

Nytt liv i gammel forening

Mange norske tannleger har interesse for implantologi og protetik. Sytti av disse har meldt seg inn i Det Norske Selskap for Oral Implantologi (NSOI).

Det er blåst nytt liv i selskapet, som har eksistert i 27 år. Han som var leder da det startet, er blitt leder igjen. Om kort tid er imidlertid hans toårsperiode over, nok en gang, og andre krefter skal overta. Tidende møtte Per Johan Alstad i hans praksis i Levanger, og fikk ham til å fortelle om NSOI:

– Rundt 1978 var vi noen allmennpraktikere som så at det var mange pasienter som hadde tannprotetiske behov ut over konvensjonell behandling. Samtidig ble vi kjent med at det foregikk noe ute i verden, med utprøving av ulike materialer, i form av implantater i kjevene. Det viste seg at noen ting fungerte, mens andre ting ikke gjorde det. Men det forelå ikke tilstrekkelig dokumentasjon. Vi norske som fulgte med i det som skjedde, registrerte at vi stadig møttes utenlands, både i Tyskland, Sverige og Sveits, og andre steder, og fant til slutt ut at det var tungvint å reise så langt hver gang vi skulle møtes. Da var det at vi dannet Norsk Selskap for Oral Implantologi, i oktober 1981.

– Hva skjedde så?

– Det som skjedde etter hvert, i perioden 1983 til 1986, var at Per-Ingvar Brånemark, med sin restriktive tilnærming og sitt fantastiske arbeid, kom med sin tekniskmedisinske dokumentasjon, og introduserte osseointegrasjonsprinsippet. Frem til 1994 var det såkalte Brådemarksystemet, som til å begynne med var forbeholdt institusjoner og spesialister, utilgjengelig for allmennpraktiserende tannleger. Det er ikke ukjent at det etter hvert oppsto en del kompetanseforvirring. I 1986 var det rett og slett uklart hvem som kunne



Tannlege Per Johan Alstad har ledet Det Norske Selskap for Oral Implantologi i både første og andre oppstartfase.

drive med implantater, og man så behovet for retningslinjer. De første kom i 1987, og ble siden revidert i 1994. Retningslinjene fastslo at enhver tannlege med selvtilegnet kompetanse kunne behandle med implantater etter forsvarlighetsprinsippet i tannhelseoven. Når jeg leser retningslinjene nå, ser jeg at det igjen er behov for en revisjon.

Kompetansebygging som hovedformål

– I 1995 kom Haugesundsaken, som ingen tjente på, forteller Alstad, og fortsetter:

– Den tror jeg kunne vært unngått, hvis kommunikasjonen hadde vært bedre og kunnskapen bedre fordelt. Det var det vi ville ta tak i da vi satte i gang igjen for et par år siden. Nå har vi våknet til liv igjen, og er i full sving, med hovedmålsetning å gi tannleger med interesse for oral implantologi et forum for faglig utvikling og kvalitets-sikring.

– Og hvordan gjør dere det i praksis?

– Det gjør vi ved å tilrettelegge for etterutdanning i samarbeid med relevante miljøer og bidra til å styrke kva-

litet og etikk i norsk implantatbehandling. Til fagets og pasientens beste. I praksis betyr det at vi legger vekt på å tilby informasjon gjennom vår stor-satsing www.nsoi.no, og at vi legger til rette for etterutdanning. Når det er sagt, må jeg skyte inn at det også må skje noe med grunnutdanningen. Ikke slik å forstå at alle skal behandle pasienter med implantater. Men jeg har problemer med å se at norske tannleger innfrir kravene til autorisasjonen sin hvis de ikke kan hjelpe en pasient med implantat som kommer med et problem. Eller en som kommer til en protetisk vurdering. I slike tilfeller må en tannlege i 2008 ha nok kompetanse til å gi riktige råd.

Her kan NSOI, i samarbeid med NTF, spesialistforeningene og industrien tilby oppdatering og kurs som etterutdanning. NSOI hadde et internasjonalt kurs i Oslo sist høst, med stor deltakelse. Nå har vi som mål å tilby et eller to kurs i året, henholdsvis vår og høst. Den 15. november skal vi ha fagdag om trygd, utdanning og kompetanse, i Oslo. Og høsten 2009 blir det en nordisk konferanse, på et egnet sted i landet.

– Hva koster det å være medlem i NSOI?

– Det koster 1 800 kroner i året. Da får man automatisk medlemskap i den verdensspennende International Congress of Oral Implantology (ICOI).

Slik jeg ser det har de fleste allmennpraktiserende tannleger en god del å tjene på medlemskap. I likhet med mange spesialister. Implantologien ligger i skjæringspunktet til flere spesialiteter; oral kirurgi, periodonti, kjeveortopedi, endodonti og selvsagt protetik. Vårt ønske er å være en fagseksjon som kan bidra med en helhetlig tenkning og tilnærming. Vi håper å få et formelt samarbeid med Tannlegeforeningen, og at representantskap og hovedstyre kan se seg tjent med å ha en interessegruppe som fav-

ner implantologien, og som kan være en koordinator. NTF har så mange interesser å ivareta, og spesialistgruppene har hele spesialiteten sin. At de skal ha kapasitet til å tilby allmennpraktikeren selektiv etterutdanning i oral implantologi har jeg vanskelig for å se. NSOI mener at samarbeidslinjen er den eneste farbare vei i fremtiden. Vi vet hvor skoen trykker, og har den største respekt for det multidisiplinære mangfoldet faget representerer.

Og litt politikk

– Allmennpraktikerne er ryggraden i tannhelsetjenesten. Det har NTFs representantskap slått fast. Mange jobber jevnlig med implantatpasienter som finansierer behandlingen selv, og vi har for eksempel forsikringssekskapenes fulle tillit til å velge å utføre implantatbehandling når pasienten trenger det. Men når NAV kommer inn i bildet, er det bare formelt godkjente kirurger og periodontister som får lov til å sette inn en skrue, og kolleger med spesialgodkjenning i implantatprotetikkk som får feste kronen på skruen. Samtidig kan en nyutdannet tannlege, med liten erfaring fra grunnutdanningen, sette de største broer på de kanskje mest tvilsomme pilarer, utføre kirurgisk periobe-handling og operere de vanskeligste visdomstenner – for NAVs regning.

Dette får jeg ikke helt til å stemme. Og jeg snakker ikke nødvendigvis for meg selv. For jeg er godkjent til å utføre implantatprotetikkk for trygdens regning. Men jeg kan ikke utføre implantatkirurgien for NAV. Selv om min hverdag er protetikkk og dental- og implantatkirurgi.

Jeg forstår ganske enkelt ikke logikken i systemet. Og jeg kan ikke se annet enn at det byr på ulemper for mange pasienter. Jeg kjenner flere tilfeller som helt klart kvalifiserer til trygderefusjon, der pasienten likevel velger å få behandling i nærmiljøet av en anerkjent allmennpraktiker, og dermed velger å betale selv. Mange eldre føler seg tryggere når de får hjelp på hjemstedet, og yngre pasienter i full jobb har ikke tid til å reise lange veier for å få behandling. Det sier seg selv. Og vi i NSOI vil, sammen med alle gode krefter, hjelpe allmennpraktikeren til å bygge opp kompetansen til et forsvarlig nivå.

Tannlegene er videre avhengige av kompetente og kunnskapsrike tannhelsesekretærer. Disse vil vi også kurse, og likeledes både tannpleiere og tannteknikere. Hvis vi får en organisasjon som klarer dette administrativt, vil vi lage kurs for alle gruppene, gjerne i samarbeid med de respektive forbund. Dessuten håper vi at systemprodusentene vil bistå oss.

Pasienten har forandret seg

– Hvem er gjennomsnittspasienten i din praksis, og hvordan har han eller hun utviklet seg?

– Til å begynne med var den typiske pasienten tannløs, og hadde problemer med konvensjonell protese i underkjeven. Den gang var det ikke vanlig å bruke mye penger på tannhelsen, og pasienten var ute etter en rimelig løsning.

Måten vi gjorde det på var å sette implantat i symfyseregionen, med en festeanordning. Med andre ord et trykknappsystem for proteser.

Etter at osseintegrasjonsprinsippet kom, ble indikasjonsområdene også utvidet, og flere begynte å sette implantater i overkjeven. Men med kontrollert integrasjon kunne man sette implantater enkeltsidig og bygge opp hver kvadrant for seg. Og siden er det blitt mer og mer enkelttannsimplantat og hele kjever. Det er utviklingen i korte trekk her hos oss. Og parallelt har vi sett at folk har fått mer og mer fobi mot avtagbare proteser. Som en forlengelse vil mange nå helst unngå en bro. De vil ha tennene individuelt, slik naturen har skapt oss. Dagens tannlegepasient er meget bevisst, og økonomien ser ikke ut til å spille noen rolle lenger, for mange. Bare man får et adekvat og funksjonelt tannsett.

I og med at det er en godkjenningsordning for protetikkdelen, kunne man kanskje fått til en smidig ordning også for kirurgidelen. Det er langt mellom spesialistene, og slett ikke alle kirurger har kapasitet eller ønske om å jobbe med implantater.

– Er det noen spesialister blant NSOIs medlemmer i dag?

– Ja, vi har tre oralkirurger og én periodontist. Det kommer stadig flere og vi ønsker alle velkommen. Vårt mål er å smelte alle gode ting sammen, formell og klinisk kompetanse, erfaring, kunnskap og ferdigheter, og få maksimalt ut av det, gjennom dialog og samarbeid – til beste for et fantastisk fagområde, forteller en entusiastisk avtroppende leder. Den nye blir valgt på generalforsamling 8. mars.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi