kanskje noe forskning. Hvilke spesialister skal så befolke disse sentrene? Slik jeg ser det, har befolkningen kun ett behov; å få utført tannhelsetjenester på en forsvarlig måte innenfor rimelig tid og i nærhet til hjemstedet. Om personen som utfører behandlingen er tannlege, spesialtannlege, spesialist eller dr.odont. tror jeg spiller liten rolle for de fleste.

Tannhelsetjenesten har derimot minst fire behov for personer med høyere kompetanse:

– Konsultasjoner der det er stor usikkerhet rundt diagnosen. (Dette kan være at spesialisten svarer på en

telefonhenvendelse eller ser på et bilde.).

– Mulighet for å drive etter- og videreutdanning.

– Videreutvikling av faget gjennom forskning.

– Få utført behandling tannlegene ikke er kompetent til.

(Jeg har med vilje plassert behandlingen til sist; for om den så blir den mest tidkrevende delen av et kompetansesenters oppgaver er den så langt fra den viktigste.)

For å oppnå dette bør spesialistutdanningen omfatte flere områder. Først og fremst må det selvfølgelig være en stor del som er spesifikk opp mot det aktuelle fagområdet. Videre er det viktig at man lærer å utdanne andre. Tanken må jo være at disse kompetansesentrene skal både utdanne nye spesialister og drive etterutdanning av allmenntannleger. Og sist men ikke minst må en spesialistutdanning inneholde en del som går på helhetlig syn på faget. Etter kontakt med spesialistene på fakultetet føler jeg kanskje det er det siste som mangler mest. En slik utdanning kan gjerne bygges opp gjennom moduler. På denne måten kan de tannlegene som ønsker å videreutdanne seg ta sin fagspesifikke del hver for seg, og så sammen gå gjennom en form for pedagogikk og en del hvor de samarbeider på tvers av fagområdene.

Om de som kommer ut av denne utdanningen skal kalles spesialtannleger eller spesialister skal andre få ha meninger om. Poenget er at jeg er usikker på om dagens utdanningsmodell vil gi oss de spesialistene vi trenger. Nå er muligheten her til å etablere noe nytt gjennom kompetansesentrene. Dette virker også som en mulighet til å finansiere deler av utdanningen. Hvorfor ikke etablere utdanningsstillinger ved kompetansesentrene etter modell av assistentlegeordningen? Dette vil gi full lønn under utdanning. Det er også et

språk myndighetene forstår. Ingen ville be assistentlegene om å betale sin egen utdanning. Hvorfor forventes det da at vi skal gjøre det?

En slik løsning vil løse også andre problemer. En økt spesialistutdanning ved fakultetene ville «støvsuge» allmennutdanningen for interessante kasus. (Og da ville man rope enda høyere om manglende trening innenfor allmenntannlegeutdannelsen). Dersom utdanningen flyttes til kompetansesentrene vil nedslagsfeltet bli så stort at dette problemet forsvinner. Videre vil det bli lettere å få spredning av spesialister da utdanningen er desentralisert. Og ikke minst; i en slik ordning er spesialistene flyttet mer mot utdanning. Det blir dermed definert at spesialistene ikke skal utføre all behandling innenfor sitt fagfelt. Dermed blir kompetansekrav fra trygdens side meningsløse.

Men viktigere enn alt dette er muligheten for at allmenntannlegen skal kunne fortsette å utføre det aller meste av den nødvendige tannbehandlingen. Dette er ikke viktig for tannlegenes del, men for pasientene. En tannlege kan betjene en lokalbefolkning på 1 000–1 500 mennesker. Dersom allmenntannlegens kompetanseområde begrenses ville det være nødvendig med langt flere spesialister for å dekke det samme behovet. Dette er ikke et problem i Oslo, men i de fleste andre deler av landet. Pasientene ville fort få en reisetid på flere timer for en enkel rotfylling eller trekking dersom allmenntannlegen ikke kunne gjøre dette. Det er et problem at mange av avgjørelsene rundt vår utdanning tas i Oslo-regionen, og da blir det ofte skreddersydde «løsninger» for Oslo vest. Når man sitter på en øy i Nord-Norge hjelper det lite at trygden

dekker behandling hos en kompetent spesialist på Majorstuen. Vi trenger en tannlege som kan og har lov til å utføre behandlingen. I tillegg må pasienten ha de samme rettighetene hos denne tannlegen. Allmenntannlegen må være ryggraden i tannhelsetjenesten. Derfor må vi vokte oss for å undergrave denne posisjonen. Dette handler ikke om tannlegenes posisjon eller ego, men om muligheten til å kunne gi befolkningen et akseptabelt tilbud.

*Jørn André Jørgensen
leder, Telemark Tannlegeforening*

Adresse: Birkealleen 6, 3970 Langesund

Hva er galt i NTF?

Kommentar til kontingentsaken

Som ferske tannlegestudenter tre år etter siste verdenskrig ble vi informert av NTFs generalsekretær om at gjennomsnittsalderen for norske tannleger var 53 år. Følgelig var det hensiktsmessig å melde seg inn i NTFs Begravelseskasse omgående.

Begravelseskassen hadde en stille død for tre år siden og, som kjent, er levealderen for norske tannleger i dag lik landsstatistikken. Norske tannleger lever med andre ord for lenge – og de pensjonerte kolleger utgjør nå en økonomisk belastning for NTF med 21,5 % av medlemsmassen.

På dette grunnlag vedtok NTFs representantskap i november 2004 å fjerne bestemmelsene om kontingentfritak for tannleger som har vært medlem i 35 år/har fylt 67 år. *Uansett yrkesaktivitet* vil alle medlemmer bli avkrevd medlemskontingent så lenge de lever.

Vedtaket gir grunn til uro og etter-

tanke hos en 79-årig, avdanket kollega som har betalt kontingent til NTF og lokalforening i 41 år: Har jeg blitt en økonomisk belastning for NTF?

«De eldre er en ressurs» tenkte et lyst hode i administrasjonen og forslo at oldisene skal redde NTFs økonomiske krise. Hovedstyre og representantskap griper begjærlig den uetiske, asosiale, ukollegiale merkantilideen – inspirert av president Putins opphevelse av sosiale goder for russiske pensjonister.

Hva er galt i NTF? «Inntektene dekker ikke utgiftene» ifølge hovedstyret. Mitt forslag: Kanskje det kan spares inn et par millioner ved reduksjon i NTFs 18-hodete administrasjon?

Jeg har stor forståelse for bølgen av utmeldte pensjonerte kolleger etter kontingentvedtaket.

Carl Henrik Bernhoft

Adresse: Barliveien 42, 5142 Fyllingsdalen