

Til Reidun Stenviks innlegg i Tidende nr. 9, 2014

Står vi foran «Det store spranget» innen tannhelsespesialisering?

Jeg leste med interesse Reidun Stenviks innlegg om tannhelsetjenestens kompetansesentre i Tidende 124: 768–9 og hennes bekymring for at dette i realiteten blir «konkurransesentre». I dette innlegget er Helse- og omsorgsdepartementets avdelingsdirektør Kjell Røynesdal sitert som motvekt. Han skal ha uttalt at det ikke er «hensiktsmessig å se på forholdene mellom universitet og kompetansesentre som en kamp om ressursene, men heller som en mulighet til å få til et samlet kunnskaps- og kvalitetsløft i hele tannhelsetjenesten». Slik jeg ser det, delvis basert på erfaring fra Bergen, støtter jeg Stenviks bekymring.

«Det store spranget» var i sin tid Mao Zedongs grandiose prosjekt for å industrialisere Kina. Et av de mest kjente (og grelle) eksemplene var forsøkene på å øke stålproduksjonen. Også bønder og jordbrukere ble oppmuntret til å bygge smelteovner. For å oppfylle sentralmaktens stadig økende produksjonskrav, ble ferdigprodukter som wokpanner og sykler smeltet om til «stål». Dette «stålet» hadde selvsagt ingen bruksverdi, og landbruket led av at bøndene forlot sitt opprinnelige arbeid til fordel for denne «stålproduksjonen», samt at de brukte store mengder trevirke til brensel.

Det er en målsetting at kompetansesentrene skal inneholde alle odontologiske spesialiteter. Dette høres glimrende ut, men det kan vise seg å virke kontraproduktivt på sikt. Antall pasienter under Den offentlige tannhelsetjenesten som trenger utredning og behandling på spesialistnivå (kanskje med unntak av kjeveortopedi) er begrenset. For eksempel blir langt de fleste barn greit ivarettatt på offentlige tannklinikker av allmennpraktiserende tannleger. Kun de med sjeldne odontologiske problemstillinger har behov for oppfølging av pedodontist. Med den planlagte tettheten og plasseringen av

odontologiske kompetansesentre risikerer man at spesialistene vil 1) hovedsakelig befatte seg med banaliteter, 2) spise seg inn på andre spesialisters fagområde, eller eventuelt 3) gjøre ingenting, i påvente av at noe sjeldent dukker opp. For pasientene er dette selvsagt uheldig: De risikerer unødvendige ekstra konsultasjoner (som riktignok vil fremstå som økt produksjon) eller utredning hos spesialist som ikke har nødvendig kompetanse, både fordi de tar seg til rette utenfor sitt eget spesialfelt og/eller fordi de faktisk ser så få sjeldne tilstander at når noe endelig dukker opp kan de ikke bidra med noe særlig fornuftig. Ingen av disse scenariene er tilfredsstillende hverken for pasient eller spesialist. Så konkurranse og kamp om ressursene mellom fakultet og kompetansesentrene er egentlig uungåelig: Ikke bare om tilskudd og nye stillingshjemler, men også om pasientene, der antallet sjeldne tilstander med behov for spesialistbehandling ikke uten videre vil mangedobles. Man kan selvfølgelig omdefinere kravene til hva som krever spesialistbehandling, men risikerer da at spesialisten reduseres til en tittel uten reell spesialistkompetanse. Ved økt konkurranse i et mettet marked risikerer man også lav utnyttelse når «etterspørselselastisiteten» er lav. Man kommer derfor til et punkt der kompetansesentrene må velge mellom å øke produksjonen av ikke-spesialistkreven behandling eller å gå med store underskudd.

Kompetansesenteret i Bergen er på papiret en suksess. Leppe-kjeve-ganespalteteamet og tannklinikken tilknyttet Haukeland universitetssjukehus er eksempler på produktive enheter med høyt faglig nivå. Disse enhetene eksisterte imidlertid lenge før kompetansesenteret. Således er de ikke representative for nyskaping ved senteret, men mer for strukturelle endringer der en (ettertraktet) enhet gis flere hatter, og

hver «hatteeier» kan innkassere produksjonen/kompetansen under sin fane. Når i tillegg pasienten henvises til mange ulike spesialister for samme tilstand, multipliseres pasienten opp, og alle kan vise til et stort antall pasientkonsultasjoner. På denne måten økes «stålproduksjonen», men nytteverdien blir begrenset. Som et tilfeldig valgt eksempel kan det nevnes at det er både unødvendig og ressursløsende at en pasient med en ren kjeveortopedisk problemstilling også skal tilses av en pedodontist bare fordi pasienten er under 18 år. Selv om BNP øker.

Jeg er ikke motstander av odontologiske kompetansesentre. Men jeg er motstander av å lokalisere dem til byer der odontologisk spesialkompetanse allerede finnes, sågar i overskudd. I NOU 2005: 11 står det: «Opprettelse av regionale kompetansesentra er også et viktig bidrag i tiltakene for å øke stabiliteten og spredningen av kompetanse til distriktene. Staten bør derfor i sitt videre arbeid med tannhelsetjenesten følge opp dette økonomisk og prioritere regionale kompetansesentra i *områder med tannlegemangel*» (min kursiv). Videre er jeg motstander av å utdanne og ansette et større antall spesialister enn at de i hovedsak kan beskjeftige seg med spesialistarbeid. Da får man nemlig dårlige spesialister.

Modellen med odontologiske kompetansesentre minner om helsevesenets øvrige oppbygging, der kompetansesentrene fremstår som spesialisthelsetjenesten, altså sykehusene. Dette høres vel og bra ut, men forutsetningene for faglig drift er helt annerledes. Det meste av tannbehandlingen i Norge i dag utføres i privat regi. Følgelig er tilgangen til spesialistkreven kasi kraftig redusert for kompetansesentrene og fakultetene sammenlignet med helsevesenet for øvrig.

Behovet for bedre odontologisk spesialkompetanse i distriktene er åpen-



bart, og jeg ser på opprettelsen av kompetansesentre der det trengs som ubetinget positivt. Allikevel er jeg usikker på om norsk odontologi vil være faglig bedre rustet om 20 år enn da jeg begynte å studere odontologi for 20 år siden. Den gang sto allmenntannlegen sterkt og spesialistene var så få at om man kom over noe skikkelig snålt eller særskilt vanskelig, var det stor sannsynlighet for at spesialisten faktisk hadde vært borti noe tilsvarende før.

Med et økende antall spesialenheter kan man ikke lenger forvente å kunne utvikle den spisskompetansen som behøves i en begrenset befolkning. Det er ikke tilfeldig at det for eksempel kun er to leppe-kjeve-ganespalteteam i Norge, selv om dette kan være upraktisk for pasienter i Nord- og Midt-Norge. Innen odontologi må man i Norge akseptere faglige kompromiss i forhold til geografien. Men å smelle opp en smelteovn i hver bakgård for

å utdanne og ansette spesialister er hverken faget eller geografien tjent med. Ikke alle store sprang er gode sprang.

Jeg uttaler meg som privatperson. Synspunktene er ikke representative for mine arbeidsgiveres offisielle holdning. Skjønt hvem vet.

Sigbjørn Løes
sigbjorn.loes@odont.uib.no