



Kompetansesentrenes forsvarsskrift – en korleksjon til realitetsorienteringen

I Den norske tannlegeforenings Tidende nr. 2, 2015 argumenterer lederne av kompetansesentrene for deres berettigelse og fremtidige aktivitet (1). Beklageligvis inneholder innlegget flere feilaktige påstander. Det gis en beskrivelse av dagens situasjon som krever korleksjon, og et bilde av den fremtidige aktivitet og faglige nivå på kompetansesentrene som virker noe unyansert.

1. Befolkningen skal få lik tilgang på spesialisttjenester i hele landet

Denne påstanden bygger på to forutsetninger. For det første, at tilgangen på spesialisttjenester er geografisk skjevfordelt. For det andre, at kompetansesentrenes lokalisering skal gi bedre tilgang til spesialisttjenester. Disse forutsetningene kan diskuteres.

De mest nødvendige, og de mest kostbare spesialisttjenestene refunderes i dag over Folketrygden. I 2013 mottok over 550 000 pasienter slik stønad til tannbehandling. Sentrale problemstillinger er hvorvidt det er fylkesvise forskjeller i etterspørsel og konsum av nødvendig tannbehandling. En måte å fremstille etterspørselen på er å se på samsvaret mellom andelen som mottar stønad i forhold til totalbefolkningen i hvert fylke. Dette uttrykker tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten. God tilgjengelighet er en forutsetning for å kunne motta trygdeytelser. Tilsvarende kan konsum av tannhelsetjenester fremstilles som refusjoner per stønadsmottaker. Tallene viser at det er små forskjeller mellom fylkene, noe som uttrykker at tannlegene gir tilnærmet samme behandlingstilbud uavhengig av fylke (se også 2).

I Figur 1 vises andelen stønadsmottakere sett i forhold til totalbefolkningen per fylke for 2013. For de aller fleste fylker er det bare små forskjeller mellom andelen som mottar stønad og befolkningsandelen. Det er to unntak –

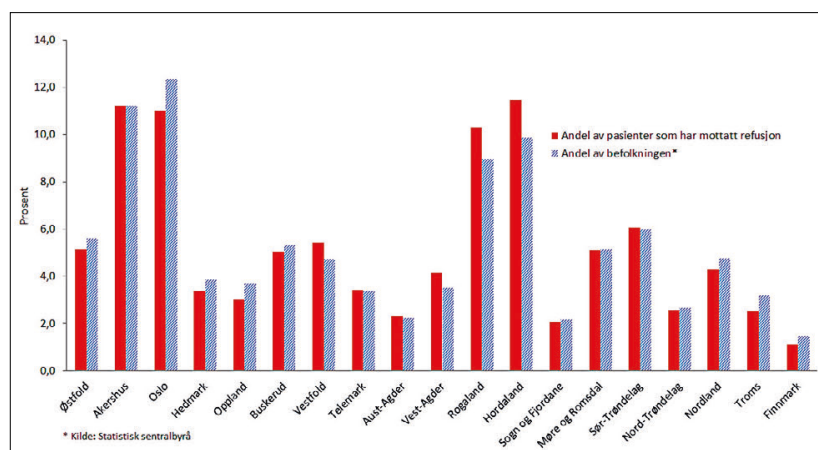


Fig. 1. Andel innbyggere og andel pasienter som har mottatt trygde-refusjon etter bostedsfylke. Inkluderer alle innslagspunkt.

Kilde: Data fra Helsedirektoratets elektroniske system for kontroll og utbetaling av helse-refusjoner (KUHR) 2013.

for Rogaland og Hordaland er det noen flere som mottar stønad enn befolkningsandelen skulle tilsi. I Figur 2 vises den fylkesvise forskjellen i refusjoner per pasient – disse forskjellene er også små (se også 3). De små forskjellene i etterspørsel og konsum illustrerer at det er mulig å få til en rimelig god geografisk fordeling av nødvendig tannbehandling uavhengig av kompetansesentrene. Den eksisterende offentlige fordelingspolitikken ser ut til å ha vært effektiv, og med ubetydelige kostnader for samfunnet.

Sentralt i denne politikken har vært å la allmenntannlegene utføre mye behandling for trygdens regning. Allmenntannlegene er ikke geografisk skjevfordelte (4), derfor blir heller ikke trygde-refusjonene det. For de ytelsene hvor refusjonene bare kan utløses av spesialist, er det heller ikke vesentlig forskjell i den relevante spesialistdekningen (5). Et annet effektivt virkemiddel har vært å bruke geografiske kriterier for opptaket til kompetansekurset i implantatprotetikk i Bergen. Dette er tilnærmet gratis virkemidler for staten.

Til sammenligning overføres det bare i 2014, 48 millioner kroner til kompetansesentrene for å omfordele en tjeneste det finnes lite grunnlag for å omfordele.

Det er først og fremst to fylker som peker seg ut med høy spesialistdekning: Oslo og Hordaland (4). Begge fylkene har en dekning som er nesten dobbel så høy som landsgjennomsnittet. Det virker derfor underlig at det etableres fullskala kompetansesentre i universitetsbyene. I Oslo planlegges det etablering av et slikt senter bare to kilometer fra Det odontologiske fakultetet, i et område med 42 privatpraktiserende spesialister innenfor en radius av en kilometer fra Majorstukrysset. For å opprettholde spesialistkompetanse kreves det at man jevnlig eksponeres for og behandler et betydelig antall kompliserte pasienter. Dersom det ikke skjer, vil den enkelte spesialists kompetanse forvitte. Hvordan kompetansesenteret på Majorstua skal opprettholde sin kompetanse er derfor vanskelig å forstå. Opprettelsen av et slikt senter sentralt i Oslo vil heller ikke bidra til

geografisk spredning av spesialister, men tvert imot øke konsentrasjonen av spesialister i sentrale strøk på bekostning av distriktene. Derfor; etablering av kompetansesentre i Oslo og Bergen vil trolig skape større ulikhet, og mindre likhet i fordelingen av spesialister.

2. Forskningskompetanse

Kompetansesentrene har stor tro på egen forskningskompetanse. Det er vel og bra. Selvtillit er viktig. I debattinnlegget kan det nesten se ut som om kompetansesentrene skal bli redningen for De odontologiske lærestedene hva angår praksisnær klinisk forskning (1). Odontologisk forskning kan etter deres mening få en unik mulighet til reise seg til nye høyder. Hadde det bare vært så enkelt. Her er minst to ubesvarte spørsmål:

a) Kan kompetansesentrene skaffe unike data som ingen har hatt tilgang til før?

Gjennom bredt tilfang av pasienter vil kompetansesentrene som ikke er lagt tett opptil de odontologiske fakultetene, kunne innhente kliniske data. Her burde det være duket for et samarbeid mellom universitetene som besitter kunnskap og erfaring med gjennomføring av slike studier. Man må imidlertid være klar over at mye av denne typen klinisk dokumentasjon allerede er publisert gjennom studier internasjonalt, og har derfor et begrenset potensiale for ny kunnskapsutvikling. Det vil fort bli kjedelig repetisjon av forskning som har vært gjort for årtier siden.

b) Har kompetansesentrene den bredde og dybde som i dag kreves for å henge med i den internasjonale forskningsfronten?

Et av de store internasjonale satsningsområdene i dag er livsvitenskap. Her kreves det høy kompetanse innenfor basalfag, primært innenfor de naturvitenskapelige disipliner. Her har allerede de odontologiske lærestedene sine veletablerte prekliniske basalfagmiljøer, ofte i samarbeid med de medisinske fakulteter. Dette åpner opp for translasjonsforskning som er viktig for å kunne drive høy-kvalitet klinisk forskning med tanke på blant annet å forstå sykdom, sette i gang nye behandlingsregimer eller utvikle tekniske nyvinninger til behandling av pasienter. For de prekliniske basalfagmiljøer er det naturlig å etablere tverrfaglig forskning innenfor den allerede eksiste-

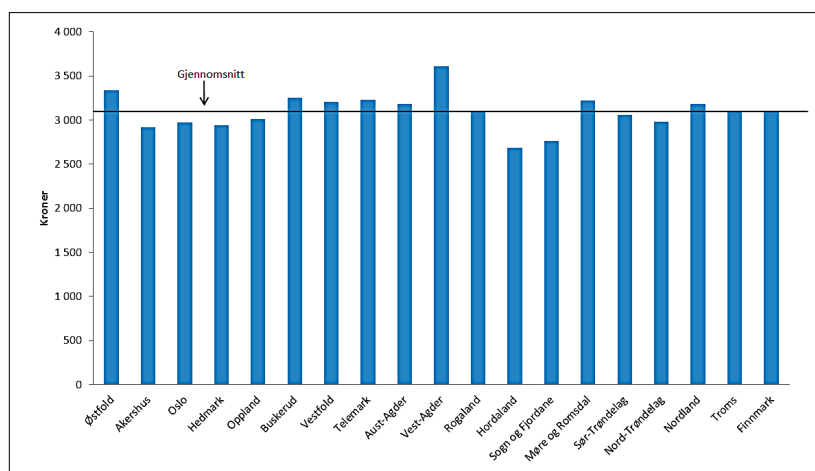


Fig. 2. Refusjon per pasient som har mottatt stonad til tannbehandling fordelt på pasientens bostedsfylke. Inkluderer alle innslagspunkt.

Kilde: Data fra Helseledningsdirektoratets elektroniske system for kontroll og utbetaling av helse-refusjoner (KUHR) 2013.

rende universitetsstrukturen. I disse miljøene vil det være viktig, og faglig givende, å orientere seg mot internasjonale ledende forskningsmiljøer.

Samme resonnering gjelder for klinisk forskning. Her har det vært nærmest en revolusjon i metodeutviklingen de siste 10–15 årene. Det finnes nå teknikker for å estimere kausale sammenhenger uten nødvendigvis å måtte gå om randomiserte forsøk. Dette åpner store muligheter. Disse mulighetene kan bare realiseres innenfor fagmiljøer med en helt annen tyngde enn kompetansesentrene kan tilby. Det vises her til Norges forskningsråds (NFR) evaluering av biologisk og medisinsk forskning fra 2011 (6). Et stort og tungt internasjonalt sammensatt ekspertpanel var entydige i sin konklusjon og sine råd om at den odontologiske og medisinske forskningen i Norge måtte samle ressursene, ikke spre dem tynt utover.

Det registreres for øvrig at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i motsetning til rådene fra NFR-evalueringen tydelig ønsker å styre den helsefaglige forskningen ikke bare innenfor odontologi – det bygges opp kompetansesentre innenfor flere fagdisipliner. Disse miljøene får i hovedsak sin finansiering fra HOD. Kunnskapsdepartementet som har det konstitusjonelle ansvaret for forskning i Norge, og som også er universitetenes eiere, synes å sitte på gangen. En slik HOD-finansiert forskning vil kunne representere noen særskilte utfordringer – den viktigste vil muli-

gens være manglende systemkritikk. Man gleser ikke til den hånden som fordeler midler.

3. Driver ikke fakultetene klinisk forskning?

I innlegget fra lederne av kompetansesentrene kan man få inntrykk av at det ikke drives odontologisk forskning ved universitetene. Dette er selvsagt helt feil. Fra Det odontologiske fakultetet i Oslo utgikk det i perioden 2010–2014 til sammen 528 fagartikler med fagfellevurdering. Disse fordelte seg tematisk slik:

- * Kliniske studier eller translasjonsstudier som involverer pasienter: 180 artikler (34,1 %)
- * Samfunn/Helseøkonomi/ Epidemiologi: 178 artikler (33,7 %)
- * Basalvitenskap som ikke involverer pasienter eller pasientmateriale: 170 artikler (32,2 %)

Til sammenligning har kompetansesentrene et helt ubetydelig antall publiseringer. Det internasjonale forskningsnivået er høyt, også innenfor odontologi. Oversikten ovenfor viser at forskere ved Det odontologiske fakultetet i Oslo greier å hevde seg bra i den internasjonale konkurransen.

Det er urealistisk å tro at kompetansesentrene i overskuelig fremtid vil kunne hevde seg i den internasjonale forskningsfronten. Fakultetene har, med sine fagmiljøer som har vokst frem gjennom årtier og med sin universitetsforankring, muligheter til ikke bare å delta, men også til å gi gode forsk-

ningsmessige bidrag på de arenaer hvor kunnskapsutviklingen i odontologi foregår. De odontologiske lærestedene har som et av sine virkelige fortrinn at ny viten kan formidles direkte til studenter både på grunnutdanningen og på spesialistutdanningen. Dette leder i neste runde til en kvalitetshevning i både diagnostikk og behandling, noe som kommer pasientene til gode. At HOD tilsynelatende ønsker å prioritere de regionale kompetansesentrene på bekostning av de tradisjonelle universitetsmiljøene når det gjelder tildeling av forskningsmidler er betenkelig. Dette må være et tankekors i et land som helt tilbake fra 1960- og 70-årene har hatt odontologiske forskningsmiljøer, og ikke minst enkeltforskere, som internasjonalt har vært ledende innenfor sine felter.

4. Vil overføring av spesialistutdanningen til kompetansesentrene øke kvaliteten på de fremtidige tannleger og spesialister?

Lederne av kompetansesentrene ser det som en fordel at vesentlige deler av spesialistutdanningen overføres til kompetansesentrene. De odontologiske lærestedene kan da konsentrere seg om grunnutdanning og forskning, noe de mener vil gi en kvalitetshevning av de fremtidige tannleger.

Ved Det odontologiske fakultet i Oslo har vi utdanning innenfor alle de odontologiske spesialitetene bortsett fra Klinisk odontologi, med per i dag

totalt 50 kandidater. Deler av undervisningen er felles for kandidatene innen de forskjellige spesialiteter. Både på tvers av og mellom fagdisipliner arbeider kandidatene sammen om felles kasus i behandlingsplanlegging og utførelse. Det at kandidatene kan diskutere faglige problemstillinger og kliniske utfordringer skaper et unikt tverrfaglig studiemiljø.

En vesentlig del av spesialistutdanningen er teoretisk. Kandidatene skal tilegne seg et bredt spekter av faglitte-ratur innenfor basalmedisin og mer spesifikt innenfor odontologi. I dag gis denne undervisningen av det vitenskapelige personalet ved universitetene. Kompetansesentrene har ingen mulighet til å tilby en slik teoretisk forskningsforankret undervisning. Konsekvensene kan bli en nivåsenkning. Dette er spesielt alvorlig i en tid hvor nye forskningsmessige fremskritt i diagnostikk og behandling skjer i et meget raskt tempo. Uten en god teoretisk skoloring under spesialistutdanningen vil de ferdigutdannede spesialistene ikke være godt nok rustet til senere å kunne fange opp og vurdere relevant forskning for sin egen praksis. Dette vil til slutt ramme kvaliteten på spesialisttilbudet som gis befolkningen.

Fagmiljøet ved de odontologiske fakultetene må sees på som en symbiose mellom forskning, undervisning og pasientbehandling på grunnutdanning- og spesialistnivå. Spesialistutdanningen er svært viktig for grunnutdanningen. I sin fremtidige yrkesutøvelse må

allmenntannlegene arbeide tett sammen med spesialistene. Ingenting kan være bedre enn at dette samarbeidet finner sin form under selve utdanningsforløpet. Felles nærhet til aktuelle pasientkasus gjør at tannlegestudentene ser hvilke muligheter spesialistbehandling kan gi, samtidig som det også bevisstgjør studentene på hvilke kasus som kan være for krevende å behandle i allmennpraksis, og som derfor bør henvises. Samlet sett bidrar dette til den nødvendige fellesforståelsen av de fagodontologiske berøringsflater med tilhørende grenseopp ganger, som yrkesutøvelsen av både allmenntannlegene og spesialistene bygger på. Tilsvarende begrunnelser ligger også bak lokaliseringen av tannpleierutdanningene til de odontologiske lærestedene.

Ved å fjerne spesialistutdanningen fra universitetene fratras spesialistkandidatene mulighetene for en helhetlig kunnskapsoppbygging. Studentene ved grunnutdanningen vil miste den viktige inspirasjonen det er å samarbeide med og bli undervist av unge og faglig engasjerte spesialistkandidater. Dyktige kliniske lærekrefter vil bli borte. Totalt sett vil dette være et betydelig tap for fagmiljøet, men viktigere vil det være et tap for utdanningen av tannleger og spesialister som vil få et utarmet tilbud i forhold til hva som tilbys i dag.

Det må også påpekes at universitetene aldri har akseptert at spesialistutdanningen primært skal forankres i kompetansesentrene. De har sagt seg villig til å bidra til at *noe* av den kli-

niske undervisningen kan gjøres desentralisert. Dette er i tråd med det som ble lagt frem i Stortingsmelding nr. 35 (2006–2007) (7). Vi er ikke kjent med at det har blitt politisk behandlet at kompetansesentrene skal drive sentralisert spesialistutdanning og overta store deler av den kliniske delen av lærerstedenes spesialistutdanning. I statsbudsjettet for 2015 blir det uten politisk realitetsbehandling plutselig skrevet inn noe helt annet (8):

«Det planlegges at spesialistutdanning av tannleger fra 2015 gradvis organiseres som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentre, jf. spesialistutdanningen i Tromsø. Avhengig av oppbyggingen av kompetansesentrene og pasienttilgangen ved sentrene, vil disse på sikt kunne organisere store deler av den kliniske praksis i spesialistutdanningene».

For Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo vil det være aktuelt å samarbeide med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Øst om spesialistutdanning/ kompetanseheving i forbindelse med behandling av de lovpålagte behandlingsgruppene for Den offentlige tannhelsetjenesten. For de andre spesialistutdanningene vil en overføring til Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Øst ikke være aktuelt på grunn av behovet for å opprettholde kvalitet i grunnutdanningen.

5. Konklusjon

Fra kompetansesentrenes synsvinkel kan det se ut som om de vurderer seg selv som de som er best skikket til å ivareta odontologiens mange utfordringer; det være seg alt fra fordelingspolitikk til forskning og utdanning av spesialister. Det er imidlertid god grunn til å ha et kritisk blikk på den rollen kompetansesentrene er tiltenkt i fremtiden. En storstilt satsning på disse sen-

trene vil kunne medføre en utarming av fakultetene med det resultat at kvaliteten på både forskning og spesialistutdanningen blir skadelidende. Dette er uheldig siden fakultetene er de eneste odontologiske institusjoner som frem til nå har vist at de kan drive både forskning og undervisning på et internasjonalt nivå. Dette vil etter vår mening kompetansesentrene ikke kunne være i nærheten av i overskuelig fremtid. Norge er et lite land – slik vi oppfatter HODs nåværende satsing går den tilnærmet ut på å spre kompetanse og kunnskap flatt utover hele landet stikk i strid med den evaluering som ble gjort i regi av Norges forskningsråd.

Vi foreslår derfor en «time-out» for å vurdere rollene til kompetansesentrene i universitetsbyene Tromsø, Bergen og Oslo i lys av dagens situasjon og behov, hvor det raskt kan oppstå en konkurransesituasjon om pasienter og kompetanse. Vår påstand er at universitetene i seg selv er viktige kompetansesentre.

*Jostein Grytten
professor, dr. philos., Seksjon for
samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo*

*Anne Merete Aass
professor, dr. odont., prodekan ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

*Ståle Petter Lyngstadaas
professor, dr. odont., prodekan ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

*Pål Brodin
professor, dr. odont., tidligere dekan ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

*Jan Eirik Ellingsen
professor, dr. odont., instituttleder ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

*Pål Barkvoll
professor, dr. odont., dekan ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

Referanser

1. Camling E, Skjetne AB, Toven HV, Vinternyr AB, Kloster MA, Berggreen E. Regionale odontologiske kompetansesentre: Historikk og fremtidige muligheter. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 188–9.
2. Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40: 294–305.
3. Stiberg-Jamt R, Vestergaard N, Meltevik S, Skjerven H. Noe å tygge videre på? Utdrag fra rapport – Evaluering av utprøving av spesialistutdanning i klinisk odontologi. Kristiansand: Oxford Research AS; 2014.
4. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetjenesten. Tabell 04920: G. Tannhelsetjenesten – nivå 2 (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavn=Web=tannhelse&CMSSubjectArea=helsetchecked=true> (lest 14.04.2015).
5. Grytten J, Skau I, Stenvik A. Distribution of orthodontic services in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010; 38: 267–73.
6. Norges Forskningsråd. Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway (2011). Report of the principal evaluation committee. Oslo: Norges Forskningsråd; 2011.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 35 (2006–2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. p 192.