



Spesialist i klinisk odontologi?

## – eller TANNLEGE, som det het før

**F**or tiden arbeides det i Helsedirektoratet med etableringen av en ny tannlegespesialitet: Spesialist i klinisk odontologi. Fire kandidater har gjennomført et pilotprosjekt i Tromsø, og nye er tatt inn – uten at spesialiteten foreløpig er blitt godkjent.

Oxford Research (1) har evaluert utdanningen, basert på erfaringene fra «prøvekullet», og har mange innvendinger. Disse dreier seg både om gjennomføringen, men også om hvorvidt det er særlig behov for en slik spesialitet, samt om en breddeutdanning som denne, i det hele tatt fyller kravene som stilles til en spesialitet. Helsedirektoratet leser imidlertid evalueringen med andre briller, og fortsetter arbeidet med å tilpasse terrenget til sitt kart.

Autoriserte tannleger i Norge utdannes til å kunne løse de fleste oppgaver innen odontologien. Disse er primærtannhelsetjenestens svar på allmennlegene. Utover denne «kjernen» ble det for mange år siden etablert enkelte tilleggsgutdanninger ved universitetene, primært for å styrke kvaliteten på lærerkreftene der tannleger ble utdannet. Det eksisterte i flere år et skille mellom spesialister og tannleger med spesialutdanning.

12. mai 2005: Råd for spesialistutdanning (et rådgivende organ i Helsedirektoratet) anbefaler syv spesialiteter (2): Kjeveortopedi, kirurgi og oral medisin, pedodonti, endodonti, protetik og bittfunksjon, periodonti og kjeve- og ansiktsradiologi. På denne måten ville noen tidligere spesialutdanninger bli godkjente spesialiteter. Det var den gang en generell skepsis i direktoratet

mot å øke antallet spesialiteter. Dette kom tydelig til uttrykk gjennom sekretariatslederen. Enstemmighet i rådet ble derfor oppfattet som avgjørende for å oppnå endringen som blant annet Tannlegeforeningen ønsket. Representantene for fylkestannlegene stilte som krav for å støtte dette at vedtaket måtte inkludere en utprøving av enda en spesialitet: Klinisk odontologi. Slik ble det.

Utredningen Odontologiske spesialisttjenester. Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre (IK-2701) kom ut fem år tidligere, i 2000 (3). I denne tok Helsetilsynet til orde for fire spesialiteter, hvorav oral rehabilitering var én. Denne skulle bidra til å dekke behovene i den kommende eldrebefolkningen. Det er mulig at klinisk odontologi som for tiden prøves ut, er et svar på denne.

Samtlige nye utredninger om behovet for og geografisk spredning av tannlegespesialister, vedgår at eksisterende overkapasitet ikke innkalkuleres i behovsvurderingene. Den markante forbedringen i befolkningens tannhelse beskrives, men får ingen konsekvens for fremskrivningene av behovet for tannlegespesialister. Beregningene baserer seg på at dagens antall skal opprettholdes. I tillegg arbeides det videre med den nye spesialiteten.

I intervjuer foretatt av Oxford Research kommer det frem at de nye kandidatene ser for seg en rolle der de skal være «førstelinjestans som på bakgrunn av henviste kasus kan avgjøre hvilken spesialitet en pasient skal henvises videre til».

I tannhelsetjenesten er det, i tillegg til tannpleierne, allmennpraktiserende tannleger som screener pasientene. Det meste av pasientenes behandlingsbehov løses av allmennpraktikeren, mens mer spesialiserte oppgaver henvises til de snau 10 prosentene som er spesialister.

En ny spesialitet i allmennodontologi vil være et fordyrende mellomledd mellom allmennpraktikeren og de etablerte spesialitetene som det ikke er noe dokumentert behov for.

Kjennetegnet for en spesialitet er at den skal konsentreres om en avgrenset del av faget. Det er dessuten internasjonale krav til spesialiteter. Oxford Research som har evaluert den mulig nye «spesialiteten», skriver: «Sammenliknet med en ren spesialitet vil de kliniske odontologene skille seg fra dem ved at de ikke har like detaljert kompetanse på det spesifikke fagområdet. Oppsummert synes grenseoppgangen å være utydelig, som den også var før spesialistutdanningen i klinisk odontologi ble etablert.»

Ifølge flere av faglederne ved Det odontologiske fakultet i Oslo skiller forøvrig ikke innholdet i studieplanen for klinisk odontologi i Tromsø seg vesentlig fra det som kreves i grunnutdanningen i Oslo.

35-åringene i Norge hadde i gjennomsnitt seks tenner med fyllinger eller karies da de var 18 år. Dagens 18-åringer har, 17 år senere, snaut fire tilsvarende tenner. I 2035 vil dagens 35-åringer være 54 år. Gruppen 0–54 år vil på det tidspunkt utgjøre snau 70 prosent av befolkningen. Gruppen med

---

store revisjonsbehov vil, med andre ord, være i kraftig nedgang gjennom de neste 20–25 årene. Kariestilveksten i den ellers friske del av befolkningen er også svært begrenset.

Diskusjonen i Norge bør heller dreie seg om hvordan man skal opprettholde tannlegenes kompetanse i en slik fremtid. Opprettelse av en ny kvasispesialitet bør i likhet med behovet for de øvrige spesialitetene vurderes i lys av den tannhelseutvikling som alle statistikker peker i retning av.

Det synes merkelig at Helsedirektoratet fortsetter det selektive og møy-

sommelige arbeidet med å se bort ifra brorparten av tilgjengelig statistikk og den bestilte evalueringen fra Oxford Research. Alt tyder på at vi heller trenger færre enn flere tannlegespesialister i fremtiden. Hvilke motiver man i dag har for å neglisjere dette nokså åpnebare faktum, forblir et åpent spørsmål.

*Carl Christian Blich  
universitetslektor  
seksjon for samfunnsodontologi,  
Det odontologiske fakultet, UiO  
E-post: ccblich@gmail.com*

#### **Referanser:**

1. Oxford Research: «Noe å tygge på?» evaluering av utprøving av spesialistutdanning i klinisk odontologi
2. Tannegetidende 115. Nr. 7 (02.juni 2005)
3. Statens helsetilsyn: Odontologiske spesialisttjenester. Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre (IK-2701)