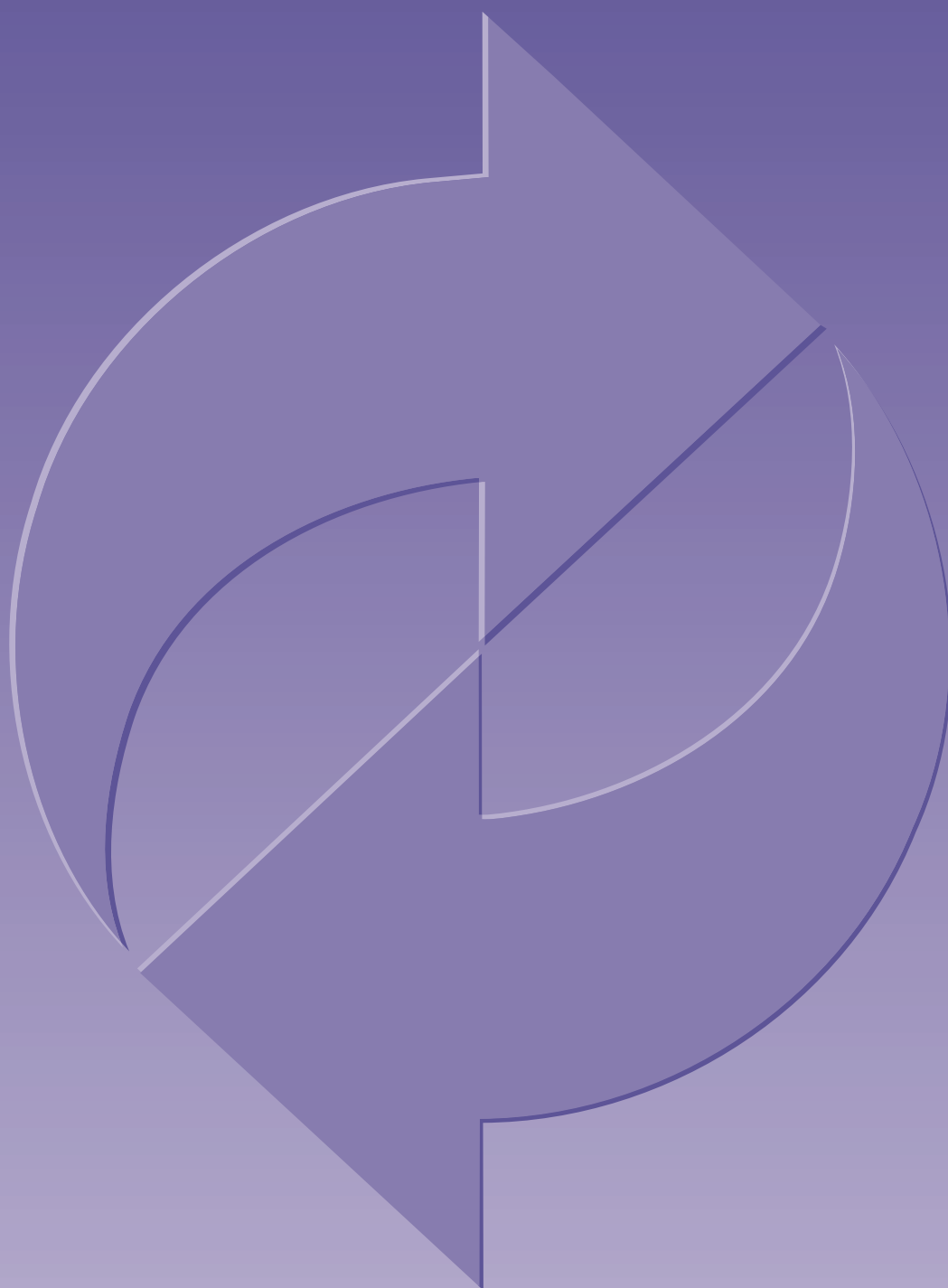




5-99

UTDANNING AV SPESIALISTER OG OPPRETTELSE AV REGIONALE ODONTOLOGISKE KOMPETANSESENTRA



Odontologiske spesialisttjenester

Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra

IK-2701



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1

Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo

Tlf. Sentralbord: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 00

E-postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: www.helsetilsynet.no

Forord

I Helsedirektoratets utredning fra 1992 om Tannhelsetjenesten i Norge, ble det foreslått at den odontologiske spesialisthelsetjenesten burde utredes nærmere.

Etter en interpellasjon våren 1998 ba Stortinget Regjeringen vurdere å fremme forslag for Stortinget om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner. Dette medførte at Sosial- og helsedepartementet i februar 1999 ga Statens helsetilsyn følgende utredningsoppdrag:

”Utredningen skal identifisere de problemstillinger som er årsaken til den mangelfulle tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester i deler av landet og den generelle mangelen på tannlegespesialister.

Utredningen skal vurdere behovet for spesialiteter og skal inneholde forslag til systemstruktur og statlige styringsvirkemidler som kan bidra til å sikre tilgang og et tilstrekkelig antall spesialister, under hensyntagen til de mål og prinsipper som følger av politiske vedtak. De økonomiske, administrative og distriktsmessige konsekvenser av forslagene må belyses.”

I brev fra Sosial- og helsedepartementet av 31. mai ble mandatet utvidet: Utredningen skal inneholde en vurdering av Gaare-utvalgets flertallsinnstilling i NOU 1986:25 om overføring av finansiering av kjeveortopedisk behandling, sett i lys av dagens situasjon innenfor feltet.

Hensikten med utredningen er å gi politiske myndigheter et faglig grunnlag for å fatte beslutninger vedrørende utvikling av odontologiske kompetansesentra og utdanning og fordeling av tannlegespesialister.

Statens helsetilsyn vil takke alle som har bidratt til utredningen gjennom skriftlige innspill og i møter. En spesiell takk til overtannlege Nils Lunder, Lillehammer, som på en konstruktiv måte har ledet og formet utredningen til en god virkelighetsbeskrivelse og et godt beslutningsgrunnlag.

Oslo, oktober 2000

Jan Fredrik Andresen e.f.
avdelingsdirektør

Innhold

Forord	3
Kapittel 1. Helsetilsynets oppsummering og anbefalinger	9
1.1 Sammendrag	9
1.2 Helsetilsynets anbefalinger	20
1.2.1 Oppdraget	20
1.2.2 Mandatet	20
1.2.3 Antall og geografisk fordeling av tannlegespesialister	21
1.2.4 Hvilke spesialiteter skal vi ha?	23
1.2.5 Regionale kompetanse-/fagsentra	26
1.2.6 Struktur for framtidig spesialistutdanning.	27
1.3 Vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	28
Kapittel 2. Bakgrunn for og hensikten med utredningen	31
2.1 Bakgrunn	31
2.2 Problembeskrivelse	31
2.3 Mandat	32
2.4 Hensikten med utredningen	32
Kapittel 3. Aktuelle lover, forskrifter, direktiver og ordninger når det gjelder spesialutdanning og spesialistgodkjenning for tannleger	33
3.1 Rådsdirektiv nr. 1	33
3.2 Forskrift om godkjenning av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europæiske økonomiske samarbeidsområde (EØS)	34
3.3 Nordisk overenskomst	34
3.4 Dagens ordninger for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger	34
3.5 Spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist	35
Kapittel. 4 Utredninger, politiske vedtak, føringer og signaler vedrørende spesialistutdanning og kompetansesentra	37
4.1 Utredninger	37
4.2 Kompetanse og kompetansereform	39
4.3 St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet	39
4.4 Interpellasjonen i Stortinget våren 1998	40
Kapittel 5. Dagens system for videreutdanning av tannleger	43
5.1 Begrepsavklaringer	43
5.2 Kort historikk	43
5.3 Oversikt over fakultetenes videreutdanningsprogrammer	44
5.4 Videreutdanning av samfunnsmessig/administrativ karakter	46
5.5 Annen videreutdanning for tannleger	48
5.6 Finansiering av videreutdanning i dagens system	49
5.7 Ulemper ved dagens videreutdanningssystem	49
Kapittel 6. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger i andre europæiske land	51

6.1	Organer, bestemmelser og direktiver i EU/EØS-sammenheng av betydning for tannhelsetjenesten og tannhelsepersonell	51
6.2	Tannlegespesialistutdanning, spesialistgodkjenning i EU/EØS-området	52
6.3	Annet personell i tannhelsetjenesten	59
6.4	Hva kan vi benytte av erfaringer fra andre europeiske land?	61
Kapittel 7.	Spesialistutdanning for leger i Norge og andre europeiske land	63
7.1	Kort historikk	63
7.2	Spesialistutdanning av leger slik denne var organisert fram til 1. januar 1999	64
7.3	Hensikter med og konsekvenser av de endringer som gjelder fra 1. januar 1999	70
7.4	Kort om spesialistutdanning og godkjenningsordninger i andre europeiske land	71
Kapittel 8.	Behovet for spesialiserte tannhelsetjenester – en grenseoppgang mellom grunnutdanning og videreutdanning	75
8.1	Grunnutdanning vs videreutdanning/spesialitet	75
8.2	Spesialitetene	76
8.3	Videreutdanning	78
8.4	Sertifisering	80
8.5	Generelle utviklingstrender	80
8.6	Diskusjon	81
Kapittel 9.	Kriterier for spesialiteter. Vurdering av fagområder for spesialitet	85
9.1	Historikk	85
9.2	Begrunnelse for spesialisering	85
9.3	Begreper	87
9.4	Kriterier	88
9.5	Kompetansestruktur	92
9.6	Odontologiske delområder vurdert ut fra kriteriene	93
9.7	Videreutdanninger for øvrig	96
Kapittel 10.	Tilgjengelighet til og behov for spesialiserte tannhelsetjenester	99
10.1	Spesial/spesialisttannhelsetjenesten i Norge	99
10.2.	Legespesialister, dekning og geografisk fordeling	104
10.3	Tilgangen til spesialiserte tannhelsetjenester og spesialiserte legetjenester ...	105
10.4	Årsaker til manglende/skjevfordelt spesialistdekning	106
10.5.	Avgang og tilgang	108
10.6	Tilgjengelighetsnivå	111
10.7	Forslag til tiltak	112
Kapittel 11.	Struktur for framtidig spesial- og spesialistutdanning (organisering, innhold, omfang og finansiering)	115
11.1	Innledning	115
11.2	Spesialistutdanning	116
11.3	Framtidig organisering	117
11.4	En diskusjon av ulike strukturer	117
Kapittel 12.	Universitetenes rolle i en desentralisert modell	121
12.1	Innledning	121
12.2	Aktuelle krav og eventuell tilpasning til en desentralisert modell	121
12.3	En vurdering av den svenske modellen for spesialistutdanning	122

Kapittel 13.	Status og behov for opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra og forslag til typer oppgaver knyttet til slike sentra	125
13.1	Status for odontologiske kompetansesentra	125
13.2	Behov for odontologiske kompetansesentra	127
13.3	Organisering	131
13.4	Faglig tilknytning	133
13.5	Finansiering	133
13.6	Ansettelsesforhold	134
Kapittel 14.	Virkemidler for fordeling av tannlegespesialister og tannleger med spesialutdanning	137
14.1	Bakgrunn	137
14.2	Virkemidler	137
14.3	Utvidelse av utredningsmandat. Vurdering av Gaare-utvalgets innstillinger	140
14.4	Gaare-utvalgets flertallsinnstilling	142
14.5	Argumentene for Gaare-utvalgets flertallsinnstilling sett i lys av den senere utviklingen	142
14.6	Hva skjedde med Gaare-utvalgets flertallsinnstilling?	144
14.7	Avsluttende kommentarer	144
Kapittel 15.	Behovet for regionalt samarbeid og tilknytning til regionale helseutvalg ...	147
15.1	Bakgrunn for opprettelse av helseregioner i Norge	147
15.2	Lover og forskrifter som regulerer det regionale samarbeidet i dag	149
15.3	Nødvendige endringer i lover og forskrifter for å integrere tannhelsetjenesten i den regionale helseplanen	150
15.4	Tannhelsetjenestens muligheter i det regionale samarbeidet	150
Kapittel 16.	Godkjenningsordninger for odontologiske spesialiteter og spesialister	153
16.1	Regelverket som ligger til grunn for dagens godkjenningsordninger	153
16.2	Dagens godkjenningspraksis	154
16.3	Innvendinger mot dagens godkjenningsordninger	155
16.4	Nasjonalt råd for utdanning av legespesialister	156
16.5	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger	157
16.6	Framtidig godkjenningsstruktur for odontologiske spesialiteter og spesialister	157
16.7	Vurdering av tidsbegrenset spesialistgodkjenning	158
Vedlegg	161
	Framdriftsplan	161
	Revidert prosjektbeskrivelse	163
	Prosjektmedarbeidere	173
	Referansegruppe	173

Kapittel 1. Helsetilsynets oppsummering og anbefalinger

1.1 Sammendrag

Kapittel 2 omhandler bakgrunn for og hensikt med utredningen. Den direkte foranledningen til at utredningsarbeidet ble satt i gang er Stortingsvedtak av 7. mai 1998: ”Stortinget ber Regjeringen vurdere å fremme forslag for Stortinget om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner”.

Mandatet og problembeskrivelsen knyttet til mandatet blir referert. Hensikten med utredningen er å gi politiske myndigheter et faglig grunnlag for å fatte beslutninger som vedrører de forhold utredningen omtaler.

Kapittel 3 gir en oversikt over aktuelle lover, forskrifter, direktiver og ordninger når det gjelder spesialutdanning og spesialistgodkjenning for tannleger. Innholdet i rådsdirektiv 78/687/EØF blir omtalt med særlig vekt på artikkel 2, som omfatter spesialistutdanning. Etter direktivet er det klart at utdanning av spesialister skal tilsvare tre års fulltids studium, at den kan foregå på andre institusjoner enn universitetene dersom utdanningsstedet er godkjent for slikt formål, og at utdanningen kan foregå på deltid.

Det påpekes videre at det er betydelige forskjeller mellom leger og tannleger når det gjelder spesialistutdanningen og godkjenningsordninger for spesialistutdanning og spesialiteter. Utdanningen av tannlegespesialister er langt mer sentralisert enn utdanningen av legespesialister.

I *Kapittel 4* omtales utredninger, politiske vedtak, føringer og signaler vedrørende spesialistutdanning og kompetansesentra. Det konkluderes med at:

1. Odontologiske kompetansesentra vil være viktige for rekruttering, stabilitet og faglig utvikling i tannhelsetjenesten.
2. Behovet for spesialister må vurderes ut fra den reelle kompetansen som allmennpraktikeren kan oppnå, ikke bare på grunnlag av den formelle kompetansen ved endt utdanning.
3. Sentrale myndigheter vektlegger ved Buer-utvalget og kompetansereformen behovet for kompetanse, kompetanseutvikling og livslang læring.
4. Regjering og Storting framhever viktigheten av helseregioner og regionalisering for utvikling av spesialisthelsetjenesten.

I dette inngår:

- forsknings- og kunnskapsspredning i regionen, sikring av høy kvalitet i forskning, kompetanseutvikling og undervisning av helsepersonell
- tilrettelegging for spesialistutdanningen av leger og annet helsepersonell
- fordeling av legestillinger og utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten ved tildeling av kvoter til helseregionene

Kapittel 5 er en beskrivelse av dagens system for videreutdanning av tannleger. Begrepene grunnutdanning, etterutdanning, videreutdanning, tilleggsutdanning, spesial- og spesialistutdanning blir drøftet. Innenfor det odontologiske fagmiljøet er det en noenlunde entydig oppfatning av disse begrepene. Ute i befolkningen er imidlertid begrepene egnet til å skape forvirring.

De odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen tilbyr spesial- og spesialistutdanning på åtte kliniske delområder. De fire første er godkjente spesialiteter:

- oral kirurgi og oral medisin
- kjeveortopedi (tannregulering)
- periodonti (tannløsningssykdommer)
- pedodonti (barnetannpleie)
- protetik (kroner, broer og proteser)
- endodonti (rotbehandling)
- kariologi (tannråtebehandling)
- kjeve- og ansiktsradiologi (røntgen)

Spesial- og spesialistprogrammene er fra 1994 treårige og skal være innholdsmessig likeverdige. Den kliniske videreutdanningen er fundert på tre hovedpilarer: teoretiske studier, klinisk trening og vitenskapelig prosjekt.

Forskerutdanning er i denne sammenheng videreutdanningsprogrammer ved fakultetene som fører fram til enten Master of Science eller Dr Odont grad. Utdanningen er normert til henholdsvis to og fire års fulltidsstudium.

Ved videreutdanning i samfunnsodontologi er det ikke tatt opp kandidater siden 1988. Masterstudium i helseadministrasjon (Master of Health Administration) ved Rikshospitalet er en ettårig ledelsessorientert utdanning som også er åpen for tannleger. Ved Universitetet i Tromsø kan tannleger ta ettårig videreutdanning i folkehelsevitenskap (Master of Public Health). Tilsvarende utdanning er ett av flere programmer ved Nordiska Hälsovårdshögskolan (NHV).

De odontologiske fakultetene får i liten grad budsjettmidler avsatt for videreutdanningsprogrammene. Til nå har fakultetene oppfattet dette utdanningstilbudet som en integrert del av sin vanlige virksomhet. Begge fakulteter peker på faren for reduksjon av videreutdanningstilbudet.

Det finnes ikke systematiske ordninger for lønnede utdanningsstillinger for tannleger. Finansiering av videreutdanning har stort sett vært kandidatens eget ansvar. Det har skapt en skjev rekruttering til programmene med favorisering av tannleger med god privatøkonomi og bosted nær lærestedene. I sin tur har dette bidratt til ujevn fordeling av spesialister i Norge.

Ut fra det som er beskrevet i kapitlet, er det rimelig å trekke fram følgende svakheter ved dagens system:

- Finansiering av utdanningsprogrammene er uklart

- Utdanningstilbudene er ikke primært lagt opp etter befolkningens behov
- Studiefinansieringen er ikke tilfredsstillende
- Opptakskriterier fastsettes av fakultetene
- Boligsituasjonen i de store byene er vanskelig og de odontologiske fakultetene burde, slik som NHV, disponere studentboliger for utleie i kortere eller lengre perioder
- Videreutdanningsprogrammene ved fakultetene gir i dag lite rom for desentralisert utdanning

Kapittel 6 tar for seg spesialistutdanning og spesialistgodkjenning i andre europeiske land. Det vises til EØS avtalen, som åpner for et felles europeisk arbeidsmarked også for tannhelsepersonell. Ved hjelp av sektordirektiver, felles utdanningskrav og programmer prøver EU å sikre likt innhold og lik kvalitet på tilsvarende utdanninger av tannhelsepersonell innenfor alle EU/EØS-land.

Kun oral kirurgi og kjeveortopedi kan kalles felleseuropeiske spesialiteter. Noen land er uten tannlegespesialister mens Island og Sverige har åtte forskjellige. Finland har hatt fire spesialiteter siden 1974. I tillegg til oralkirurger og kjeveortopedier har de spesialister i samfunnsodontologi og i klinisk odontologi. I Finland, Danmark og Sverige får kandidatene lønn under spesialistutdanningen.

Mye av spesialistutdanningen i Sverige foregår på større spesialistklinikker utenfor universitetene. Dette er en ordning som trolig har bidratt til geografisk fordeling av spesialister. Når regionale odontologiske kompetansesentra står på dagsorden, er det naturlig å se hen til den svenske modellen. Imidlertid er det betydelige demografiske ulikheter mellom Norge og Sverige. Svensk lovgivning for tannhelsetjenesten skiller seg også fra norsk bl a ved at länene har ansvar for spesialistutdanning.

Erfaringene med spesialutdannede assistenter for kjeveortopedene i Sverige synes å være gode. Imidlertid foreligger det ingen systematisk evaluering som kan dokumentere disse erfaringene. Sett i lys av ny lov om helsepersonell kunne det være interessant å prøve ut tilsvarende ordning også her i landet.

Kapittel 7 er en gjennomgang av spesialistutdanning for leger i Norge og andre europeiske land. Den historiske utviklingen på feltet blir beskrevet. Det er i dag 43 legespesialiteter i Norge, og et flertall av legene er godkjente spesialister.

Ved forskrift av 1982 til legelovens §14, delegerte Sosial- og helsedepartementet spesialistgodkjenningen til Lægeforeningen. I samme forskrift ble Lægeforeningens spesialistregler lagt til grunn for spesialistutdanningen i Norge. Nye forskrifter om spesialistutdanning av leger trådte i kraft 1. januar 1999. Forskriftene kom på bakgrunn av et ønske om en sterkere statlig styring med spesialistutdanningens innhold og krav til utdanningsstillinger. Som en følge av dette er det opprettet et Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og fordeling av legespesialister. Rådet skal være rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet.

Spesialistutdanningen har en varighet på fem til seks år. Det kreves ca 150 kurstimer relevante for spesialiteten samt kurs i administrasjon og ledelse. Tjenesten blir utført ved sykehus i underordnet legestilling veiledet av spesialist i faget. Til sammen finnes det ca 900 godkjente utdanningsinstitusjoner. Det er utarbeidet målbeskrivelser for hver spesialitet som beskriver det totale innholdet i spesialiteten, herunder krav til kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Spesialistutdanningen er dermed dels regelstyrt og dels målstyrt.

Det er opprettet tre fond til legers etter- og videreutdanning. Midler til fondene avsettes i forbindelse med de årlige forhandlinger om normaltariffen. De utgifter den enkelte lege har i forbindelse med kursdeltagelse, dekkes innenfor bestemte rammer og til en viss grad fra fondene.

Gjennomgang av lovgrunnlaget for legers videre- og etterutdanning viser at ansvaret er delt. Sentrale helsemyndigheter har et ansvar for spesialistutdanningen. Arbeidsgiverne har ansvar for å legge forholdene til rette og ta sin del av det økonomiske ansvaret. Legene selv har ansvar for å holde seg faglig oppdatert.

I *Kapittel 8* blir behovet for spesialiserte tannhelsetjenester vurdert. Intensjonen med kapitlet er en grenseoppgang mellom delområder som er godt nok dekket i grunnutdanningen og delområder der det er nødvendig med videreutdanning for framtidens tannhelsetjeneste. Den formelle kompetansen fra grunnutdanningen kan gjennom yrkeserfaring utvikles til en betydelig høyere realkompetanse, men det kan også være fare for at mangel på utfordringer innskrenker realkompetansen.

Allmennpraktikeren bør fortsatt være ryggraden i norsk tannhelsetjeneste. En god grunnutdanning og et godt utviklet etterutdanningstilbud er nødvendig for å få dette til. Likevel er det argumenter for en sterkere satsing på videreutdanning. WHO pekte tidlig på en forventet økning i høyteknologisk tannbehandling. Denne framtida er vi nå på god vei inn i. Over tid har det også skjedd endringer i brukernes krav. Kriteriene for hva brukerne oppfatter som godt nok, er blitt skjerpet. Brukernes toleranse for feilvurderinger og feilbehandlinger er blitt mindre. Yngre tannleger får dermed et økende behov for å søke råd hos kolleger med mer erfaring og større innsikt. Erfaringer fra tannhelsetjenesten tilsier at en slik veiledningsordning fungerer best dersom ordningen er formalisert. Det vil si at tannlegene som skal gi råd også har en høyere formalkompetanse. Utvikling av spesialisttannhelsetjenesten kan på denne måten bidra til å heve kompetansen i allmennpraksis. Det vil i stor grad være avhengig av at spesialistene brukes som rådgivere og ikke bare som henvisningsinstans.

Kapitlet gir videre en oversikt over innholdet i grunnutdanningen og diskuterer hvilken realkompetanse allmennpraktikeren forventes å ha. Denne kompetansen blir sett i forhold til beskrivelser av ulike spesial- og spesialistutdanninger og tilsvarende arbeidsområder nå og i framtida. Konklusjonen er at det på de fleste delområder vil være behov for spesialkompetanse, i større eller mindre omfang. Imidlertid kan det godt tenkes at den kompetansen samfunnet trenger, ikke er helt sammenfallende med den type kompetanse som tilbys.

Grunnlaget for utvikling av delområdet barnetannpleie var den dårlige tannhelsen hos barn og ungdom tidligere i dette århundret. Nå har et stort flertall i denne gruppen svært god tannhelse. Dermed er noe av det tradisjonelle grunnlaget for faget borte. Imidlertid er nye utfordringer kommet til. Tannhelsebedringen gjelder ikke alle i de yngste årsklassene. Et mindretall har fremdeles betydelige kariesskader. I en tid der flertallet av jevnaldringene har nesten feilfrie tenner, kan dette være sosialt stigmatiserende for dem det gjelder.

Etter hvert er det blitt klart at fem til ti prosent av befolkningen, så vel barn som voksne, lider av tannlegeskrekk som er så alvorlig at de ikke søker behandling eller ikke lar seg behandle i ordinær tannlegepraksis. Et behandlingstilbud til denne pasientgruppen hører mest naturlig hjemme innenfor delområdet pedodonti.

I dagens samfunn har den eldste halvdel av befolkningen et betydelig behov for større eller mindre restaurering av tannsettet. Denne behandlingen blir, ikke minst av medisinske årsaker, mer komplisert jo eldre pasientene er. Utover i neste århundre kommer også eldrebølgen med full tyngde. Det ser ut til å bli behov for tannleger med særlig kompetanse på dette feltet rundt om i landet. En vesentlig oppgave for disse tannlegene vil være å gi råd om og selv utføre rehabilitering av tannsett. Det bør utvikles en formalisert utdanning på dette feltet. Delområdet bør ha et navn som best beskriver innholdet, og det mest nærliggende navnet er oral rehabilitering.

Kariologi er et basisfag i tannlegeutdanningen. Det må forventes at alle tannleger behersker det vesentligste innholdet i dette faget. Videreutdanning i kariologi bør gå i vitenskapelig retning. Kariologi og spesielt kariesepidemiologi er ellers en sentral del av samfunnsodontologi.

Til den ettårige videreutdanningen i samfunnsodontologi er det ikke tatt opp kandidater på mange år. Dette var en utdanning som i sin tid var skreddersydd for ledelse av offentlig tannhelsetjeneste. Offentlig tannhelsetjeneste har rekrutteringsproblemer, også på ledersiden. Det er på høy tid at videreutdanning i dette faget kommer i gang og at utdanningen styrkes. Videreutdanningen i samfunnsodontologi bør være likeverdig med annen spesialistutdanning.

Kapittel 9 er en vurdering av kriterier for spesialiteter og en grenseoppgang mellom spesialiteter og spesialkompetanse. Innenfor medisin og odontologi brukes betegnelsen spesialist om en person som har gjennomført en særskilt, formalisert utdanning innenfor et delområde som er godkjent som spesialitet. Spesial-begrepet er ikke tilsvarende veldefinert og har en mindre formell valør. I dagens situasjon gir videreutdanning på enkelte fagområder retten til å benytte specialisttittel mens likeverdig utdanning på andre områder "bare" gir spesialkompetanse.

I kapitlet blir ulike kriterier for at et delområde kan kalles en spesialitet, drøftet. Det refereres til WHO's definisjon på området, til NTFs kriterier fra 1973, FDI's prinsipputtalelse fra 1983, Sosialstyrelsens spesialistutredning fra 1989, NTFs kriterier fra 1993 og EØS-regelverket. Etter en grundig vurdering av alle kriteriesett og med særlig vekt på hva som aksepteres internasjonalt, er det rimelig å bli stående ved følgende kriterier for spesialitet:

- Delområdet må være slik at det fordres spesielle kunnskaper og ferdigheter utover det som

inngår i grunnutdanningen, for å kunne utføre tjenester av særlig vanskelig eller uvanlig art.

- Delområdet må ha et selvstendig utdanningsopplegg som tilsvarer minst tre års fulltids studium utover grunnutdanningen.
- Delområdet må kunne gis definerte avgrensninger, både for å kunne fastsette krav til kompetanse og for å begrense spesialistens virkefelt.

Det er viktig å understreke at et delområde kan avgrenses ut fra høyst forskjellige kriterier. Periodonti og endodonti har en sykdomsspesifikk avgrensning. Oral kirurgi og protetikk er eksempler på områder med avgrensning knyttet til den tekniske utførelsen. Pedodonti er et eksempel på en populasjonsavgrenset spesialitet. For samfunnsodontologien sin del er det selve tilnæringsmetoden til å forebygge og behandle sykdommer som representerer avgrensningen.

Ut fra dette er det naturlig å foreslå følgende kompetansestruktur for tannleger:

- Tannlegespesialister
- Tannleger med videreutdanning som ikke fyller kravene til spesialitet. For denne gruppen bør betegnelsen spesialutdanning eller spesialtannlege unngås av grunner som er anført tidligere.
- Allmennpraktiserende tannleger

I den siste delen av kapitlet blir dagens ulike videreutdanninger vurdert i forhold til disse kriteriene, og det diskuteres hvilke delområder som fyller kravene til spesialitet.

Kapittel 10 er en beskrivelse av befolkningens tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester og en analyse av årsakene til situasjonen på dette området. I kapitlet vurderes også tilgjengelighet i et framtidig perspektiv. Det konkluderes med at spesialister og spesialutdannende tannleger er sterkt skjevfordelt i Norge, med en konsentrasjon rundt universitetsbyene Oslo og Bergen. I forhold til folketallet har de fleste fylker i Sør-Norge like dårlig dekning som fylkene i Nord-Norge. Likevel er situasjonen i Nord-Norge vanskeligere pga. lange reiseavstander.

Totalt udekket spesialistbehov er vurdert fra flere kilder. Fylkestannlegene mener at dette behovet er i underkant av 30 årsverk i dag. De ulike faggruppene har et høyere behovsanslag. Det hefter en betydelig grad av usikkerhet ved behovsvurderingen, og denne usikkerheten blir ikke mindre når framtidig behov for spesialiserte tjenester skal bedømmes.

Likevel ser det ut til å være enighet om et udekket behov for kjeveortopedier i år 2016 på i overkant av 20. Den medisinske spesialiteten kjevekirurgi er for tiden under vurdering i Nasjonalt råd. I tiden fram til 2016 ser det ut til å bli vesentlig færre kjevekirurger. Det kompenseres bare delvis ved en økning i antall oralkirurger. For delområdene periodonti, endodonti og protetikk er det forventet en netto tilgang i tiden fram til 2016. Forutsetningen er at alle kandidater som blir tatt opp fullfører utdanningen og praktiserer i Norge. Det blir noen færre pedodontister. Likevel vil det totale antallet spesialister i barnetannpleie godt og vel balansere behovet slik fylkestannlegene ser det.

Selv om det settes inn virkemidler for fordeling av spesialister, er det grunn til å tro at en stor

del av spesialistene vil etablere seg sentralt. Dette har bl a sammenheng med at avgangen av spesialister nødvendigvis blir størst i sentrale områder. Når det i tillegg tas hensyn til vurderingene i kapittel 8, er det derfor rimelig å anta at for områdene periodonti, endodonti og protetik vil det i framtida være et betydelig behov for spesialkompetanse utover i landet. Dette behovet vil delvis kunne dekkes innenfor delområdet oral rehabilitering.

Ikke uventet ønsker fylkestannlegene den nevnte spesialkompetanse tilgjengelig på fylkesnivå. Noen få vil ha tilgjengelighet av spesialistteam, bivirkningsutredninger og kjeve- og ansiktsradiologi på regionnivå. Spesialistteam hører naturlig hjemme ved regionale kompetansesentra og kan bli tilgjengelig etter hvert som slike etableres. Dersom faggrupper for bivirkningsutredninger og kompetanse i kjeve- og ansiktsradiologi skal utbygges i helseregionene, er det naturlig at disse funksjonene knyttes til sykehus og har et nært samarbeid med kompetansesentrene. Det er naturlig at behandling av leppe-, kjeve-, ganespalte pasienter og pasienter med sjeldne medisinske tilstander skjer på nasjonalt nivå. Likeledes bør oral patologi være på nasjonalt nivå.

Gjennomsnittsalderen hos spesialister/spesialutdannede tannleger er 51 år. For videreutdanningskandidatene er gjennomsnittet 39 år. Nesten halvparten av disse er kvinner. Høy alder ved fullført videreutdanning gir kort spesialistkarriere. Det ville være lønnsomt for samfunnet å legge forholdene til rette slik at flere yngre tannleger søker videreutdanning.

Over 60% av legene er spesialister og mange er under spesialistutdanning. Bare 9% av tannlegene har spesial- eller spesialistutdanning. Dette kan tolkes som en indikasjon på at videreutdanningssystemet for tannleger er dårlig tilrettelagt.

Årsakene til den skjeve fordelingen av tannleger med spesial-/spesialistutdanning ligger åpenbart i utdanningssystemet. Utdanningen er sentralisert til Oslo og Bergen, og mangel på lønnete utdanningsstillinger favoriserer tannleger som bor i nærheten av fakultetene. Tannhelsetjenesteloven pålegger fylkeskommunene et ansvar for tilgjengelighet også til spesialister, men fylkeskommunene har ingen påvirkningsmuligheter verken når det gjelder spesialiteter, dimensjonering av utdanning eller opptakskriterier.

I *Kapittel 11* beskrives struktur for framtidig spesial- og spesialistutdanning. Utgangspunktet er dagens utdanningssystem og de forutsetningene som ligger til grunn for spesialistutdanning av tannleger. Det blir framhevet at utdanningen i følge Rådsdirektiv 78/687 EØF skal være minimum treårig og foregå på godkjent helseinstitusjon. Stortingsmelding nr 24: "Tilgjengelighet og faglighet" gir klare signaler om at spesialistutdanningen må ha faglig forankring til universitetene. I eksisterende regelverk går det ikke klart fram hvor ansvaret for det faglige innholdet i spesialistutdanningen ligger. I framtidig organisering av odontologisk spesialistutdanning må dette ansvarsforholdet avklares (se kapittel 16).

Betydningen av forankring i et fagmiljø under spesialistutdanningen blir diskutert. Det konkluderes med at samarbeid i et tverrfaglig miljø er en forutsetning. Utdanningen må derfor forankres enten ved et fakultet eller et regionalt odontologisk kompetansesenter med tilstrekkelig bredt fagmiljø.

Instruktørtjeneste er et viktig element i de fleste spesialistutdanninger. Argumentet for denne tjenesten er bl.a. å utvikle kandidatenes pedagogiske egenskaper og ferdigheter. Når det er ønskelig at spesialistene også skal bidra til å heve kompetansen i allmennpraksis, er dette et helt avgjørende element i spesialistutdanningen. Denne tjenesten må ikke nødvendigvis foregå på fakultetene. Det er fullt mulig for kandidatene å utvikle sine pedagogiske evner gjennom veiledningstjeneste ved andre institusjoner.

Spesialistutdanningen er nå integrert i fakultetenes ordinære driftsbudsjetter. Siden spesialistutdanning ikke er fakultetenes primære oppgave, vil denne utdanningen være sårbar når økonomiske rammebetingelser svekkes.

Kapittel 12 omhandler universitetenes rolle i en desentralisert modell. De ulike elementene i en spesialistutdanning blir gjennomgått. Mye av den kliniske undervisningen og det vitenskapelige arbeidet kan gjøres i en desentralisert modell. Når det gjelder seminarundervisningen, blir det framhevet at interaktiv, nettbasert undervisning er i rask vekst og åpner store muligheter for desentraliserte undervisningsopplegg.

De fleste elementer i en spesialistutdanning kan gjennomføres i en desentralisert modell styrt av vel definerte krav som sikrer kvalitet i utdanningen. Det er en forutsetning at det faglige ansvaret for utdanningens innhold og kandidatenes gjennomføring må ligge hos fakultetene. Dersom det finnes tilgjengelig spesialistkompetanse og ressurser til veiledning av kandidatene på regionnivå, er det mulig å etablere desentralisert spesialistutdanning på de fleste kliniske delområder. De fagfeltene som lettest vil kunne integreres i en desentralisert utdanning er oral rehabilitering, pedodonti og samfunnsodontologi.

Kapittel 13 beskriver innledningsvis status for kompetansesentra som er under etablering eller som det er mer eller mindre konkrete planer om å opprette.

Hensikten med å opprette kompetansesentra er at befolkningen gjennom sentrenes funksjoner, direkte eller indirekte, skal få rimelig tilgjengelighet til spesialisttjenester, samt å heve kompetansen i allmenntjenesten. En spørreundersøkelse blant fylkestannlegene viste at intensjoner og ønskelige funksjoner ved kompetansesentrene er påfallende like: Henvissningsinstans, rådgiving, etterutdanning og spesialistutdanning prioriteres særlig høgt.

Undersøkelser blant allmennpraktikere og fylkestannleger dokumenterer behov for slike tjenester, og det er også påvist en geografisk skjevfordeling av tannlegespesialister.

Fylkestannlegene anser regionale kompetansesentra som den mest ønskelige organisering. De tre sentrene som er forsøkt etablert, er imidlertid fylkeskommunalt drevet.

Universitet og regionsykehus, eventuelt sentralsykehus, vil være de viktigste eksterne samarbeidspartnerne til kompetansesentrene, og det bør bli mulig å legge videreutdanning til slike sentra.

Spesialistutdanning er en kjernefunksjon ved kompetansesentrene. Desentralisert utdanning vil bidra til å sikre det økonomiske fundamentet ved sentrene. Samarbeidet med fakultetene

om denne oppgaven vil garantere den faglige kvaliteten. Et slikt samarbeid er også nyttig for fagutvikling og forskning ved kompetansesentrene.

Rådgivning og etterutdanning er særlig viktige funksjoner når målet er å heve kompetansen i allmennpraksis. Mye av dagens etterutdanning er av rent teoretisk art. Tannlegene etterspør også etterutdanning i form av praktisk/klinisk trening. På dette feltet ligger forholdene til rette for å utvikle gode etterutdanningstilbud ved kompetansesentrene.

Et senter med offentlig ansatte spesialister vil være enklest å samordne, men det bør også være mulig å drive sentra med både offentlige og private spesialister, sentra hvor spesialistene er lokalisert på forskjellige steder, osv. Derfor bør det vises stor grad av fleksibilitet ved ansettelsesforhold.

Siden sentrene skal være viktige støttespillere for privat og offentlig tannhelsetjeneste, er det mest naturlig å knytte sentrene organisatorisk nært til Den offentlige tannhelsetjenesten.

De viktigste hindringene for å få etablert lokale kompetansesentra synes å være økonomiske problemer knyttet til oppstart og drift, samt vanskene med å rekruttere spesialister.

Statlig tilskudd til oppstart har vist seg å være et viktig incitament.

Kapittel 14 er en vurdering av virkemidler for fordeling av tannlegespesialister og tannleger med spesialutdanning. I tråd med utvidelsen av mandatet inneholder kapitlet også en vurdering av Gaare-utvalgets flertallsinnstilling. Siden det meste av spesialiserte tannhelsetjenester i Norge er i privat regi, og siden de fleste av tjenestene i liten grad er berettiget refusjon i trygdesystemet, vil mange av de virkemidlene som er aktuelle for leger ikke kunne brukes. Likevel gjenstår flere fordelingsverktøy som kan ha effekt.

Til nå har det i liten grad vært lønnede utdanningsstillinger i Norge. Lønn under videreutdanning vil være et viktig element for å sikre rekruttering til utdanningsprogrammene. Dette er blitt aktualisert fordi utdanningen på mange delområder er økt fra to til tre år. Lønnede utdanningsstillinger kan også være et redskap for fordeling. Ved å gi dem som etterspør spesialisttjenester styring med tildeling av slike lønnsmidler, kan det skapes en dynamikk som resulterer i bedre spredning av spesialister.

Det er dokumentert at videreutdanningskandidater i stor grad vender tilbake til hjemstedet etter endt utdanning. Dersom det i større grad tas geografiske hensyn ved opptaket, vil fordelingen påvirkes. I dag er det fakultetene selv som definerer kriterier og står for opptaket til videreutdanningen. Lov om universiteter og høyskoler gir imidlertid myndighetene mulighet til å påvirke opptaket dersom nasjonale hensyn tilsier det.

Siktemålet med en desentralisert videreutdanning er å gi tannleger rundt om i landet muligheter for utdanning nær bostedet. Det er derfor god grunn til å tro at en slik ordning vil ha en markert fordelingseffekt.

Opprettelse av regionale kompetansesentra må forventes å ha en tilsvarende effekt, i det minste på regionnivå. Det kan skapes attraktive fagmiljøer som kan bidra til å rekruttere spesialister.

Kjeveortopedisk behandling er den eneste tannbehandling i Norge som i betydelig grad refunderes i trygdesystemet. Dermed foreligger også muligheten for å iverksette ordninger for fordeling av kjeveortopeder basert på styring av refusjonene. Gaare-utvalgets flertallsinnstilling fra 1986 representerer én slik styringsmodell. Det ble foreslått å etablere et system med rammetilskudd til fylkeskommunene som skulle gis som fylkeskommunale driftstilskudd kombinert med (en redusert) trygderefusjon til de kjeveortopeder fylkeskommunen inngikk avtale med. Et sterkt argument for denne modellen var å gi myndighetene et reelt styringsverktøy for fordeling av kjeveortopeder, og et vesentlig argument imot var frykten for at rammeoverføringene ikke fullt og helt skulle komme pasientene tilgode.

Flertallsinnstillingen ble imidlertid aldri satt ut i livet. I stedet ble trygderefusjonsordningen styrket. Tiden har vist at trygderefusjonsordningen har fungert bra. Kjeveortopedene er den gruppen av spesialister som er best fordelt rundt i landet. Selv om det også her er en skjevfordeling, må situasjonen oppfattes som akseptabel. Dette kan ha sammenheng med innretningen på ordningen, idet kjeveortopedene må sikre seg et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å sikre inntjeningen. Men det kan også ha sammenheng med at tilgangen på spesialister har vært god. Dersom det blir et underskudd av kjeveortopeder på landsbasis, kan myndighetene få behov for økonomiske styringsmodeller.

Kapittel 15 tar for seg behovet for regionalt samarbeid og tilknytning til regionale helseutvalg. Det er den siste tiden gjort omfattende endringer i regelverket som omfatter det regionale helseplanarbeidet:

- Riket er inndelt i fem helseregioner.
- Virksomheten i de regionale helseutvalg er lovregulert.
- Helseplanen styres ved forskrift. De regionale helseutvalgene pålegges å utarbeide regionale planer som skal vedtas av departementet. Helseplanene er styringsverktøy for å sikre at nasjonale mål og prioriteringer følges opp.
- Departementet gis hjemmel til å vedta og endre de regionale helseplaner, men må vise varsomhet ved regional enighet.

Den regionale organiseringen og prosessen i forhold til helseplanarbeidet er ulik i regionene og har i større og mindre grad funnet sin form. Det er opp til de enkelte regioner å finne egnede samarbeidsformer og strukturer.

Uavhengig av utviklingen av regionale odontologiske kompetansesentra kan det være klokt at også tannhelsetjenesten inngår i de regionale helseplanene. Det er i planarbeidet at vesentlige premisser for økonomiske disposisjoner blir lagt. Fagområder som ikke omfattes av planene, kan lett bli salderingsposter. Mange argumenter taler for opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra. Erfaringer fra forsøk på å opprette slik virksomhet viser tydelig at det er behov for et formalisert regionalt samarbeid for å lykkes.

Kapittel 16 omhandler godkjenningsordninger for odontologiske spesialiteter og spesialister. Det er Statens helsetilsyn som har myndighet til å fastsette spesialiteter og krav til utdanning og vilkår som skal gjelde for hver spesialitet. Dette skjer etter innstilling fra Den norske tannlegeforening (NTF) etter behandling i spesialitetsrådet, hovedstyret og representantskapet. I slike saker skal det også foreligge uttalelse fra fakultetene.

Inntil videre er det NTFs spesialistregler som skal legges til grunn for omfang og innhold i utdanningen for hver spesialitet. De odontologiske fakultetene må altså utforme sitt undervisningstilbud innenfor de rammene spesialistreglene setter. Inntil videre er NTF også delegert myndighet til å godkjenne spesialister i odontologi etter fullført utdanning ved fakultetene. Enkeltvedtak om godkjenning som spesialist kan påklages til Helsetilsynet.

Godkjenningsordningen mangler en enhetlig struktur, og det kan reises tvil om godkjenningsmyndighet ligger hos de rette organer. NTF har betydelig innflytelse, mens Sosial- og helsedepartementet har liten innflytelse innenfor dagen ordning.

I ”Forskrift om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist”, gitt 3. september 1998, beskrives godkjenningsstrukturen for medisinske spesialiteter og legespesialister. Av forskriften går det fram at Sosial- og helsedepartementet har den formelle godkjenningsmyndighet når det gjelder:

- delområde for spesialitet,
- regler for gjennomføring av spesialistutdanning, krav til gjennomført utdanning og andre vilkår som må oppfylles,
- institusjoner som kan gi utdanning og
- den enkelte spesialist.

Når det gjelder godkjenning av den enkelte kandidat som spesialist, er myndigheten delegert Den norske lægeforening.

Forskriften omtaler også opprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger. Før departementet treffer avgjørelser som vedrører de tre første punktene over, skal sakene forelegges Nasjonalt råd. Tannlegeforeningens spesialitetsråd ivaretar mange av oppgavene som for legenes del er tillagt Nasjonalt råd. Flere argumenter taler for å opprette et tilsvarende råd for tannleger.

Spørsmålet om tidsbegrenset lisens, autorisasjon og spesialistgodkjenning bør utredes i en større sammenheng. En slik utredning bør omfatte alt helsepersonell som har slike ordninger. Tidsbegrenset spesialistgodkjenning og autorisasjon bør vurderes samlet.

1.2 Helsetilsynets anbefalinger

1.2.1 Oppdraget

Under avsnittet om ”Utvikling av tannhelsetjenesten” i statsbudsjettet for 1999 står: ”Stortinget ba i vedtak av 7. mai 1998 regjeringen om å vurdere eventuell opprettelse av odontologiske kompetansesentra. Slike sentra bør vurderes i sammenheng med spesialistutdanning av tannleger, de odontologiske fakultetenes rolle i dette og de endringer som skjer m. h .p. spesialistutdanningen av leger. Videre bør kompetansesentra vurderes i forhold til spesialistvirksomhet innen tannhelsetjenesten, fagutvikling og stabilitet i Den offentlige tannhelsetjenesten.”

Sosial- og helsedepartementet vektla fire sentrale problemstillinger ved vurdering av spesialiserte tannhelsetjenester i Norge i 1999:

- En antatt sterk skjevfordeling av tannlegespesialister i Norge, med en konsentrasjon i de sentrale strøk av landet.
- Manglende fylkeskommunale og statlige styringsmuligheter når det gjelder utdanningsplasser og opptaksvilkår for tannlegespesialister.
- Hvilke spesialiteter som bør finnes sett i lys av utviklingen innen grunnutdanningen av tannleger og framtidig behov for kompetanse innen tannhelsetjenesten. Departementet peker i denne sammenhengen blant annet på at det i dag ikke gis videreutdanning innen samfunnsodontologi eller allmennpraksis, og at oppbygging av slik kompetanse vil kunne ha en positiv innvirkning på rekrutteringen til Den offentlige tannhelsetjeneste.
- Spesialiserte tannhelsetjenester bør vurderes i sammenheng med regional helseplanlegging hvor mange av de totale prioriteringer for et samlet helsevesen vil finne sted i framtiden. Det ønskes belyst om regionale odontologiske kompetansesentra vil kunne spille en rolle i spesialistutdanningen, spredning av tannlegespesialister, i systematisk etter- og videreutdanning og evt. i forskningsaktivitet innen Den offentlige tannhelsetjenesten.”

1.2.2 Mandatet

Sosial- og helsedepartementet presenterte følgende mandat av 25. februar 1999:

”Utredningen skal identifisere de problemstillinger som er årsaken til den mangelfulle tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester i deler av landet og den generelle mangelen på tannlegespesialister. Utredningen skal vurdere behovet for spesialiteter og skal inneholde forslag til systemstruktur og statlige styringsvirkemidler som kan bidra til å sikre tilgang og et tilstrekkelig antall spesialister, under hensyntagen til de mål og prinsipper som følger av politiske vedtak. De økonomiske, administrative og distriktmessige konsekvenser av forslagene må belyses.”

I brev fra Sosial- og helsedepartementet av 31. mai ble mandatet utvidet med følgende punkter:

- Utredningen skal inneholde en vurdering av Gaare-utvalgets flertallsinnstilling i NOU 1986:25 om overføring av finansiering av kjeveortopedisk behandling, sett i lys av dagens situasjon innenfor feltet.
- Vurdering av de organisatoriske, administrative og økonomiske konsekvenser av en slik modell.

Hensikten med utredningen er å gi politiske myndigheter et faglig grunnlag for å fatte beslutninger som vedrører de forhold utredningen omtaler.

1.2.3 Antall og geografisk fordeling av tannlegespesialister

Status

Bare 9% av tannlegene har spesial- eller spesialistutdanning. Dette kan tolkes som en indikasjon på at videreutdanningssystemet for tannleger er dårlig tilrettelagt. Tilsvarende er over 60% av legene spesialister og en stor andel av de resterende er under spesialistutdanning.

Gjennomsnittsalderen hos spesialister/spesialutdannede tannleger er 51 år. For videreutdanningskandidatene er gjennomsnittet 39 år. Nesten halvparten av disse er kvinner. Høy alder ved fullført videreutdanning gir kort spesialistkarriere. Det ville være lønnsomt for samfunnet å legge forholdene til rette slik at flere yngre tannleger søker videreutdanning.

Totalt udekket spesialistbehov er vurdert fra flere kilder. Fylkestannlegene mener at dette behovet er i underkant av 30 årsverk i dag. De ulike spesialistforeningene har et høyere behovsanslag. Ikke uventet ønsker fylkestannlegene den nevnte spesialistkompetanse tilgjengelig på fylkesnivå. Noen få vil ha tilgjengelighet av spesialistteam på regionnivå. Spesialistteam hører naturlig hjemme ved regionale kompetansesentra og kan bli tilgjengelig etter hvert som slike sentra etableres.

Det hefter betydelig grad av usikkerhet ved behovsvurderingen og denne usikkerheten blir ikke mindre når framtidig behov for spesialisttjenester skal bedømmes.

Det konkluderes med at spesialister og spesialutdannede tannleger er skjevfordelt i Norge, med en konsentrasjon rundt universitetsbyene Oslo og Bergen. I forhold til folketallet har de fleste fylker i Sør-Norge like dårlig dekning som fylkene i Nord-Norge. Likevel er situasjonen i Nord-Norge vanskeligere pga. lange reiseavstander.

Tannhelsetjenesteloven pålegger fylkeskommunene et ansvar for tilgjengelighet også til spesialisttjenester, men fylkeskommunene har ingen påvirkningsmuligheter verken når det gjelder type spesialiteter, dimensjonering av utdanning eller opptakskriterier.

En av de viktigste årsakene til den skjeve fordelingen av tannleger med spesial/spesialistutdanning, ligger åpenbart i utdanningsystemet. Utdanningen er sentralisert til Oslo og Bergen.

Studiefinansiering har stort sett vært kandidatens eget ansvar. Dette har skapt en skjev rekruttering til programmene med favorisering av tannleger med god privatøkonomi og bosted nær lærestedene. I sin tur har dette bidratt til ujevn fordeling av spesialister i Norge.

Det er rimelig å trekke fram følgende svakheter ved dagens system:

- Finansiering av utdanningsprogrammene er uklart
- Utdanningstilbudene er ikke primært lagt opp etter befolkningens behov
- Opptakskriterier fastsettes av fakultetene alene

- Videreutdanningsprogrammene ved fakultetene gir i dag lite rom for desentralisert utdanning
- Studiefinansieringen er ikke tilfredsstillende

Kjeveortopedisk behandling er den eneste tannbehandling i Norge som i betydelig grad refunderes i trygdesystemet. Dermed foreligger også muligheten for å iverksette ordninger for fordeling av kjeveortopedier basert på styring av refusjonene. Gaareutvalgets flertallsinnstilling fra 1986 representerer én slik styringsmodell. Det ble foreslått å etablere et system med rammetilskudd til fylkeskommunene som skulle gis som fylkeskommunale driftstilskudd kombinert med (en redusert) trygderefusjon til de kjeveortopedier fylkeskommunen inngikk avtale med. Et sterkt argument for denne modellen var å gi myndighetene et reelt styringsverktøy for fordeling av kjeveortopedier og et vesentlig argument imot var frykten for at rammeoverføringene ikke fullt og helt skulle komme pasientene tilgode.

Flertallsinnstillingen ble imidlertid aldri satt ut i livet. I stedet ble trygderefusjonsordningen styrket. Tiden har vist at trygderefusjonsordningen har fungert bra. Kjeveortopedene er den gruppen av spesialister som er best fordelt rundt i landet. Selv om det også her er en skjevfordeling, må situasjonen oppfattes som akseptabel. Dette kan ha sammenheng med innretningen på ordningen, idet kjeveortopedene må sikre seg et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å sikre inntjeningen. Men det kan også ha sammenheng med at tilgangen på spesialister har vært god. Dersom det blir et underskudd av kjeveortopedier på landsbasis, kan myndighetene få behov for økonomiske styringsmodeller.

Forslag til løsninger:

Spesialistutdanning av tannleger er i dag ikke et formelt statlig ansvar. Fakultetene har ikke fått tilført ressurser til videreutdanning av tannleger. Utdanningstilbudet har vokst fram fordi fakultetene har hatt behov for fagutvikling og utdanning av lærerkrefter. Ressurser er tilført fra studentundervisning og forskningsaktiviteter ved fakultetene. Begge fakulteter peker på faren for reduksjon av videreutdanningstilbudet pga. stram økonomi.

Spesialistutdanning av tannleger må formaliseres på samme måte som det er gjort for leger og andre yrkesgrupper i helsetjenesten.

For å imøtekomme behovet for odontologiske spesialisthelsetjenester, bør fylkeskommunen/regionen få innflytelse på hvilke spesialiteter som etterspørres og på antallet som utdannes. Siden det meste av spesialiserte tannhelsetjenester i Norge er i privat regi og siden tjenestene i liten grad er berettiget refusjon i trygdesystemet, vil mange av de virkemidlene som er aktuelle for fordeling av leger ikke kunne brukes. Likevel gjenstår flere fordelingsverktøy som kan ha effekt.

- Lønn under videreutdanning vil være et viktig element for å sikre rekruttering til utdanningsprogrammene. Til nå har det i liten grad vært lønnede utdanningsstillinger i Norge. Noen fylkeskommuner har med godt resultat gitt stipend som tilskudd til videreutdanning for sine ansatte. Ved å gi fylkeskommune/region styring med tildeling av slike lønnsmidler, kan det skapes en dynamikk som resulterer i bedre dekning av spesialister. Fylkeskommunen/regionen vurderer behov og tildeler lønnsmidler til videreutdanningskandidater både fra offentlig og privat sektor slik at befolkningen gis en

rimelig tilgang på spesialiserte tannhelsetjenester. Staten bør vurdere å bidra til delfinansiering av disse utdanningsstillingene som de gjør for andre personellgrupper i helsetjenesten.

- Det er dokumentert at videreutdanningskandidater i stor grad vender tilbake til hjemstedet etter endt utdanning. Dersom det i større grad tas geografiske hensyn ved opptaket, vil fordelingen kunne påvirkes. I dag er det fakultetene som definerer kriterier og står for opptaket til videreutdanningen. Lov om universiteter og høyskoler gir imidlertid myndighetene mulighet til å påvirke opptaket dersom nasjonale hensyn tilsier det.
- Siktemålet med en desentralisert videreutdanning er å gi tannleger rundt om i landet muligheter for utdanning nær bostedet. Det er derfor god grunn til å tro at en slik ordning vil kunne ha en markert fordelingseffekt. De fleste elementer i en spesialistutdanning kan gjennomføres i en desentralisert modell. Det må foreligge vel definerte målformuleringer og godkjente studieplaner som sikrer kvalitet i utdanningen. Det er en forutsetning at det faglige ansvaret for utdanningens innhold og kandidatenes gjennomføring må ligge hos fakultetene. Mye av den kliniske undervisningen og deler av den vitenskapelige aktivitet kan gjøres i en desentralisert modell. Når det gjelder seminarundervisningen, blir det framhevet at interaktiv, nettbasert undervisning er i rask vekst og åpner store muligheter for desentraliserte undervisningsopplegg.

De fagfeltene som lettest vil kunne integreres i en desentralisert utdanning er oral rehabilitering, pedodonti og samfunnsodontologi

1.2.4 Hvilke spesialiteter skal vi ha?

Status

De odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen tilbyr spesial- og spesialistutdanning på åtte kliniske områder:

- oral kirurgi og oral medisin
- kjeveortopedi (tannregulering)
- periodonti (tannløsningssykdommer)
- pedodonti (barnetannpleie)
- protetik (kroner, broer og proteser)
- endodonti (rotbehandling)
- kariologi (tannråtebehandling)
- kjeve- og ansiktsradiologi (røntgen)

De fire første er godkjente spesialiteter.

Utdanningsprogrammene er fra 1994 treårige og skal være innholdsmessig likeverdige. Den kliniske videreutdanningen er basert på tre pilarer:

- teoretiske studier,
- klinisk trening og
- vitenskapelig prosjekt.

Kun oral kirurgi og kjeveortopedi kan kalles felleseuropeiske spesialiteter. Noen land er uten tannlegespesialiteter mens Island og Sverige har åtte forskjellige. Finland har hatt fire

spesialiteter siden 1974. I tillegg til oralkirurger og kjeveortopeder har de spesialister i samfunnsodontologi og i klinisk odontologi. I Finland, Danmark og Sverige får kandidatene lønn fra det offentlige under spesialistutdanningen.

Etter Rådsdirektiv 78/687/EØF er det klart at utdanning av spesialister skal tilsvare tre års fulltids studium, at den kan foregå på andre institusjoner enn universitetene dersom utdanningsstedet er godkjent for slikt formål og at utdanningen kan foregå på deltid. Ved hjelp av sektordirektiver, felles utdanningskrav og programmer prøver EU å sikre likt innhold og lik kvalitet på tilsvarende utdanninger av tannhelsepersonell innenfor alle EU/EØS-land.

Forslag til løsninger:

Behovet for spesialister må vurderes ut fra den reelle kompetansen som allmennpraktikeren kan oppnå, ikke bare på grunnlag av den formelle kompetansen ved endt utdanning.

Allmennpraktikeren skal fortsatt være ryggraden i norsk tannhelsetjeneste. En god grunnutdanning og et godt utviklet etterutdanningstilbud er nødvendig for å få dette til. I denne sammenheng vil Helsetilsynet framheve at Tannlegeforeningens systematiske etterutdanningsopplegg vil kunne ha en betydelig effekt når det gjelder å sikre faglig forsvarlige tannhelsetjenester.

Likevel er det argumenter for en sterkere satsing på videreutdanning. WHO pekte tidlig på en forventet økning i høyteknologisk tannbehandling. Yngre tannleger vil ha et behov for å søke kliniske råd hos kolleger med mer erfaring og større innsikt. Hvis spesialistene brukes som rådgivere, kan dette bidra til å heve kompetansen i allmennpraksis.

Innenfor medisin og odontologi brukes betegnelsen spesialist om en person som har gjennomført en særskilt, formalisert utdanning innenfor et fagområde som er godkjent som spesialitet. Etter en grundig vurdering av ulike kriteriesett og med særlig vekt på hva som aksepteres internasjonalt, er det rimelig å bli stående ved følgende kriterier for en spesialitet:

- Fagområdet må være slik at det fordres spesielle kunnskaper og ferdigheter utover det som inngår i grunnutdanningen.
- Fagområdet må ha et selvstendig utdanningsopplegg som tilsvarer minst tre års fulltids studium ut over grunnutdanningen.
- Fagområdet må kunne gis definerte avgrensninger, både for å kunne fastsette krav til kompetanse og for å avgrense spesialistens virkefelt.

Anbefalingene i utredningen fastslår at det på de fleste fagområder vil være behov for spesialkompetanse og faglig utvikling.

Helsetilsynet vil ut fra samfunnsmessige forhold anbefale 4 spesialiteter:

- Oral kirurgi
- Kjeveortopedi
- Oral rehabilitering
- Samfunnsodontologi

Den eldste delen av befolkningen har i dag et betydelig behov for til dels komplisert restaurering av tannsettet. Denne behandlingen blir, ikke minst av medisinske årsaker, mer krevende jo eldre pasientene er. Det ser ut til å bli behov for tannleger med særlig kompetanse på dette feltet rundt om i landet. En vesentlig oppgave for disse tannlegene vil være å gi råd om og selv utføre komplisert rehabilitering av tannsett. Det bør utvikles en formalisert utdanning på dette feltet. Protetikk-delen av implantologi bør kunne inkorporeres i denne fagdisiplinen. Spesialiteten bør ha et navn som best beskriver innholdet og det mest nærliggende navnet er oral rehabilitering.

Til den ettårige videreutdanningen i samfunnsodontologi er det av kapasitetsmessige grunner ikke tatt opp kandidater siden 1988. Dette var en utdanning som fra midten av 70- tallet var skreddersydd for ledelse av offentlig tannhelsetjeneste. Et viktig element i utdanningen var også kritisk vurdering av fagstoff og tiltak for å utvikle tannhelsetjenesten både faglig og organisatorisk. Offentlig tannhelsetjeneste har rekrutteringsproblemer, også på ledersiden. Tilgang på kvalifiserte ledere innen Den offentlige tannhelsetjenesten vil kunne bidra til effektiv tjenesteproduksjon og god utnyttelse av offentlige ressurser.

Videre- og etterutdanning på dette feltet etterspørres sterkt fra den offentlige tannhelsetjenesten og burde også ha interesse for privatpraktiserende tannleger. Det er gode grunner for at videreutdanning i dette faget kommer i gang og at utdanningen styrkes. Videreutdanningen i samfunnsodontologi bør være likeverdig med annen spesialistutdanning.

I tillegg til de fire anbefalte spesialistutdanningene, vil det i større eller mindre grad være behov for spesialistkompetanse på de øvrige fagområder som i dag har etablert en treårig videreutdanning. Kandidater som gjennomfører en formalisert og godkjent videreutdanning som tilfredsstillende kriteriene nevnt ovenfor, bør få status som spesialist. Ved slike spesielle behov vil de som føler behovet måtte finansiere utdanningsstillingen. Det bør også være adgang til å ta en videreutdanning på eget initiativ og uten offentlig støtte.

Dersom utredning av bivirkninger fra odontologiske biomaterialer og kompetanse i kjeve- og ansiktsradiologi skal utbygges i helseregionene, er det naturlig at disse funksjonene knyttes til sykehus og har et nært samarbeid med kompetansesentrene.

Det er naturlig at behandling av leppe-, kjeve-, ganespalte pasienter og pasienter med sjeldne medisinske tilstander vurderes som landsfunksjoner.

Likeledes bør diagnostikk/analyser på fagområdet oral patologi også være en landsfunksjon.

Fem til ti prosent av befolkningen, så vel barn som voksne, lider av tannlegeskrekk (odontofobi) som er så alvorlig at de ikke søker behandling eller ikke lar seg behandle i ordinær tannlegepraksis. Et behandlingstilbud til denne pasientgruppen hører hjemme innenfor spesialiteten pedodonti.

1.2.5 Regionale kompetanse-/fagsentra

Status

Regjering og Storting framhever viktigheten av helseregioner og regionalisering for utvikling av spesialisthelsetjenesten. I dette inngår:

- ❖ forsknings- og kunnskapsspredning i regionen
- ❖ tilrettelegging for spesialistutdanningen av leger og annet helsepersonell i regionen
- ❖ fordeling av utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten ved tildeling av kvoter til helseregionene.

Omfattende endringer i regelverket som omfatter det regionale helseplanarbeidet innebærer at:

- Landet er inndelt i fem helseregioner.
- Virksomheten i de regionale helseutvalg er lovregulert
- De regionale helseutvalgene pålegges å utarbeide regionale planer som skal vedtas av departementet. Helseplanene er styringsverktøy for å sikre at nasjonale mål og prioriteringer følges opp.
- Departementet gis hjemmel til å vedta og endre de regionale helseplaner, men må vise varsomhet ved regional enighet.

Den regionale organiseringen og prosessen i forhold til helseplanarbeidet er ulik i regionene og har i større eller mindre grad funnet sin form. Det er opp til de enkelte regioner å finne egnede samarbeidsformer og strukturer.

Hensikten med å opprette odontologiske fagsentre er at befolkningen skal få rimelig tilgjengelighet til spesialisttjenester, samt å heve kompetansen i allmenntannlege-tjenesten. Sentrene bør ha følgende funksjoner:

- Være henvisningsinstans for sjeldne eller spesialiserte behandlinger
- Være instans for faglig rådgiving til tannhelsetjenesten og publikum
- Drive omfattende etterutdanning av tannhelsepersonell
- Planlegge og gjennomføre spesialistutdanning i samarbeid med universitetene

Fylkestannlegene anser regionale kompetansesentra som mest ønskelig organisering. De tre sentrene som er forsøkt etablert, er imidlertid fylkeskommunalt drevet.

Forslag til løsninger:

Uavhengig av utviklingen av regionale odontologiske kompetansesentra kan det være hensiktsmessig å vurdere om ikke tannhelsetjenester også bør inngå i de regionale helseplanene. Det er i planarbeidet at vesentlige premisser for økonomiske disposisjoner blir lagt. Fagområder som ikke omfattes av planene, kan lett bli salderingsposter. Mange argumenter taler for opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra. Erfaringer fra forsøk på å opprette slik virksomhet viser tydelig at det er behov for et formalisert regionalt samarbeid for å lykkes (jfr planer om opprettelse av kompetansesenter i Tromsø).

Tilgang på odontologiske spesialisthelsetjenester bør ses i en nasjonal sammenheng. I dagens situasjon har man funnet det formålstjenlig å knytte odontologiske kompetansesentre organisatorisk nært til Den offentlige tannhelsetjenesten. Kompetansesentre vil være viktig for rekruttering, stabilitet og faglig utvikling i tannhelsetjenesten. Mye av spesialistutdanningen i

Sverige foregår på større spesialistklinikker utenfor universitetene. Dette er en ordning som trolig har bidratt til geografisk fordeling av spesialister.

Universitet og regionsykehus, eventuelt sentralsykehus vil være viktige eksterne samarbeidspartnerne til kompetansesentrene, og det bør bli mulig å legge videreutdanning til slike sentre.

Rådgivning og etterutdanning er særlig viktige funksjoner når målet er å heve kompetansen i allmennpraksis. Mye av dagens etterutdanning er av rent teoretisk art. Tannlegene etterspør også etterutdanning i form av praktisk/klinisk trening. På dette feltet ligger forholdene til rette for å utvikle gode etterutdanningstilbud ved kompetansesentrene.

Spesialistutdanning bør bli en kjernefunksjon ved kompetansesentrene. Samarbeidet med fakultetene om denne oppgaven vil bidra til å sikre den faglige kvaliteten. Et slikt samarbeid er også nyttig for fagutvikling og forskning ved kompetansesentrene.

Veiledningstjeneste er et viktig element i de fleste spesialistutdanninger. Argumentet for denne tjenesten er bl a å utvikle kandidatens pedagogiske egenskaper og ferdigheter. Når det er ønskelig at spesialistene også skal bidra til å heve kompetansen i allmennpraksis, er dette et helt avgjørende element i spesialistutdanningen.

Et senter med offentlige ansatte spesialister vil sannsynligvis være enklest å samordne ut fra et styrings-/samordningsperspektiv. Det bør også være mulig å drive sentra med både private og offentlige spesialister eller sentra hvor spesialistene er lokalisert på forskjellige steder osv.

De viktigste hindringene for å få etablert lokale kompetansesentra synes å være økonomiske problemer knyttet til oppstart og drift, samt vanskene med å rekruttere spesialister.

Statlig tilskudd til oppstart har vist seg å være et viktig incitament (jfr. Kompetansesentret i Bodø).

1.2.6 Struktur for framtidig spesialistutdanning.

Nye forskrifter om spesialistutdanning av leger trådte i kraft 1. januar 1999. Av forskriften går det fram at Sosial- og helsedepartementet har den formelle godkjenningsmyndighet når det gjelder:

- delområde for spesialitet,
- regler for gjennomføring av spesialistutdanning, krav til gjennomført utdanning og andre vilkår som må oppfylles,
- institusjoner som kan gi utdanning og
- den enkelte spesialist

Når det gjelder godkjenning av den enkelte kandidat som spesialist, er myndigheten delegert Den norske lægeforening. Tilsvarende bør spesialistkandidater innen odontologi godkjennes av Tannlegeforeningen.

Forskriften omtaler også opprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger. Før departementet treffer avgjørelser som vedrører de tre første punktene over, skal sakene forelegges Nasjonalt råd.

Flere argumenter taler for at Nasjonalt råd kan ivareta denne funksjonen også for spesialistutdanning innen odontologi under den forutsetning at oppnevnte fagrepresentanter fra det medisinske feltet byttes ut med oppnevnte odontologiske fagfolk.

Gjennomgang av finansieringen av legers videre- og etterutdanning viser at ansvaret er delt.

Vi ber departementet vurdere om ikke det finansielle ansvaret for odontologisk spesialistutdanning skal fordeles mellom aktørene som ved legenes spesialistutdanning.

1.3 Vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

Generelt

Hensikten med denne vurderingen er i grove trekk å peke på mulige måter å administrere finansieringen av spesialistutdanning på. I tillegg blir det gjort forsøk på å angi størrelsesorden på kostnadene knyttet til slik utdanning. Mer detaljerte beregninger må naturligvis gjøres på et senere tidspunkt, når myndighetene treffer beslutninger om odontologisk spesialistutdanning. Foreløpig mangler noen av forutsetningene for å gjøre detaljerte beregninger. Dette ansees også å ligge utenfor utredningens mandat.

Opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra

I følgende regnestykke legges til grunn at oppbyggingen skjer fra "bar bakke" og at nødvendige lokaler leies. Investeringene blir dermed først og fremst knyttet til inventar, utstyr og instrumenter. Dersom senteret trenger seks behandlingsrom og investeringene per behandlingseenhet settes til 600 000 kr, blir etableringskostnaden 3,6 mill kr. I totalbeløpet er inkludert diverse spesialutstyr så som panoramarøntgen, digitalrøntgen, intra- og ekstraorale kamera og audiovisuelle hjelpemidler.

Den organisatoriske forankringen og den geografiske lokaliseringen av kompetansesenteret vil ha betydning for etableringskostnadene. En organisering i Den offentlige tannhelsetjenesten kan redusere kostnadene fordi tannhelsetjenesten allerede disponerer noe av det utstyr og inventar som trengs. Det samme er tilfelle med lokalisering til fylker der kompetansesentra allerede er under etablering.

I kapittel 13 blir det understreket at statlig tilskudd til etablering er et avgjørende incitament. Det er rimelig at etableringskostnadene deles mellom Staten og fylkeskommunene i regionen.

Driftskostnader

Driftskostnadene omfatter administrasjon, lønnskostnader, husleie, forbruksmateriell og fornyelse/avskrivning av utstyr. Det er flere måter å beregne driftskostnadene på, men den enkleste tilnærmingen er å sammenlikne med kostnadene i Den offentlige tannhelsetjenesten. Jevnt over ligger de totale driftskostnadene på om lag 1,2 mill kr per tannlegeårsverk. Av

dette er om lag to tredeler lønnskostnader. Driftskostnadene ved et fullt bemannet kompetansesenter med seks behandlingenheter blir dermed om lag sju mill kr per år. I dette beløpet er inkludert lønn til administrativ leder ved senteret.

Statens helsetilsyn anbefaler at 20% av virksomheten skal være forbeholdt spesialistutdanning. Det innebærer at Statens årlige bidrag til hvert kompetansesenter blir om lag 1,4 mill kr. Et slikt tilskudd over Sosial- og helsedepartementet sitt budsjett må forutsette at senteret har et økonomisystem som kan skille spesialistutdanningen fra den øvrige driften.

Den øvrige driften må finansieres av kompetansesenterets eier som etter Helsetilsynet sin anbefaling er fylkeskommunen. Ved full bemanning og full drift er det (som påpekt i kapittel 13) grunn til å forvente inntekter (og innsparinger ved spesialistbehandling av prioritert klientell) som godt og vel balanserer driftskostnadene. Inntektene kommer i alt vesentlig fra pasientbehandling, men noe kan komme fra salg av tjenester (etterutdanning). Noe av virksomheten (veiledning/rådgivning) vil ikke være inntektsgivende.

Med dagens vanskelige rekrutteringssituasjonen når det gjelder tannlegespesialister kan det tenkes at sentrene blir bemannet med spesialister i deltidstillinger. Dette vil redusere inntektene, men også de variable utgiftene. De faste utgiftene (husleie, avskrivninger m m) blir uendret. Dersom et senter planlegges for deltidstillinger, er det imidlertid mulig å redusere arealbehovet og dermed også faste utgifter. Det ser altså ut til at driften av et regionalt kompetansesenter alt i alt vil innebære en ubetydelig nettoutgift for eieren forutsatt statlig finansiering av spesialistutdanning.

Finansiering av spesialistutdanningen ved fakultetene

Ved begge fakulteter er det gjort beregninger av kostnader knyttet til videreutdanningen (kapittel 5). På utgiftsiden er det lønninger til lærere og instruktører som veier tyngst. På inntektssiden er det tatt hensyn til verdien av kandidatens arbeidsinnsats under utdanningen. Netto kostnader er anslått til om lag 3,8 mill kr ved fakultetet i Oslo og om lag 1,6 mill kr i Bergen per år. Det blir imidlertid understreket at det hefter betydelig usikkerhet ved disse anslagene. Fakultetenes økonomisystemer er ikke slik innrettet at utgifter og inntekter ved spesialistutdanningen uten videre kan skilles ut. En statlig finansiering over Sosial- og helsedepartementet sitt budsjett bør forutsette en omlegging av fakultetenes økonomisystemer slik at spesialistutdanningen kan presentere særskilt budsjett og regnskap.

Finansiering av utdanningsstillinger

I mai 1999 var det 67 kandidater under spesial/spesialistutdanning (kapittel 10). Helsetilsynet anbefaler å øke utdanningskapasiteten med tre kandidater per år ved fakultetene. I tillegg kommer inntil femten kandidater per år ved de regionale kompetansesentra. Til sammen vil det utgjøre vel ett hundre kandidater under spesialistutdanning til enhver tid. Dersom de fleste er i utdanningsstillinger og disse stillingene avlønnes på linje med offentlige tannlegestillinger, blir lønnskostnadene på om lag 30 mill kr per år.

I Helsetilsynet sine anbefalinger er det lagt vekt på behovsstyring av utdanningsstillinger, men også økonomisk ansvar knyttet til fylkeskommunenes og fakultetenes behov for spesialister. Det blir pekt på at spesialistutdanningskandidater representerer et visst inntjeningspotensiale for arbeidsgiver enten det er fakultetene eller fylkeskommunene. Dermed er noe av det

økonomiske grunnlaget for utdanningsstillinger ved fakultetene og kompetansesentrene på plass. Inntjeningsmuligheten er imidlertid ikke nok til å dekke lønnskostnadene ved disse stillingene. Differansen mellom inntekter og lønnskostnader varierer fra fagområde til fagområde og med geografisk avstand fra hjemfylket. Kandidater i kjeveortopedi har f.eks. liten tid til disposisjon i studieperioden. Slik de fleste utdanningsprogrammene er lagt opp, er det imidlertid mulig for kandidatene å benytte noe av tiden til inntektsbringende virksomhet for arbeidsgiver. Dessuten kan arbeidsgiver binde opp kandidatene i spesialiststillinger i inntil to år etter at utdanningen er avsluttet. Med dagens honorarnivå for spesialister, vil spesialistene representere en betydelig netto inntjening for arbeidsgiver i bindingstiden. Spesialistenes arbeidsinnsats under og etter utdanning bør gi inntjening som også dekker halvparten av lønnsutgiftene for kandidatene i utdanningstiden.

Staten bidrar etter dagens ordning til finansiering av utdanning av legespesialister (kapittel 7). Dels skjer det ved overføringer til Lægeforeningens fond, dels er slike midler innbakt i rammeoverføringer til fylkeskommunene. Det er derfor ikke urimelig å forvente at Staten også bidrar til tannlegenes spesialistutdanning. Staten bør derfor dekke den resterende halvpart av lønnskostnadene. Det blir etter dette i størrelsesorden 15 mill kr per år.

I kapittel 14 blir det pekt på ulike kanaler for statlig delfinansiering av utdanningsstillinger:

1. Øremerkede midler til fylkeskommunene og fakultetene. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger delegeres myndighet til forestå fordeling.
2. Kanalisering av midlene gjennom økning av rammeoverføringene til fylkeskommunene og påslag på fakultetenes budsjetter.
3. Opprettelse av en fellespool der Staten, fylkene og fakultetene er ”innskytere” og der lønnskostnader dekkes etter søknad. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger gis myndighet til å behandle søknadene.
4. Avsetning av statlige midler slik at fakultetene og fylkeskommunene kan tildeles økonomisk støtte i forhold til antall opprettede utdanningsstillinger.
 - Alternativ 1 sikrer at midlene går til det formål de er tiltenkt. Ordningen forutsetter imidlertid at sentrale myndigheter hver gang må gjøre behovsvurderinger.
 - Ved alternativ 2 kan en risikere at bruken av midlene er prisgitt fakultetenes og fylkeskommunenes økonomiske situasjon.
 - Alternativ 3 kan gi god fordelingseffekt, men forutsetter på samme måte som alternativ 1, behovsvurderinger. Dette alternativet gir gode muligheter for mer langsiktig planlegging av kompetanseoppbygning.
 - Det er alternativ 4 som best ivaretar den tilsiktede dynamikken i Helsetilsynets forslag. Alternativ 4 gir også best stimulerings-effekt for opprettelse av utdanningsstillinger.

På bakgrunn av de beregninger som er gjort og med alle forbehold som er tatt, ser det ut til at Statens totale årlige utgifter til spesialistutdanning av tannleger blir:

Delfinansiering av utdanningsstillinger	15 mill kr
Spesialistutdanning ved fakultetene	6 mill kr
Spesialistutdanning ved kompetansesentrene	7 mill kr
Sum	28 mill kr

I tillegg kommer etableringstilskudd til kompetansesentrene som et øremerket engangsbeløp.

Kapittel 2. Bakgrunn for og hensikten med utredningen

2.1 Bakgrunn

I lov av 3. juni 1983 nr 54 om tannhelsetjenesten heter det (§1-1): ”Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.” Ellingsæter foreslo i utredningen nr 7 - 92 ”Tannhelsetjenesten i Norge” at en spesialistutredning gis høy prioritet.

Etter en interpellasjon ved representanten Alvheim fattet Stortinget 7. mai 1998 følgende vedtak: ”Stortinget ber Regjeringen vurdere å fremme forslag for Stortinget om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner.”

Under avsnittet om ”Utvikling av tannhelsetjenesten” i statsbudsjettet for 1999 står det bl a: ”Videre avsettes midler til utredning om regionale kompetansesentra og spesialistutdanning av tannleger. Stortinget ba i vedtak av 7. mai 1998 regjeringen om å vurdere eventuell opprettelse av odontologiske kompetansesentra. Slike sentra bør vurderes i sammenheng med spesialistutdanning av tannleger, de odontologiske fakultetenes rolle i dette og de endringer som skjer med henblikk på spesialistutdanningen av leger. Videre bør kompetansesentra vurderes i forhold til spesialistvirksomhet innen tannhelsetjenesten, fagutvikling og stabilitet i Den offentlige tannhelsetjenesten.”

2.2 Problembeskrivelse

Utdrag fra Sosial- og helsedepartementet: Utredningsmandat - Statens helsetilsyn. Oslo 25.02.99:

”Sosial- og helsedepartementet mener fire sentrale problemstillinger preger tilbudet av spesialiserte tannhelsetjenester i Norge i dag:

For det første viser nye tall en sterk skjevfordeling av tannlegespesialister i Norge, med en konsentrasjon i de sentrale strøk av landet. Ifølge en vurdering av tannlegebehov i forbindelse med utredningen om tannlegestudium i Tromsø må det skje en økning av spesialistantallet med 122% i Nord-Norge og 82% i Midt-Norge for å komme opp på landsgjennomsnittet.

For det andre mangler fylkeskommunene og statlige myndigheter per i dag reelle styringsmuligheter når det gjelder antall utdanningsplasser for tannlegespesialister og/eller opptaksvilkår.

Et tredje sentralt spørsmål for framtiden er også hvilke spesialiteter vi skal ha innen tannhelsetjenesten, sett i lys av utviklingen innen grunnutdanningen av tannleger og framtidig behov for kompetanse innen tannhelsetjenesten. Departementet vil i denne sammenhengen blant annet peke på at det i dag ikke gis videreutdanning innen samfunnsodontologi eller allmennpraksis, og at oppbygging av slik kompetanse vil kunne ha en positiv innvirkning på

rekrutteringen til Den offentlige tannhelsetjeneste.

For det fjerde anser Sosial- og helsedepartementet det hensiktsmessig å vurdere en videre utbygging av det regionale samarbeidet for de spesialiserte tannhelsetjenester for blant annet å bidra til en jevnere fordeling av spesialister. Likeledes mener departementet at det er hensiktsmessig å vurdere de spesialiserte tannhelsetjenester i lys av en større planmessig sammenheng på regionalt nivå, hvor mange av de totale prioriteringer for et samlet helsevesen vil finne sted i framtiden. Sentralt i denne sammenhengen står også spørsmålet om i hvilken grad regionale odontologiske kompetansesentra vil kunne ha en viktig rolle i spesialistutdanningen, spredning av tannlegespesialister, i systematisk etter- og videreutdanning og ev. i forskningsaktivitet innen Den offentlige tannhelsetjenesten.”

2.3 Mandat

2.3.1 Mandat av 25. februar 1999

”Utredningen skal identifisere de problemstillinger som er årsaken til den mangelfulle tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester i deler av landet og den generelle mangelen på tannlegespesialister. Utredningen skal vurdere behovet for spesialiteter og skal inneholde forslag til systemstruktur og statlige styringsvirkemidler som kan bidra til å sikre tilgang og et tilstrekkelig antall spesialister, under hensyntagen til de mål og prinsipper som følger av politiske vedtak. De økonomiske, administrative og distriktmessige konsekvenser av forslagene må belyses.”

2.3.2 Utvidelse av mandat av 31. mai 1999

I brev fra Sosial- og helsedepartementet av 31. mai ble mandatet utvidet med følgende punkter:

- Utredningen skal inneholde en vurdering av Gaare-utvalgets flertallsinnstilling i NOU 1986:25 om overføring av finansiering av kjeveortopedisk behandling, sett i lys av dagens situasjon innenfor feltet.
- Vurdering av de organisatoriske, administrative og økonomiske konsekvenser av en slik modell.

2.4 Hensikten med utredningen

Hensikten med utredningen er å gi politiske myndigheter et faglig grunnlag for å fatte beslutninger vedrørende utvikling av odontologiske kompetansesentra og utdanning og fordeling av tannlegespesialister. Statens helsetilsyn gjør utredningen på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Utredningen skal bli en rapport i Statens helsetilsyns utredningsserie.

Kapittel 3. Aktuelle lover, forskrifter, direktiver og ordninger når det gjelder spesialutdanning og spesialistgodkjenning for tannleger

3.1 Rådsdirektiv nr. 1

Rådsdirektivet omhandler en samordning av lover og forskrifter om tannlegevirksomhet. I direktivet sies følgende (1): ”Ved gjennomføring av den gjensidige godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis som fastsatt i rådsdirektiv 78/687/EØF av 25. juli 1978 om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis for tannleger, herunder tiltak for å lette den faktiske utøvelse av etableringsretten og adgangen til å yte tjenester, gjør likheten mellom utdanningene i medlemsstatene at samordningen på dette området kan begrenses til krav om å holde minimumsnormer, slik at medlemsstatene for øvrig står fritt til å organisere undervisningen.”

For å sette samtlige yrkesutøvere som er statsborgere i medlemsstatene i EØS på noenlunde lik fot var det hensiktsmessig å foreta en viss samordning av utdanningsvilkårene for tannlegespesialister. Det ble derfor fastsatt visse minimumskriterier både for adgang til utdanning til tannlegespesialist, utdanningens minimumsvarighet, undervisningsform og undervisningssted, samt det tilsyn utdanningen bør underlegges. Disse kriteriene angår bare de spesialistutdanningene som er felles for medlemsstater.

Artikkel 1 i direktivet omhandler tannlegeutdanningen, mens artikkel 2 omfatter tannlegespesialistutdanning.

Viktige vedtak i direktivet:

3.1.2 Artikkel 2:

Medlemsstatene skal påse at den utdanning som fører til diplom, eksamensbevis eller annet kvalifikasjonsbevis for tannleger med spesialistutdanning, må oppfylle følgende vilkår som et minimum for utdanningen:

- den skal forutsette fullførte og godkjente fem års heltidsstudier med teoretisk og praktisk undervisning (tannlegeutdanning)
- den skal omfatte teoretisk og praktisk undervisning
- den skal foregå på heltid i minst tre år under tilsyn av vedkommende myndigheter eller organer
- den skal foregå på et universitet, på et behandlings-, undervisnings- eller forskningscenter eller eventuelt i en helseinstitusjon som er godkjent for dette formål av vedkommende myndigheter eller organer
- den skal innebære at kandidaten under spesialistutdanning personlig deltar i de aktuelle institusjoners virksomhet og ansvarsområde

Dette innebærer at spesialistutdanning ikke bare kan foregå på et universitet, men også andre utdanningssteder kan benyttes når de godkjennes for dette formålet.

3.1.2 Artikkel 3:

Med forbehold om prinsippet om heltidsutdanning kan medlemsstatene tillate utdanning til tannlegespesialist på deltid på vilkår godkjent av vedkommende nasjonale myndigheter dersom heltidsutdanning som følge av godt begrunnede årsaker ikke vil være gjennomførbart. Derimot kan ikke den samlede varighet av utdanningen forkortes. Utdanningsnivået kan ikke senkes verken fordi det dreier seg om deltidstudanning eller på grunn av utøvelse av lønnet privat virksomhet.

3.2 Forskrift om godkjenning av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS)

Denne forskriften beskriver kravene til tannleger fra andre EØS-land for å bli godkjent som spesialist i Norge (2). Dette har ingen konsekvens for oppbygging og gjennomføring av spesialistutdanning i Norge.

3.3 Nordisk overenskomst

Nordisk overenskomst er inngått mellom de nordiske landene (3). Den gir ytterligere rettigheter for nordiske statsborgere når det gjelder spesialistgodkjenning fra land utenfor EØS og for spesialiteter som ikke er inkludert i rådsdirektiv 94/16/EØF.

Etter denne overenskomsten vil en nordisk statsborger med spesialistgodkjenning fra ett av de nordiske landene ha rett til samme godkjenning i et annet nordisk land selv om den opprinnelige spesialistgodkjenningen er fra et land utenfor EØS. Spesialiteter som ikke omfattes av EØS-avtalen, men som finnes i to eller flere nordiske land, vil også kunne godkjennes mellom nordiske land der spesialiteten finnes. Innen medisinen er slike eksempler for Norge allmenntilleggsmedisin, klinisk nevrofysiologi og medisinsk genetik.

3.4 Dagens ordninger for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger

Gjeldende ordninger er regulert av forskrifter. Forskriftene er gitt i samsvar med lov om tannleger av 13. juni 1980, § 13. I forskriftene omtales Helsedirektoratet. Dette er i dag Statens helsetilsyn.

3.4.1 Almennlig forskrift om godkjenning av tannlege som spesialist i odontologi og om tilbakekalling av godkjenning (4).

Forskriftens hovedinnhold:

- Tannlege som har norsk autorisasjon kan få godkjenning som spesialist innen en avgrenset del av de odontologiske fagområder når vedkommende har gjennomgått en slik utdanning som er bestemt og fyller de vilkår som er satt (§1).
- Statens helsetilsyn fastsetter de avgrensede deler av odontologiske fagområder –spesialiteter - som det kan gis spesialistgodkjenning i (§2).
- Statens helsetilsyn fastsetter kravene til utdanning og de vilkår som gjelder for hver spesialitet. Helsetilsynet kan fastsette at søkere må gjennomgå prøve for å bli godkjent som spesialist (§2). Videre skal innstilling fra Den norske tannlegeforening og uttalelse fra de odontologiske fakultetene foreligge før bestemmelser i denne paragrafen endres.

3.4.2 Forskrift om spesialister i odontologi og utdanningskrav, om godkjenning av spesialiteter og tilbakekalling av spesialistgodkjenning (5).

Forskriftens hovedinnhold:

- Den norske tannlegeforening har inntil videre fått myndighet til å behandle og avgjøre søknad om godkjenning som spesialist i odontologi og sak om tilbakekalling av spesialistgodkjenning (§1).
- Ved behandling av sak om godkjenning av spesialist og om tilbakekalling av spesialistgodkjenning skal ”Spesialistbestemmelser for Den norske tannlegeforening” legges til grunn (§2).

3.4.3 Spesialistregler

Spesialistregler for Den norske tannlegeforening (NTF) ble vedtatt av representantskapet i 1952, og sist endret i 1994. Spesialistreglene omfatter bestemmelser for godkjenning av spesialist og detaljerte krav til utdanningenes innhold.

De alminnelige bestemmelsene er i hovedsak slik:

- Tannleger som ønsker godkjenning som spesialist, sender skriftlig søknad til Den norske tannlegeforening med dokumentasjon i samsvar med krav.
- NTFs hovedstyre oppnevner etter forslag fra spesialistforeningene en spesialistkomité.
- Spesialistkomitéen innstiller til godkjenning overfor hovedstyret.
- Godkjenning som spesialist gis av NTFs hovedstyre.

Statens helsetilsyn kan tilbakekalle en tannleges godkjenning som spesialist dersom tannlegen ikke anses faglig skikket til å være spesialist.

3.4.4 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet i Den norske tannlegeforening er et rådgivende organ som skal ha sin oppmerksomhet rettet mot alle forhold vedrørende spesialistutdanning. Statens helsetilsyn er representert i rådet med én observatør.

3.5 Spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist

Ny ordning for leger trådte i kraft 1. januar 1999. Retningslinjene er gitt i Forskrift om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist (6).

Sentrale bestemmelser i forskriften:

1. Sosial- og helsedepartementet
 - fastsetter hvilke avgrensede deler av det medisinske fagområdet det kan gis spesialistgodkjenning i.
 - fastsetter nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanningen av leger og om krav til gjennomført utdanning ved godkjente utdanningsinstitusjoner og andre vilkår som søker må oppfylle for å kunne godkjennes som spesialist.
 - godkjenner institusjoner som skal utdanne leger som spesialister. Før vedtak treffes om utdanningsinstitusjoner skal saken forelegges Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger til uttalelse.

2. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger:
Det opprettes et nasjonalt råd som skal være rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet i overordnede spørsmål om spesialistutdanning av leger.
3. Godkjenning som legespesialist: Den norske lægeforening behandler og avgjør søknader om godkjenning som spesialist og skal holde departementet løpende orientert om vedtakene.
4. Tilbakekalling av spesialistgodkjenning: Statens helsetilsyn kan tilbakekalle en leges godkjenning som spesialist dersom legen ikke anses faglig skikket til å være spesialist.

Referanser

1. Rådskonferanse nr 11 om samordning av lover og forskrifter om tannlegevirksomhet (78/686/EØF). 25. juli 1978
2. Forskrift om godkjenning av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS). 3. juni 1995 nr 376
3. Rådskonferanse 93/16/EØF. 5. april 1993 i EØS avtalen
4. Alminnelig forskrift om godkjenning av tannlege som spesialist i odontologi og om tilbakekalling av godkjenning. 30. august 1984 nr 1643. Endret 3. juni 1994 nr 383.
5. Forskrifter om spesialiteter i odontologi og utdanningskrav, om godkjenning av spesialister og tilbakekalling av spesialistgodkjenning. 30. august 1984 nr 1644. Endret 3. juni 1994 nr 384.
6. Forskrift om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist. 3. september 1998 nr 858.

Kapittel. 4 Utredninger, politiske vedtak, føringer og signaler vedrørende spesialistutdanning og kompetansesentra

4.1 Utredninger

4.1.1 Spesialisttandvården i framtiden

Utredning om spesialisttannhelsetjenesten i Sverige forelå i 1989 (1). Utredningen foreslo følgende kriterier for å definere et område som spesialitet:

- Spesialistområdet skal være et velavgrenset klinisk område.
- Behovet hos et større antall pasienter skal være slik at allmenntannleger ikke kan forventes å ha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter for å behandle disse pasientene.
- Allmenntannleger har i stor utstrekning ikke mulighet for å konsultere en mer erfaren og mer kompetent allmenntannlege.
- Flerårig utdanning og klinisk trening under veiledning er nødvendig.

Utredningen konkluderte med at spesialisttannlegens arbeidsoppgaver skulle være:

- Utføre mer kompliserte arbeider.
- Være konsulent for allmenntannlegene.

I utredningen brukes begrepet ”behörighetsämne”, definert som et velavgrenset klinisk virksomhetsområde som ikke foreslås som spesialitet. Dette foreslås i tillegg til spesialistutdanningen. Parallellen i Norge er spesialutdanning.

Det ble foreslått kun 3 spesialiteter:

- Kjeveortopedi
- Oral kirurgi
- Oral rehabilitering

Forslaget til spesialisttannhelsetjenestens utforming er bygget på at det også er en systematisk ”efterutbildning og vidareutbildning” for tannleger. Hensikten med slik utdanning skal bl. a. være at:

- det innen hele tannhelsetjenesten finnes tannleger med rett kompetanse i forhold til sitt klientell.
- tannhelsetjenesten skal utføre sine oppgaver med et så lite antall spesialister som mulig.
- tannhelsetjenesten har ulike kompetansenivåer og kan derfor være så fleksibel som mulig i forhold til behandlingsbehov og behandlingsteknikker.
- allmenntannlegens stilling styrkes.

Imidlertid er få eller ingen av forslagene blitt gjennomført.

4.1.2 Tannhelsetjenesten i Norge (2)

Utredningen drøftet forholdet kompetanse og personell. Sentrale konklusjoner var:

- Grunnutdanningenes innhold må endres for å tilpasse seg kravene til endrede arbeidsoppgaver.
- Behovet for spesialister må vurderes ut fra den reelle kompetansen som allmennpraktikeren kan oppnå, ikke på grunnlag av den formelle kompetansen ved endt utdanning.

Det ble foreslått en spesialistutredning med sentrale problemstillinger:

- hvilken verdi har spesialiteter i seg selv, hva betyr det for utviklingen av odontologien?
- hvilken spesialistkompetanse har tannhelsetjenesten behov for?
- hvilke spesialiteter er det behov for og hvor mange spesialister i hver?
- hvilken rolle skal de med spesialistkompetanse ha?
 - i utdanningsinstitusjonene?
 - i den utøvende tannhelsetjenesten?
- hvordan skal utdanningen foregå, sentralisert/regionalisert?
- de odontologiske fakultetenes rolle og plass i spesialistvirksomheten (rådgiver, veileder, henvisningssted)
- organiseringen av spesialistvirksomheten/spesialisert kompetanse

4.1.3 Spesialisering innen odontologien (3)

Tannlegeforeningens spesialitetsråd gjennomførte i 1993 en utredning om spesialisering innen odontologien. Spesialitetsrådet konkluderte med følgende tilrådinger:

- Det bør etableres videreutdanning innen flest mulig disipliner.
- Tittelen ”spesialutdannet” erstattes med ”tannlege med videreutdanning i
- Odontologisk spesialkompetanse må gjøres tilgjengelig i alle deler av landet.
- En desentralisering av videreutdanningen bør utprøves.
- Det opprettes ikke nye spesialiteter verken i endodonti, protetik eller allmennpraksis.
- Det vedtas et sett med kriterier for vurdering av spesialiteter.
- Det foretas en ny vurdering av spesialitetsspørsmålet ut fra disse kriteriene, også mht eksisterende spesialiteter.

4.1.4 Godkjenning av spesialister i kjeveortopedi i Norge (4)

Norsk Kjeveortopedisk Forening oppnevnte i 1993 en arbeidsgruppe for å vurdere det nåværende norske regelverk for godkjenning av spesialister i kjeveortopedi og eventuelle forslag til endringer. Rapporten forelå i 1994. På dette tidspunkt var videreutdanningen i kjeveortopedi utvidet til 3 år og tilpasset kravene i den felles europeiske utdanningsmodellen.

Det ble bl.a. gitt følgende anbefalinger:

- Spesialistgodkjenning i kjeveortopedi gis etter fullført 3-årig videreutdanning ved norsk lærested eller ved lærested i EØS-land. Kravet om kasuspresentasjoner etter endt utdanning bortfaller.
- Ved norske læresteder sikres Den norske tannlegeforening fortsatt kontroll med det kliniske spesialitetsnivå ved at NTFs spesialistkomité vurderer og godkjenner kandidatens eksamenskasus.

4.1.5 Ledighet og ustabilitet i tannlegestillinger (5)

Forslag til statlig stimulering for å redusere ledighet og sikre stabilitet i offentlige tannlegestillinger ble lagt fram i 1993. Utredningen er i hovedsak rettet mot problemene i Nord-Norge. Faglige stimuleringstiltak med etter- og videreutdanning vektlegges. Odontologiske kompetansesentre anses som et viktig virkemiddel. Det framheves at ”statlig engasjement for å få de odontologiske kompetansesentrene i virksomhet vil også kunne ha en betydelig ”signaleffekt” overfor tannhelsetjenesten i landsdelen”.

4.1.6 Tannlegers karrierevalg (6)

En rapport om tannlegers karrierevalg drøfter årsaker til at tannleger slutter i offentlig tannhelsetjeneste. Som et viktig tiltak for å forhindre dette sier rapporten: ”Det har i mange år vært planer om regionale odontologiske kompetansesentre, Dette vil være et stimuleringstiltak som knytter tannlegene i utkantene nærmere til forskning og videreutdanning, og burde være et fint tiltak i forhold til dårlig trivsel dersom mistrivselen bunner i følelsen av faglig stagnasjon og manglende forståelse for arbeidsoppgavene innen den offentlige tannhelsetjenesten.”

4.2 Kompetanse og kompetansereform

Kompetanse og kompetansereform har vært på det politiske kartet de senere årene. NOU 1997:25 ”Ny kompetanse” (Buer-utvalget) - er en utredning om grunnlaget for en nasjonal handlingsplan for et helhetlig system for voksenopplæring og kompetanseutvikling i arbeids- og samfunnslivet (7). Dette ble fulgt opp med St meld nr 42 (1997-98) ”Kompetansereformen” (8). Disse dokumentene kan ikke relateres direkte til spesialutdanning for tannleger og odontologiske kompetansesentra, men gir viktige signaler.

Kompetansereformen skal omfatte alle voksne i og utenfor arbeidsmarkedet og skal ha et bredt og langsiktig perspektiv. Reformen skal gjennomføres som en prosess hvor både arbeidsgivere, arbeidstakere og det offentlige må bidra sterkt. Videre er følgende elementer sentrale i disse dokumentene:

- kompetanseutvikling må foregå kontinuerlig i et livslangt læringsperspektiv
- kunnskapsforståelsen må være bred der både teoretiske og praktiske kunnskaper og utvikling av kreativitet, initiativ, entreprenørskap, samarbeidsevne og sosiale ferdigheter inngår i et hele. Holdninger og verdier er en del av kunnskapsforståelsen.

4.3 St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet

St meld nr 24 (1996-97) ”Tilgjengelighet og faglighet” inneholder tiltak for en sterkere regional samordning av spesialisthelsetjenesten gjennom statlig vedtak av regionale helseplaner og formalisering av de regionale helseutvalgene (9). Meldingen dreier seg i hovedsak om problemer knyttet til de overordnede, strukturelle forholdene som finansiering, eierstruktur og organisering av sykehusdriften.

For å sikre at lovendringene om regionalt samarbeid kunne tre i kraft fra 01.01.99, ble Ot.prp. nr. 48 (1997-98) ”Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid” fremmet (10). Proposisjonen om de regionale helseutvalgene ble behandlet i Stortinget juni 1998 (jfr. Inst. O. nr 65 (1997-98). Komiteen vektlegger der at “....regionene skal være et organ for formalisert samordning av fylkeskommunenes spesialisthelsetjeneste. På denne bakgrunn vil

de regionale helseplanene etter komiteens mening gi bedre oversikt over og forutsigbarhet for planlegging og prioritering, og dermed danne et bedre grunnlag for fordeling av ressurser og tjenester i en nasjonal helseplan.”

Sosial- og helsedepartementet har utgitt en rapport om “Konkretisering og gjennomføring av modell for regionalt helsesamarbeid og nasjonal styring” (11). Rapporten legger til grunn at regionale helseplaner skal være kortfattede overordnede strategiske planer. Planene skal inneholde en del med overordnede mål og prioriteringer i regionen, overordnede strategier, inklusive nasjonale mål og satsingsområder. De skal også inneholde en tiltaksdel på sentrale områder i forhold til nasjonale krav.

Den viktigste oppgaven for det regionale helseutvalg er å utarbeide regionale helseplaner og sørge for at tiltakene blir fulgt opp. Når det gjelder andre oppgaver som er nødvendige for å styrke det regionale samarbeidet, påpekes følgende:

- forsknings- og kunnskapsspredning i regionen, sikre høy kvalitet i forskning, kompetanseutvikling og undervisning av helsepersonell.
- tilrettelegge for spesialistutdanningen av leger og annet helsepersonell

Stortingsmeldingen uttrykker også at fordeling av legestillinger og utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten i framtida skal skje ved tildeling av kvoter til helseregionene. De regionale helseutvalgene får i oppgave å fordele stillingene til de enkelte sykehus, eller som rammer til den enkelte fylkeskommune. Dette er et viktig prinsipp som er valgt for fordeling av spesialister og utdanningsstillinger.

Når det gjelder fylkeskommunens viktigste oppgaver innenfor utdanning av helsepersonell, knytter meldingen dette til spesialistutdanning av leger og sykepleiere. Det må likevel bemerkes at Regjeringen bl.a. har som et av sine hovedmål å kanalisere helsepersonell inn mot prioriterte oppgaver i det offentlige helsevesen og sikre god fordeling av fagfolk.

Et sentralt område er effektivisering av spesialistutdanningen for leger og krav til etterutdanning. Det trekkes fram (Hafnerutvalget) at etterutdanning og oppdatering av norske spesialister er usystematisk, vilkårlig og i noen tilfeller mangelfull. Videre understrekes kravet til arbeidsgiver om å sørge for at alle som har det faglige ansvar, til enhver tid innehar den nødvendige kompetanse. Under faktorer som påvirker kvaliteten i spesialistutdanningen påpekes at det er “avgjørende i hvilken grad det gis “rom” for utdanning, dvs. tid og anledning til veiledning, faglig instruksjon/supervisjon/oppfølging, strukturert undervisning, litteraturfordypning og deltakelse på kurs og kongresser”.

4.4 Interpellasjonen i Stortinget våren 1998

I Stortinget, 7. mai 1998, ble det fremmet en interpellasjon (12) med bakgrunn i lov om tannhelsetjenestens bestemmelser om tannhelsetjenestetilbud til eldre, uføre og langtidssyke i institusjon og hjemmesykepleie, og de resultater som fylkeskommunene har oppnådd overfor disse gruppene gitt i Statens helsetilsyns årsmelding for årene 1994, 1995 og 1996.

Interpellasjonen ble fremmet av representanten John I. Alvheim. I sitt innlegg trakk representanten fram at Den offentlige tannhelsetjenesten har problemer med rekruttering og stabilitet. Som en av løsningene på dette problemet sa representanten følgende: “*Regionale*

kompetansesentra er et godt virkemiddel, fordi et faglig godt miljø vil virke stimulerende. Det må legges til rette for sterkere satsing fra fylkeskommunene på dette området.” Flere representanter tok opp denne problemstillingen i sine innlegg.

Statsråd Dagfinn Høybråten sa: “Jeg er enig med representanten Alvheim i at behovet for kompetanseoppbygging og ikke minst en jevnere fordeling av denne kompetansen i helseregionene er til stede når det gjelder tannhelsetjenesten. Jeg vil derfor se det som naturlig når de regionale helseplaner nå kommer sterkere inn i styringen av den samlede spesialisthelsetjeneste, at også denne delen av spesialisthelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten, blir prioritert og vurdert i en slik helhetlig plansammenheng. I den forbindelse er den vurdering representanten Alvheim ber om, naturlig å foreta.”

Det ble votert over Alvheims forslag: *“Stortinget ber Regjeringen vurdere å fremme forslag for Stortinget om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner.”* Forslaget ble enstemmig bifalt.

Referanser

1. Spesialisttandvården i framtiden. Stockholm: Socialstyrelsen; 1989
2. Ellingsæter BE. Tannhelsetjenesten i Norge. Oslo: Helsedirektoratets utredningsserie 7/92; 1992
3. NTF's spesialitetsråd. Spesialisering innen odontologien. Oslo; 1993
4. Rapport fra arbeidsgruppe. Godkjenning av spesialister i kjeveortopedi i Norge. Oslo; 1994
5. Hillesund E. Ledighet og ustabilitet i tannlegestillinger. Oslo: Helsedirektoratet; 1993
6. Trovik TA. Tannlegers karrierevalg. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin; 1997
7. NOU 1997: 25 Ny kompetanse. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet; 1997
8. St meld nr 42 (1997-98) Kompetansereformen. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet; godkjent i statsråd 28. mai 1998.
9. St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; godkjent i statsråd 4. april 1997.
10. Ot.prp. nr. 48 (1997-98) Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid. Oslo: fremmet for Stortinget 3. april 1998.
11. Konkretisering og gjennomføring av modell for regionalt helsesamarbeid og nasjonal styring. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1998.
12. Interpellasjon. Oslo: Stortinget, sak nr. 7, 7. mai 1998.

Kapittel 5. Dagens system for videreutdanning av tannleger

5.1 Begrepsavklaringer

5.1.1 Grunnutdanning og etterutdanning

Ifølge St meld nr 42 (1997-98), "Kompetansereformen", er grunnutdanning all formell kompetansegivende opplæring i grunnskolen, ved videregående skole og i høyere utdanning. Etterutdanning omfatter vanligvis utdanning som tar sikte på å vedlikeholde og oppdatere kunnskaper og ferdigheter som formidles i grunnutdanningen. Etterutdanning fører ikke til formell kompetanseheving i forhold til grunnutdanningen.

5.1.2 Videreutdanning

Begrepet videreutdanning brukes ikke i meldingen. Det er, i følge meldingen, vanskelig å skille mellom grunnutdanning og videreutdanning "slik situasjonen er i dag". Innenfor medisin og odontologi er imidlertid videreutdanningsbegrepet godt innarbeidet. Det har bl.a. sammenheng med at disse fagene har formelle spesialiteter. I denne sammenhengen er det derfor naturlig å holde fast ved dette begrepet.

Med videreutdanning forstås all utdanning som gir kunnskaper og ferdigheter ut over det grunnutdanningen kan gi. Videreutdanning medfører en heving av formal- og realkompetansen. Tilleggsutdanning er et begrep som i odontologisk og medisinsk sammenheng har en spesifikk betydning. Det betegner den utdanning som kandidater med utenlandsk eksamen må gjennomføre for å få norsk autorisasjon.

5.1.3 Spesial-/spesialistutdanning

Videreutdanning er en betegnelse som bl.a. brukes om spesial- og spesialistutdanning, forskerutdanning og administrativ utdanning. Spesialutdanning av tannleger er i dagens system en treårig utdanning i samsvar med EØF direktiv 78/687, på et avgrenset klinisk fagområde. For de fire fagområdene som for tiden er godkjente odontologiske spesialiteter, kalles denne utdanningen spesialistutdanning. Dette kan feilaktig oppfattes dithen at det er kvalitative forskjeller på ulike spesialutdanninger. I tillegg vil denne betydningen av begrepene spesial- og spesialistutdanning være forvirrende for alle utenfor det odontologiske fagfeltet. Det er ønskelig med en avklaring av disse begrepene.

5.2 Kort historikk

Vedtaket i representantskapet i Den norske tannlegeforening i 1952 om å godkjenne kjeveortopedi og tannkirurgi (nå oral kirurgi og oral medisin) som spesialiteter var på mange måter utgangspunktet for utvikling av spesial- og spesialistprogrammene ved de odontologiske fakulteter (1). Prosessen tok tid, og først på midten av sekstitallet kunne fakultetene tilby organisert videreutdanning på disse fagområdene.

I løpet av syttiårene ble det etablert videreutdanningsprogrammer i de fleste kliniske fag (2). Hensikten var i første rekke å kvalifisere egne lærere. Det ble lagt vekt på at programmene

skulle være universitetsforankret. Dels er universitetsklinikkene de eneste odontologiske behandlingstinstitusjoner som har bredt faglig miljø. Dels er fakultetene de eneste odontologiske institusjoner som kan drive forskningsbasert klinisk undervisning og fagkritisk virksomhet på spesialistnivå.

I utgangspunktet var videreutdanningen i kliniske fag, med unntak av oral kirurgi og oral medisin, normert til to år. Det var vanlig med deltidsstudier, og administrasjon av programmene var lagt til den enkelte avdeling. Ved Det odontologiske fakultet i Oslo ble det i 1988 opprettet en studierektorfunksjon for videreutdanning. En av hovedoppgavene for denne funksjonen var å samle og koordinere de ulike utdanningsprogrammene.

Dette arbeidet førte til at programmene i 1994 ble utvidet til tre år. Hensikten var dels å tilpasse seg europeisk norm, dels å utvide den kliniske delen med pasientoppfølging over lengre tid. Fakultetene i Oslo og Bergen har samarbeidet nært i denne prosessen, og utdanningsprogrammene ved de to fakultetene anses likeverdige.

5.3 Oversikt over fakultetenes videreutdanningsprogrammer

5.3.1 Generelle forhold

De odontologiske fakultetene tilbyr for tiden åtte ulike kliniske videreutdanningsprogrammer (3,4). I tillegg til dette er det mulig å ta forskerutdanning som fører til enten Master of Science eller Dr Odont grad.

I Oslo starter alle programmer med et felles kjernepensum (core curriculum) første høsten før kandidatene fordeles til sitt særlige program. Enkelte av utdanningene kan tilpasses individuelt som deltidsstudium med tilsvarende forlengelse av studietid. Programmene tilbys internasjonalt og undervisningen foregår som regel på engelsk.

5.3.2 Opptak

Det er fakultetenes forskningsråd som vurderer søknadene og gjør vedtak om opptak etter innstilling fra de enkelte institutter/klinikker. I opptakssaker er fakultetsstyret ankeinstans. Fakultetsstyret fastsetter hvert år hvilke fag det skal tas opp kandidater til og antall kandidater i hvert fag.

For å bli tatt opp kreves norsk eller utenlandsk tannlegeeksamen. I tillegg er det et krav at kandidaten skal ha praktisert som tannlege i full stilling i minst to år. Ved opptak blir det lagt vekt på:

- karakter ved eksamen
- praksis som tannlege
- faglige publikasjoner
- særlige faglige kvalifikasjoner
- spesielle aktiviteter med relevans til fagområdet
- moderat kjønnskvoltering
- distriktshensyn

5.3.3 Videreutdanning i kliniske disipliner

Det tilbys videreutdanning på åtte kliniske fagområder. De fire første er godkjente spesialiteter:

- oral kirurgi og oral medisin
- kjeveortopedi (tannregulering)
- periodonti (tannløsningssykdommer)
- pedodonti (barnetannpleie)
- protetik (kroner, broer, proteser)
- endodonti (rotbehandling)
- kariologi (tannråtebehandling)
- kjeve- og ansiktsradiologi (røntgen)

Målet for den odontologiske spesial-/spesialistutdanningen er å heve kandidatenes teoretiske og kliniske kompetanse utover grunnutdanningen slik at de blir bedre kvalifisert for:

- utredning og behandling av kompliserte/uvanlige tilfeller
- konsultasjons- og rådgivningsfunksjon
- undervisning av studenter og annet helsepersonell
- faglig utvikling og forskning
- kritisk vurdering av faglitteratur
- kontakt med universitetsmiljøene og tannhelsetjenesten

De nevnte studiene er treårige med unntak av oral kirurgi og oral medisin som er femårig (to års sykehustjeneste) og pedodonti i Bergen som er toårig. En treårig modell er valgt ut fra internasjonale normer og forventninger til tannleger med spesialkompetanse. Den kliniske videreutdanningen er fundert på tre hovedpilarer: teoretiske studier, klinisk virksomhet og vitenskapelig prosjekt. Tilsammen representerer dette 60 vektall. Nedenfor (tabell 5.1) er listet opp de ulike elementene i undervisningen slik praksis er ved fakultetet i Oslo.

Seminartimer er dels fagspesifikke seminarserier ved den enkelte klinikk, dels omfatter de

Tabell 5.1. Innhold i spesial-/spesialistutdanningen ved fakultetet i Oslo.

Kjernepensum: bl a forskningsmetode, statistikk og epidemiologi	230 timer
Klinisk virksomhet i timer per uke varierende etter fagområde	9 - 21 timer
Instruktørtjeneste i timer per uke varierende etter fagområde	0 - 12 timer
Seminartimer totalt varierende etter fagområde	700 - 1465 timer
Vitenskapelig arbeid	500 timer
Krav til dokumenterte kasus	10 - 50

valgfrie kurs fra fakultetets samlede tilbud. Kurs fra andre institusjoner enn de odontologiske fakultetene kan godkjennes som likeverdige.

Spesialistutdanningen i kjeveortopedi skiller seg ut med det mest omfattende undervisningsopplegget. Dette programmet har flest timer klinisk virksomhet, flest semintimer og krav om flest dokumenterte kasus. Her er det dessuten ingen instruktørvirksomhet. Som motsats har utdanningen i periodonti det laveste antall timer klinisk virksomhet og det høyeste antall timer instruktørvirksomhet. Det brukes faktisk

dobbelt så mange timer til instruktørvirksomhet som til klinisk trening. En del av instruktørvirksomheten inkluderer klinisk arbeid sammen med studenter.

Det arrangeres normalt én avsluttende eksamen i hver spesialitet i året. Videreutdanningskandidatene må søke om å framstille seg for eksamen. Med søknaden skal følge dokumentasjon av behandlede kasus, godkjent spesialistarbeid av vitenskapelig art og melding fra vedkommende klinikk om fullført utdanning i henhold til fastsatte krav. Ved bestått eksamen utsteder fakultetet diplom til den enkelte kandidat som godkjenning av fullført utdanning.

5.3.4 Forskerutdanninger

Med forskerutdanninger forstås i denne sammenheng videreutdanningsprogrammer ved fakultetene som fører fram til enten Master of Science eller Dr Odont grad. Ved begge fakulteter er det mulig å ta Master of Science grad i ulike kliniske og basale fag. Den tidligere ettårige utdanningen i oral biologi er nå erstattet av et toårig masterprogram. Opptaket til masterutdanning er ikke regulert eller annonsert på samme måte som for spesialutdanninger. Det er i større grad den enkelte avdelings mulighet for å følge opp og aktuelle kandidaters interesser som avgjør hvor mange som gjennomfører denne utdanningen.

Master of Science programmet er normert til to års fulltidsstudium. Studiet har samme kjernepensum som spesial-/spesialistutdanningene. Antall seminartimer er på nivå med det som kreves i klinisk videreutdanning, mens kravet til vitenskapelig arbeid er mer omfattende. Master of Science graden gis etter godkjent teoretisk utdanning, godkjent avhandling og prøveforelesning.

Dr Odont programmet er normert til fire års fulltidsstudium. Den teoretiske utdanningen tilsvarer Master of Science programmene, men kravene til vitenskapelig arbeide er ytterligere skjerpet. Doktoravhandlingen er basert på et vitenskapelig arbeide presentert i artikler publisert i internasjonale tidsskrift.

I motsetning til de øvrige videreutdanningene er doktorprogrammet som oftest knyttet til faste utdanningsstillinger (stipendiatstillinger). Det er for tiden (mai 1999) 23 doktorgradsstipendiater ved fakultetet i Oslo og 13 i Bergen.

5.4. Videreutdanning av samfunnsmessig/administrativ karakter

Med utvikling av en omfattende og systematisk offentlig tannhelsetjeneste oppsto behov for tannleger med kompetanse innen samfunnsfag, administrasjon og ledelse. Det første utdanningstilbudet i så måte var Bygdøykurset i Helsedirektoratets regi. Senere ble det etablert samfunnsodontologiske institutter ved fakultetene som tilbød en ettårig videreutdanning i samfunnsodontologi. Det er også mulig å ta utdanning innen tilsvarende fagområder ved utdanningsinstitusjoner utenfor fakultetene.

5.4.1 Samfunnsodontologi ved de odontologiske fakulteter (basert på personlige meddelelser fra professorene D Holst og O Haugejorden).

Videreutdanning i samfunnsodontologi i Norge kom i gang i 1970 ved Det odontologiske fakultet i Oslo. I Bergen ble tilsvarende utdanning startet opp i 1985. Utdanningen var ettårig og inneholdt bl a vitenskapsteori med vekt på epidemiologi og statistikk i tillegg til samfunnsfag. Det ble dessuten krevd en skriftlig oppgave. Godkjent utdanning ga formal kompetanse som ble vektlagt ved ansettelse i lederstillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Fra 1988 ble det ikke lenger tatt opp kandidater til denne utdanningen. Riktignok er samfunnsodontologi med i videreutdanningsprogrammet ved fakultetet i Bergen, men tilbudet har vært inaktivt de senere år. Det blir angitt to grunner for denne situasjonen. Pga knappe ressurser ser de samfunnsodontologiske instituttene i Oslo og Bergen seg ikke i stand til å opprettholde undervisningstilbudet. Dessuten blir det fra begge hold antydning at tiden har løpt fra den samfunnsodontologiske videreutdanningen i tradisjonell form, og at en revitalisering av utdanningen bør skje i et tverrfaglig samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner utenfor fakultetene. Det kan også være aktuelt med et samarbeid mellom fakultetene.

5.4.2 Videreutdanning ved Det medisinske fakultet i Oslo (5)

Masterstudium i helseadministrasjon ved Rikshospitalet er åpent også for tannleger. Utdanningen er et ettårig videregående ledelsesorientert studium som fører fram til graden Kandidat i helseadministrasjon/Master of Health Administration. Målgruppen er helsepersonell som ønsker å ha lederoppgaver i helsevesenet eller personell som allerede har slike oppgaver.

Hovedfagene er ledelse og helsepolitikk, helseøkonomi og samfunnsmedisinsk planlegging/evaluering. Studiet er todelt. I høstsemesteret er det obligatorisk undervisning hver dag. Vårsemesteret består av kortere kurser og oppgaveskriving. Denne delen kan tas som deltidsstudium over fem semestre. Studiet er på norsk.

5.4.3 Videreutdanning ved Universitetet i Tromsø (6).

Det er også mulig for tannleger å ta videreutdanning i folkehelsevitenskap ved Universitetet i Tromsø. Studieplanen fastsettes av eget styre etter forslag fra Institutt for samfunnsmedisin og Fagstyret for medisin. Studiet er ettårig fordelt på to semestre. Hvert semester avsluttes med eksamen. Det kreves utarbeidelse av skriftlig spesialoppgave. Fullført studium gir graden kandidat i folkehelsevitenskap/Master of Public Health.

Legeforeningen har godkjent første semester som teoridel i spesialiteten samfunnsmedisin og som 175 kurstimer i spesialiteten allmennmedisin. Forskerutdanningsutvalget ved det medisinske fakultet har godkjent hele studiet som 10 vekttall i den obligatoriske opplæringsdelen av forskerutdanningen. Fra 1995 har det vært et samarbeid mellom Det medisinske fakultet i Tromsø og Nordiska Hälsovårdshögskolan i Gøteborg. Samarbeidet omfatter en gjensidig godkjenning av likeverdige kurs.

5.4.4 Videreutdanning ved Nordiska Hälsovårdshögskolan (NHV) (7).

NHV er et samarbeidsprosjekt mellom de nordiske land, og skolen er åpen for helsepersonell med akademisk utdanning fra disse land. Tabell 5.2 viser en oversikt over mulige utdanninger og krav til de ulike utdanningene ved NHV. Undervisningen er kostnadsfri for den enkelte kandidat. Til skolen hører studentboliger som tilbys kandidatene til rimelig leie. Reiseutgifter dekkes delvis.

Tabell 5.2. Oversikt over utdanningsmuligheter ved NHV

Diploma in Public Health	Master of Public Health (MPH)	Master of Science in Public Health (MScPH)	Doctor of Public Health (DrPH)
folkehelsevitenskap 8 uker + 24 valgfrie kursuker	folkehelsevitenskap 8 uker + 16 valgfrie kursuker + oppgaver eller artikler	folkehelsevitenskap 8 uker + 8 ukers metodekurs + 16 valgfrie kursuker 2 aksepterte vitenskapelige artikler	MScPH el + 5 vitenskapelige artikler

5.5 Annen videreutdanning for tannleger

En rekke distriktshøgskoler tilbyr utdanninger som kan være nyttige for tannleger, særlig med tanke på virksomhet i Den offentlige tannhelsetjenesten. Det kan være studier av økonomisk, administrativ eller samfunnsfaglig karakter. Disse vil ikke bli nærmere omtalt i denne sammenheng. Likeledes er det mulig for tannleger å søke videreutdanning ved utenlandske universiteter. Omtale av disse studiene anses å ligge utenfor mandatet for denne utredningen.

5.5.1 Kurs i lystgass-sedasjon (8).

Norske tannleger får ikke opplæring i bruk av lystgass i grunnutdanningen. Imidlertid har de odontologiske fakulteter opprettet en fire ukers utdanning som kvalifiserer for bruk av lystgass ved tannbehandling. Selv om kurset er av kort varighet, er det å betrakte som videreutdanning fordi det hever kandidatens formalkompetanse. Tannleger som har fullført kurset, får godkjenning etter egen forskrift (9).

Hovedmålet er å kvalifisere deltagerne til selvstendig å kunne gjennomføre tannbehandling av spesielt behandlingsvanskelig klientell ved hjelp av premedikasjon og lystgass-sedasjon. I tillegg blir det lagt vekt på at deltagerne skal kjenne til apparatur, medikamenter og teknikker for bruk av generell anestesi og at deltagerne skal kunne utføre gjenoppliving. Det er også opprettet et titimers kurs for tannlegesekretærer for å kunne gi effektiv assistanse ved lystgassbehandling.

5.5.2 Kurs for behandling av pasienter med tannlegeskrekk (personlig meddelelse fra professor M Raadal).

Forståelse og interesse for behandling av pasienter med tannlegeskrekk (odontofobi) er økende. Ved Senter for Odontofobi ved Det odontologiske fakultet i Bergen tilbys kurs for tannleger som vil bedre sine kvalifikasjoner i forhold til slike pasienter. Kurset er basert på selvstudium og hospitering. Det er stipulert til fire ukers innsats og avsluttes med eksamen.

5.6 Finansiering av videreutdanning i dagens system

5.6.1 Finansiering av videreutdanningsprogrammene

Med unntak av midler til Mastergrads- og Doktorgradsprogrammene mottar ikke de odontologiske fakultetene særskilte bevilgninger fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) for å gjennomføre videreutdanning (10). Siden videreutdanningen regnskapsmessig ikke lar seg skille fra den vanlige drift, blir utgiftene vanskelige å regne ut. Beregninger fra de to fakultetene indikerer imidlertid at de totale kostnadene knyttet til videreutdanning er 1,6 mill kr i Bergen og 3,8 mill kr i Oslo per år (11,12). På plussiden i regnestykket anføres inntekter fra pasientbehandling og kandidatenes ulønnede instruktørvirksomhet.

5.6.2 Finansiering av studiet for den enkelte kandidat

Bortsett fra doktorgradsstipendier og delvis avlønning av instruktørvirksomhet, finnes ikke lønnede utdanningsstillinger for tannleger under videreutdanning. Noen fylkeskommuner har bistått enkelte kandidater økonomisk enten i form av stipend eller utdanningspermisjoner med lønn. Som vederlag har fylkeskommunene krevd bindingstid tilsvarende utdanningens lengde. Finansiering har likevel til nå stort sett vært kandidatens eget ansvar. Dette har skapt en skjev rekruttering til programmene. Tannleger med gode private finansieringsmuligheter og bosted nær lærestedene er favorisert, noe som anses som uheldig (2).

Ved henvendelse til Statens lånekasse ble det opplyst at videreutdanningskandidater kan få studielån og stipend på vanlige vilkår. Det innebærer at dersom kandidaten har egen inntekt, vil det skje en avkorting av lån og stipend. Etter dagens regler vil f.eks stipendet falle helt bort med en inntekt på kr 6985 per måned. Studielånsordninger i forbindelse med videreutdanning blir for tiden vurdert i KUF. Selv med en gunstigere ordning er det lite fristende for en yngre tannlege med studiegjeld og annen gjeld å ta opp nye lån.

5.7 Ulemper ved dagens videreutdanningssystem

Ut fra det som her er beskrevet er det rimelig å trekke fram følgende tydelige svakheter ved dagens system:

- Finansiering av utdanningsprogrammene er ufullstendig og uklar. Finansieringen bør legges om slik at videreutdanningen finansieres med øremerkede budsjettmidler.
- De ulike spesialiteter/spesialutdanninger reflekterer fakultetenes ulike avdelinger. Dette er ikke nødvendigvis den spesialkompetansen samfunnet har mest bruk for. I Norge, hvor folk bor spredt, kan det tenkes at en spesialitet basert på kombinasjoner av spesialkompetanse ville være mest tjenlig.
- Finansieringen for den enkelte kandidat må bedres. Kandidatene bør ikke bare sikres en anstendig avlønning, men også økonomisk bistand til å dekke merutgifter til reiser, hybel ol. Lånefinansiering av videreutdanning av flere års varighet er ikke tilfredsstillende.
- Samfunnet har ingen innflytelse på opptaket til videreutdanningen.
- Boligsituasjonen i de store byene er vanskelig, og de odontologiske fakultetene burde, slik som NHV, disponere studentboliger for utleie i kortere eller lengre perioder.
- Det er ønskelig med bedre tilrettelegging for deltidsstudium og muligheter for desentralisering av utdanningen.

Referanser

1. Sollund A. Den norske tannlegeforening gjennom 100 år. Oslo: NTF: 1984
2. Eriksen HM. Odontologisk videreutdanning. Utkast til studieplan for videreutdanningen. Oslo: Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo: 1998.
3. Eriksen HM. Odontologisk videreutdanning. De kliniske spesial-/spesialistprogrammene. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo: 1998
4. <http://www.uib.no/odfa/ENGLISH/postgraduate.htm>
5. <http://www.med.uio.no/medfak/studier/informasjon>. Studietilbud ved Med Fak
6. <http://www.ism.uit.no/fhopptak.html>. Videreutdanning i folkehelsevitenskap
7. <http://www.nhv.se/nhv/utbildn.htm>: Utbildningsprogram
8. Kari Gravem Kvakestad. Kursbeskrivelse. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo: 1998
9. Forskrift om krav om tillatelse til bruk av lystgassanalogi ved tannbehandling. Oslo: Sosial- og helsedepartementet: 1992
10. Oppdatert budsjettforslag 1999. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen: 1998
11. Den odontologiske videreutdanningen. Notat til budsjettkonferanse 1997. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen: 1997
12. Haanæs HR, Grytten J, Thrane PS, Eriksen HM. Stillingsressurser - Spesial-/spesialistprogrammene (utvalgsinnstilling). Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo: 1997

Kapittel 6. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger i andre europeiske land

6.1 Organer, bestemmelser og direktiver i EU/EØS-sammenheng av betydning for tannhelsetjenesten og tannhelsepersonell

EU og EØS-avtalen spiller en rolle i en rekke sammenhenger for tannhelsetjenesten og for tannhelsepersonell. I det følgende er det kun gjort rede for de forhold som er mest relevante. Oversikten gir m.a.o. ikke utfyllende informasjon om alle forhold ved EU/EØS som på en eller annen måte vil kunne ha betydning for tannhelsetjenesten eller for tannhelsepersonell. Det vises for øvrig til kapittel 3.

6.1.1 EØS-avtalens betydning for felles arbeidsmarked

Innenfor EU/EØS eksisterer et felles arbeidsmarked. Dette innebærer fri adgang til å etablere virksomhet og til å søke og ta arbeid over landegrensene for personer som er statsborgere i disse landene. Statsborgere fra de aktuelle europeiske land som får sine kvalifikasjonsbevis godkjent, har rett til å benytte den yrkestittel som brukes i vertslandet, f.eks. tannlege, men ikke uten videre den akademiske tittel, som f.eks. cand. odont. Det er ikke anledning til å stille som krav for godkjenning at søker har kjennskap til landets språk eller nasjonalt lov- og regelverk. I henhold til norsk helselovgivning vil det likevel være en forutsetning at språkkunnskaper muliggjør forsvarlig kommunikasjon med pasienter og annet helsepersonell. En arbeidsgiver kan imidlertid stille egne krav om framferd, språkferdigheter, innsikt i lov- og regelverk mv. som er nødvendig i ulike stillinger.

6.1.2 Sektordirektivene

Sektordirektivene setter krav om utdanningens lengde og om nivå (f.eks. høyskole eller universitet). Tannlegeutdanning skal være minst femårig. Innen EU/EØS-området vil kun kjeveortopedi- og oralkirurgi-spesialitetene oppnå gjensidig godkjenning. Fylkeslegen i Oslo har ansvar for gjensidig godkjenning av helsepersonell i henhold til EØS-avtalen.

6.1.3 ERASMUS/SOCRATES

SOCRATES-programmet dekker de fleste aspekter knyttet til utdanning. Det omfatter nå ikke bare EU/EØS-landene, men også de assosierte medlemmer; Ungarn, Polen, Tsjekkia, Slovakia, Kypros og Romania. ERASMUS er den del av SOCRATES-programmet som omhandler høyere utdanning.

ERASMUS-programmet har som mål å øke mobiliteten til studenter under høyere utdanning i EU/EØS-området og tilføre deres grunnutdanning en europeisk dimensjon. Programmet har bl.a. følgende aktiviteter:

- europeisk universitetssamarbeid,
- stipendier som gir studenter mulighet til å tilbringe en studieperiode i en annen medlemsstat,
- tiltak med sikte på å fremme den akademiske anerkjennelsen av eksamensbevis.

6.2 Tannlegespesialistutdanning, spesialistgodkjenning i EU/EØS-området

Grunnutdanningen av tannleger er de senere årene forsøkt harmonisert i Europa. Den skal være av minst fem års varighet og alltid være på universitetsnivå. Utdanning og godkjenning av spesialister varierer imidlertid mye fra land til land.

6.2.1 Tannlegeutdanning og tannlegetetthet i EU/EØS-området

De fleste opplysninger om tannhelsepersonell og spesialistutdanning/-godkjenning i avsnitt 6.2 er hentet fra to artikler av Whitehouse og medarbeidere (1,2). Av de 18 aktuelle EØS-land som var tatt med i undersøkelsen deres, var det kun Østerrike som ikke hadde en egen tannlegeutdanning av fem eller flere års varighet. I Østerrike har tannlegevirksomhet helt fram til nå vært forbeholdt leger med dette som spesialistkompetanse (stomatologer). Slike stomatologer har tidligere vært utdannet i Italia, Spania og Portugal. EU-medlemskap har endret utdanningen av tannleger i disse landene. Også Østerrike har startet en femårig tannlegeutdanning slik vi kjenner den fra Norge og andre europeiske land. Tabellen under viser bl.a. hvilke land som var omfattet av den undersøkelsen som var grunnlaget for artikkelen.

Tabell 6.1 Antall innbyggere per praktiserende tannlege

Land	Antall innb. per tannlege	% i privat praksis	% i sykehus	% i offentlig tannhelsetj.
Hellas	908	92	o.m.	o.m.
Danmark	951	64	5	29
Sverige	1.011	44	4	52
Finland	1.041	53	6	39
Tyskland	1.358	95	4	1
Belgia	1.363	97	3	0
Frankrike	1.464	94	o.m.	o.m.
Luxemburg	1.491	100	0	0
Italia	1.561	97	3	5
Østerrike	2.197	80	8	5
Nederland	2.223	100	o.m.	o.m.
Portugal	2.472	95	5	0
Irland	2.549	65	3	26
Storbritannia	2.645	82	12	8
Spania	2.688	93	5	2
Gjennomsnitt 15 EU-land	1.634	90	o.m.	o.m.
Island	981	90	7	9
Norge	1.089	59	6*	34
Sveits	1.499	86	11	3
Gjennomsnitt 18 EU/EØS-land	1.622	89	o.m.	o.m.

Kilde: (1)

* Kilden oppgir at 6% av norske tannleger har arbeid i sykehus. Dette må skyldes en feil i klassifiseringen. Hvis tallet var riktig skulle flere enn 200 tannleger ha arbeid i sykehus. Andelen norske tannleger i sykehus er definitivt lavere, langt under hundre i ulike funksjoner, men primært som oralkirurger.

Kommentarer til tabell 6.1:

Der det ikke foreligger opplysninger om prosent tannleger i sykehus og i offentlig tannhelsetjeneste er dette angitt med o.m. (opplysninger mangler) i tabellen.

Samlet antall tannleger i de 18 landene var 235.514 i 1996 (1).

I alle 18 land, unntatt ett, er det et register over tannleger. Her må de være registrert for å kunne praktisere. Standard krav for å få godkjenning/lisens/autorisasjon er gjennomført godkjent utdanning og EU/EØS-statsborgerskap. Finland krever i tillegg 6 måneder klinisk erfaring under veiledning av annen tannlege. Danmark og Storbritannia krever ett års klinisk erfaring, mens Tyskland og Sveits krever to års erfaring før registrering/autorisasjon som tannlege. Norge, Østerrike og Storbritannia (for NHS-tannleger) krever betalt ansvarsforsikring. I alle landene kreves en eller annen dokumentasjon av språkkunnskaper. Kun Sveits har innført krav om dokumentert deltagelse i kontinuerlig utdanningsprogram for å opprettholde lisens.

6.2.2 Tannlegespesialister i EU/EØS-området

Godkjenningsbegrepet brukes i avsnitt 6.2 kun når godkjenning av tannlegespesialitet er formelt gitt av autoritativ myndighet som f eks et departement, direktorat, fakultet eller nasjonal tannlegeforening. Begrepet anerkjent spesialitet benyttes når det ikke foreligger en offisiell formell godkjenningsordning av den aktuelle spesialitet i det enkelte land.

Kjeveortopedi og oral kirurgi er de to spesialitetene som er godkjent i 13 av de 18 aktuelle europeiske land. Andre spesialiteter har nasjonal godkjenning i ett eller flere land, men er ikke formelt godkjent og inkludert i EUs Tannlegedirektiv. I de fleste land er kjeve- (og ansikts-)kirurgi regnet som en lege- og ikke som en tannlegespesialitet. Tabell 6.2 viser en forenklet oversikt over hvilke spesialiteter som er godkjent i ulike land.

Tabell 6.2 Tannlegespesialiteter som er godkjent i ulike EU/EØS-land

Land	Oral kirurgi	Kjeve-ortopedi	Samfunns-odontologi	Barne-tannpleie	Andre
Østerrike	*	*			
Belgia					
Danmark	Ja	Ja			
Finland	Ja	Ja	Ja		Klinisk odontologi
Frankrike		Ja			
Tyskland	Ja	Ja	Ja		Tannkjøttssykdommer
Hellas		Ja	Ja		
Island	Ja	Ja		Ja	**
Irland	Ja	Ja			
Italia	Ja	Ja			
Luxemburg					
Nederland	Ja	Ja			
Norge	Ja	Ja		Ja	Tannkjøttssykdommer
Portugal					
Spania					
Sverige	Ja	Ja		Ja	***
Sveits		****			
Storbritannia	Ja	Ja	Ja	Ja	Restorative dentistry

Kilde: (2)

* Siden tannlegevirksomhet per i dag er en legespesialitet i Østerrike, er kjeveortopedi og oral kirurgi subspecialiteter under legespesialiteten stomatologi.

** I Island har man også følgende godkjente spesialiteter: rotfylling (endodonti), tannkjøttssykdommer, protetikk (kroner, broer og proteser), kjeveleddsphysiologi (gnatologi), *operative dentistry* (klinisk odontologi) og bakteriologi/immunologi.

*** I Sverige finnes i tillegg følgende godkjente spesialiteter: tannkjøttssykdommer, rotfylling, protetikk, røntgen, kjeveleddsphysiologi.

**** Kjeveortopedi er anerkjent som en spesialitet av den sveitsiske tannlegeforening (SSO) og oral kirurgi er anerkjent av den sveitsiske legeforening. Men disse spesialiteter har ingen offisiell offentlig godkjenning.

Selv om Irland og Storbritannia har videreutdanningsprogrammer i oral kirurgi og kjeveortopedi i henhold til EU-direktivet, har man i disse landene ikke anledning til å kalle seg spesialist. Det er likevel nasjonal anerkjennelse av flere andre spesialiteter gjennom utdanningsprogrammer på sykehus og ved odontologiske fakulteter. I Belgia er grupper av tannleger med spesialinteresser anerkjent, og kjeveortopediske- og andre spesialavdelinger finnes ved odontologiske fakulteter. Men ingen spesialitet er formelt godkjent. I Luxemburg har tannlegene ikke engang lov til å hevde at de har en praksis som er begrenset til et spesielt felt. I Tyskland er det forskjeller mellom de 16 landene/statene (Länder) mht. hvilke spesialiteter som er godkjent. F.eks. er spesialiteten i tannkjøttssykdommer kun godkjent i Westfalen. Kjeveortopedi er ikke godkjent i Nedre Saksen, men i alle andre stater. I Finland eksisterer en spesialutdanning i klinisk odontologi som vil bli omtalt lenger ut i dette kapittelet.

Vanligvis varer spesialistutdanninger i Europa tre år. Følgende andre land har spesialistutdanning som varer lenger enn tre år: Storbritannia, Irland, Finland (oral kirurgi: fire år), Frankrike (kjeveortopedi: fire år), Hellas og Nederland (fire år), Danmark, Sverige og Norge (oral kirurgi: fem år).

All klinisk spesialistutdanning i Europa skjer ved universiteter, i sykehus eller på offentlige klinikker (Sverige, Storbritannia og Irland). Spesialister i samfunnsodontologi (dental public health/public health dentistry) får det meste av sin utdanning i offentlig tannhelsetjeneste (Tyskland og Irland) eller i kommunale helsesentra (som i Finland).

Spesialister som utøver sin virksomhet i privat praksis, er bare vanlig innen kjeveortopedi (Hellas, Irland, Nederland og Norge). Å begrense virksomheten i privatpraksis til en bestemt type klinisk arbeid, er det vanligvis anledning til i europeiske land. Det er likevel alltid visse begrensninger mht. hva tannlegene kan kalle seg (tittel osv).

6.2.3 Oral kirurgi og oral medisin

Spesialister i oral kirurgi arbeider vanligvis i sykehus. Slik er det også her i landet. Arbeidsoppgavene deres er i stor grad avhengig av arbeidssted. Av naturlige grunner skjer de mest avanserte operasjoner i sykehus. Det vises til nærmere omtale av spesialiteten i andre kapitler. Her i landet kalles spesialiteten oral kirurgi og oral medisin. Benevnelsen oral kirurgi er vanlig i andre land. I Finland har spesialistutdanningen i oral kirurgi eksistert siden 1974 (3). De hadde 76 spesialister i oral kirurgi i 1996. Tannlegene får full lønn fra staten under utdanningen, som varer i fire år. Også i Sverige og i Danmark mottar oralkirurger lønn under spesialistutdanningen, henholdsvis fra landstingene og amtene. Utdanningen finner sted på sykehus.

6.2.4 Kjeveortopedi/ortodonti

Spesialiteten kjeveortopedi omfatter regulering av tenner og vekstpåvirkning av kjever som av medfødte eller andre grunner ikke er tilfredsstillende funksjonelt eller estetisk. Også for denne spesialitetens vedkommende vises det til mer detaljert omtale i andre kapitler. Professorer i kjeveortopedi fra 16 europeiske land foreslår i en innstilling til The ERASMUS Bureau of European Cultural Foundation of the Commission of the European Communities bl.a. følgende minstekrav til videreutdanningen i kjeveortopedi (4):

- Utdanningen må finne sted innen et universitet og være underlagt akademiske lærekrefter i kjeveortopedi.
- Studentene må være godkjente tannleger.
- Hver student må starte behandlingen av minst 50 veldokumenterte pasienter.
- Klinisk arbeid må minst utgjøre 2000 timer i løpet av de tre år utdanningen varer.
- Ratio mellom lærere og studenter må minst være 1:6.

Denne listen over må-krav er langt fra utfyllende. Bør-kravene i innstillingen er også mange, og lite relevante her i denne utredningen. Hensikten med forslagene var bl a å sikre en minstestandard på videreutdanningen i kjeveortopedi og å lette utveksling av studenter mellom landene. Innstillingen er hittil ikke fulgt opp med et direktiv som stadfester forslagene til krav som gjeldende innen EU/EØS-området. M.a.o. gjelder fortsatt rådsdirektiv av 25. juli 1978 (78/687/EØF) som bl a har denne formulering når det gjelder lokalisasjon av spesialistutdanningen: ”Den skal foregå på et universitet, på et behandlings-, undervisnings- og forskningssenter eller en helseinstitusjon godkjent for dette formålet.”

I Danmark skjer utdanningen på tannlegehøyskolene. Der er det de senere år i gjennomsnitt utdannet to spesialister i kjeveortopedi per år. Danskenes utdanningskapasitet er m.a.o. mindre enn vår til tross for større folketall. Pga faren for mangel på spesialister er det vedtatt å fordoble utdanningskapasiteten. Danske kjeveortopeder har samme skjeve aldersfordeling som de norske (kapittel 10). Det er også en tendens til at de emigrerer, primært til Tyskland, av økonomiske grunner.

I Finland får tannlegene lønn av staten under utdanning til kjeveortoped. Spesialistutdanningen har vært etablert siden 1974. I 1996 var det 127 yrkesaktive kjeveortopeder i Finland. I Sverige lønnes tannlegene av landstingene under spesialistutdanning mens de får sin lønn av Sundhedsministeriet i Danmark.

6.2.5 Samfunnsodontologi

Den amerikanske forening for samfunnsodontologi, ”American Association of Public Health Dentistry”, definerer samfunnsodontologi slik (5): ”Vitenskapen om og utøvelsen av forebyggelse og kontroll av tannsykdom samt fremme av tannhelse gjennom organisert samfunnsinnsats. Det er den type tannlegevirksomhet som tjener samfunnet som pasient mer enn det enkelte individ. Samfunnsodontologer er opptatt av helseopplysning, praktisk forskning og administrasjonen av tannhelseprogrammer for grupper av befolkningen samt forebyggelse og kontroll av tannsykdom på samfunnsnivå.”

Nasjonale forskjeller i utdanning av spesialister på feltet, tannhelseforskjeller, ulik organisering og finansiering av tannhelsetjenester medfører at samfunnsodontologi ikke har samme innhold i alle land. Likevel vil man over alt kunne bruke den amerikanske definisjonen, eventuelt med mindre nasjonale tilpasninger.

Samfunnsodontologer i Tyskland er ofte ansatt av forsikringsselskap. I Storbritannia er de ansatt av helsemyndighetene. I Finland har man hatt spesialistutdanning i samfunnsodontologi siden 1974. I 1996 var det 154 finske tannleger med denne spesialiteten. Den finske staten dekker lønnen under utdanningen. I Norge er ikke samfunnsodontologi en spesialitet. Men ca. 100

yrkesaktive norske tannleger har gjennomført en ettårig videreutdanning i samfunnsodontologi som tidligere ble tilbudt ved de to odontologiske fakulteter. De fleste fikk lønn av arbeidsgiver i utdanningsperioden.

I en rapport fra 1994 kalt *Dental Specialities and Continuing Professional Education* fra the Council of European Chief Dental Officers blir det anbefalt at samfunnsodontologi blir den tredje felles anerkjente spesialitet innenfor EU.

6.2.6 Andre spesialiteter

Spesialiteten periodonti (tannkjøttsykdommer) eksisterer i Sverige, Island og Norge samt i Westfalen (Tyskland). Disse spesialistene arbeider vanligvis hovedsakelig som allmennpraktikere, men tar imot henvisninger av pasienter med uttalt tannsykdom med festetap. De aller fleste spesialister på dette feltet er i privat praksis i Oslo og Bergen (42 av totalt 73 spesialister).

Sverige og Island, som er de land med klart flest spesialiteter, har bl.a. også protetik (proteser, kroner og broer), kjeveleddsphysiologi og rotfylling som spesialiteter. Ellers finnes noen ytterligere spesialiteter særegne for det enkelte land, jf. avsnitt 6.2.2 og tabell 6.2.

I Finland har man i tillegg til de spesialiteter som framgår av tabell 6.2, også en spesialitet i klinisk odontologi. Denne spesialiteten er i realiteten en samling av mange alternative fagretninger. Det er nok delvis dekning for å hevde at Finland i praksis har like mange (åtte) spesialiteter som Sverige.

6.2.7 Utdanning av spesialister i Sverige

Til forskjell fra norsk lovgivning på området pålegger den svenske Tandvårdslagen tandvårdshuvudmännen/Folktandvården et ansvar for spesialisttannpleie både for barn og voksne. Vår lov om tannhelsetjenesten pålegger riktignok fylkeskommunene et ansvar for at også spesialisttannhelsetjenester er tilgjengelige i fylkene, men i Sverige skjer i praksis nær all spesialistbehandling på offentlige tannklinikker. I 1989 var kun 13% av de yrkesaktive tannlegene med spesialistkompetanse i privat tannlegepraksis. I den svenske Folktandvården er det opprettholdt et krav om henvisning fra allmennpraktiserende tannlege for å få behandling hos spesialist.

I det svenske sosialdepartementets utredning om framtidens spesialisttannpleie fra 1989 (TSU) (6) ble det foreslått å redusere antall spesialiteter i Sverige fra de daværende syv til tre. De daværende spesialiteter var: barntandvård, tandreglering, tandlossningssjukdomar, tandsystemets kirurgiska sjukdomar, rotbehandling, oral protetik og oral röntgendiagnostik.

Bestemmelsene om spesialistutdanning var meget detaljerte. Utdanningene var oppdelt i hovedutdanning og sideutdanning. Den totale lengde på utdanningene var fire år. Men to av disse kunne skje på ordinær tannklinikk under veiledning av tannlege med spesialistkompetanse innen den aktuelle spesialitet. I 1989 var det i alt 1.022 tannleger med spesialistkompetanse i Sverige. 765 av disse var yrkesaktive. Dette tilsvarte ca 8% av antallet praktiserende tannleger. Selv om antallet spesialister var stort etter norsk målestokk, manglet enkelte spesialiteter i noen län. Hele 47% av de yrkesaktive spesialistene arbeidet i storbyområder, som samlet sett utgjorde 37% av befolkningen.

Spesialistutdanningen fant sted ved de daværende fire odontologiske fakulteter og ved spesialistklinikker i Jönköping, Linköping, Stockholm og Örebro. I 1989 var det 130 utdanningsstillinger for spesialister, og 40 av disse var ved spesialistklinikkene utenfor fakultetene. En undersøkelse i 1989 viste at 62% av de svenske spesialistene hadde fått sin utdanning ved fakultetene, 25% kun ved spesialistklinikkene og resten hadde gjennomført utdanningen både ved fakultet og spesialistklinikk.

Utredningens forslag til spesialiteter var:

1. Ortodonti (kjeveortopedi)
2. Oral kirurgi
3. Oral rehabilitering

Det understrekes i utredningen at de primære oppgaver til framtidens spesialister bør være å utføre mer kompliserte arbeider og å være rådgiver for allmenntannleger. Videre bør ansvaret for spesialistutdanning være länenes (tandvårdshuvudmännens). Oral rehabilitering var i realiteten en ny spesialitet som bl a skulle omfatte tannskader, protetik, bittfysiologi, kariologi, rotfyllinger, periodontale lidelser samt samfunnsodontologi. Tanken var at denne spesialiteten bl a skulle ta hånd om det store behov for oral rehabilitering som er avdekket blant eldre mennesker. Det ble forutsatt at de blivende spesialister kunne fordype seg i ett av de delområdene som spesialiteten skulle omfatte.

Det ble foreslått en rekke krav til spesialistutdanningen som stort sett er i samsvar med EU-direktivet om tannlegespesialistutdanning:

- Utdanningsklinikken skulle være godkjent av Socialstyrelsen.
- Før påbegynt spesialiststudium skulle tannlegen ha praktisert i to år med allmennpraksis. Det tidligere AT-året kunne da regnes med. Tannlegen skulle ha praksis fra arbeid både med barn og voksne.
- Utdanningstiden skulle ikke være kortere enn tre år.
- Det meste av utdanningen burde skje i heltidsstilling.

Videre ble det formulert klare mål for de tre ulike spesialiteter. Det ble også tilrådd masterutdanning innen mer avgrensede fagområder av odontologien.

Av spesiell interesse er omtalen av og målene for den foreslåtte spesialiteten i oral rehabilitering. En spesialist i oral rehabilitering skulle:

- A. Selvstendig og rutinert kunne gjennomføre diagnostikk og prognosebedømmelse av:
- tannskader og totale og partielle tanntap samt deres behandling med fast, avtagbar eller implantatforankret protetik,
 - diagnostikk og prognosebedømmelse av periodontale sykdommer,
 - akutte og kroniske pulpale eller periapikale sykdomstilfeller,
- B. Ha kunnskap om og en viss erfaring mht.:
- utredning av faciale smertetilstander,
 - avansert protetik
 - bittfysiologiske utredninger og behandlinger.

I tillegg til de nevnte mål var det foreslått at spesialisten skulle være kjent med profylaktiske tiltak for å hindre periodontale sykdommer. Videre ble det understreket betydningen av kunnskaper og erfaring med samarbeid med annen virksomhet innen tannhelsetjenesten og med ulike medisinske spesialiteter. I løpet av spesialistutdanningen skulle tannlegen ha fått erfaring i å formidle kunnskaper og ferdigheter innen spesialiteten til tannleger og annet tannhelsepersonell. Det ble også vektlagt betydningen av kontinuerlig overvåkning og kunnskapskontroll i løpet av hele utdanningen og at denne ble fulgt opp av kliniksjeff eller annen veileder.

I den svenske utredningen ble dette foreslått:

”Betreffande den nye specialiteten oral rehabilitering anser vi att det under den senare delen av utbildningen skall finnas möjligheter till profilering mot antingen oral protetik eller tandlossningssjukdomar. Vi anser dock att rent formellt skall samtliga specialister anses ha specialistbehörighet inom ämnesområdet oral rehabilitering. Det får sedan ankomma på respektive tandvårdshuvudman (landstingen och kommunerna Gotland, Göteborg och Malmö) att ange vilken inriktning man önskar för den enskilde specialisten. Vi utgår därvid ifrån att det i framtiden inte finns en direkt koppling mellan en specialist och att förestå en särskild specialistklinik.”

I Sverige ble forslagene i TSU gjenstand for en politisk behandling i Riksdagen som endte med den modell vi i dag kjenner fra vårt naboland, med åtte ulike spesialiteter.

Socialstyrelsen har i SOSFS 1993:4 forskrifter med målbeskrivelser for de åtte spesialistområder, om omfang av tjenestegjøring under utdanning, godkjenning av klinikk for tjenestegjøring, attest for gjennomført spesialisttjenestegjøring samt bevis for spesialistkompetanse. Det gis bl.a. anledning til å forlenge studietiden utover tre år ved deltidsarbeid. Socialstyrelsen skal godkjenne tannklinikken som skal benyttes, og andre lokale forutsetninger som pasientgrunnlag og veileders kompetanse. Utdanningen kan skje på flere klinikker og ikke nødvendigvis hele tiden under tilsyn av veileder.

Socialstyrelsen arbeider nå i 1999 med en utredning kalt ”Beredning av frågan vad avser framtida kompetensfördelning mellan olika yrkeskategorier inom tandvården samt utbildningskapasiteten i framtiden.” Bakgrunnen for denne utredningen er bl.a. tendenser til tannlegemangel, også mangel på tannlegespesialister. Svenske tjenestemenn (personlig meddelelse) opplyser også at spørsmålet om antall spesialiteter vil måtte tas stilling til på nytt, uten at en slik vurdering har noen føringer. I Folketandvården reises spørsmålet om det av økonomiske grunner er riktig å utdanne i alt åtte spesialiteter.

Alle svenske tannleger under spesialistutdanning mottar lønn i studietiden. Per januar 1998 hadde Sverige følgende antall yrkesaktive tannleger 64 år eller yngre med spesialistkompetanse: 118 pedodontister, 314 kjeveortopedier, 150 periodontister, 181 oralkirurger, 52 endodontister, 151 protetikere, 57 oral-radiologer og 44 bittfysiologer. Samlet antall spesialister var 1067. Dette tilsvarer en økning på over 300 spesialister i løpet av en 10-års periode. I mars 1999 var det i alt 132 godkjente utdanningsplasser på til sammen 57 klinikker i Sverige.

Den finske spesialiteten i klinisk odontologi er svært lik det svenske forslaget til spesialiteten i oral rehabilitering. Finnene har hatt denne spesialiteten siden 1974 og hadde i 1996 ca 250 av dem. Dette store antall spesialister er medvirkende til at 13% av finske tannleger har spesialistkompetanse. Spesialister i klinisk odontologi dekker områdene konserverende tannpleie, periodonti og protetik. De har full statlig lønn under utdanningen. Utdanningen skjer i regi av de odontologiske fakultetene og er treårig. Ca en tredel av tiden går med til teori og to tredeler er klinisk trening. Finske tannlegespesialister har anledning til å ta et påbygningskurs som gir såkalt ”administrativ kompetanse”. Den geografiske fordeling av finske spesialister er ikke tilfredsstillende. I områder rundt universitetsbyene er tilgangen god, mens mange områder er helt uten spesialister (7).

6.3 Annet personell i tannhelsetjenesten

Typer og antall av annet personell i tannhelsetjenesten varierer ikke mindre mellom de europeiske land enn typer og antall spesialister. I dette avsnitt gis en kortfattet oversikt over situasjonen.

6.3.1 Ulike typer personell

I alle europeiske land har tannleger og tannlegespesialister ulike typer personell som bistår i tjenesten. Eksempler på slike er tannhelsesekretærer, tannpleiere, tannterapeuter, tannteknikere og denturister/kliniske tannteknikere. I Luxemburg og Belgia er slikt personell vesentlig mindre vanlig enn i de andre landene. Tannteknikere og tannpleiere er offentlig godkjente yrker i de fleste av de omtalte 18 land. Kun godkjente tannpleiere og tannterapeuter kan arbeide direkte klinisk (i munnen på pasienter). Vanligvis må de da være under veiledning av eller arbeide på en tannleges ansvar. I Spania, Italia og Portugal må tannpleiere f eks alltid jobbe i samme bygning som en tannlege. I Irland og Storbritannia må pasientene være henvist fra og behandlingen være bestemt av en tannlege. I Danmark kan tannpleiere utføre begrensede behandlinger på egen hånd. Kun Storbritannia og Sveits har tannterapeuter. De fjerner bl a tannstein, legger enkle fyllinger og foretar enklere ekstraksjoner under veiledning/overvåkning av tannlege. Kliniske tannteknikere har anledning til å framstille helproteser på egenhånd til helt tannløse pasienter. Tabell 6.3 viser hvilke typer personell som benyttes i de 18 aktuelle land.

6.3.2 Personell som bistår spesialister i Sverige, Finland og Danmark – utdanningsmuligheter og kostnadseffektivitet

Tannpleieres virksomhet i spesialisttannhelsetjenesten er primært begrenset til periodonti. I Sverige oppga 8% av tannhygienistene at de arbeidet innen spesialisttandvården i 1988. Deres oppgaver er først og fremst å lære pasientene munnhygiene samt å fjerne tannsten.

Tabell 6.3 Typer personell i 18 europeiske land (med unntak av tannleger og ordinære tannhelsesekretærer).

Land	Tannpleiere	Tannteknikere	Kliniske tannteknikere	”Tannhelsepedagoger”	Andre
Østerrike		Ja		Ja*	
Belgia		Ja*			
Danmark	Ja		Ja		
Finland	Ja	Ja	Ja		
Frankrike		Ja*			
Tyskland		Ja			
Hellas		Ja			
Island	Ja	Ja*			
Irland	Ja	Ja*		Ja*	
Italia	Ja	Ja			
Luxemburg		Ja*			
Nederland	Ja	Ja*	Ja		
Norge	Ja	Ja*			
Portugal	Ja	Ja			
Spania	Ja	Ja*			
Sverige	Ja	Ja			**
Sveits	Ja	Ja*	Ja*		
Tannterapeuter					
Storbritannia	Ja	Ja*		Ja*	
Tannterapeuter					

Kilde: (2)

* Yrket er anerkjent, men uten formell offentlig godkjenning.

** I Sverige finnes en type tannlegesekretærer spesialutdannet for assistanse av kjeveortopedier.

Den mest omfattende videreutdanning av tannhelsesekretærer for kjeveortopedier skjer i Stockholm läns Folk tandvård. Siden 1980 har de der utdannet ortodontiassistenter. Hensikten har vært å kunne delegerer en del enklere behandling, pasientinformasjon og forebygging til disse. Utdanningen har to terminers/40 ukers varighet og er en påbygning på fullført utdanning som tannhelsesekretær. Tilsvarende utdanning ble påbegynt i Kopparbergs län i 1989. Hensikten var bl.a. å øke pasientgjennomstrømningen med 20% på spesialistklinikene for kjeveortopedi. Utdanningen i Kopparbergs län går over to år på deltid, slik at tannhelsesekretærene kan ta den uten å gå ut av aktivt arbeid. Det har ikke vært mulig å finne artikler eller rapporter som dokumenterer effekt eller kostnadseffektivitet ved bruk av ortodontiassistenter. Likevel har ledende tjenestemenn innenfor svensk tannpleie (personlige meddelelser fra ledere i Tandvårdstaben og Folk tandvården i Stockholm) uttalt at det er bred enighet om at bruk av ortodontiassistentene er kostnadseffektivt. Folk tandvården beskjeftiger de fleste, men de er blitt stadig mer etterspurt i private spesialistpraksiser.

Både i Sverige og i Finland er det satset noe mer på bruk av annet tannhelsepersonell enn i Norge. I Finland var det i 1996 i alt 1 230 tannpleiere og hele 6500 tannhelsesekretærer til assistanse for ca. 4800 yrkesaktive tannleger. Nesten 1 100 arbeider i tanntekniske laboratorier. Av disse er ca. 400 denturister, d.v.s. tannteknikere som kan tilpasse proteser på helt tannløse individer. I de senere år med arbeidsløshet har imidlertid særlig tannpleierne vært

rammet. Deres yrkesaktivitet var bare på 70% i 1996. Det kan imidlertid ikke sies at reduksjon i arbeidsmuligheter for tannpleiere skyldes at deres innsats ikke er bedømt som kostnadseffektiv i Finland.

I Danmark har man ikke valgt å satse på spesialutdanning av tannhelsesekretærer eller tannpleiere for spesiell assistanse i spesialistpraksis.

6.4 Hva kan vi benytte av erfaringer fra andre europeiske land?

I Norge har vi relativt mye bedre tannlegedekning enn ellers i Europa, tilsvarende de andre nordiske land. Det kan være at vår nordiske modell med offentlig organisering av tannhelsetilbudet for barn og ungdom genererer større etterspørsel etter regelmessige tannhelsekontroller enn det som strengt tatt er ønskelig med dagens tannhelsesituasjon.

Når det gjelder antall tannlegespesialiteter og antall spesialister er også de nordiske land i en særstilling. Danskene har forhold mest likt ellers i Europa med kun to spesialiteter. I Sverige og i Island har antallet spesialiteter fått et omfang som må gjøre geografisk fordeling av dem vanskelig. Ordningen i disse landene er også kostbar.

Det er sannsynlig at samfunnsodontologi kan bli den tredje felleseuropeiske spesialitet. Tilsynelatende har finnene allerede i 1974 valgt en tjenlig modell med fire spesialiteter; oral kirurgi, kjeveortopedi, samfunnsodontologi og klinisk odontologi. I Sverige har man vurdert denne modellen helt siden 80-tallet. Kanskje også vi bør gjøre det nå?

I Danmark, Finland og Sverige er tannlegene sikret en helt annen økonomisk situasjon under spesialistutdanning enn de norske kollegene er. I Finland, men særlig i Sverige, finner spesialistutdanningen sted vesentlig mer desentralisert enn hos oss. Hvis vi ønsker geografisk god fordeling av spesialister, må vesentlige deler av spesialistutdanningen kunne gjennomføres utenfor de odontologiske fakultetene.

Svenskenes spesialutdanning av tannhelsesekretærer for assistanse av kjeveortopedier er interessant. Det kan være riktig å forsøke noe lignende her i landet. Siden de fleste kjeveortopedene i Norge er privatpraktiserende, vil det være vanskeligere å organisere en slik utdanning her. Hvis utdanningen skal svare seg og bli etterspurt, bør den være mest mulig desentralisert og gi anledning til at det meste av studiene kan skje mens tannhelsesekretæren er i full jobb.

Det er svært varierende bruk av annet personell som bistår tannleger og tannlegespesialister i Europa. Det er ikke gitt at vår modell er den rette. Dessuten er vår modell kommet til i en situasjon med vesentlig større tannhelseproblemer og mye større lønnsforskjeller mellom tannleger og annet personell. Modellen for spesialutdanning av tannhelsesekretærer for assistanse av kjeveortopedier kan være en vei å gå på flere felter innen odontologien. Kanskje kunne tannhelsesekretærene ta hånd om noen av de allmennpraktiserende tannlegenes og tannpleiernes rutineoppgaver med scaling, fissurforsøgling og annen forebygging. En slik ide forutsetter først og fremst en styrking av grunnutdanningen av tannhelsesekretærer.

Referanser

1. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe Part I: Finance and entitlement to care. *Community Dental Health* 1998; 15: 145-9.
2. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe Part II: The dental workforce. *Community Dental Health* 1998; 15: 243-7.
3. Widström E, Hiiri A. Themes from Finland. *Oral Health Care in Finland. Themes 1/1998*. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki 1997.
4. van der Linden FPGM et al. Three years Postgraduate Programme in Orthodontics: the Final Report of the Erasmus Project. *European J of Orthodontics* 1992; 14: 85-94.
5. Preamble to the Competency Statements for Dental Public Health. *J Public Health Dent* 1998; 58 (Supplement 1): 119-20.
6. Specialisttandvården i framtiden. Rapport från 1989 års utredning om tandläkarnas specialutbildning (TSU 89). Ds 1990:48. Regjeringkansliets offsetcentral. Stockholm 1990.
7. Promemoria av Undervisningsministeriets arbetsgrupper. 10:1997. Promemoria av arbetsgruppen för tandkliniker –96. Helsinki 1997.

Kapittel 7. Spesialistutdanning for leger i Norge og andre europeiske land

7.1 Kort historikk

De første spesialistreglene for den medisinske spesialistutdanningen ble vedtatt av Den norske lægeforening i 1918. Spesialistreglene omfattet i alt 13 spesialiteter. Utover på 1920- og 30-tallet var Legeforeningen spesielt engasjert i befolkningens behov for spesialister, behovet for utdanningsstillinger for spesialistkandidater, lønns- og arbeidsforhold for underordnede sykehusleger, hospiteringsregler og turnustjeneste, som for øvrig ble innført fra 1950. Legeforeningens landsmøte innførte på slutten av 1950-tallet kurs i spesialistutdanning, og prøve for spesialistgodkjenningen ble vurdert.

Koordineringen av spesialistutdanningen i Norden kom i gang fra begynnelsen av 1960-tallet gjennom et nordisk samarbeid. Dels som en følge av dette, ble spesialistregler i Norge endret i 1965 med innføring av generelle spesialistregler, krav til hoved- og sideutdanning i spesialiteten og med et sterkere innslag av teoretisk opplæring i form av obligatoriske kurs og internundervisning. Det ble tidlig innledet et samarbeid med de medisinske fakulteter om kursutdanningen av legers videre- og etterutdanning.

De nordiske landene har senere arbeidet med å gjennomføre spesialistutdanningen etter de intensjoner og retningslinjer som ble foreslått. Et viktig utvalg i dette arbeidet var Aubert-utvalget, som leverte sine innstillinger om spesialistreglene i 1967 og 1968. Utvalget konsentrerte seg om prinsipper for gruppeføring og retningslinjer for undervisningsprogram og kursvirksomhet, eksamensordning, samt administrasjon av reglene ved blant annet innføring av spesialitetskomitéer og spesialitetsråd. Spesialitetskomitéene og spesialitetsrådet ble etablert i 1969 som sakkyndige og rådgivende organ for sentralstyret og andre instanser i spørsmål som vedrører spesialistutdanningen.

Utover på 1970-tallet ble det utarbeidet retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter, og indremedisin og kirurgi ble grenspesialisert i henholdsvis 8 og 6 grenspesialiteter. Fra 1997 omfatter hovedspesialiteten generell kirurgi 5 grenspesialiteter, idet ortopedisk kirurgi da ble egen hovedspesialitet. På midten av 1980-tallet ble spesialitetene samfunnsmedisin og allmennmedisin opprettet. Fra 13 medisinske spesialiteter i 1918 har vi i dag 43, den siste er spesialiteten nukleærmedisin, opprettet i 1997.

I forhold til spesialistutdanningen for leger har 1980- og 90-årene vært sterkt preget av å vektlegge innholdet i utdanningen gjennom målbeskrivelser for den enkelte spesialitet, utarbeidelse av utdanningsplaner og undervisningsprogram og utdanning av veiledere for utdanningskandidatene.

7.2 Spesialistutdanning av leger slik denne var organisert fram til 1. januar 1999

Ved innføring av Lov om leger vedtatt 13. juni 1980 med ikrafttreden fra 1982 ble det formelle ansvaret for spesialistutdanningen for leger tillagt Sosial- og helsedepartementet. Ved forskrift av 22. mars 1982 til Legelovens § 14, delegerte Sosial- og helsedepartementet til Legeforeningen å behandle og avgjøre søknad om godkjenning som spesialist i medisin. I samme forskrift er Legeforeningens spesialistregler lagt til grunn for spesialistutdanningen i Norge. Ved senere omorganisering av den sentrale helseforvaltning ble Sosial- og helsedepartementets ansvar på dette området delegert til Statens helsetilsyn. Helsetilsynet ble således den offentlige instans som fattet endelige vedtak på bakgrunn av Legeforeningens anbefalinger.

7.2.1 Spesialiteter i Norge

De 43 medisinske spesialitetene omfatter allmennmedisin, anesthesiologi, arbeidsmedisin, barne- og ungdomspsykiatri, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, med de 5 grenspesialitetene barnekirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi og urologi, hud- og veneriske sykdommer, immunologi og transfusjonsmedisin, indremedisin, med de 8 grenspesialitetene blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsesykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer og nyresykdommer, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, klinisk farmakologi, klinisk kjemi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk genetik, medisinsk mikrobiologi, nevrokirurgi, nevrologi, nukleærmedisin, onkologi, ortopedisk kirurgi, patologi, plastikkirurgi, psykiatri, radiologi, revmatologi, samfunnsmedisin, øre-nese-halssykdommer og øyesykdommer.

De fleste av spesialitetene er for institusjonshelsetjenesten. Spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er rettet mot helsetjeneste utenfor institusjonen.

7.2.2 Organiseringen av videre- og etterutdanningen av medisinske spesialister.

Spesialitetskomité

Det er oppnevnt en spesialitetskomité for hver spesialitet. Spesialitetskomitéene har ansvar for, i nært samarbeid med vedkommende spesialforening, å vurdere alle forhold av betydning for videre- og etterutdanningen i vedkommende spesialitet. Oppgaver under dette er en løpende vurdering av spesialistregler og stillingsstruktur. I dette ligger behov for spesialister og utdanningsstillinger og innholdet i utdanningsstillingene. Videre skal spesialitetskomitéene fremme forslag om nødvendige kurs og overvåke gjennomføringen av disse. Den skal også overvåke virksomheten ved utdanningsinstitusjoner i vedkommende spesialitet med særlig vekt på veiledningsordning, utdanningsvirksomhet og undervisningsprogram. Tiltak for kvalitetssikring av videre- og etterutdanningen som ferdighetskrav, obligatoriske prøver, sjekklister og prosedyrelister, operasjonslister mv. vil også være forhold som inngår i dette. Sist, men ikke minst, skal spesialitetskomitéene også avgi innstilling om søknader og om spesialistgodkjenning og søknader fra sykehusavdelinger om godkjenning som utdanningsinstitusjon, samt gjennomføre en årlig vurdering av de godkjente utdanningsinstitusjonene. Spesialitetskomitéene består av i alt 8 personer, herav 5 medlemmer og 3 varamedlemmer. Minst 1 medlem skal være universitetslærer og 1 medlem skal være underordnet lege.

Spesialitetsråd

Spesialitetsrådet er Legeforeningens rådgivende organ i spørsmål som gjelder spesialistutdanningen. Spesialitetsrådet skal vurdere videre- og etterutdanningen av spesialister på mer prinsipielt grunnlag. Spesialitetsrådet er representert ved Legeforeningen, Statens helsetilsyn, de medisinske fakulteter og Kommunenes Sentralforbund.

Koordinatorkontorene

De fire koordinatorkontorene er plassert ved de respektive medisinske fakulteter. Ved hvert koordinatorkontor er det tilsatt en lege i bistilling og en sekretær som har ansvar for å administrere Legeforeningens kursvirksomhet i relasjon til spesialistutdanningen.

Spesialforeningene

Det er i alt 60 spesialforeninger som er sammenslutninger av leger med felles faglige interesser. Spesialforeningene arbeider også med prinsipielle sider ved spesialistutdanningen i nært samarbeid med den aktuelle spesialitetskomité. I hvert fylke har Legeforeningen en fylkesavdeling. Fylkesavdelingene får prinsipielle saker til uttalelse før vedtak fattes i henholdsvis sentralstyret og landsstyret. I tillegg har foreningen de to landsomfattende avdelinger: Norsk medisinerstudentforening og Yngre legers forening.

Yrkesforeningene

Det er 6 yrkesforeninger som organiserer medlemmer med felles arbeidstakerinteresser. I tillegg til arbeidet med fagforeningsspørsmål tilbyr yrkesforeningene også visse faglige kurs, spesielt for etterutdanning.

Sentralstyret

Legeforeningens sentralstyre godkjenner, på vegne av foreningen og i henhold til delegert myndighet, den enkelte lege som spesialist. Søknader om spesialistgodkjenning sluttbehandles av sentralstyret etter innstilling fra spesialitetskomitéen og etter at saken er forberedt av sekretariatet. Sentralstyret behandler også andre saker av prinsipiell karakter i tilknytning til spesialistregelverket. Sentralstyrets avgjørelser kan innankes til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Landsstyret

Landsstyret har møte en gang per år og fatter avgjørelser i prinsipielle saker. Dette kan for eksempel være endring av krav til utdanning, forslag om opprettelse av nye spesialiteter, mv. Landsstyrets vedtak er anbefaling overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Sekretariatet

Avdelingen for fagutvikling og utdanning i Legeforeningens sekretariat arbeider med forvaltning av spesialistregelverket. Sekretariatet nedlegger også et betydelig arbeid i fagutvikling, utvikling av pedagogiske metoder og planlegging og gjennomføring av kursutdanning.

7.2.3 Spesialistutdanningen

Den medisinske spesialistutdanningen i Norge er basert på norsk autorisasjon som lege. Det vil si at utdanningskandidaten må ha gjennomført medisinerstudiet og 1½ års turnustjeneste før tjenesten kan telle som ledd i spesialistutdanning.

Spesialistutdanningen består av 4-5 års hovedutdanning, samt 1 års sideutdanning for hovedspesialitetene. Det arbeides for tiden med en omredigering av spesialistreglene der sideutdanningen foreslås fjernet og der det gis mulighet for forskning som del av spesialistutdanningen. Spesialistreglene krever også i gjennomsnitt 150 timer kursutdanning. I de fleste fagområder er det krav om obligatorisk kursutdanning. Kurs i administrasjon og ledelse er et absolutt krav for alle spesialitetene.

For å bli spesialist i en grenspesialitet kreves det spesialistgodkjenning i hovedspesialitet. Grenspesialitetene utgjør 3 års tjenestegjøring innen spesialiteten, der 2 år kan overlappes med hovedspesialitet etter nærmere regler.

Tellende tjeneste som ledd i spesialistutdanningen gjennomføres i assistentlegestilling ved godkjent utdanningsinstitusjon for vedkommende spesialitet under supervisjon og veiledning fra spesialist i vedkommende fagområde. Det kreves at utdanningskandidatene deltar i et undervisningsprogram på minimum 2 undervisningstimer (90 minutter) per uke. Utdanningskandidaten skal ha oppnevnt en personlig veileder, og det skal gjennomføres regelmessige veiledningsmøter mellom kandidat og veileder. Veiledning inngår som en obligatorisk del av all spesialistutdanning. I institusjonshelsetjenesten er veiledningen individuell. Den skal være avtalt, foregå til faste tider og ta utgangspunkt i kandidatens behov.

I allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin foregår veiledning som regel i grupper etter et strukturert program. Legeforeningen har arrangert en rekke kurs for leger som ønsker å bli veiledere. Det arbeides nå med en undervisningspakke for skoling i veiledning, som vil bli tilbudt alle utdanningsinstitusjonene. Denne undervisningspakken skal erstatte de tidligere veilederkursene.

I henhold til "Bestemmelsene for spesialistutdanningen" skal veileder og kandidat i samarbeid utarbeide en utdanningsplan for kandidaten som både skal ivareta faglige krav, kommunikasjon, etikk og karriereplanlegging. Den individuelle utdanningsplanen er et viktig grunnlagsdokument når kandidatens progresjon i spesialistutdanningen skal måles.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin gjennomføres ved at kandidaten i tillegg til å arbeide innenfor det aktuelle fagfelt gjennomfører et obligatorisk utdanningsprogram på 2 eller 3 år i den 4-årige hovedutdanningen, med spesifikke krav til arbeidsoppgaver og prosedyrer. Gjennomføringen av utdanningsprogrammer skjer gjennom veiledning av kandidatene, dels i grupper, dels individuelt.

Spesialister i allmennmedisin avkreves resertifisering hvert 5. år etter et nærmere obligatorisk etterutdanningsprogram.

Den enkelte spesialitet er styrt av vedtatte spesialistregler med minimumskrav til tjenestetid og kurs. I tillegg er den styrt gjennom målbeskrivelse og gjennomføringsplan som beskriver det totale innholdet i spesialitet og det som kreves av kunnskap, ferdigheter og holdninger av en spesialist i faget. Den norske form for spesialistutdanning er således dels regelstyrt ved at spesialistreglene inneholder minimumskrav til tjeneste som underordnet lege og minimumskrav til kursutdanning, dels målstyrt ved at det stilles krav til innholdet i utdanningen gjennom ferdighetskrav. Legeforeningen har nedlagt et stort arbeid i å få dokumentert innholdet i utdanningen ved hjelp av prosedyrekrav, operasjonslister, attestasjonsskjemaer, sjekklister mv. som nå kreves i utdanningen for de fleste medisinske spesialiteter.

Enhver godkjent utdanningsavdeling er forpliktet til å ha strukturert undervisning i tilknytning til klinikken på minimum 2 undervisningstimer per uke. Internundervisningen skal bidra til den faglige utvikling for alle avdelingens leger og skal i særlig grad ivareta behovet for å gi utdanningskandidatene nødvendig teoretisk bakgrunn for avdelingens virksomhet. Kandidaten gis permisjon med lønn for å delta i kurs og eventuelt andre organiserte utdanningstilbud utenom avdelingen. Det må også organiseres veilederordning med personlig veileder for den enkelte kandidat.

De godkjente utdanningsinstitusjonene deles inn i gruppe I og gruppe II-avdelinger, der gruppe I-sykehusene omfatter universitetssykehus, større sentralsykehus og visse spesialsykehus. Minst 1 ½ år av hovedutdanningen skal gjennomføres ved gruppe I-avdeling. Spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, arbeidsmedisin og patologi har ikke gruppeføring, men godkjenning av den enkelte institusjon for en nærmere bestemt del av hovedutdanningen.

Sykehusene har i den senere tid gjennomgått en rekke strukturendringer som gjør at dagens gruppeføringsmodell ikke lenger strekker til som system. Mye tyder på at ytterligere strukturendringer ville finne sted i kommende år. Gjennom funksjonsfordeling og organklinikker kan utdanningskandidatene lett bli tilbudt å delta i en pasientbehandling som er for snever i forhold til målbeskrivelsen. Det har derfor presset seg fram et behov for samarbeid mellom flere sykehus for å få dekket alle erfaringsområder til spesialiteten. Det er behov for større fleksibilitet for å utnytte alle aktuelle sykehusavdelinger i henhold til deres potensiale. Den enkelte sykehusavdeling må vurderes som utdanningsinstitusjon ut fra utdanningsmessige, faglige og strukturelle kriterier og gis godkjenning med angivelse av både maksimal utdanningstid og erfaringsområder for den enkelte avdeling. I tillegg til dette vil enkelte utdanningsavdelinger bli godkjent som akademiske avdelinger. Spesialistutdanningen må fortsatt være primært målstyrt og basert på gode målbeskrivelser, prosedyrekrav og ferdighetskrav.

Legeforeningen anbefalte på sitt landsmøte høsten 1999 å oppheve den tradisjonelle gruppeføringen av utdanningsinstitusjonene.

Dagens bestemmelser for spesialistutdanningen avkrever også en årlig rapportering om utdanningsvirksomheten fra de ca. 900 godkjente utdanningsinstitusjonene. Rapportene vurderes av spesialitetskomitéene og fremlegges for spesialitetsrådet og sentralstyret. Det er

kun godkjente utdanningsinstitusjoner med årlig rapportering som kan ha assistentlegestillinger.

Den årlige rapporteringen fra utdanningsinstitusjonene omfatter en rekke forhold knyttet til det totale utdanningsmiljøet som stabsstruktur, pasientmateriale, utstyr, diagnostiske og behandlingsmessige prosedyrer, utdanningsutvalg, utdanningsplan for avdeling og kandidater og veilederordning for kandidatene. Den enkelte spesialitetskomité nedlegger et stort arbeid i å evaluere rapportene og gir sin tilbakemelding om fortsatt godkjenning, eventuelt påpeker mangler før videre godkjenning kan anbefales.

7.2.4 Økonomi

Det er opprettet 3 fond til legers videre- og etterutdanning: Utdanningsfond I, II og III. Det avsettes midler til fondene gjennom avtale med Staten og Kommunenes Sentralforbund i forbindelse med forhandlingene om normaltariiffen 1. juli hvert år. Gjennom avtale med Staten og Kommunenes Sentralforbund avsettes det under de årlige forhandlinger om "avtaler om driftstilskudd og takster for leger med avtale om privat praksis" en andel av forhandlingsbeløpet som fordeles på de tre utdanningsfondene, samt to kvalitetssikringsfond.

Formålet til Utdanningsfond I er å fremme grunn-, videre- og etterutdanning av leger og særlig tilgodese tiltak som kan bedre videre- og etterutdanningen av leger i perifere strøk av landet. Utdanningsfond I er det eldste fondet. Bakgrunnen for etableringen var at myndighetene i forbindelse med forventede tarifførhøyelser fra 1. januar 1967, henstilte til Legeforeningen å gå med på å utsette de nye tariffers ikrafttreden til 1. april 1967. Det var forutsatt at det skulle gis en kompensasjon for inntektstapet. Legeforeningens sentralstyre fant at denne kompensasjonen mest hensiktsmessig burde gis i form av å opprette et fond for videre- og etterutdanning av leger. Ved kongelig resolusjon ble det derfor vedtatt at det i løpet av perioden 1. april 1967 – 1. januar 1968 skulle overføres kr 4.500.000 fra Syketrygdens reguleringsfond til å opprette Utdanningsfond I.

Tilskudd fra Utdanningsfond I kan ytes til Legeforeningens avdelinger, spesialforeninger og utvalg, samt til andre organisasjoner og institusjoner som arbeider med videre- og etterutdanning av leger. Kurs som kan godkjennes som ledd i videre- og etterutdanningen av leger, må arrangeres av et organ i Legeforeningen, av de medisinske fakulteter eller andre offentlige institusjoner. En kan også, etter nærmere vurdering, godkjenne kurs arrangert av enkelte ideelle organisasjoner. Privatpersoner og firmaer kan ikke arrangere kurs som får støtte fra fondene.

Utdanningsfond II gjelder fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning. Fondet ble opprettet med virkning fra 1. mars 1984. Allmennpraktikernes/spesialistenes utdanningsfond har som formål å høyne og å opprettholde det medisinskfaglige kunnskapsnivået hos allmennpraktiserende leger og privatpraktiserende spesialister. Dette gjøres ved å yte økonomisk hjelp til å dekke kursavgifter, reise- og oppholdsutgifter og stipendier i den utstrekning slik hjelp ikke dekkes etter andre regler. Målgruppen er allmennpraktiserende leger og ansatte kommuneleger i forbindelse med deres videre- og etterutdanning. Målgruppe er også privatpraktiserende spesialister i forbindelse med deres etterutdanning.

Utdanningsfond III er opprettet for sykehuslegers videre- og etterutdanning. Fondet ble opprettet med virkning fra 1. mars 1988 og har som formål å høyne og å opprettholde det medisinskfaglige kunnskapsnivået hos de leger som omfattes av vedtektene. Dette gjøres ved å yte økonomisk hjelp til dekning av kursavgifter, reise og oppholdsutgifter og stipendier i den utstrekning slik hjelp ikke dekkes etter andre regler.

Et eget fondsutvalg for hvert av utdanningsfondene II og III forvalter anvendelsen av fondsmidlene for disse to fondene. Fondsutvalgene oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Det er fem medlemmer i fondsutvalget, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen har leder og to representanter i hvert fondsutvalg, mens Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund har en representant hver. I tillegg til utdanningsfondenes vedtekter er det utarbeidet retningslinjer som regulerer anvendelsen av midlene. Når det gjelder Utdanningsfond I, er Legeforeningens sentralstyre fondets styre og treffer vedtak om plassering, forvaltning og anvendelse av fondsmidlene.

Det er betydelige kostnader forbundet med å utdanne leger til spesialister innen de ulike fagområdene. Legeforeningen finansierer sin del av utgiftene til dette ved å belaste de tre utdanningsfondene. Det er et problem for fondsutvalgene at de kun har utgiftene til videre- og etterutdanningen som sitt virkefelt. Utgiftene er et resultat av tilgangen på søkere som til enhver tid fyller kriteriene for støtte fra fondene. Inntektene er uforutsigbare og utenfor fondsutvalgenes kontroll idet inntektene til utdanningsfondene, dvs. avsetningene, skjer som en del av forhandlingene mellom Legeforeningen, Staten og Kommunenes Sentralforbund i forbindelse med normaltariffen.

For spesialistutdanningen innen institusjonshelsetjenesten har sykehuseierne ansvar for å utbetale spesialistkandidatenes lønn, men utdanningsstillingene er i det vesentlige arbeidsstillinger som sykehusene må ha enten en avdeling har utdanningsoppgaver eller ikke. Leger under spesialistutdanning ”gis etter søknad den permisjon med lønn som er nødvendig for å gjennomgå kurs mv. som er en obligatorisk del av legenes spesialistutdanning i samsvar med gjeldende regler for spesialistutdanning”. Dette er nedfelt i sentral forbundsvis særavtale med Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen for leger i sykehus. Det er det normale at sykehuseier betaler kursavgift for nødvendige kurs i spesialistutdanningen. Kostnader til reise og opphold kan utdanningskandidatene imidlertid søke refundert fra legeforeningens Utdanningsfond II og III.

Når det gjelder utdanning av spesialister utenfor sykehus (allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin) får leger i selvstendig næringsvirksomhet ingen refusjon for fravær fra egen praksis. Leger innenfor disse tre spesialitetene ansatt i det offentlige eller privat, har de samme rettigheter som andre leger i tilsvarende tilsettingsforhold. Bedriftsleger i offentlig eller privat virksomhet får ikke refundert sine egne utgifter til videre- og etterutdanning gjennom Utdanningsfond II. De fleste av disse får dekket sine utdanningskostnader av arbeidsgiver.

Kandidatene i spesialitetene allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin må betale en veiledningsavgift til Utdanningsfond I på kr 8.500,-, samt reise- og oppholdskostnader for inntil kr 10.000,- for å delta i et obligatorisk utdanningsprogram (lokale veiledningsgrupper). Reise- og oppholdskostnader utover kr 10.000,- kan søkes refundert gjennom Utdanningsfond I.

7.3 Hensikter med og konsekvenser av de endringer som gjelder fra 1. januar 1999

Nye forskrifter om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekall av leger som spesialist, trådte i kraft fra 1. januar 1999. De nye forskriftene kom på bakgrunn av et ønske om en sterkere statlig styring med spesialistutdanningens innhold og krav til utdanningsstillinger. Som en følge av dette er det opprettet et Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording. Dette er et rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet i overordnede spørsmål om spesialistutdanningen av leger og legefording.

7.3.1 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) består av 21 personer og er representert ved Staten, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune, de fem helseregionene, universitetene, Legeforeningen og Norsk pasientforening. Legeforeningen er representert ved 4 personer i NR. Rådet skal særlig vurdere og gi råd vedrørende godkjenning av spesialister, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordelingen av disse. NR er et rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet eller den departementet delegerer myndighet til i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføringen av og kvaliteten på all spesialistutdanning. I dette ligger både videre- og etterutdanning av leger. Ifølge forskrift om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist, skal Sosial- og helsedepartementet fastsette de medisinske spesialiteter, godkjenne utdanningsinstitusjoner og gi nærmere regler om gjennomføring av spesialistutdanningen, krav til gjennomført utdanning og andre vilkår for godkjenning som spesialist. Før departementet fastsetter regler og godkjenner utdanningsinstitusjonene, skal NR uttale seg. NR skal således vurdere og gi råd vedrørende godkjenning av spesialistregler, godkjenning av utdanningsinstitusjoner og gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen.

I ovennevnte forskrift er det delegert til Legeforeningen å behandle og avgjøre søknader om godkjenning som spesialist. Legeforeningen har nedlagt et betydelig arbeid i organiseringen og kvalitetssikringen av spesialistutdanningen som beskrevet under pkt 7.2.2 og 7.2.3. Gjennom denne delegerte myndigheten vil arbeidet bli videreført med den samme organisering som tidligere der spesialitetsråd og spesialitetskomitéene vil spille en sentral rolle.

7.3.2 Legefording

Fra 1. januar 1999 har Sosial- og helsedepartementet ansvaret for fordeling av alle legestillinger. Departementet vil fastsette en årlig ramme for antall nye stillinger og avtalehjemler som kan opprettes i kommunene og tildele stillinger og avtalehjemler direkte til kommunene. For spesialisthelsetjenesten vil departementet fastsette en årlig ramme for antall nye spesialistlegestillinger og avtalehjemler som kan opprettes det påfølgende året innen hver helseregion, fordelt på medisinske spesialiteter.

Sosial- og helsedepartementet kan pålegge sykehusavdelingen å opprette assistentlegestillinger. Også dette arbeidet i departementet baseres på anbefalinger fra NR.

7.4 Kort om spesialistutdanning og godkjenningsordninger i andre europeiske land

7.4.1 Rådskonrektiv 93/16/EØF

Rådskonrektiv 93/16/EØF av 5. april 1993 i EØS-avtalen, om å lette den frie bevegelsehet for leger og om gjensidig godkjenning av deres diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis, gir rammene for overføring av legerettigheter og spesialistkompetanse mellom EØS-landene. Rådskonrektivet bygger på autorisasjon som lege, og det forutsettes at visse minimumskrav i spesialfaget er oppnådd før spesialistgodkjenning gis. Det arbeides en god del med harmonisering av spesialistutdanningen i EU-landene siden det fortsatt er store forskjeller i nasjonale krav for den enkelte spesialitet.

Fra 1. januar 1994, da Norge sluttet seg til EØS-avtalen, har utenlandske leger med statsborgerskap og spesialistutdanning fra et EØS-land rett til å få sin spesialitet konvertert til norsk spesialistgodkjenning. Det er 50 spesialiteter som omfattes av rådskonrektivet. Med unntak av allmenmedisin, klinisk nevrofysiologi og medisinsk genetikk kan de resterende 40 norske spesialitetene konverteres til tilsvarende utenlandsk spesialitet og omvendt innenfor EØS.

7.4.2 Nordisk overenskomst

For de nordiske landene gjelder i tillegg også Nordisk overenskomst som gir ytterligere rettigheter for nordiske statsborgere både når det gjelder spesialistgodkjenning fra land utenfor EØS og for spesialiteter som ikke er inkludert i rådskonrektiv 93/16/EØF. Etter denne overenskomsten vil således en nordisk statsborger med spesialistgodkjenning fra ett av de nordiske landene ha rett til samme godkjenning i et annet nordisk land selv om den opprinnelige spesialistgodkjenningen er fra et land utenfor EØS. Spesialiteter som ikke omfattes av EØS-avtalen, men som finnes i to eller flere nordiske land, vil også kunne godkjennes mellom nordiske land der spesialiteten finnes. Eksempel på slike spesialiteter vil for Norge være allmenmedisin, klinisk nevrofysiologi og medisinsk genetikk.

7.4.3 Spesialistutdanning i Norden

Sverige

Socialstyrelsen har ansvaret for legenes spesialistutdanning som er utdanning etter autorisasjon. Spesialistutdanningen skjer hovedsakelig i form av tjeneste i underordnet stilling med veiledning. Det er 62 spesialiteter i Sverige, og det er utarbeidet målbeskrivelse for hver spesialitet. Sverige har det vi kaller for målstyrt spesialistutdanning idet det er målbeskrivelsen for det enkelte fag, der det angis kunnskaper, ferdigheter mv., som blir kandidatens veiviser i spesialistutdanningen. Målbeskrivelsen angir ikke tidsrammer for den totale tjenestegjøringen eller for det enkelte erfaringsområde. Utdanningstiden er således fleksibel. Det er imidlertid en generell regel at alle spesialiteter skal ha en varighet på minst 5 år. Bestemmelsen er gjennomført at den svenske spesialistutdanningen skal fylle de krav som stilles innenfor det europeiske fellesskap. Det er ingen grenspesialiteter. Visse spesialiteter har dog felles spesialistutdanning for en del av utdanningen eller de bygger på hverandre. Veilederen skal følge opp kandidaten og kontrollere at han har tilegnet seg de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som angis i målbeskrivelsen. I tillegg gjennomføres det spesialistkompetansekurs, intern videreutdanning på arbeidsplassen og selvstudier. Det forutsettes deltagelse i spesialistkompetansekursene, men behovet for kurs vurderes i samråd med veileder. Det er

avdelingens ”Vårksamhetschef” som utferdiger attest på at legen har tilegnet seg de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som angis i målbeskrivelsen for spesialiteten. ”Chefsöverläkaren” (tilsvarende sjef) skal i samråd med veilederne skrive ut en tjenestegjøringsattest som viser at utdanningskandidaten oppfyller målbeskrivelsens krav. Dette beviset inngår som vedlegg ved søknad om spesialistkompetanse, som inngår til Sosialstyrelsen.

Danmark

Sundhedsstyrelsen fastsetter bestemmelser og målbeskrivelser for de respektive spesialiteter. Ansvar for legenes spesialistutdanning er imidlertid delegert til Sundhedsministeriet. Sundhedsstyrelsen har også tilsatt et særskilt organ, Specialistnevndet, som har en rådgivende funksjon når det gjelder vilkårene for å oppnå spesialistkompetanse. Specialistnevndet avgir også forslag som angår spesialistutdanningen.

Spesialistutdanningen i Danmark omfatter 42 spesialiteter, herav 25 hovedspesialiteter og 17 grenspesialiteter. Utdanningstiden i en hovedspesialitet skal være på minst 4½ år og skal gjennomføres i en bestemt rekkefølge med 1-2 år introduksjonsfase, 1-2½ år undervisningsstilling, 1½-2½ år tilsetning som 1. reservelege og eventuelt kompletterende utdanning på maksimum 2 år. Utdanningen i grenspesialiteten skal også gjennomføres på en bestemt måte ved introduksjonsfase, undervisningsstilling og påbygningstjeneste på 3-4 år. Under den strukturerte tjenestegjøringen skal kandidaten også gjennomgå et teoretisk utdanningsprogram godkjent av Sundhedsstyrelsen. Danmark har således en sterkt regelstyrt spesialistutdanning.

Finland

De fem medisinske fakultetene har ansvaret for spesialistutdanningen. Samtlige fakulteter har egne delegasjoner som har til oppgave å styre og kontrollere spesialistutdanningen i fakultetenes regi. Dette arbeidet koordineres i en nasjonal samrådsgruppe.

Spesialistutdanningen i Finland er en universitetseksamen som avlegges ved de medisinske fakultetene. Forhold som angår spesialistutdanningen er dermed en sak for fakultetene. Det er imidlertid Medicinalstyrelsen som utsteder bevis på spesialistkompetanse for de leger som ønsker å overføre sin spesialistkompetanse til annet EU/EØS-land. Utdanningen omfatter dels praktisk tjenestegjøring på øremerkede utdanningsinstitusjoner, dels gjennom systematisk kursutdanning.

Det kreves normalt at 3 år av hovedutdanningen er gjennomført ved universitetsklinikk eller tilsvarende institusjon (med unntak av allmennmedisin og samfunnsmedisin).

Spesialisteksamen avholdes 4 ganger årlig. For kompetanse i spesialitet som krever 8 års tjeneste, kreves spesialisteksamen både i hoved- og grenspesialitet, samt ytterligere kurs ut over hva som kreves for hovedspesialiteten. Det er fakultetet som bestemmer hvilke kurs som skal godkjennes som del av den systematiske kursutdanningen.

Finnene har nylig utarbeidet nye regler for spesialistutdanningen. I dag er det 92 spesialiteter, herav 32 spesialiteter med 6 års utdanning og 60 spesialiteter med 8 års utdanning, som

baserer seg på noen av de 32 spesialitetene. Det er fremmet forslag om at Finland i framtiden skal ha 48 spesialiteter, hvorav 18 med utdanningstid 5 år og 21 spesialiteter med utdanningstid på 6 år. Bakgrunnen for dette er at størstedelen av de tidligere grenspesialitetene skulle utgå med unntak av kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter.

Island

Helse- og Socialministeriet sammen med den islandske legeforeningen har ansvaret for legenes spesialistutdanning. Helseministeren bestemmer regler for spesialistutdanningen etter forslag fra de medisinske fakulteter, som i sin tur får forslag fra videreutdanningsrådet og de respektive spesialforeninger. I regelen skal spesialistreglene inneholde beskrivelse av spesialiteten, blant annet med målbeskrivelser, eventuelt eksamen og hvor stor del av spesialistutdanningen som får gjennomføres i Island. Noen krav for eksamen eller fullstendig allmennutdanning eller spesialistutdanning finnes ikke.

Island har 72 spesialiteter, herav 33 hovedspesialiteter og 39 grenspesialiteter. Det er imidlertid flere spesialiteter som kan godkjennes og for tiden finnes totalt 82 godkjente spesialiteter. Spesialistutdanningen for hovedspesialitetene skal omfatte minimum 4½ år. Kortere utdanning kan godkjennes om utdanningen er gjennomført i annet land hvor spesialistgodkjenningen kan godkjennes for Island. Spesialistkompetanse i grenspesialiteter krever spesialistkompetanse i hovedspesialitet samt ytterligere 2 års utdanning i grenspesialitet. Spesialistutdanningen skal gjennomføres på institusjoner som er godkjent for formålet i de respektive land i utlandet. Islandske institusjoner godkjennes av helseministeren etter anbefaling fra et råd som helseministeren har tilsatt bestående av tre leger. Spesialistutdanningen omfatter praktisk tjenestegjøring i underordnet legestilling. Det finnes ikke obligatorisk krav om systematisk teoretisk kursutdanning.

Et formalisert system med grenspesialiteter som bygger direkte på hovedspesialiteter, finnes kun i Danmark, Island og Norge. Danmark bygger i det vesentligste på hovedspesialiteter, men det er ikke nødvendig med formell godkjenning i hovedspesialitet for å bli grenspesialist. Island krever godkjent hovedspesialitet for å oppnå grenspesialistgodkjenning.

Det europeiske økonomiske fellesskap

Innen det europeiske fellesskap finnes det ingen overordnet instans med besluttende myndighet vedrørende helsestell og utdanning. Ministerrådet fatter bindende vedtak, såkalte rådsdirektiver, i spørsmål som angår de fire friheter (arbeidskraft, varer, tjenester, kapital). Rådsdirektivene er i hovedsak også bindende for EØS-landene. Andre anbefalinger er rådgivende og det snakkes her om en harmonisering av spesialistreglene.

Litteraturhenvisninger:

Innstilling fra utvalget som har utredet: Finansiering, anvendelse og styring av utdanningsfondene, mai 1997

Årsrapport for Utdanningsfondene II og III 1998

Årbok for Den norske lægeforening 1998-99

Kapittel 8. Behovet for spesialiserte tannhelsetjenester – en grenseoppgang mellom grunnutdanning og videreutdanning

8.1 Grunnutdanning vs videreutdanning/spesialitet

Den odontologiske grunnutdanningen skal sikre samfunnet bredt kompetente tannleger som besitter de kunnskaper, holdninger, ferdigheter og egenskaper som er nødvendig for forsvarlig utøvelse av tannlegeyrket. I dette ligger det å kunne undersøke, diagnostisere, planlegge og gjennomføre adekvat forebygging og behandling av de vanligste orale sykdommer og tilstander. Studiet skal i tillegg gi den nyutdannede tannlege en erkjennelse av behovet for vedlikehold og oppdatering av kunnskaper og ferdigheter gjennom hele yrkeskarrieren (1,2).

I grunnutdanningen presenteres studentene for basale prinsipper og tilegner seg hovedteknikker og standard prosedyrer. Tiden tillater ikke optimal oppøving av alle kliniske ferdigheter. Slik vil det være i de fleste utdannings situasjoner. Ferdig utdannede tannleger vil også hele tiden måtte tilegne seg nye framgangsmåter. I denne sammenheng er forholdet mellom formell og reell kompetanse sentral. Den formelle kompetanse oppnås ved utdanning, den reelle kompetanse utvikles stort sett gjennom yrkesutøvelse. Den formelle kompetansen kan utvikles både til større eller mindre realkompetanse, avhengig av arbeidsoppgaver og utviklingsmuligheter i yrkeslivet. Diskusjonen om spesialitet bør skje på grunnlag av hvordan grunnutdanningen kan videreutvikles i den utøvende tjenesten og hvilket erfaringsnivå som det er mulig for allmennpraktikeren å nå.

Tannlegene har lenge hatt en lovpålagt plikt til å holde seg faglig ajour (Lov om tannleger §7, §25). I organisasjonssammenheng har etterutdanning spilt en sentral rolle. Den norske tannlegeforening har f.eks. nylig lagt til rette for en systematisk etterutdanning som foreningen håper kan gjøres obligatorisk for alle medlemmene. Men til tross for fokusering på grunn- og etterutdanning, vil den faglige utviklingen innen visse delområder være så omfattende at det kreves tilleggsstudier samt klinisk/laboratoriemessig erfaring for adekvat utførelse. Visse forutsetninger bør imidlertid være til stede for at et fagområde skal defineres som en spesialitet (se kapittel 9).

Spesialitet bør forbeholdes delområder hvor det er behov for spesielle behandlinger som ikke kan forventes utført av allmennpraktiserende tannleger og som er av et slikt omfang at det ikke kan dekkes av fakultetene. Området bør være av betydning for pasientens helse.

Tannlegestanden har tradisjonelt vært restriktiv i sin holdning til spesialistspørsmålet. En har vurdert behovet for spesialister på bakgrunn av de spesielle geografiske og befolkningsmessige forhold her i landet. Det er urealistisk å tenke seg at tannlegene i utkantstrøk kan drive noen utstrakt henvisningsvirksomhet. Selv om det opprettes kompetansesentra med spesialister, er det nærliggende å anta at tannlegen må forestå det meste av den tekniske behandlingen selv,

etter “konsultasjon” med spesialisten. En har derfor funnet det mer hensiktsmessig å forsøke å beholde omfanget av allmennpraksis på et høyt faglig og teknisk nivå.

8.2 Spesialitetene

8.2.1 Kjeveortopedi

Etter endt grunnutdanning skal tannlegen ha kjennskap til kjeveortopediske begreper. Ved hjelp av disse skal vedkommende kunne beskrive en pasients okklusjonsforhold, kjevestilling og ansiktstype, redegjøre for forskjellige former for kjeveortopedisk behandling, definere behandlingsmålet ved forskjellige former for kjeveortopedisk behandling og gjennomføre behandling av lokale bittfeil.

Spesialister i kjeveortopedi tar hånd om alle typer bittfeil og funksjonelle avvik (4). Spesialistene har en meget veldefinert oppgave i forhold til allmenntannlegens virksomhet. Utdanningen er 3-årig og de fleste driver ren spesialistpraksis. På grunn av de eksisterende refusjonsordninger får barn og ungdom ikke dekket noen av sine utgifter dersom den kjeveortopediske behandlingen er utført av allmenntannlege.

Det som kan øke etterspørselen for kjeveortopedisk behandling, er økt innvandring av mennesker med udekket kjeveortopedisk behandlingsbehov. I tillegg kan det muligens forventes en økt etterspørsel på grunn av befolkningens ønsker om et korrekt bitt og et estetisk tilfredsstillende smil.

8.2.2 Oral kirurgi

I løpet av grunnutdanningen skal tannlegen ha ervervet seg tilstrekkelig kunnskap for å ta ansvar og utøve omsorg for pasienter med sykdommer, misdannelser, symptomer og forandringer i munnhule og kjever. Det forventes at man skal kunne ta biopsi/prøver og tolke svarene, kunne avgjøre når en sykdom/tilstand krever spesialistbehandling i tannhelse- og/eller helsetjeneste, følge opp pasienter etter gjennomført spesialistbehandling og kunne gi råd og bistå pasienter som har krav på refusjon/stønad fra offentlig eller privat instans.

Spesialister i oral kirurgi utfører i hovedtrekk behandling av traumer (fra enkle tann-/dentoalveolare skader til større faciale traumer), behandling av ansikts-/kjeveinfeksjoner og smerter, rekonstruktiv terapi (inkludert implantatbehandling) av ervervede ansikts-/kjeve-defekter, ortognatisk kirurgi av ansikts-/kjeveanomalier, behandling av kjeveledd- og slimhinnelidelser, samt kirurgi av dentoalveolære tilstander.

Det er vesentlig i den siste kategori (dentoalveolær kirurgi) at arbeidsoppgaver for allmennpraktikere og oralkirurger tangerer hverandre. Grenselinjen vil her være noe flytende, avhengig av den enkelte allmennpraktikers og hjelpepersonalets kunnskap og erfaring, samt tilgang på spesialister i oral kirurgi. Hovedarbeidsoppgaver for spesialister i oral kirurgi vil være i tverrfaglige team i sykehussammenheng. Enkelte har ren spesialistpraksis.

Arbeidsoppgavene i oral kirurgi er nærmest identiske med kjevekirurgi. Dette er fastslått i en utredning fra en gruppe i Helsedirektoratet (5). Utdanningen er 5-årig. Samlet utdanningstid etter videregående skole er 12 år. Videreutdanningen i kjevekirurgi er 4 år etter full

odontologisk og medisinsk grunnutdanning. Samlet utdanningstid for kjevekirurgene etter videregående skole er således 16.5 år (inkludert turnustjeneste). I EU-området er den odontologiske spesialiteten oral kirurgi i de fleste land basert på en 3-årig videreutdanning etter fullført odontologisk grunnutdanning. Den fungerer vesentlig som en poliklinisk utøvende spesialitet. Sverige og Danmark har en 5-årig oralkirurgisk utdanning.

Forekomsten av ulike tilstander som behandles av oralkirurger vil kunne endres noe over tid: Behov for visdomstannbehandling vil øke (bedre tannhelse gir økt impaksjonstendens), mens behovet for apikal kirurgi trolig vil forbli uendret (bedre tannhelse, bedre konvensjonell endobehandling, flere tenner vil få endodontisk behandling). Behovet for implantatbehandling vil nok øke (kjøpekraft, utvikling av nye metoder, f.eks. benoppbygging som kan gjøre metoden tilgjengelig for flere pasientgrupper). Behov for rekonstruksjoner vil kunne øke pga. bedre metoder for rekonstruksjon etter tumorkirurgi og ved medfødte og andre ervervede defekter. Likeledes vil behovet for traumebehandling øke (økt voldsbruk, økt trafikk), mens behovet for infeksjonsbehandling trolig vil avta (bedre tannhelse).

8.2.3 Pedodonti

Som nyutdannet skal tannlegen ha ervervet seg de nødvendige kunnskaper og praktisk/kliniske ferdigheter for å kunne ta ansvar for barns og funksjonshemmedes behov for tannpleie. En spesialist skal fungere som konsulent i forbindelse med pedodontisk diagnostikk og behandlingsplanlegging, behandle særlig kompliserte eller uvanlige pedodontiske kasus samt foreta nødvendig ettersyn og behandling av spesielle grupper pedodontisk klientell, koordinere tverrfaglig samarbeid med andre odontologiske og medisinske spesialdisipliner samt delta i etterutdanning av tannhelsepersonell i fylkeskommunen (6). I de senere år har barnetannlegene også fått en viktig rolle i forbindelse med medisinsk rehabilitering av enkelte kategorier av psykisk utviklingshemmede.

Pedodontien er et typisk tverrfaglig område der samtlige odontologiske disipliner blir anvendt på barne- og ungdomsklientellet. En spesialist i pedodonti er således ikke ansvarlig for en spesielt avgrenset behandlingskategori slik tilfellet er for de øvrige spesialiteter.

Siden det er fylkeskommunen som organiserer tannhelsetilbudet for barn, unge og psykisk utviklingshemmede, er det naturlig at spesialisten har sitt arbeidsområde innen den offentlige tannhelsetjenesten. I de 20 årene som er gått siden Den norske tannlegeforening vedtok å opprette spesialiteten i pedodonti, må det kunne slås fast at denne ikke har funnet en plass i tannhelsetjenesten. I en rapport om Nord-Norsk Tannhelsetjeneste – ”Scenarier mot år 2010” (7), står det at ”utvalget har vurdert behovet for spesialitet i pedodonti som lavt, og vil ikke prioritere det i den foreslåtte kompetanseoppbyggingen”.

På den annen side er det et åpenbart behov for spisskompetanse og fordypning innen pedodontiske emner, f.eks. medfødte misdannelser (amelogenesis/dentinogenesis imp. etc.), dental traumatologi, psykologiske aspekter ved tannbehandling av barn etc. Spørsmålet er derfor snarere hvor mange spesialister som trengs på dette fagfeltet.

8.2.4 Periodonti

I grunnutdanningen skal kandidaten ha tilegnet seg kunnskaper om periodontale vevs anatomi og fysiologi, periodontale sykdommers etiologi og patogenese, samt kunne diagnostisere, forebygge og behandle de vanligste former for sykdom.

Spesialiteten i periodonti ble vedtatt opprettet i 1973 med kun en stemmes overvekt. Spesialisten konsentrerer seg i hovedsak om de alvorligere tilfellene av bakteriell infeksjon i tennenes støttevev og behandler disse med forbehandling og kirurgi, ofte kombinert med forskjellige former for regenerasjonsteknikker som vevstransplantasjon, membranteknikk etc. Periodontistene ønsker at deres behandling mht. innsetting av implantat skal komme inn under trygdens refusjonsordning - tilsvarende oralkirurgenes avtale. Dette er imidlertid blitt avslått, da det hevdes at spesialistutdanningen som er 3-årig, ikke inneholder tilstrekkelig utdanning innen basal kirurgi.

Det er høyst varierende hva allmennpraktiserende tannleger utfører av periobehandling. Noen tar (deler av) hygienefasen selv, andre gjør også den kirurgiske behandling (8). Enkelte henviser alt til spesialist. Spesialistene driver i mange tilfeller ren henvisningspraksis, mens enkelte kombinerer virksomheten med generell tannbehandling. Norsk Periodontistforening stiller krav til etterutdanning av spesialistene for fortsatt medlemskap i foreningen.

Hvis den allmenne hygiene blir bedre, vil de mildere formene for periodental sykdom bli færre. De raskt progredierende formene forventes ikke å reduseres i antall. En kunne tenke seg utvikling av vaksiner mot periopatogene bakterier, men dette er foreløpig urealistisk. Et helt nytt aspekt av moderne periodonti er den antatte sammenhengen mellom periodental sykdom og systemisk helse (hjerteinfarkt, hjerneslag). Ny viten omkring dette vil kunne øke behovet for f.eks. antibiotikabehandling og mikrobiologisk diagnostikk. Utviklingen innen faget har ellers vært stor de siste årene, og det er klart at en del periodontittkasus vil kreve diagnose og behandling av tannlege med særlig utdanningsbakgrunn.

8.3 Videreutdanning

8.3.1 Endodonti.

I grunnutdanningen skal man lære å forebygge, diagnostisere og behandle de endodontiske sykdommer og kunne vurdere resultatet av utført behandling. Den ferdige tannlege skal trygt kunne ta seg av de fleste av de endodontiske arbeidsoppgaver som forekommer i allmennpraksis. Tannleger med videreutdanning innen fagområdet arbeider hovedsakelig med utredning av smertepasienter, behandling av kompliserte kasus, konsultasjonsvirksomhet og kirurgisk behandling av apikal periodontitt. Av endodontistene driver et flertall henvisningspraksis, ofte kombinert med generell tannbehandling (9).

Innenfor yngre aldersklasser ser man en viss reduksjon av pulpal og periapikal sykdom i takt med tilbakegangen av karies. Men den totale forekomst synes imidlertid å være økende: eldre beholder flere tenner lenger og disse tennene er mer utsatt for endodontiske sykdommer. Ekstraksjoner, særlig av tenner som etterlater luker i tannsettet, oppfattes av pasientene i stigende grad som uakseptabelt.

8.3.2 Kariologi

Den kliniske videreutdanningen i kariologi skal kvalifisere kandidaten for behandling av særlig kompliserte eller uvanlige kariologiske kasus og for konsulent/utredningsvirksomhet ved karies og andre h rdvevsskader. Utdanningen, som er lagt opp som et tre rigr program, skal bidra til   kvalifisere personell for klinisk og teoretisk undervisning og forskning. Interessen for denne spesialutdanningen har så langt vært l ber. Det kan henge sammen med at kariologi og konserverende tannbehandling er   betrakte som et basisfag i den kliniske grunnutdanningen. Gjennom sitt daglige virke utvikler de fleste tannleger en betydelig realkompetanse innenfor dette fagfeltet. Behovet for en spesialutdanning som tar sikte på   heve den kliniske kompetansen, ser ut til   være lite.

8.3.3 Oral diagnostisk radiologi – kjeve- og ansiktsradiologi

I grunnutdanningen lærer studentene   benytte de vanligste opptaksteknikker basert på bruk av dentale røntgenapparater og dentalfilm. I tillegg gis opplæring i standardprosedyrer med panoramar ntgenunders kelser. Grenselinjen mellom allmennpraktikeren og radiologen går ved spesialundersøkelser med dentalr ntgen og panoramarøntgen. Kjeve- og ansiktsradiologen skal kunne utføre radiologiske utredninger/undersøkelser av kjevene og ansiktet (skjelett og bløtvev). Dette forutsetter, foruten spesialkompetanse, moderne utstyr som finnes på fakultetene og de fleste sykehus.

Hensikten med videreutdanningen er i tillegg til   kvalifisere for undervisning av studenter, etter- og videreutdanningskandidater samt annet helsepersonell (f.eks. radiografer),   sette kandidatene i stand til   drive poliklinisk konsultasjons- og rådgivningstjeneste. Utdanningen har en ramme på 3 år. Spesialkompetansen befinner seg i det alt vesentlige innenfor de to fakultetene.

8.3.4 Protetikk

I løpet av grunnutdanningen skal en lære   vurdere behovet for, planlegge og utføre enklere behandlinger med kroner, små broer, avtagbar partialprotese (støpt skjelett) og avtagbar totalprotese. Spesialutdannede tannleger behandler særlig kompliserte eller uvanlige kasus ofte i forbindelse med omfattende rehabilitering (10).

Innen dette fagområdet er det en glidende overgang med hensyn til de behandlinger allmennpraktikeren påtar seg. Hvis allmennpraktikeren ellers har nok   gjøre, vil vedkommende trolig henvise mer. Protetikk har alltid vært en viktig del av allmennpraksis og bør fortsatt være det. På den annen side er sannsynligvis protetikk det fagområdet der grunnutdanningen ikke gir nødvendig kompetanse når det gjelder behandling av avanserte tilfeller som f.eks. kombinasjonsprotetikk, ulike protetiske behandlingsløsninger basert på implantatforankring og protetisk rekonstruksjon av store vevstap i forbindelse med ulykker, skader eller tumorkirurgi. Det har til en viss grad vært en uoffisiell spesialisering ved at enkelte tannleger har vist interesse og tatt initiativ for   perfeksjonere seg innen fagfeltet på forskjellige måter. Som en følge av dette har det på kollegial basis foregått henvisning av pasienter med behov for større protetiske restaureringer. Dersom nye spesialiteter skal opprettes, bør protetikk prioriteres. Imidlertid foreligger det ingen form for tallmessig dokumentasjon som indikerer behovet for nettopp dette. Rikstrygdeverket forutsetter formell videreutdanning i protetikk for   refundere utgifter til implantatprotetisk behandling.

Mange oppfatter dette som et signal om at en klinisk spesialitet innen fagfeltet vil tvinge seg fram.

På grunn av skjerpet konsumentbevissthet, spesielt når det gjelder helse og utseende, vil en kunne forvente et økende behov for protetisk behandling i befolkningen. Den løstsittende protese er på vei til å tape den grad av sosial akseptering som hittil har gjort seg gjeldende, og en vil se en klar dreining mot fastsittende konstruksjoner. Stadig flere eldre beholder et tannsett/resttannsett som er sterkt preget av senfølger etter de vanlige tannsykdommene og av aldersforandringer. Dette vil føre til flere kompliserte behandlingssituasjoner.

8.3.5 Samfunnsodontologi

Videreutdanningen, som er lagt opp som et ettårig heltidsstudium, skal gjøre kandidatene i stand til å identifisere og registrere orale helseproblemer og determinanter av disse i befolkningen, organisere og administrere tannhelsetjenester for befolkningsgrupper på en odontologisk og økonomisk forsvarlig måte og medvirke i etterutdanning av tannleger og hjelpepersonell. Tannleger som har fullført denne videreutdanningen kvalifiserer for administrative stillinger på mellomleder- og ledernivå innen den offentlige tannhelsetjenesten.

8.4 Sertifisering

Allmennpraktikeren har autorisasjon til å utføre alle de tjenester som naturlig hører inn under odontologien. I det siste har pressen omtalt alvorlige tilfeller av feilbehandling f.eks. med "implantatskruer". Spørsmålet er om man burde regulere denne type virksomhet ved å begrense autorisasjonen og kun la godkjente spesialister få forestå slik behandling. Implantatteknikken eller osseintegrering av titanfixturer har vist seg å gi gode kliniske resultater ved rett behandling (11). Teknikken har påvirket den kliniske behandlingen dramatisk. Det er uansett neppe klokt å bruke mislykkede resultater av tidligere tiders ufullkomne teknikker som argument for å begrense behandling med dagens aksepterte metoder.

Enkle behandlinger med implantatprotetikk kan gjøres av allmenntannlege med spesiell innsikt i teknikken, mens de mer kompliserte behandlinger krever spesiell kompetanse. Grenseoppgangen kan her være vanskelig å definere. Tilsvarende problemer vil oppstå ved eventuell sertifisering. Diskusjonen omkring sertifisering er prinsipielt viktig. Bør kun tannleger som har bestått formelle kurs med standardisert evaluering få en sertifisert rett til å foreta visse behandlinger? Det er neppe praktisk mulig å gjennomføre slike prinsipper for tannhelsetjenesten eller helsetjenesten for øvrig. Det er dessuten lite sannsynlig at sertifisering vil forhindre useriøs virksomhet. De yrkesetiske prinsippene som ligger til grunn for den nye loven om helsepersonell tilsier at hver enkelt yrkesutøver må vurdere sin egen realkompetanse og på bakgrunn av denne ta et selvstendig ansvar for det de utfører (12). Det forventes at en slik ansvarliggjøring kan bidra til å sikre kvaliteten på tjenestene. En bevisstgjøring av slike yrkesetiske holdninger bør derfor ytterligere tilstrebes innen faget - på ethvert kompetansenivå.

8.5 Generelle utviklingstrender

Dagens barnekull har lite tannsykdom, mens 35-40 åringene og eldre har tannrestaureringer som vil medføre et revisjonsbehov resten av livet. Trenden er at de unge trenger mindre og de eldre trenger mer behandling. Innen tannhelsetjenesten kan en derfor forvente en polarisering

av arbeidsoppgavene. En del av tjenesten vil bestå av rene helsekontroller, en annen del av avansert virksomhet. Tannpleieren bør kunne tildeles ansvaret for rutinekontroller, helseundersøkelse og profylakseopplegg, mens tannlegene konsentrerer seg om oppgaver på et høyere teknisk nivå (13). En slik utvikling vil heve nivået for spesialistkompetanse, fordi allmennpraktikeren utfører stadig flere av de “kompliserte” oppgavene selv. I framtiden vil sannsynligvis utviklingen av reell kompetanse vektlegges i større grad, men hele tiden med den formelle kompetanse som basis.

8.6 Diskusjon

Blant tannleger har det alltid vært delte meninger om spesialiseringsspørsmålet. Noen ønsker opprettelse av flere, mens andre argumenterer for liten grad av spesialisering. Begge parter hevder at deres syn vil komme allmennpraktikeren og pasientene til gode. Videreutdanning er viktig for odontologien som fag, for tannlegestanden og for pasientene, og behovet for videreutdanning vil være stort etter som kunnskapsmengden øker. Det er et klart behov for fordypning innen *alle* fagemner, men dette innebærer nødvendigvis ikke at alle disse skal gjøres til gjenstand for spesialisering.

Det hevdes at tilpasningen mellom tilbud og etterspørsel i kompetansemarkedet generelt er for dårlig (14,15). Sannsynligvis eksisterer det også innen tannhelsesektoren et sprik mellom behovet for spisskompetanse og den formelle videreutdanning universitetene tradisjonelt tilbyr.

Det er enighet om at fagområdene kjeveortopedi og oral kirurgi skal være spesialiteter. Dette er også i tråd med oppfatningen i EU-området. Her i landet ser det ut til at antallet kjevekirurger blir vesentlig redusert pga. lang utdanningstid og dårlig rekruttering. Spesialiteten er for øvrig til vurdering hos Nasjonalt råd. I denne situasjonen er det viktig å opprettholde den odontologiske og medisinske kompetansen hos nyutdannede kandidater i oral kirurgi og oral medisin. Dermed sikres at den oralkirurgiske spesialitet også i framtiden blir vel akseptert av den medisinske profesjon. Tiden er m.a.o. ikke inne for en kortere oralkirurgisk utdanning slik det har vært ønsket fra enkelte hold. Imidlertid bør etterutdanningstilbudet på dette fagområdet styrkes slik at mer av de enklere, rutinepregede operasjonene kan utføres i allmennpraksis.

Periodontistene har innarbeidet seg i markedet på en måte som dokumenterer behovet for denne spesialkompetansen. Det er heller ingen avgjørende faglige argumenter for å fjerne denne spesialiteten.

Behovet for en spesialitet innen pedodonti er noe uklart. Dersom det opprettes kompetansesentra, vil en kunne anta at det er behov for en type kompetanse som vektlegger kariesprofylakse, behandling av pasienter med alvorlige generelle sykdommer/psykisk utviklingshemmede, behandling under sedasjon/narkose, behandling av pasienter med angst, anorexi/bulemi etc. Denne spesialistkompetansen bør kunne tilbys ikke bare barn, men også andre målgrupper. Dette innebærer at innholdet i den tradisjonelle pedodontiske spesialistutdanningen må endres. Det er naturlig at kompetanse for å møte odontofobipasienter og kompetanse i adferdsfag ligger under denne spesialiteten. Spesialiteten er ved sin tverrfaglige natur godt egnet i en desentralisert utdanningsmodell.

I tillegg til de fire nåværende spesialiteter, har fagområdene endodonti og protetikk søkt om godkjenning som spesialitet. Søknadene har hittil ikke blitt imøtekommet. Innen fagområdet endodonti, har flere nye momenter kommet til som synes å ha aktualisert spesialistgodkjenning. Periapikale lesjoner er igjen kommet i fokus som kilde for spredning av bakterier til andre steder i kroppen (16). Epidemiologiske undersøkelser har avslørt at apikale periodontitter har større forekomst enn tidligere antatt (17). I de senere årene har det dessuten vært en økende erkjennelse av dentinfrakturer som årsak til smertetilstander. Slike kasus kan være vanskelige å utrede og de må ofte behandles endodontisk.

Odontologisk protetikk på høyt nivå krever omfattende studier og klinisk trening langt ut over det som inngår i grunnutdanningen. Det har i den senere tid blitt introdusert nye kompliserte behandlingsteknikker som studiet ikke tar høyde for. Dette er kostbare behandlinger, og når man i tillegg tar hensyn til den økende pasientbevisstheten, synes kravet til profesjonalitet å være økende. En del av behandlingspanoramaet vil dessuten være av en slik art at den allmennpraktiserende tannlege vil avstå fra å lære seg teknikkene fordi det sjelden oppstår behov for dette i vedkommendes praksis.

I dagens samfunn har den eldste halvdel av befolkningen behov for restaurering av tannsettet i større eller mindre grad. Denne behandlingen blir, ikke minst av medisinske årsaker, mer komplisert jo eldre pasientene er. Utover i neste århundre kommer dessuten eldreølgen med full tyngde. Avtagbar protetikk er allerede i dag i ferd med å miste aksept i befolkningen. Mye av den dentale rehabiliteringen disse pasientene vil ha behov for, kan bli for komplisert å utføre for allmennpraktikeren. En tilfredsstillende dekning av spesialistteam rundet om i landet for å møte denne utfordringen synes urealistisk.

Det er derfor mye som tyder på at det kan være et behov for en formalisert spesialistutdanning innen området oral rehabilitering. I en slik spesialitet, som bør favne videre enn den tradisjonelle videreutdanningen i protetikk, ville det være naturlig å inkorporere kunnskaper i endodonti, gerodontologi, periodonti og bittfysiologi.

Fra ulike hold har det tidligere vært tatt til orde for en spesialitet i allmenn odontologi. Begrepet er en språklig selvmotsigelse og kan ikke under noen synsvinkel oppfattes som et avgrenset fagområde. En spesialitet i oral rehabilitering vil, på samme måte som spesialiteten i pedodonti, til en viss grad være tverrfaglig. Siktemålet, rehabilitering etter tanntap, skiller den klart fra ordinær konserverende tannpleie.

De eksisterende spesialiteter og spesialutdanninger reflekterer fakultetenes ulike avdelinger og dermed fakultetenes behov for spisskompetanse. Det er ikke uten videre gitt at dette sammenfaller med befolkningens behov for odontologisk kompetanse. Oral rehabilitering er først og fremst en spesialitet som imøtekommer befolkningens behov. Spisskompetansen på de ulike fagfeltene innen denne spesialiteten må fortsatt finnes i og til dels utenfor fakultetene.

Behovet for klinisk spesialkompetanse i kariologi utenfor fakultetsmiljøene er beskjedent. Derimot er det vesentlig for alle odontologiske disipliner å ha sterke forskningsmiljøer på dette fagområdet. Videreutdanningen i kariologi bør derfor ha et stort element av vitenskapelig skoling og føre fram til en akademisk grad. Kariologi og spesielt

kariesepidemiologi er å betrakte som et vesentlig element innen samfunnsodontologi.

Når det gjelder kjeve- og ansiktsradiologi, er det ved Det odontologiske fakultetet i Oslo de senere år registrert en økende pågang av pasienter med spesielle lidelser (personlig meddelelse fra professor Larheim). Det gjelder smerteutredninger, vurdering av skader etter strålebehandling og undersøkelser i forbindelse med implantatbehandling.

Det har vært en omfattende teknologisk utvikling innen diagnostisk radiologi de siste tretti årene. Dette har gitt et stort tilfang av nye radiologiske teknikker. I ”Forslag til ny lov om strålevern og bruk av stråling” blir det pekt på behovet for å stille større krav til bruk av stråling. Dette er et område der radiologer bør ha et overordnet ansvar, både når det gjelder den tekniske delen og den diagnostiske nytten av nye undersøkelsesmetoder. På denne bakgrunn kan det se ut til at det er et behov for spesialkompetanse i kjeve- og ansiktsradiologi også utenfor fakultetene. I Sverige er det, i tillegg til fakultetenes spesialavdelinger, et 20-talls spesialister på ulike sykehus. Her i landet kan det være aktuelt med kjeve- og ansiktsradiologer i alle helseregioner.

Videreutdanningen i samfunnsodontologi har ligget nede de siste årene (se kapittel 5). I motsetning til pedodontistene har samfunnsodontologene funnet sin plass i Den offentlige tannhelsetjenesten. De fleste ledere og mellomledere har samfunnsodontologisk bakgrunn. Den offentlige tannhelsetjenesten sliter for tiden med rekruttering også på ledersiden. Savnet av en samfunnsodontologisk videreutdanning er merkbart. Betydningen av en sterk faglig ledelse av tannhelsetjenesten kan neppe overvurderes i en brytningstid for hele profesjonen. Behandlingsfilosofi, hyppighet av tannhelsekontroller og forebyggende metoder er under diskusjon. Det er viktig å ha ledere med nødvendig faglig innsikt og modenhet for å kunne utnytte ressursene effektivt og til beste for befolkningen.

En ettårig utdanning i samfunnsodontologi, som tidligere, kan virke spinkel i forhold til de krav som stilles til både faglig kompetanse og lederkompetanse. Et masterstudium kan være én vei å gå. Et toårig masterstudium gir imidlertid ikke samtidig rom for utdanning i ledelse og administrasjon. Det er kanskje mest naturlig å tilrettelegge en samfunnsodontologisk videreutdanning som en spesialistutdanning i tråd med EØF direktiv 78/686. En slik utdanning burde være godt egnet for å gjennomføres desentralisert. På samme måte som kliniske spesialistutdanninger forutsetter klinisk trening, bør en utdanning i samfunnsodontologi inneholde et betydelig element av øvelse i administrasjon, økonomiforvaltning og faglig ledelse. Forholdene ligger godt til rette for å knytte denne utdanningen til mellomlederstillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Spesialisering innen odontologien må ikke gå på bekostning av bredden i grunnutdanningen eller bidra til en innsnevring av allmennpraktikerens arbeidsområde. Endringer i behandlingspanorama må fanges opp av grunn- og etterutdanningen, og allmennpraktikeren må stimuleres til systematisk etterutdanning og heving av realkompetanse fordi det er allmenntannlegen som skal ha ansvaret for totalbehandlingen av pasientene. Det må legges til rette for at læring kan skje uavhengig av tid og sted. Ny teknologi skaper helt nye forutsetninger for læring. Fjernundervisning må få en framtrødende plass i universitetenes strategi. Dette vil kunne gjøre det mulig å få til en fleksibel veksling mellom arbeid og tilegnelse av teoretisk kunnskap. Etter- og videreutdanning må komme i tillegg til de ordinære aktivitetene ved fakultetene. Alle kliniske fagområder bør etablere

undervisningspakker som gir en oppdatering til det dagsaktuelle nivå. Pre- og parakliniske fag må integreres i de ulike kliniske undervisningspakkene der dette er hensiktsmessig.

Det er helt essensielt at universitetene er aktive på dette markedet for å sikre at den informasjonen som formidles er objektiv og vitenskapelig fundamentert - og ikke kommersielt betinget. Ressurser må kanaliseres til dette formålet.

Referanser

1. Studieplanutvalget. Ny studieplan for odontologistudiet - Innstilling fra Studieplanutvalget. Bergen: Det odontologiske fakultet, 1999.
2. Studieplan for tannlegestudiet ved Universitetet i Oslo. Det odontologiske fakultet, 8. Desember 1997.
3. FDI. Principles of Specialisation in Dentistry. 1983.
4. Espeland LV, Stenvik A, Medin L. Concern for dental appearance among young adults in a region with non-specialist orthodontic treatment. Eur J of Orthodontics 1993;15:17-25.
5. Mork T, Melsom H. Legespesialiteten kjevekirurgi og munnhulesykdommer, tannlegespesialiteten oral kirurgi. Sak 89/16746 brev av 5. juli 1991.
6. Steen - Hansen A. Situasjon og synspunkter vedrørende behovet for spesialitet i pedodonti. Spesialistoppgave. Bergen: Det odontologiske fakultet, mai 1979.
7. Fylkesnes K, Nielsen J, Røynesdal K. Nord-Norsk Tannhelsestjeneste - scenarier mot år 2010. Tromsø: Rapport fra kompetansesenterutvalget, 1989.
8. Albandar JM, Gjermo P, Preus HR. Behandlings- og henvisningsrutiner hos norske tannleger. Nor Tannlegeforen Tid 1993;103:48-51.
9. Ørstavik D, Loven A, Gerner NW, Bjørner M. Henvisningspraksis i endodonti. Nor Tannlegeforen Tid 1993;103:92-4.
10. Socialstyrelsens författningssamling: Specialitet Oral Protetik. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Stockholm 1993.
11. Priest G. Single - tooth implants and their role in preserving remaining teeth: A 10-year survival study. Int J Oral Maxillofac Implants 1999;14:181-8.
12. Odelstingsproposisjon nr.13. Om forslaget til lov om helsepersonell.
13. Baltutis L, Morgan M. The changing role of dental auxiliaries: A literature review. Aust Dent J 1998; 43:354-8.
14. Kompetansereformen. St.meld. nr. 42 (1997 - 98).
15. Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk. NOU 1997:25.
16. Debelian GJ et al. Systemic diseases caused by oral microorganisms. Endod Dent Traumatol. 1994;10:57-65. Review
17. Eriksen HM et al. Prevalence of apical periodontitis and results of endodontic treatment in middle-aged adults in Norway. Endod Dent Traumatol. 1991;1:4

Kapittel 9. Kriterier for spesialiteter. Vurdering av fagområder for spesialitet

9.1 Historikk

Debatten om spesialisering innen odontologien har hovedsakelig foregått innad i tannlegenes egen organisasjon, og i relativt liten grad ute i det (helse-)politiske systemet. Uenigheten i tannlegestanden har i hovedsak dreiet seg om hva en spesialitet skal innebære, hvilke kriterier som skal legges til grunn for utvelgelse av de områder som skal gis spesialiststatus, og hvordan forholdet til tannleger i allmennpraksis skal være.

Spesialistundervisning ble foreslått første gang i 1922 av en departemental komité (1). Samtidig dukket det opp en strid om hvem som hadde rett til å avertere seg som spesialist. I 1927 foreslo Statens Tannlægeinstitutt at NTF burde forsøke å få departementet med på å innføre en spesialistutdanning. I 1930 ble forslag om regler for spesialiteter tatt opp til behandling i NTFs representantskap. Reglene ble endelig vedtatt først i 1931. I 1932 oppnevnte hovedstyret spesialistkomitéer, men samme år ble imidlertid hele spesialistordningen trukket tilbake.

Spesialistsaken ble tatt opp igjen i 1950, og i 1952 vedtok NTF å opprette spesialiteter i henholdsvis kjeveortopedi og tannkirurgi (nå: oral kirurgi og oral medisin). Problemet var imidlertid at det ikke fantes noe organisert tilbud om videreutdanning. Alt tatt i betraktning gikk likevel innføringen av de to første spesialitetene forholdsvis smertefritt. Større problemer oppsto med de to neste, periodonti og pedodonti. Det var stor uenighet om disse skulle opprettes. Saksbehandlingen strakte seg over flere år, og avgjørelsene ble truffet med knappe flertall i henholdsvis 1973 og 1979.

I 1993 avviste NTF, på bakgrunn av en utredning fra spesialitetsrådet (2), å opprette spesialiteter i henholdsvis allmenn praksis, odontologisk protetikk og endodonti. Et sentralt argument var at allmennpraktikerens helhetsansvar for pasientene måtte opprettholdes. Allmennpraktikerens kompetanse og hensynet til en rasjonell og faglig forsvarlig pasientbehandling ble derfor satt i sentrum ved vurderingen av behovet for nye spesialiteter. Samtidig ble behovet for videreutdanningsprogram i alle (kliniske) disipliner understreket. Et sett med kriterier ble vedtatt for vurdering av søknader om opprettelse av nye spesialiteter innen odontologien.

9.2 Begrunnelse for spesialisering

Hensikten med spesialisering er god tannhelse og en likeverdig tannhelsetjeneste for hele befolkningen, på samme måte som for all annen tannhelsetjeneste. Gjennom spesialistutdanningen skal kandidatene oppnå et høyere teoretisk og klinisk kunnskapsnivå enn det grunnutdanningen har mulighet til å gi. Kandidatene kvalifiseres til å utføre oppgaver som allmennpraktikeren normalt ikke har kompetanse for. Allmennpraktikeren får på sin side mulighet til å henvise sine pasienter til et bedre behandlingstilbud for sykdomstilstander av særlig krevende eller uvanlig art.

Det overordnede argument for å opprette spesialitet innenfor en odontologisk disiplin må alltid være hensynet til pasientene. Men dette hensynet kan tilgodeses og begrunnes ytterligere med en rekke mer eller mindre dokumenterbare argumenter av faglig karakter:

9.2.1 Bedring av behandlingstilbudet

Området kan være av en slik faglig karakter at allmennpraktikeren slett ikke bør utføre behandling. Alternativt kan det innenfor området finnes et antall pasienter med behandlingsbehov utover det den ordinære tannhelsetjenesten kan eller bør ta hånd om. Selve behandlingsteknikken kan også være av en slik vanskelighetsgrad at det må spesialtrenet personell til for å utføre den. Ny kunnskap og erkjennelse innenfor en disiplin kan tenkes å føre til at tidligere allment tilgjengelig behandling blir videreutviklet til spesialbehandling.

Det er hverken ønskelig, nødvendig eller praktisk mulig å gi alle pasienter tilbud om behandling på spesialistnivå. For hver enkelt disiplin må det derfor vurderes hvorvidt det er nødvendig med spesialitet, eller om tilfredsstillende behandling kan tilbys gjennom den ordinære tannhelsetjenesten. Tilbudet om spesialisttjenester bør være tilgjengelig i rimelig geografisk nærhet for pasienter og allmennpraktikere over hele landet.

9.2.2 Faglig kvalitet og effektivisering

Spesialisering gir mer kompetente behandlere, noe som igjen gir en mer effektiv behandling. Med spesialkompetente utøvere må samme type behandling forventes å kunne gjennomføres både kvalitativt bedre, raskere, muligens også til en lavere kostnad enn det en lite trenet allmennpraktiker har mulighet til. Totalt sett bør dette resultere i at flere pasienter får tilbud om behandling, både fordi allmennpraktikeren avlastes for visse tidkrevende og kompliserte arbeidsoppgaver, og fordi behandlingsspekteret utvides.

9.2.3 Utdanning og forskning

Hele det odontologiske fagmiljøet har fordel av at kolleger utvider og utdyper sin fagkompetanse. Spesial/spesialistutdanning har gjennom tidene vært en viktig faktor for å skaffe tilstrekkelig antall kvalifisert undervisningspersonell til den odontologiske grunnutdanningen. Dette kommer befolkningen til gode ved at tannlegestudentene sikres høyt kvalifiserte lærekrefter.

Spesialistene spiller en viktig rolle i etterutdanningen av allmenntannlegen. Både ved konsulentvirksomhet i direkte samarbeid med enkeltpersoner og gjennom strukturert kursvirksomhet kan spesialistene bidra til å få spredt fagkunnskap innenfor sitt område. Denne type virksomhet bør være en sentral oppgave for spesialister tilknyttet regionale odontologiske kompetansesentra. Dette drar pasientene nytte av i form av et bedre og bredere behandlingstilbud.

Utdanningsprogram for spesialiteter skal sikre at kandidatene får en solid faglig basis innenfor spesialdisiplinen. I tillegg vil det utvikles spisskompetanse ved fordypning i delemner, noe som ofte resulterer i klinisk forskning. Dette fører til en stadig kompetanseheving og utvikling av disiplinen. Dagens utdanningsprogram inkluderer en kvalitetsvurdering av videreutdanningskandidatene. Dette sikrer at de ferdige kandidatene fyller de faglige kriterier som er vedtatt for de respektive disipliner. Undervisningen innebærer derfor en stimulans til faglig utvikling også ved fakultetene.

9.3 Begreper

9.3.1 Utdanningsnivåene

Innenfor odontologien skilles det ganske skarpt mellom de tre utdanningsnivåene grunnutdanning, etterutdanning og videreutdanning. Odontologisk grunnutdanning er en fagutdanning på bred basis som erverves gjennom et fastlagt utdanningsløp. Grunnutdanningen gir grunnleggende formell kompetanse for diagnose, behandlingsplanlegging, forebyggende tiltak, ”vanlig” behandling og vurdering av behov for henvisning. Etterutdanning representerer oppdatering av tidligere ervervet teoretisk og praktisk kunnskap til et dagsaktuelt nivå, men gir ikke formell kompetanse ut over grunnutdanningen. Videreutdanning omfatter fordypning i (deler av) et fagområde, og gir formell kompetanse ut over grunnutdanningen.

I arbeidet med kompetansereformen (3) har man valgt ikke å benytte begrepet videreutdanning. Dette begrunnes med at det er problematisk å skille mellom grunn- og videreutdanning. I stedet brukes grunnutdanning om all formelt kompetansegivende opplæring på grunnskolen, videregående opplærings og høgre utdannings område. I denne utredningen, og for odontologien generelt, antas det å være hensiktsmessig å beholde skillet mellom de tre nivåene, og dermed opprettholde videreutdanning som begrep for utdanning som formelt går ut over grunnutdanningens nivå. Betegnelsen foreslås imidlertid differensiert på følgende måte:

- Utdanning som oppfyller de formelle kriterier som er gitt i EØS-direktiv 78/687 og har varighet tilsvarende tre års fulltidsstudium, kalles spesialistutdanning
- Utdanning som ikke fyller kravene til spesialistutdanning, kalles videreutdanning.

For øvrig henvises det til punkt 5.1.

9.3.2 Spesialitetsbegrepet

Universitetsforlagets definisjons- og rettskrivningsordbok (1986) omtaler en spesialist som ”person som er særlig dyktig, særlig godt utdannet på et bestemt felt” og en spesialitet som ”noe som en er spesialist på”. I daglig tale benyttes betegnelsen spesialist vanligvis om en person som er særlig dyktig til å utføre enkelte oppgaver, uten relasjon til et spesielt fag, utdanning eller tilsvarende. Spesialistbegrepet har en mer avgrenset og restriktiv betydning i yrkeslivet. En spesialist representerer der en yrkesutøver som har opparbeidet seg kunnskaper, kompetanse og innsikt innenfor utvalgte deler av sitt fagområde.

Innenfor medisinen og odontologien brukes betegnelsen spesialist om en person som har gjennomgått en særskilt, formalisert opplæring innenfor et delområde som er anerkjent som spesialitet. ”Spesial”-begrepet har en langt mindre formell valør, og synes å være lite benyttet som betegnelse på et utdanningsnivå eller en yrkesutøver.

Verdens helseorganisasjon (WHO) foreslår følgende definisjon av en (medisinsk) spesialitet (4):

«(Primary) specialties are taken to be those with fully independent disciplines and selfsufficient training programs of their own.»

En odontologisk spesialitet vil utfra denne definisjonen utgjøres av en helt frittstående, vel avgrenset del av det odontologiske fagområdet, hvor det kreves at man gjennomgår et målrettet, veldefinert og frittstående utdanningsprogram utover grunnutdanningen. Definisjonen bygger altså på den faglige avgrensningen og på utdanningsprogrammets selvstendighet.

Den norske lægeforening (Dnlf) har valgt å formulere seg på følgende måte (5):
«En medisinsk spesialitet er en avgrenset del av det medisinske fagområdet. Avgrensningen er foretatt fordi det anses som nødvendig for å oppnå en adekvat forebyggelse, diagnostikk og behandling av de gitte sykdomsgrupper innenfor rammen av den planlagte utvikling av vårt helsestell.»

Her bringes vurderinger av behovsmessig karakter inn. Imidlertid søker heller ikke denne definisjonen å foreta noen avklaring av hvilke konkrete betingelser som må oppfylles for at en del av fagområdet, enten det dreier seg om medisin eller odontologi, skal kunne gis status som spesialitet. En odontologisk spesialitet kan defineres slik:

En odontologisk spesialitet er en avgrenset del av det odontologiske fagområdet. Avgrensningen kan foretas på bakgrunn av flere ulike karakteristika i den hensikt å oppnå adekvat forebyggelse, diagnostikk og behandling av særlige odontologiske sykdomstilstander.

9.4 Kriterier

9.4.1 Kriterier fra tidligere utredninger

Det er opp gjennom tidene gjort flere forsøk på å utforme entydige og dekkende kriterier for spesialistbegrepet. Da dette har vært et svært sentralt punkt for vurderinger både omkring opprettelse av nye og mulige endringer mht. eksisterende spesialiteter, er det hensiktsmessig å gjengi noen av disse kriteriesettene her.

NTFs spesialistutredning fra 1973 (6) deler kriteriene for å vurdere behovet for opprettelse av spesialitet i de forskjellige disipliner i to hovedavsnitt:

1. Faglige og behandlingsmessige kriterier

Man må her til enhver tid særlig vurdere:

- a) om det innen vedkommende disiplin forekommer behov for kliniske tiltak eller tannhelsetjenester som er så vanskelige eller uvanlige at de krever omfattende studier utover grunnutdanningen
- b) om hensynet til at pasienten skal kunne få den beste behandling gjør det ønskelig at tannleger gis anledning til og stimuleres til å gjennomgå slike studier
- c) hvorvidt disiplinen kan gis en vel definert avgrensning
- d) om eventuelle spesialister i disiplinen kan gis en fullverdig utdanning

2. Behovsmessige kriterier

Foruten rent faglige og behandlingsmessige vurderinger må behovets størrelse og art tillegges betydning:

- a) En må vurdere om det spesielle behovet virkelig er av en slik art og størrelse at det ikke kan dekkes av allmennpraktikeren, av spesialister i andre fagområder eller ved spesialklinkkene ved de odontologiske læresteder (eller evt. lignende institusjoner).
- b) En allmennpraktiserende tannleges aktiviteter er i dag meget differensiert, og krever meget stor fleksibilitet både av ham selv, hans hjelpepersonale og hans klinikk. For enkelte kliniske disipliners vedkommende settes utvilsomt svært store, ja, urimelige krav i dette henseende. Tannlegen makter ikke å arbeide effektivt og rasjonelt med mer krevende og avanserte oppgaver innen til dels vidt forskjellige felter. Også dette må tas i betraktning når behovet for spesialisering innen et felt skal vurderes.
- c) Visse geografiske hensyn bør utvilsomt også spille en rolle ved slike behovsmessige vurderinger.

FDIs prinsipputtalelse fra 1983 (7) angir at følgende bør være veiledende når det skal vurderes om et fagområde skal være spesialitet eller ikke:

1. Området bør være av betydning for pasientens helse og velferd.
2. Området bør være slik at allmennpraktikeren, som ikke fikk opparbeidet tilstrekkelig erfaring gjennom grunnutdanningen, ofte har behov for å henvise pasienter for å kunne tilby dem behandling av mindre vanlig karakter.
3. Området bør være slik at det fordres spesielle kunnskaper og ferdigheter, som krever omfattende studier og klinisk og laboratoriemessig erfaring utover det som inngår i den odontologiske grunnutdanningen, for å kunne utføre tjenester av særlig vanskelig eller uvanlig art.
4. Området bør være slik at det må anses som nødvendig med heltidstjeneste av spesialist for å dekke et særskilt behov.
5. Området må være slik at et tilstrekkelig antall utdanningsinstitusjoner tilbyr opplæring som vil kvalifisere utøverne i disiplinen.
6. Området bør kunne gis definerte avgrensninger, både for å kunne fastsette nødvendige krav til spesialistkompetanse og for å kunne begrense spesialistens virkefelt.

Socialstyrelsens spesialistutredning TSU 89 (8) foreslår at kriteriene for spesialistbegrepet skal se ut på følgende måte:

- A. *Specialistområdet skall vara ett väl avgränsat, kliniskt verksamhetsområde.*
- B. *Inom verksamhetsområdet bedöms behoven hos ett större antall patienter vara sådant att allmäntandläkarna inte kan förväntas ha kunskaper eller färdigheter att utföra behandlingen av dessa patienter.*
- C. *Inom aktuellt verksamhetsområde bedöms vidare förhållandena vara sådana att allmäntandläkare i stor utsträckning saknar möjlighet att konsultera mer erfaren och mer kompetent allmäntandläkare vad gäller mindre vanliga sjukdomstillstånd eller skador resp bettavvikelser.*
- D. *För att kunna utföra mer komplicerade behandlingar inom verksamhetsområdet behövs flerårig utbildning och klinisk träning under handledning.*

De kriterier som NTFs spesialitetsråd formulerte i 1993 (2) er noenlunde sammenfallende med tilsvarende i TSU 89, og har følgende ordlyd:

1. Disiplinen må være et vel avgrenset klinisk område
2. Et større antall pasienter har et behandlingsbehov (omfang/vanskelighetsgrad) som allmennpraktikeren normalt ikke antas å kunne dekke
3. Allmennpraktikeren mangler mulighet for å henvise til eller konsultere mer erfaren eller kompetent kliniker
4. Det er behov for flerårig utdanning og klinisk trening under veiledning i disiplinen

Kriteriene vil kunne tolkes på ulik måte, spesielt hva gjelder punktene 2 og 3. Innenfor de respektive fagdisipliner må antallet pasienter med omfattende og komplisert behandlingsbehov være for lite til at allmennpraktikeren skal kunne oppnå tilfredsstillende erfaring og kunnskap til å kunne gi pasienten tilfredsstillende behandling, men stort nok til å gi grunnlag for en spesialitet. Er antallet pasienter med behov for angjeldende tjenester svært lite, kan disiplinen i stedet henvises til den forskning og utvikling som de odontologiske fakultetene driver med. Og dersom et meget stort antall pasienter framstår med komplisert eller omfattende behandlingsbehov innen disiplinen, vil allmennpraktikerne få så mye erfaring og trening at de selv, med eller uten å konsultere andre allmennpraktikere, kan klare behandlingen av denne typen pasienter. Selv for slike disipliner er det dog behov for forskning og utvikling, f.eks. ved de odontologiske fakultetene.

De kriterier som er gjengitt over, har svært mange fellestrekk. Avgrensing av fagområdet samt omfanget av behovet vektlegges i betydelig grad i alle variantene. Det er interessant å merke seg at oppfølgingen av TSU i Sverige (9) medførte at utredningens forslag om reduksjon fra 7 til 3 spesialiteter ble omgjort slik at man endte opp med 8 spesialiteter. Begge konklusjoner bygget imidlertid på det samme kriteriesettet. Dette viser med all mulig tydelighet at uansett valg av kriterier er det rom for ulike tolkninger og slutninger.

Det har hittil vært lagt avgjørende vekt på størrelsen på behovet for spesialiserte tjenester ved vurderingen av om en disiplin skal kunne kalles spesialitet eller ikke. Allmennpraktikerens kompetanse på området har vært ansett som tilstrekkelig for å tilby de nødvendige tjenester dersom antallet pasienter med behandlingsbehov har vært stort nok, uten at dette er kvantifisert nærmere. Det er imidlertid grunn til å tro at det også innenfor de disipliner der behandlingsetterspørselen, og dermed antallet pasienter som har behov for adekvate tjenester, er stor, vil forekomme et betydelig antall pasienter med behandlingstrengende tilstander som går ut over det allmennpraktikeren kan forventes å kunne beherske, enn si tilrås å gi seg i kast med. Både pasient og allmennpraktiker må forventes å ha fordel av at det finnes spesialkompetente behandlere tilgjengelig som kan tilby nødvendige tjenester. Det synes i dag å være satt et kunstig skille mellom spesialutdannende og spesialistutdannede tannleger som ingen parter er tjent med at opprettholdes. Pasientenes mulighet til å få optimal behandling må være avgjørende. Kriteriene for vurdering av en disiplins spesialiststatus bør således ligge nærmere NTFs fra 1973 og FDI's fra 1983 enn de senere variantene (TSU 1989 og NTF 1993). De tidlige settene synes å ta større høyde for generelle vurderinger omkring behovet og forholdet til allmennpraktikeren.

9.4.2 Nye kriterier

Etter en nøye vurdering av de kriteriene som er referert i punkt 9.4.1, og med særlig vektlegging av hvordan spørsmålet om spesialiteter står internasjonalt, foreslås et revidert sett av kriterier som et godt og hensiktsmessig redskap for vurdering av ulike odontologiske delområder i forhold til status som spesialitet:

1. Fagområdet må være slik at det fordres spesielle kunnskaper og ferdigheter utover det som inngår i grunnutdanningen for å kunne utføre tjenester av særlig vanskelig eller uvanlig art
2. Fagområdet må ha et selvstendig utdanningsopplegg som tilsvarer minst tre års fulltids studium ut over grunnutdanningen
3. Fagområdet må kunne gis definerte avgrensninger, både for å kunne fastsette krav til kompetanse og for å begrense spesialistens virkefelt

9.4.3 Avgrensning med utgangspunkt i kriteriene

Som det framgår av den foreslåtte definisjonen av spesialitet i punkt 9.3.2 kan avgrensningen av et odontologisk delområde til spesialitet gjøres på flere måter. Spesialitet kan forbeholdes disipliner der allmennpraktikeren etter grunnutdanningen har et lavt kompetansenivå, og der den faglige yrkesutøvelse vurderes å være av en slik karakter at allmennpraktikeren generelt bør frarådes å foreta behandlinger utover det relativt enkle. Dette er en meget streng avgrensning av spesialistbegrepet, en slags ”fingrene-av-fatet” tilnærming til saken, som i dag er representert gjennom EØS-regelverket (se punkt 3.1) der kun kjeveortopedi og oral kirurgi er anerkjent som gjennomgående spesialiteter for alle avtalestatene.

Alternativt kan status som spesialitet også gis til andre avgrensede delområder der det vurderes å være behov for ”spesielle kunnskaper og ferdigheter, som krever omfattende studier og klinisk og laboratoriemessig erfaring utover det som inngår i den odontologiske grunnutdanningen, for å kunne utføre tjenester av særlig vanskelig eller uvanlig art”. Her vil også sykdomsspesifikke forhold komme inn i bildet. Slike vurderinger ligger til grunn for spesialitet i periodonti, og bør på tilsvarende måte kunne gjøres gjeldende for endodonti. Bakgrunnen for dette er ikke en nedvurdering av allmennpraktikerens rolle, men snarere en erkjennelse av at behandlingsbehov og -muligheter er i stadig utvikling, slik at det er behov for spesialtrent personell som holder seg kontinuerlig oppdatert på sitt område for å kunne tilby befolkningen optimal behandling. Et samspill mellom allmennpraktiker og spesialist vil være nødvendig og medvirke til kompetanseutvikling for begge parter til beste for pasientene.

Videre kan spesialistbegrepet omfatte områder som i mindre grad er definert utfra en enkelt klinisk disiplin, men snarere utfra et behov for å avgrense populasjonen. Spesialiteten består av elementer fra ulike odontologiske og andre fagområder, og representerer dermed en systematisert syntese av ulike fag til en odontologisk spesialitet. Pedodonti representerer en slik spesialitet. En tilsvarende spesialitet, som kan betegnes ”oral rehabilitering”, kan tenkes for spesielle behandlingstrengende kasus i voksen- og eldregenerasjonen. Spesialiteten bør ha bestanddeler fra ulike odontologiske og andre fagområder med særlig relasjon til denne populasjonen.

Som en fjerde variant kan tenkes teoretisk/administrative fagdisipliner som samfunnsodontologi, tannhelseadministrasjon m.m. Dette er disipliner som først og fremst kvalifiserer for stillinger innenfor offentlig tannhelsearbeid. En hovedhensikt med å etablere slike spesialiteter vil være å heve disiplinenes status som et ledd i å rekruttere til ledende

stillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkene. Selve tilnæringsmåten til de oppgaver som skal håndteres, vil være utgangspunkt for en avgrensning av slike spesialiteter.

En spesialitet vil utfra det ovenstående kunne avgrenses både på sykdomsspesifikt, populasjonsbetinget og metodeavhengig grunnlag.

9.5 Kompetansestruktur

Framtidens tannhelsetjeneste bør ha som hovedelement en allmennpraktiker med bred generell kompetanse, med ansvar for diagnostikk, vurdering av behandlingsbehov og veiledning innenfor hele det odontologiske fagspekteret. Allmennpraktikeren skal dessuten tilby relevant forebyggende og rehabiliterende behandling på grunnlag av formell og ervervet klinisk kompetanse. Men siden odontologien er i rask og kontinuerlig utvikling, med nye behandlingsmetoder, teknikker og materialer, og turnover-tiden for kunnskap stadig forkortes, vil det være urimelig å kreve at allmennpraktikeren skal kunne gi tilbud om teknisk høyspesialiserte tjenester innenfor alle deler av odontologien. Til dette er det behov for spesialister innenfor de ulike delområder. Allmennpraktikeren vil derfor i økende grad fungere som konsulent og henvisningsinstans i tillegg til den tradisjonelle, altomfattende tannlegerollen med forebyggelse, diagnostikk og behandling av ”vanlige” orale sykdomstilstander. Dette bør styrke posisjonen for allmennpraksis i tannhelsetjenesten, da allmennpraktikeren vil være den som har oversikt over det samlede behandlingstilbudet og sitter inne med nødvendig informasjon om hvordan dette skal benyttes på best mulig måte for den enkelte pasient.

Videreutdanning fører til at pasientene kan tilbys et variert og kvalitativt godt behandlingstilbud. Dessuten bidrar videreutdanning til at utviklingen innen det odontologiske fagområde bringes videre, bl.a. ved at kandidater rekrutteres til forskningen. Pasienter med uvanlige og/eller kompliserte tannhelseproblemer kan få et bedre behandlingstilbud hos en videreutdannet kliniker enn hos en allmennpraktiker, og allmennpraktikeren får en mulighet til å henvise vanskelige tilfeller til en mer kompetent kollega. Således er videreutdanning i seg selv et positivt element, både for faget, tannlegestanden og ikke minst for pasientene.

I den svenske prop 1990/91:138 (10) skriver utrederen om spesialistbegrepet:
«Enligt min mening bör, även inom tandvården, det traditionella specialistbegreppet bibehållas. En mycket viktig orsak till detta är hänsynen till patientsäkerheten. En specialitet bör vara ett avgränsat odontologiskt kunskapsområde. För att kunna utföra mer komplicerad diagnostik eller mer komplicerade behandlingar inom området behövs flerårig utbildning och klinisk träning under handledning. Den tandläkare som uppfyller uppställda kompetenskrav inom något av dessa områden bör benämnas specialisttandläkare.»

Om antallet spesialiteter anføres følgende:

«Avgränsningen av och innehållet i olika specialiteter blir beroende av forskningen och tandvårdens utveckling. Det finns därför begränsade möjligheter att på förehand bedöma och reglera antalet specialiteter och deras inriktning. Det gäller därför att skapa ett system som är flexibelt och successivt kan anpassas till nya förutsättningar i samhällsutvecklingen, finansieringsformer och sjukdomspanoramata utan att det krävs stora insatser för att utreda och förändra regelsystemet.»

Dagens system med et formelt skille mellom spesialister og spesialutdannede tannleger er lite hensiktsmessig sett fra befolkningens side. Det er ikke lett å argumentere overbevisende for at enkelte fagområder skal ha spesialiststatus mens andre ikke får det, der utdanningene har ekvivalent omfang og faglig innhold. Det synes å være på tide å forlate den rigide holdningen til spesialistbegrepet. Et hovedargument mot ytterligere spesialisering har som nevnt over vært at allmennpraktikerens rolle skal være det sentrale element i tannhelsetjenesten, og at flere spesialiteter vil medvirke til å svekke denne rollen. Dette synes ikke å være tilstrekkelig underbygget. Faren for oppsplitting av tjenestetilbudet er også anført som begrunnelse mot flere spesialiteter. Det er imidlertid vanskelig å se hvordan et større utvalg av formelle spesialiteter skal kunne ha en slik negativ effekt, all den tid de eksisterende spesialutdanninger i realiteten fungerer i markedet på samme måte som de fire spesialitetene. Det er ikke grunn til å forvente noen endret fokusering på betydningen av allmenn praksis i framtiden, uansett om vi får flere odontologiske spesialiteter eller ikke. Tiden synes derfor å være moden for å fjerne dagens kunstige skille mellom spesialutdanning og spesialistutdanning.

Dette gir rom for enda et nivå på utdanningsstigen for utdanning som formelt sett går ut over grunnutdanningen, men som ikke oppfyller kravene til spesialistutdanning, det som i punkt 9.3.1 er benevnt videreutdanning. Det gir følgende kompetansestruktur i tannhelsetjenesten:

- * Allmennpraktiserende tannleger
- * Tannleger med videreutdanning som ikke fyller kravene til spesialitet
- * Tannlegespesialister

9.6 Odontologiske delområder vurdert ut fra kriteriene

Alle spesialiteter bør kontinuerlig vurderes opp mot pasientenes behov, slik at nye kan etableres eller eksisterende avskaffes dersom dette anses å være formålstjenlig. Vurderingen av hvorvidt en odontologisk disiplin skal bli, eller fortsatt være, en spesialitet må kunne foretas på grunnlag av tilstrekkelig dokumentasjon og argumentasjon. I dette ligger at det må stilles krav til:

Målbeskrivelse

Det må foreligge en klar og konkret målbeskrivelse for den aktuelle disiplinen.

Behovsanalyse

Det må gis en begrunnet framstilling av de faglige behov som taler for spesialitet og hvilket omfang dette behovet har. Faglige behov vil i denne sammenheng være endrede kvalitetskrav, «nye» sykdommer, symptomer, teknikker, metoder osv.

Avgrensning

Hvilke oppgaver er spesialistene tenkt å skulle utføre, og hvilke grenselinjer tenker man seg i forhold til allmennpraksis?

Omfang og utdanning

Hvor mange er det behov for å utdanne, og hvor/hvordan skal utdanningen foregå? En fagplan bør skisseres.

Alle videreutdanninger (spesial-/spesialistutdanninger) ved de odontologiske fakultetene i Bergen og Oslo bygger på tilnærmet samme målformulering mht. hva kandidatene skal bedrive i framtiden:

- * Teknisk komplisert arbeid
- * Klinisk utviklingsarbeid og forskning
- * Konsulentvirksomhet for allmennpraktikeren og den øvrige helsetjeneste
- * Utdanning av tannleger og annet tannhelsepersonell, ev. helsepersonell

Nedenfor foretas en vurdering av ulike odontologiske delområder i henhold til de kriterier som er foreslått i punkt 9.4.3. For en mer detaljert beskrivelse av de enkelte delområder henvises til kapittel 8.

* *Kjeveortopedi*

Selve den kjeveortopediske behandlingen utføres nesten bestandig av spesialister. Behovet for spesialitet i fagområdet er ikke et omstridt spørsmål. Kriteriene er klart oppfylt på alle punkter. Kjeveortopedi er anerkjent som spesialitet i EØS-området.

* *Oral kirurgi og oral medisin*

Behovet for spesialitet i fagområdet er ikke omstridt. Kriteriene er klart oppfylt på alle punkter. Oral kirurgi er anerkjent som spesialitet i EØS-området.

* *Pedodonti*

Pedodonti representerer ikke et klinisk delområde, men er i stedet avgrenset på et populasjonsmessig grunnlag. Behovet kan synes noe problematisk å fastslå, og dermed antallet spesialister det er behov for. Det er imidlertid ikke tvil om at det finnes et betydelig antall pasienter med både omfattende og spesielle behandlingsbehov i gruppen. Kriteriene anses for å være oppfylt ved at avgrensning er foretatt ut fra populasjonsmessige karakteristika. Utdanningens målformulering og innhold bør gjennomgå med tanke på nødvendig presisering av spesialitetens virksomhetsområde.

* *Periodonti*

Kriteriene må også her sies å være oppfylt, ved at periodonti er et velavgrenset klinisk fagområde og at det finnes et tilstrekkelig behandlingsbehov på spesialistnivå.

* *Endodonti*

Enkel endodonti bør fortsatt inngå i allmennpraktikerens virksomhetsområde. Likevel er det hevet over tvil at området oppfyller alle kriteriene for å være spesialitet.

* *Kariologi*

Siden karies utgjør en såpass betydelig andel av det sykdomsbildet som tannleger stilles overfor til daglig, er det være vanskelig å se at denne disiplinen oppfyller spesialitetskriteriene på mer enn et punkt, nemlig at det skal finnes et selvstendig utdanningsopplegg av tre års varighet.

* *Protetikk*

”Vanlig” protetikk vil fortsatt inngå i allmennpraktikerens virksomhetsområde. Antallet pasienter med omfattende og komplisert behandlingsbehov er imidlertid udiskutabelt stort nok til at disiplinen oppfyller spesialitetskriteriene på alle områder.

* *Kjeve- og ansiktsradiologi (røntgen)*

Selv om det ikke er behov for et særlig stort antall spesialister på landsbasis, så må det kunne påstås at kriteriene for spesialitet er oppfylt. Kjeve- og ansiktsradiologi er et eksempel på en metodebegrenset spesialitet.

* *Samfunnsodontologi*

Forslaget om å utvide utdanningen til tre år er tatt opp i forbindelse med denne utredningen, kanskje spesielt med tanke på å rekruttere til og stabilisere i offentlige tannlegestillinger. Utdanningen vil kunne skreddersys for ledende stillinger i tannhelsetjenesten. Innholdet må i så fall utvides betydelig (rammen må i tilfelle økes fra ett til tre år fulltid) til også å omfatte praksisadministrasjon, ledelse, HMS, kvalitetsutvikling, forebyggende arbeid, miljørettet odontologi, jus, økonomi og administrasjon.

Dersom hensikten med denne spesialiteten er å oppfylle tannhelsepolitiske mål, så kan dette i seg selv være grunn god nok til å opprette spesialiteten. Det vil også være mulig å argumentere for at disiplinen oppfyller kriteriene. Målet for utdanningen kan utformes på følgende måte:

”Utdanningen i samfunnsodontologi skal gi kandidaten kunnskaper om, ferdigheter i og kritiske holdninger til å lede offentlig tannhelsetjeneste, iverksette forebyggende tiltak og behandlingsstrategier for hele befolkningen eller grupper av befolkningen og gjennomføre forskningsprosjekter på fagområdet.”

* *Oral rehabilitering*

Denne disiplinen representerer en nyskaping som kan tenkes å utgjøre sidestykket til pedodontien i de voksne alderssegmentene i befolkningen. I utdanningen må det legges betydelig vekt på at kandidatene skal erverve den faglige og etiske kompetanse som er nødvendig for å kunne behandle pasienter med omfattende behov for restaurering av tannsettet. En grenseoppgang mot spesialiteten protetikk synes å være særlig påkrevet. Det er vanskelig å fastslå om en slik utdanning vil kunne oppfylle kriteriekravene før det hele er mer konkretisert. Målet for utdanningen kan være:

”Utdanningen på fagområdet oral rehabilitering skal gi kandidaten tilstrekkelige medisinske og odontologiske kunnskaper om, ferdigheter i og kritiske holdninger til å utrede og behandle pasienter som pga. sykdom eller skader har omfattende behov for restaurering av tannsettet.”

Enkelte av fagområdene befinner seg i et grenseland for spesialitetsstatus. Dette gjelder bl.a. kjeve- og ansiktsradiologi, fordi behovet for spesialistkompetanse er lite og virksomheten i hovedsak knyttet til tjeneste ved de odontologiske fakultetene, større sykehus eller regionale odontologiske kompetansesentra; altså en klar begrensning mht antallet spesialister det er behov for. Det faglige behovet vil derimot være udiskutabelt, da det er nødvendig med flerårig utdanning og praktisk trening under veiledning. En nøye vurdering tilsier et forslag om at kjeve- og ansiktsradiologi inngår i spesialitetsfamilien.

Følgende delområder av odontologien antas å fylle kriteriene til spesialitet:

1. Sykdomsspesifikke spesialiteter:
 - * Endodonti
 - * Kjeveortopedi
 - * Periodonti

2. Populasjonsavgrensede spesialiteter:
 - * Pedodonti
 - * Oral rehabilitering

3. Metodeavhengige spesialiteter
 - * Kjeve- og ansiktsradiologi
 - * Samfunnsodontologi
 - * Oral kirurgi og oral medisin
 - * Protetikk

9.7 Videreutdanninger for øvrig

** Oral biologi*

Videreutdanningsprogrammet (i Oslo) bør opprettholdes. Det er ikke aktuelt å vurdere dette området for spesialitetsstatus.

** Oral patologi*

Det anses som gunstig å ha et program for en videreutdanning i oral patologi. Miljøet for denne disiplinen er lite, det samme gjelder behovet for å nyutdanne kandidater. Det er ikke aktuelt å vurdere dette området for spesialitetsstatus.

** Odontologisk implantatbehandling*

Diskusjonen har gått over lang tid om hvorvidt det bør etableres en egen videre/ spesialistutdanning på området. Det finnes i dag flere forhandlerstyrte kurs i implantatbehandling; spesielt i den protetiske delen. Per i dag synes det ikke å være hensiktsmessig å foreslå en implantatutdanning, men i stedet henvise disse pasientene til behandlere med fullverdig kompetanse innenfor protetikk og oral kirurgi. For øvrig bør NTFs regler for behandling med implantatforankret protetikk fortsatt ligge til grunn for all virksomhet på dette området, uansett behandler og behandlerkompetanse.

** Lystgass/odontofobi*

Lystgass og odontofobihåndtering inngår i dag bl.a. i spesialistutdanningen i pedodonti (i Oslo). I tillegg bør disse emnene innarbeides i utdanningsprogrammet for en framtidig spesialitet i oral rehabilitering. Det bør dessuten være mulig å ta videreutdanningskurs i disse emnene også uten å delta i noe spesialistutdanningsprogram.

** Kurs i offentlig tannhelsearbeid = Folkehelsearbeid i tannhelsetjenesten*

Dette var et populært kurstilbud gjennom 1970- og 80 årene i regi av Statens helsetilsyn. Helsetilsynet har tatt initiativ for å få kurset opp ”på beina” igjen, ev i en ny form, og med

klare relasjoner til liknende opplegg for andre grupper av helsepersonell. Både interessen og behovet for et slikt videreutdanningskurs synes å være betydelig i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Referanser:

1. Sollund, A. Den norske tannlegeforening gjennom 100 år. Oslo: NTF; 1984
2. Spesialisering innen odontologien. Rapport fra NTFs spesialitetsråd. Oslo: NTF; 1993
3. Stortingsmelding nr 42 (1997-98) Kompetansereformen
4. Studies on Postgraduate Training in the European Region. Euro 6301 (1). WHO; 1971
5. Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter. Betenkning. Oslo: Dnlf; 1973
6. NTFs arbeidsgruppe for vurdering av spesialiteter. Rapport. Oslo: NTF; 1973
7. Principles for specialisation in dentistry. Tokyo: FDI; 1983
8. Specialisttandvården i framtiden (TSU 89). Stockholm: Socialstyrelsen; 1990
9. Uppdrag angående specialistutbildning för tandläkare. Stockholm; Socialstyrelsen; 1991
10. Om vissa tandvårdsfrågor. Prop 1990/91:138. Stockholm: Regeringen; 1991

Kapittel 10. Tilgjengelighet til og behov for spesialiserte tannhelsetjenester

10.1 Spesial/spesialisttannhelsetjenesten i Norge

Dekningen av spesial/spesialisttannhelsetjenester ble kartlagt ved hjelp av

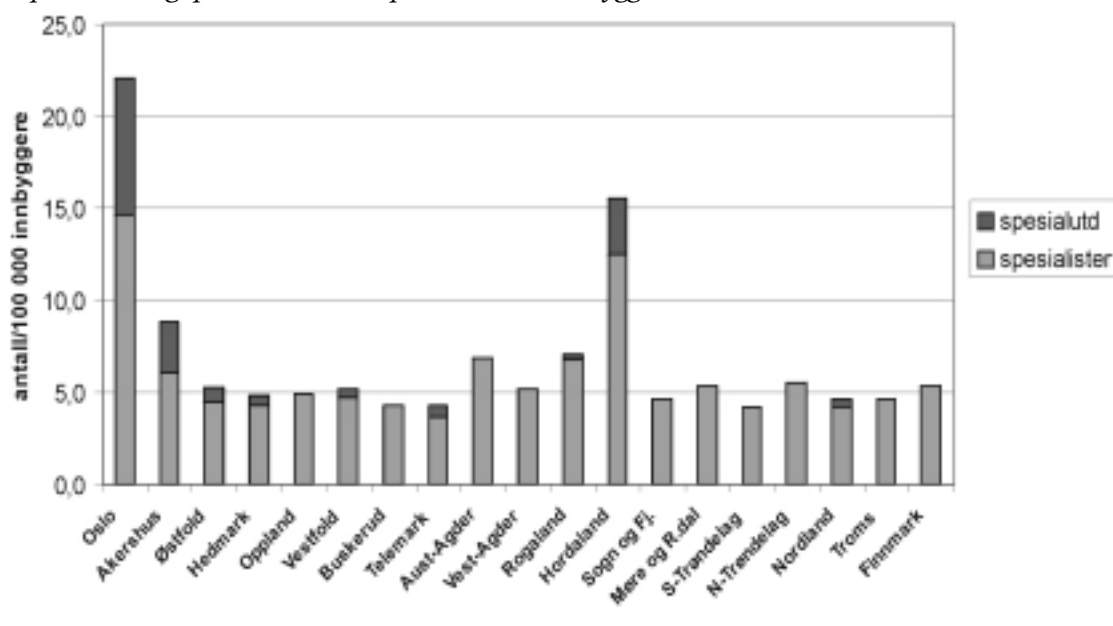
1. Den norske tannlegeforeningens (NTF) lister over godkjente spesialister og tannleger med spesialutdanning
2. Spørreskjema til fylkestannlegene
3. Lister med fag- og kjønnsfordeling samt bostedsfylke for kandidater under videreutdanning

10.1.1 Antall spesialister

Det er i dag 377 tannleger med godkjent spesial/spesialistutdanning av de anslagsvis 4100 yrkesaktive tannlegene (9%). Tabell 10.1 viser antallet spesialister/spesialutdannede tannleger i de enkelte fag etter Tannlegeforeningens register, og utførte årsverk i de enkelte fag som oppgitt av fylkestannlegene. Alle personer i NTFs register med godkjent spesial/spesialistutdanning per april 1999 (uansett medlemskap), oppgitt kontoradresse i Norge og fødselsår 1933 eller senere er tatt med i undersøkelsen.

Det var forskjell på antall årsverk oppgitt av fylkestannlegene og antall spesialister som i følge Tannlegeforeningens lister har arbeidssted i de enkelte fylker. Det går fram av tabellen at det finnes kjeveortopedier i alle fylker. I følge fylkestannlegenes opplysninger finnes i april 1999 spesialist i oral kirurgi i alle fylker unntatt Nord-Trøndelag og Hedmark (fra 1. juni også i Aust-Agder). Periodontister finnes i alle fylker unntatt Finnmark. Pedodontister finnes i seks fylker, men ikke nord for Trondheim. I følge NTFs register finnes protetiker i åtte og endodontist i fem fylker. Det er en betydelig bedre spesialistdekning i områdene rundt Oslo og Bergen (helseregion I og III) enn i resten av landet. Fig 10.1 og 10.2 viser samlet dekning av spesialister/spesialutdannede henholdsvis i fylkene og i helseregionene med NTFs tall. Tabell 10.2 viser dekningen innen de enkelte fag i hvert fylke.

Fig 10.1. Dekning av spesialister og spesialutdannede tannleger i fylkene, angitt i antall spesialister og spesialutdannede per 100 000 innbyggere (NTF)



Tab. 10.1. Spesialister og spesialutdannede tannleger i Norge. Antall og praksisfylke etter Tannlegeforeningens register per 21. april 1999 (NTF) og antall årsverk angitt av fylkestammlegene (FtL). Folketall oppgitt av Statistisk sentralbyrå per 1. april 1999. * begynner juni 99, ** begynner aug 99, ***slutter høst 99

Fylke	Folketall	Spesialister										Spesialutdannede					
		Kjeveortopedi		Kirurgi		Periodonti		Pedodonti		Totalt		Protetikk		Endodonti		Totalt	
		NTF	FtL	NTF	FtL	NTF	FtL	NTF	FtL	NTF	FtL	NTF	FtL	NTF	FtL	NTF	FtL
Oslo	504 132	33	34	10	12	26	24	5	5	74	75	20	0	17	0	37	0
Akershus	462 087	14	12,4	3	2,6	3	3,9	8	1	28	19,9	5	0	8	0	13	0
Østfold	246 164	6	7	1	1	2	2	2	1	11	11	1	1	1	1	2	2
Hedmark	186 218	6	6	0	0	2	2	0	1	8	9	1	0	0	0	1	0
Oppland	182 169	6	6	1	2	1	1	1	0	9	9	0	0	0	0	0	0
Region I	1 580 770	65	65,4	15	17,6	34	32,9	16	8	130	123,9	27	1	26	1	53	2
Vestfold	210 901	8	11	1	1	1	1	0	0	10	13	1	1	0	0	1	1
Buskerud	235 208	7	8	1	0,7	2	1,5	0	1	10	11,2	0	0	0	***1	0	1
Telemark	164 547	6	6	0	1	0	1	0	0	6	8	0	0	1	0	1	0
Aust-Agder	101 532	6	5,5	0	*1	1	1	0	0	7	10	0	0	0	0	0	0
Vest-Agder	154 248	6	7	1	1	1	2	0	0	8	7,5	0	0	0	0	0	0
Region II	866 436	33	37,5	3	4,7	5	6,5	0	1	41	49,7	1	1	1	1	2	2
Rogaland	370 110	18	18	1	1	6	6	0	0	25	25	1	1	0	0	1	1
Hordaland	432 438	23	16	10	4	15	7,5	6	2	54	29,5	5	2	8	2	13	4
Sogn og Fj.	107 620	3	3	1	1	1	1,2	0	0	5	5,2	0	0	0	0	0	0
Region III	910 168	44	37	12	6	22	14,7	6	2	84	59,7	6	3	8	2	14	5
Møre og R.dal	242 668	6	8	4	4,5	3	3	0	0	13	15,5	0	1	0	0	0	1
S-Trøndelag	261 248	7	8	1	1	2	2	1	2	11	13	0	**1	0	0	0	1
N-Trøndelag	126 704	6	6,5	0	0	1	1	0	0	7	7,5	0	0	0	0	0	0
Region IV	630 620	19	22,5	5	5,5	6	6	1	2	31	36	0	2	0	0	0	2
Nordland	238 724	8	10	2	2	0	1	0	0	10	13	1	1	0	0	1	1
Troms	150 326	4	3,5	1	1	2	2	0	0	7	6,5	0	**1	0	0,1	0	1,1
Finmark	74 160	3	3	1	1	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
Region V	463 210	15	16,5	4	4	2	3	0	0	21	23,5	1	2	0	0,1	1	2,1
Norge	4 451 204	176	178,9	39	37,8	69	74,6	23	13	307	292,8	35	9	35	4,1	70	13,1

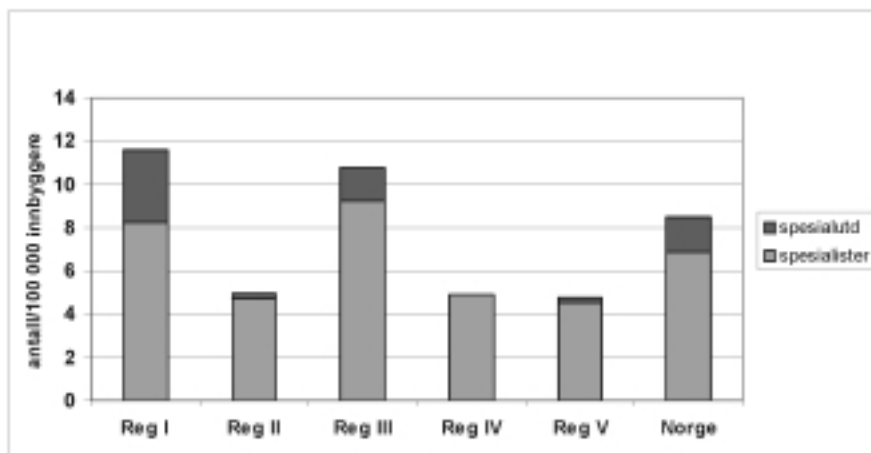


Fig 10.2. Dekning av spesialister og spesialtannleger i helseregionene og i Norge, angitt i antall per 100 000 innbyggere (NTF).

Tabell 10.2. Spesialistdekningen i de enkelte fag i fylkene og i landet, angitt i antall spesialister/ spesialutdannede tannleger per 100 000 innbyggere (NTF).

	SPESIALISTER				SPESIALUTDANNEDE	
	Kjeveortopedi	Kirurgi	Periodonti	Pedodonti	Protetikk	Endodonti
Oslo	6,5	2,0	5,2	1,0	4,0	3,4
Akershus	3,0	0,6	0,6	1,7	1,1	1,7
Østfold	2,4	0,4	0,8	0,8	0,4	0,4
Hedmark	3,2	0,0	1,1	0,0	0,5	0,0
Oppland	3,3	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
Reg I	4,1	0,9	2,2	1,0	1,7	1,6
Vestfold	3,8	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0
Buskerud	3,0	0,4	0,9	0,0	0,0	0,0
Telemark	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Aust-Agder	5,9	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Vest-Agder	3,9	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0
Reg II	3,8	0,3	0,6	0,0	0,1	0,1
Rogaland	4,9	0,3	1,6	0,0	0,3	0,0
Hordaland	5,3	2,3	3,5	1,4	1,2	1,8
S og Fjordane	2,8	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0
Reg III	4,8	1,3	2,4	0,7	0,7	0,9
Møre og R.dal	2,5	1,6	1,2	0,0	0,0	0,0
S-Trøndelag	2,7	0,4	0,8	0,4	0,0	0,0
N-Trøndelag	4,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
Reg IV	3,0	0,8	1,0	0,2	0,0	0,0
Nordland	3,4	0,8	0,0	0,0	0,4	0,0
Troms	2,7	0,7	1,3	0,0	0,0	0,0
Finnmark	4,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Reg V	3,2	0,9	0,4	0,0	0,2	0,0
Norge	4,0	0,9	1,6	0,5	0,8	0,8

Kjeveortopedene er fordelt i alle fylker, mens tannleger med spesialutdanning stort sett er bosatt i områdene rundt Oslo og Bergen. Hvis man unntar kjeveortopedene, har 86% av alle spesialister/spesialtannleger kontoradresse i region I og III, der 58% av befolkningen bor. Det er liten forskjell på dekningen i de andre tre helseregionene (Fig 10.2). De fleste fylker i Sør-Norge har like dårlig spesialistdekning som fylkene i Nord-Norge. Situasjonen må likevel oppfattes som mer kritisk i nord fordi reiseavstandene i denne landsdelen er vesentlig større enn i sør.

10.1.2 Alders- og kjønnsfordeling

Tabell 10.3 viser gjennomsnittsalder og andel kvinner i de enkelte spesialiteter og spesialutdanninger. Totalt er 220 av 377 spesialister/spesialutdannede (58%) i aldersgruppen 50-66 år, og en fjerdedel er kvinner. Det ser ut til at spesialistutdanningen tas forholdsvis sent. Andelen spesialister under 40 år er totalt på 9%, mens andelen over 60 er på 21%.

Tabell 10.3. Gjennomsnittsalder og kjønnsfordeling i de enkelte fag for spesialister/spesialutdannede og videreutdanningskandidater.

Fag	Spesialister/spesialutdannede (n = 377)		Videreutdanningskandidater (n = 52)	
	gjennomsnittsalder (år)	andel kvinner %	gjennomsnittsalder (år)	andel kvinner
Kj.ortopedi	52	27	33	7 av 13
oral kirurgi	51	8	34	4 av 9
periodonti	49	20	35	4 av 7
pedodonti	56	74	48	4 av 4
protetikk	50	9	42	2 av 11
endodonti	48	40	40	6 av 12
Alle fag	51	25	39	48%

10.1.3 Aldersfordeling oralkirurger og kjevekirurger

For oralkirurgenes del er 51 prosent av yrkesgruppen over 50 år. Elleve av i alt 39 er 60 år eller eldre og vil nå pensjonsalder senest 2006¹. Det er naturlig å se oralkirurgien i sammenheng med den medisinske spesialiteten kjevekirurgi, siden arbeidsområdene overlapper hverandre. I 1998 ble det i følge årsmeldingen fra Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS) (1) utført 13,8 årsverk i kjevekirurgi (derav 2,0 i region V), og to personer er under spesialistutdanning. I løpet av de nærmeste 17 år vil 13 kjevekirurger nå pensjonsalderen.

10.1.4 Andre spesialister/spesialutdannede

Pedodontistene er den eldste gruppen, med gjennomsnittsalder 56 år. Ingen er yngre enn 45 år, og 80% vil nå pensjonsalderen i løpet av 17 år. I alt 115 (65 %) av de kjeveortopedene som er yrkesaktive i dag, vil nå pensjonsalderen innen 2016. Omtrent halvparten av periodontistene og protetikere er over 50 år, noe som er en naturlig andel hvis man anslår yrkesaktiv periode til ca 30 år. Endodontistene er noe yngre, 40% av dem er over 50 år.

¹ Pensjonsalder er satt til 67 år. Dataene viser at svært få slutter å arbeide tidligere

10.1.5 Kjønnfordeling innen aldersgruppene

Andelen kvinner blant spesialister/spesialutdannede er økende. Blant kjeveortopeder har kvinneandelen økt fra 8% i eldste gruppe til 58% i gruppen under 40 år. Det er bare kvinnelige pedodontister i gruppen under 50 år. Kjønnfordelingen innen aldersgruppene for henholdsvis spesialister og spesialutdannede er vist i fig. 10.3 og 10.4. Av alle som nå tar videreutdanning i de seks aktuelle fag, er nesten halvparten kvinner (Tabell 10.3).

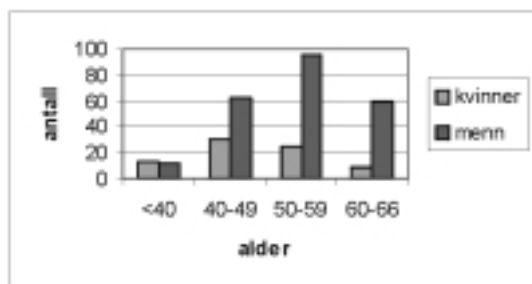


Fig 10.3. Spesialister. Alders- og kjønnfordeling (n=307, NTF).

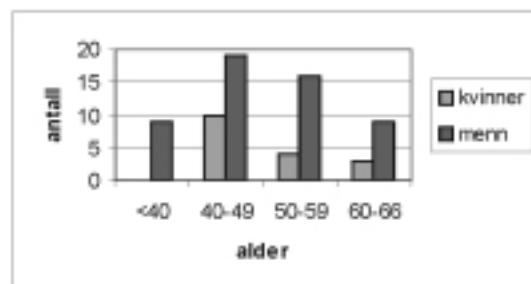


Fig 10.4. Spesialutdannede. Alders- og kjønnfordeling (n=70, NTF).

Tabell 10.4. Fylkestannlegenes vurdering av behov for spesiallspesialistårsverk i hver region. Behov for årsverk i tillegg til de eksisterende er markert med + foran tallet, anslått overkapasitet er angitt med -.

region	kjeveortopedi	oral kirurgi	periodonti	pedodonti	endodonti	protetikk	totalt
I	-1,0	+2,0	+1,0	0	+3,0	+2,5	+7,5
II	-4,0	+1,5	+1,0	0	+1,0	0	-0,5
III	0	+2,0	0	0	0	0	+2,0
IV	+1,0	+1,0	+2,0	+2,0	+1,0	+4,0	+11,0
V	+1,5	+1,0	+1,0	+1,5	+1,0	+1,5	+7,5
Totalt	-2,5	+7,5	+5,0	+3,5	+6,0	+8,0	+27,5

Tabell 10.5. Videreutdanningskandidater i Oslo (O) og Bergen (B). Fagfordeling, utdanningssted og bostedsregion.

Fag	Universitet		Bosted (Helseregion)											
			I		II		III		IV		V		utland	
	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B
Kjeveortopedi	7	6	5	1			1	1					1	4
Kirurgi	5	4	5				2	1			1			
Periodonti	4	3	3					1				2		1
Pedodonti	4		3	1										
Protetikk	5	6	4	1			6							
Endodonti	9	3	7	1			3						1	
Radiologi	3		3											
Kariologi		8					8							
	37	30	30	1	3	0	0	20	2	1	0	3	2	5

10.1.6 Vurdering av behov

Fylkestannlegenes vurdering av behovet for spesialister er gjengitt i Tabell 10.4. Det er et lite overskudd av kjeveortopeder, ellers ønskes flere spesialister i alle kategorier, tilsammen 27,5 årsverk på landsbasis. Det er størst behov for protetikere, oralkirurger og endodontister. I Bergensregionen er det kun behov for flere oralkirurger.

10.1.7 Videreutdanningskandidater

En oversikt over videreutdanningskandidatene er gitt i tabell 10.5. Det er flest kandidater under utdanning i kjeveortopedi, endodonti og protetik. Kandidatene er oftest hjemmehørende i den helseregion der utdanningen gjennomføres.

10.1.8 Databruk og datakvalitet

Antallet personer under pensjonsalder med spesial/spesialistutdanning oppført i Tannlegeforeningens register med oppgitt kontoradresse (uansett medlemskap) stemte ikke overens med fylkestannlegenes oversikt over antall årsverk utført i fylkene. Dette gjaldt spesielt i folkerike fylker. Tabell 10.1 viser antall personer i registeret og antall årsverk oppgitt av fylkestannlegene.

Uansett hvilke tall som brukes, vil det finnes feilkilder. Fylkestannlegenes tall beskriver situasjonen nøyaktig der innbyggertallet er forholdsvis lite og forholdene oversiktlige. I folkerike fylker er oversikten vanskeligere, og hel/deltidsansettelser på universitetet kompliserer anslaget ytterligere i Oslo- og Bergensregionen. Flere av de oppgitte årsverk er utført av tannleger over 67 år, andre av tannleger uten godkjent spesial/spesialistutdanning eller de er forventet utført av tannleger som skal tiltre senere på året. Det er mindre samsvar for spesialutdannede enn for spesialister. Dette kan blant annet skyldes at utdanningen ikke brukes eller at arbeid i en kombinasjonspraksis gjør oversikten vanskelig (2).

Adresselistene fra NTF inneholder kontoradresser for godkjente spesialister og tannleger med spesialutdanning, og i tillegg opplysninger om deres alder. Ved å bruke disse listene forutsettes at alle arbeider som spesialist, noe som neppe er helt riktig.

Etter grundig gjennomgang av dataene ble det besluttet å bruke NTFs lister i beregningene, siden det er vanskelig å beregne spesialistdekning når både pensjonister og tannleger uten formell godkjenning inngår, mens andre er uteglemt. NTFs tall vil gi en forholdsvis pålitelig oversikt over spesialistfordelingen i landet. Datakilde er angitt i tabeller og figurer.

Spesialisttallet i fylkene er i alle tilfeller stadig i endring.

10.2. Legespesialister, dekning og geografisk fordeling

Det er naturlig å sammenligne forholdene innen spesialisttannhelsetjenesten med forholdene innen den øvrige spesialisthelsetjenesten. Det finnes totalt 43 medisinske spesialiteter, og over 60% av de yrkesaktive legene i Norge i 1998 hadde en eller flere spesialiteter (3). Det var 1 lege med sykehusspesialitet/700 innbyggere på landsbasis (143 spesialister/100 000 innbyggere). I følge årsmeldingen fra ULS 1998 (1) var det stor forskjell i spesialistdekningen i de forskjellige landsdeler. Den var høyest i Troms og i Oslo, lavest i Buskerud og Finnmark. Spesialister i alle fag er ikke tilgjengelig i alle fylker, men i

alle helseregioner. Forskriftene om regionale helseutvalg (4) pålegger fylkeskommunene å samarbeide over fylkesgrensene for å utnytte spesialistressursene best mulig. Både spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten er fylkeskommunale tjenester. Det er likevel ikke krav om at odontologiske spesialisttjenester skal inngå i de regionale helseplaner.

10.3 Tilgangen til spesialiserte tannhelsetjenester og spesialiserte legetjenester

Pasientrettighetsloven (5) gir pasientene økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester ved rett til fritt sykehusvalg, og en vurderingsgaranti på 30 virkedager innføres for å sikre tilgang innen rimelig kort tid.

10.3.1 Organisering

Innen helsetjenesten arbeider de fleste spesialister i sykehus. Noen er privatpraktiserende og har driftsavtaler med fylkeskommunen. Disse inngår i fylkeskommunens helseplaner, og dermed også i de regionale. Innen tannhelsetjenesten har langt de fleste spesialister egen praksis (unntatt oralkirurger og pedodontister). Offentlig tannhelsetjeneste i 12 fylker har en eller flere spesialister ansatt, men disse dekker sjelden hele behovet for spesialisttjenester.

10.3.2 Utdanning og utdanningsstillinger

Sykehuseier kan via helseregionen søke Sosial- og helsedepartementet om tillatelse til å opprette utdanningsstillinger for legespesialister og på den måten melde inn sitt behov for spesialister innen de enkelte fag. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger gir Sosial- og helsedepartementet råd om fordeling av stillinger (spesialitet og overlege/assistentlege). Den praktiske utdanning av spesialister skjer ved godkjente spesialavdelinger ved sykehus rundt i landet, der kandidaten arbeider i assistentlegestilling og veiledes av en overlege som er spesialist. Utdanningsstillingen er ingen nettoutgift for sykehuset, siden kandidaten som assistentlege skaffer sykehuset inntekter via DRG-systemet og trygderefusjon.

All spesialistutdanning for tannleger gis på fakultetene. Distriktene har derfor ikke tilsvarende nytte av tannleger som av leger under videreutdanning. Bortsett fra enkelte sykehusstillinger for kandidater under videreutdanning i oral kirurgi, finnes ikke andre utdanningsstillinger for tannleger enn den deltidspraksis som kreves som instruktør for studentene på fakultetets spesialavdeling. Praksiskravet varierer i antall timer og i avlønning innen de forskjellige fag.

10.3.3 Økonomiske virkemidler

Det finnes et økonomisk styringsverktøy når det gjelder spesialisthelsetjenesten, idet bare spesialister med fylkeskommunal driftsavtale får trygderefusjon (6). Det finnes også økonomiske stimuleringsiltak for å rekruttere søkere til spesialisering på små fagområder (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri).

10.3.4 Finansiering av tjenestene

Det er offentlige finansieringsordninger for de fleste helsetjenester, men dette gjelder i liten grad tannhelsetjenester. Fylket er ansvarlig for at pasientene i de frie grupper etter lov om tannhelsetjeneste får nødvendig spesialisthjelp, men fylkeskommunenes økonomi begrenser tilbudets omfang. Reisekostnadene blir også store i deler av landet.

Rikstrygdeverket refunderer utgifter til kjeveortopedisk behandling for pasienter under 18 år helt eller delvis etter tannstillingsfeilens alvorlighetsgrad. Det gis noe trygderefusjon ved kirurgiske inngrep også til den øvrige befolkning. Ellers er det bare unntaksvis at det offentlige finansierer tannbehandling eller odontologiske spesialisttjenester for andre enn de grupper fylkeskommunen har ansvar for å gi et oppsøkende tilbud.

For dem som ikke får trygderefusjon, kan reisekostnadene bidra til å begrense bruken av spesialisttjenester der få spesialister er tilgjengelig og avstandene store. Dette kan igjen føre til at enklere og billigere løsninger velges, og resultatet kan lett bli ulikhet i tannhelse. Innen den øvrige helsetjenesten kan pasienter få refundert utgifter til transport som legen mener er nødvendig også når det ikke gis trygderefusjon.

10.4 Årsaker til manglende/skjevfordelt spesialistdekning

10.4.1 Utdanningssystem og økonomiske forhold

En odontologisk spesialitet krever 3 års studium (oral kirurgi og oral medisin 5 år) etter avsluttet tannlegeutdanning. Utdanningen gis i sin helhet ved universitetene i Oslo og Bergen, bortsett fra obligatorisk sykehusstjeneste for kandidater i oral kirurgi og oral medisin. Mangelen på lønnede utdanningsstillinger for tannleger under spesialistutdanning er beskrevet i 10.3.2. I tre fylker gis utdanningstilskudd/stipend til ansatte mot bindingstid. Studiet kan finansieres av Lånekassen. Tanken på lånefinansiering av tre års studium kan utelukke mange fra å søke utdanningen.

10.4.2 Geografiske forhold

De økonomiske problemene er minst for tannleger som er bosatt i området rundt lærestedet og fortsatt kan bo hjemme hos familien og eventuelt beholde en deltidsjobb. Listen over dem som nå er under videreutdanning tyder på at dette er tilfelle: Av 25 norske kandidater i Bergen hører 20 hjemme i helseregion III, og i Oslo er 30 av 35 norske hjemmehørende i region I. (Tabell 10.5). Toverud viser også at geografisk nærhet til studiestedet er en av de viktigste faktorer ved valg av studiested, sammen med faglige og familiære grunner (2).

Sentralisert utdanning er lite gunstig for spesialistdekningen i distriktene, siden undersøkelser viser at geografisk tilhørighet til en landsdel er den viktigste faktor i tannlegerekutterings- og stabilitetssammenheng (7). Tidligere arbeidssted og hjemsted har stor betydning for hvor tannlegen etablerer seg etter spesialiseringen, og for kvinnelige spesialister har også ektefellens arbeidssted stor betydning (2). Åtti prosent av de tannlegene som arbeider i Nord-Norge og har vært der i mer enn fem år, har tilknytning til landsdelen, enten gjennom egen familie eller ektefellens (8). Med nåværende ordning er det derfor lite sannsynlig at spesialistdekningen i distriktene blir bedre, selv om flere utdannes. Kandidater til spesialistutdanningen bør rekrutteres fra distriktene før stabiliteten i stillingene der kan forventes å øke.

10.4.3 Sosiale forhold

Sosiale forhold (familie, små barn, ektefelles arbeid) kan i tillegg til det økonomiske gjøre det vanskelig for tannleger fra distriktene å reise til universitetsbyene for å ta videreutdanning. Både økonomiske og sosiale forhold må stabiliseres før videreutdanning er aktuell. Dette er synlig ved at gjennomsnittsalderen blant videreutdanningskandidatene varierer fra 34 til 48 år innen de enkelte fag (Tab 10.3). Høy alder gir en kort yrkesaktiv periode som spesialist, og

dermed behov for å utdanne flere. Oralkirurgene har både lengst spesialiseringstid og størst andel yrkesutøvere under 40 år, hele 18%. Samtidig er det bare innen oralkirurgi at det er mulig å få lønnet stilling i utdanningsperioden.

Men hvis en tannlege fra distriktet først tar videreutdanning i moden alder, er det stor sjanse for at han vender tilbake til det distriktet der han er etablert (2). Problemet er at dette gjelder få tannleger, og at yrkesaktiv periode blir kort.

10.4.4 Endret kjønnsfordeling

Andelen kvinnelige tannleger har økt sterkt de senere år, likedan andelen kvinner som tar spesialistutdanning (Fig. 10.3 og 10.4). Nesten halvparten av videreutdanningskandidatene er nå kvinner. Utdanningssystemet og studiefinansieringen kan påskynde denne utviklingen, siden det fortsatt kan være lettere for en kvinne enn for en mann å være uten inntekt i tre år.

Et årsverk for en kvinnelig tannlege anslås til å være fra 65% til 85% av en mannlig tannleges årsverk (9,10). Forskjellen mellom kvinners og menns årsverk kan være mindre når det gjelder spesialister, siden utdanningen tas på et tidspunkt i livet da familieforholdene har stabilisert seg. Men det kan ha betydning for totalt antall produserte årsverk når kvinneandelen øker fra 8% i gruppen over 60 år til 58% i gruppen under 40 år, slik tilfellet er når det gjelder kjeveortopeder.

Høyt utdannede kvinner gifter seg ofte med menn som også har høy utdanning, og de fleste arbeidsplasser for høyt utdannede finnes i sentrale strøk. Ektefellens arbeidssted har stor betydning for kvinnelige spesialisters valg av arbeidssted (2). Økt kvinneandel kan på den måten bidra til mindre spredning av spesialister.

10.4.5 Faglige forhold

Flere undersøkelser viser at fagmiljøet er viktig ved valg av arbeidsplass og stabilitet i stillinger (2, 7,11). En meget sannsynlig årsak til at flere spesialister ikke søker seg til distriktene, er ønsket om å arbeide i et fagmiljø med muligheter for faglig utvikling. Slike fagmiljø finnes knapt i distriktene i dag.

10.4.6 Fylkets plikter og manglende påvirkningsmuligheter

Fylkeskommunene har etter lov om tannhelsetjeneste plikt til å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig i fylket. Dette har ført til at den offentlige tannhelsetjenesten i noen fylker oppmuntrer sine ansatte til å ta videreutdanning og gir utdanningsstønad/stipend mot bindingstid. I Nordland gjelder dette fra 1998 også privatpraktiserende tannleger. Likevel blir ikke spesialistene alltid lenger enn bindingstiden, og fylket sitter tilbake med problemene. Fylkeskommunene har ingen innflytelse verken på hvilke fag det utdannes spesialister i, på dimensjonering av studiene eller på opptakskriteriene.

10.5. Avgang og tilgang

Aldersfordelingen blant dagens spesialister og videreutdanningskandidater og utdanningskapasitet bestemmer antall spesialister i framtida. Tabell 10.6 viser antall spesialister/spesialutdannede i 2016 i forhold til dagens antall og det antall fylkestannlegene mener er nødvendig i dag. Beregningen forutsetter utdanningskapasitet som i dag, fullt utnyttet, normert studietid uten frafall, likedan pensjonsalder på 67 år for alle. Beregningen viser det maksimale antall man ved slike ideelle forhold vil kunne forvente. Men også i dag er en del av videreutdanningskandidatene utlendinger som man forventer vil returnere til sine hjemland. Det er også vanskelig å forutsi både hvor mange studenter som vil bli tatt opp, og som vil bli uteksaminert årlig. Universitetet i Oslo har planer for opptak innen de enkelte fag, mens det i Bergen bare er kjeveortopedi som har fast rullering. Opptak i andre fag skjer når en plass blir ledig fordi en kandidat har fullført utdanningen.

I tabell 10.6 er ikke vesentlige forhold som endringer i befolkningssammensetningen og i sykdomsforekomst, nye behandlingsmetoder, økonomi, etterspørsel osv. tatt med i vurderingen. Dette er omtalt i kapittel 8.

Med dagens utdanningskapasitet vil det, under de gitte forutsetninger, bli en økning i antall spesialister/ spesialutdannede i alle fag unntatt kjeveortopedi og pedodonti. Økningen vil bli størst i protetikk og endodonti, mens økningen i antall oralkirurger ikke vil kunne dekke det behov fylkestannlegene mener er til stede i dag og samtidig kompensere for økt behov som følge av manglende rekruttering til kjevekirurgi. I tillegg til det behov som fylkestannlegene melder, kommer behovet for personale i vitenskapelige stillinger på de odontologiske fakulteter, der det kreves både spesialistutdanning og doktorgrad. Det vil sannsynligvis bli et merkbart underskudd på kjeveortopeder og oralkirurger fram til 2016.

I Toveruds undersøkelse i 1991 oppga totalt 17% av spesial/spesialistutdannede at de måtte kombinere spesialist- og allmennpraksis (2). Dette gjaldt i størst grad de som hadde tatt spesialutdanningen sist, og det gjaldt 56% av protetikere og 8% av endodontistene. Antallet spesialutdannede i disse gruppene var da henholdsvis 19 og 18, nå er det 35 tannleger med spesialutdanning i begge fag. Denne undersøkelsen forteller ikke hvor mange av dem som nå driver ren spesialistpraksis, men det er grunn til å tro at bruken av spesialisttjenester har økt i løpet av 90-årene.

Tabell 10.6. Antall spesialister/spesialutdannede, ønsket antall årsverk i dag ut fra fylkestannlegenes vurderinger og endringer i antallet utøvere i perioden 1999 - 2016. For spesialutdanningene er en utøver i dag satt lik ett årsverk (opplysninger mangler). Beregningen forutsetter utdanningskapasitet som i dag fullt utnyttet (uten frafall) fra neste opptak og pensjonsalder 67 år.

Fag	Antall utøvere per april 1999 (NTF)	Ønsket antall årsverk i fylkene 1999 (Ftl)	Forventet avgang 1999-2016	Forventet tilgang 1999-2016	Netto tilgang (+) eller avgang (-) i perioden	Forventet antall utøvere i 2016
Oralkirurgi	39	45,5	20	35	+15	54
Kjevekirurgi*	15		13	2+?	-11?	4?
Kjeveortopedi	176	176,5	115	93	- 22	154
Periodonti	69	80	35	52	+17	86
Pedodonti	23	16,5	**20	18	-2	21
Protetikk	35	(NTF) 43	18	73	+55	90
Endodonti	35	(NTF) 41	**15	57	+42	77

*Tallene er usikre. To kjevekirurger står også på listen over oralkirurger og regnes med der. Noen har også flere spesialiteter slik at de ikke praktiserer som kjevekirurger.

**Det er tatt hensyn til at to pedodontister og en endodontist under videreutdanning vil nå pensjonsalder før 2016

10.5.1 Tidligere behovsvurderinger

Ved beregning av framtidig spesialistbehov blir det ofte vist til svenske normtall som stammer fra en utredning om tannlegenes spesialistutdanning i 1971 (UTU 1971). Forslagene til beregningsmåte for å stipulere framtidig behov er vist i tabell 10.7 (12). Spesialistbehovet i pedodonti og i kjeveortopedi foreslås beregnet ut fra antall individer i aldersgruppene der behandlingen gis, med tillegg for voksenbehandling i kjeveortopedi. Siden de øvrige spesialister stort sett behandler pasienter etter henvisning, vil behov/ etterspørsel avhenge av antall allmennpraktiserende tannleger og anslås derfor i forhold til dette.

Den svenske rapporten om spesialistbehov i perioden 1984-95 (12) anslo behovet for spesialister innen de ulike fag med tall fra fire forskjellige kilder:

1. Prognoser basert på normtall fra UTU 1971, men med reviderte befolkningstall og antall allmennpraktiserende tannleger
2. Anslag fra tandvårdschefene over totalt behov og etterspørsel i de enkelte spesialiteter, beregnet delvis ut fra normtallene, delvis ut fra erfaring
3. Tilsvarende fra Sveriges Tandläkarförbunds lokalforeninger
4. Tilsvarende fra spesialistforeningene.

Det var meget god overensstemmelse mellom tandvårdschefenes og lokalforeningenes anslag. Mens UTU-tallene avvek i begge retninger fra disse, anga spesialistforeningene gjennomgående et høyere behov, unntatt i kjeveortopedi. Konklusjonen var at forutsetningene bak UTUs normtall var endret og ikke kunne legges direkte til grunn for dimensjoneringen av spesialutdanningen. Tandvårdschefenes og lokalforeningenes anslag burde legges til grunn for framtidige prognoser, mens de andre tallene ble tatt med i beregningen for fullstendighetens skyld.

Tabell 10.7. Forslag til beregningsmåte for å stipulere behovet for spesialister på de enkelte fagområder fram til år 2000 (12).

Spesialitet	Forslag til beregning av antall spesialister fram til år 2000
Barntandvård (pedodonti)	1/15 000 barn i alder 3-16 år
Tandreglering (kjeveortopedi)	1/ 3 000 barn i alder 7-16 år
	1/350 tannleger til voksenbehandling
Tandlossning (periodonti)	1/85 tannleger
Tandkirurgi (oral kirurgi)	1/85 tannleger
Rotbehandling (endodonti)	1/350 tannleger
Oral protetik (protetikk)	1/130 tannleger
Odontologisk røntgendiagnostikk (røntgenologi)	1/300 tannleger

Behovet for spesialister i Norge er blitt vurdert flere ganger i løpet av de siste ti år, og det er stort sett anslått et større behov enn det fylkestannlegenes vurderinger nå viser. Eriksen og Toverud benyttet de svenske normtallene i sin stipulering av behov for studieplasser i 1993 (13), og de ble også benyttet i behovsvurderingen i utredningen om kompetansesenter i Nord-Norge i 1989 (14). I forbindelse med den utredningen registrerte alle tannleger i Nord-Norge antall faktiske og ønskelige henvisninger registrert i løpet av tre uker i 1987. Registreringene viste et stort udekket behov for spesialisttjenester. Samtidig oppga halvparten av tannlegene at de hadde stort behov for opplæring og veiledning i oral kirurgi og 30% at de hadde stort opplæringsbehov i periodonti.

I en spørreundersøkelse fra Nordland i 1996 (15) angående opplæringsbehov i tannhelsestjenesten, oppga rundt en tredjedel av tannlegene at de hadde stort opplæringsbehov i oralkirurgi, og 45% av alle som svarte på spørreskjemaet mente at de ville henvise like mye til spesialist i oralkirurgi, selv med økt opplæring. Tannlegene oppga også at opplæringsbehovet i protetik og i periodonti var omtrent like stort som i kirurgi. Halvparten ville henvise vanskelige endodontikasus hvis spesialist var tilgjengelig, og 45% mente at periodontipasienter ville få bedre behandling hos spesialist.

Den svenske utredningen om spesialisttannhelsestjenesten fra 1989 (TSU 89) (16) foreslo spesialiteten oral rehabilitering, som besto av tre tidligere spesialfelt: periodonti, endodonti og protetik. Begrunnelsen var bl.a. at ved stort behov for bittrehabilitering ville vurderinger på alle tre områder være nødvendig, og at det derfor ville være gunstig at spesialistene hadde et bredt fagfelt. Resultatet fra undersøkelsen i Nordland kan tyde på et slikt behov.

Norsk kjeveortopedisk forening foretok i 1998 en grundig studie og kom fram til at det ville bli et udekket behov på 24 kjeveortopedier i 2015 med nåværende antall studieplasser (17). Oralkirurgiforeningen beregnet i 1987 behovet til 1 spesialist/70 000 innbyggere og i tillegg 15 stillinger i undervisning, i alt 70-80 stillinger i oral kirurgi på landsbasis (18). I 1998 anslo samme forening et udekket behov på 17,5 spesialister i fylkene, noe som betyr rundt 50 årsverk totalt.

Det ser ut til å være en lignende forskjell mellom fylkestannlegenes vurderinger av spesialistbehovet i Norge i dag og det behov spesialistforeningene mener er tilstede som det

var i den svenske spørreundersøkelsen fra 1984 (12). Enhver vurderer behovet ut fra sitt ståsted og sin erfaring. Fylkestannlegenes vurderinger kan være et lavt anslag av behovet, mens faggruppene har et høyt anslag. Reellt behov vil sannsynligvis ligge et sted mellom disse anslagene. Men behovet vil også avhenge av oppgavefordelingen mellom allmennpraktiserende og spesialister i tannhelsetjenesten i framtida.

I behovsvurderingen fra fylkestannlegene går det fram at der andre spesialisttjenester enn kjeveortopedi og oralkirurgi er vanskelig tilgjengelig, blir de også lite brukt. I distrikter med lett tilgang er det utenkelig å unnvære dem. Det kan se ut til at behovsvurderingen avhenger av om tjenesten er tilgjengelig eller ikke. I så fall er det et latent behov for spesialister i store deler av landet.

10.6 Tilgjengelighetsnivå

10.6.1 Fylkestannlegenes vurderinger

I fylkestannlegenes vurdering av tilgjengelighetsnivå for de forskjellige spesialisttjenester var det allmenn enighet om at de fleste tjenester burde være tilgjengelige på fylkesnivå, spesielt kjeveortopedi og oralkirurgi. Men i de fylkene der det ikke fantes spesialister på fylkesnivå, var oppfatningen at regional tilgang var tilstrekkelig. Dette kan tyde på en realistisk holdning der man ser fordelene ved å kunne dele med andre. I fylker med god spesialistdekning var annet enn fylkesnivå utenkelig, med unntak av ønsket om regionale tverrfaglige team. En oversikt over fylkestannlegenes vurdering av ønsket tilgjengelighetsnivå er vist i tabell 10.8.

10.6.2 Kommentarer til vurderingene

Det er naturlig at spesialitetene kjeveortopedi og oral kirurgi er tilgjengelige på fylkesnivå over hele landet. Det er en betingelse for å få trygderefusjon til kjeveortopedisk behandling at denne blir utført av godkjent spesialist. På samme måte er det en betingelse for trygdestøtte til implantatbehandling at denne blir utført på sykehus av spesialist i oral- eller kjevekirurgi, og at tannlege med spesialutdanning i protetikkk foretar den tilhørende protetiske behandling.

Regionale løsninger kan være gode når det er mangel på spesialister, og noen fylker samarbeider også i dag om spesialisttjenestene. Ved opprettelse av kompetansesentra vil det bli mulig å utføre store og tverrfaglige oppgaver i regionene. I dag må disse tilfellene ofte behandles på universitetsklinikkene, med de ulemper det fører med seg både for pasienten og for fylkeskommunen.

10.6.3. Radiologer og oralpatologer

Samtlige radiologer og oralpatologer er ansatt på de odontologiske fakulteter, unntatt én som arbeider på Haukeland sykehus. Det er usikkert om det også i framtiden vil være tilstrekkelig at disse to fagområdene er tilgjengelige på nasjonalt nivå (se kapittel 8 og 9).

10.6.4 TAKO-senteret

Ved TAKO-senteret ved Universitetet i Oslo utfører tannlegespesialister utredning av pasienter med sjeldne sykdommer som har betydning for munnhelsen. Behandlingen planlegges og blir også utført her hvis det ikke er mulig å gjøre dette i pasientens hjemfylke.

Hvis regionale kompetansesentra blir opprettet, vil spesialister i flere fag bli tilgjengelige i regionene, og de vil kunne utføre behandling også i de tilfellene der tverrfaglig kompetanse er nødvendig. Bruk av telemedisin og fjernkonsultasjoner vil i mange tilfeller kunne gjøre oslobesøk unødvendig. TAKO-senteret bør likevel bestå som en sentral institusjon for rådgivning, opplæring og behandlingsplanlegging.

Tabell 10.8. Fylkestannlegenes vurderinger av ønsket nivå for de enkelte spesialister/spesialtjenester.

	Fylkesnivå	Regionnivå	Nasjonalt nivå
kjeveortopedi	17		
oral kirurgi	16	2 (+1 ved innleggelse)	
periodonti	14	1	
pedodonti	12	2	
protetikk	14	1	
endodonti	12	2	
samfunnsodontologi	2		
leppe-, kjeve-, ganespalte			2
tverrfaglige team, kompetansesentre		3	
sjeldne medisinske tilstander			1
oral patologi			1
radiologi		1	
bivirkningsutredning		1	

* Fem fylker nevner ikke pedodonti og endodonti verken i oversikten over spesialister/spesialutdannede, i behovs- eller nivåvurderingen. Ett fylke sier at pedodontist ikke trengs.

Kraniofaciale utviklingsforstyrrelser blir i dag operert og behandlet ved Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Få kasus og liten erfaring gjør at gruppen også bør kunne få behandling utenfor landets grenser (personlig meddelelse Kari Storhaug). Leppe-kjeve-ganespalter behandles ved de nasjonale sentre i Oslo og i Bergen.

10.6.5 Bivirkningsgruppen

Gruppen består av tannlege, nevrolog og psykolog i nært samarbeid med fagmiljøene på Haukeland sykehus. Den utreder pasienter med antatte bivirkninger av odontologiske biomaterialer, men utfører ikke tannbehandling. Det er naturlig å forvente at antallet pasienter som søker slik utredning vil stige i framtiden, og en gruppe med utredningskompetanse bør derfor finnes på regionnivå.

10.7 Forslag til tiltak

Tabell 10.9 gir en oversikt over forslag til tiltak for å løse hovedproblemene innen spesial/spesialisttannhelsetjenesten: Skjevfordeling av spesialister, mangel på spesialister og uheldig alderssammensetning.

Tabell 10.9. Forslag til mulige tiltak for å løse hovedproblemene innen spesialisttannhelsetjenesten i Norge i dag.

Tiltak	Sannsynlig effekt
Opprettelse av regionale kompetansesentra	Attraktivt fagmiljø, større muligheter for faglig utvikling, råd og veiledning. Flere søkere til stillinger i distriktet.
Desentralisering av deler av utdanningen	Bedre muligheter for rekruttering til videreutdanningen for tannleger fra distriktene. Bedre spesialistdekning der undervisningen gis. Faglig stimulans ved universitetskontakt.
Lønnede utdanningsstillinger	Stimulere yngre søkere (også fra distriktene) til videreutdanning.
Fylkeskommunal finansiering av utdanningsstillinger i fag med behov	Fylkene får påvirkningsmuligheter.
Behovsanalyser, samarbeid om dimensjonering av de enkelte studier mellom fylkeskommuner og universitet	Målrettet utnyttelse av utdanningskapasitet.
Endring i opptakskriterier. Søkere fra distrikter med dokumentert stort behov gis fortrinnsrett ved like kvalifikasjoner (evt. kvoteordninger)	Utdanningsplasser til søkere fra distrikter der det er behov for faget.
Systematisk bruk av eksisterende spesialister for å høyne realkompetansen til fylkets tannleger (hospitering, undervisning)	Fylkeskommunen bidrar til faglig utvikling hos egne tannleger, mindre spesialistbehov.
Formalisering av regionalt samarbeid	Utnyttelse av eksisterende kapasitet.

Referanser

1. Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS). Sluttrapport for 1998. Oslo: Den norske lægeforening; 1999.
2. Toverud JF. Tannhelsetjenesten i Norge. Rapport om spesialistvirksomheten [Spesialavh]. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Rikshospitalet 1991.
3. Legestatistikken pr. 15.5. 1998. Den norske lægeforening, 1998.
4. Forskrift om regional helseplan (1999-02-01 nr 188).
5. Ot prp nr 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter.
6. Ot prp nr 47 (1996-97) Om endringer i lov om folketrygd.
7. Alvsaker B, Schuller AM. Stabiliteten i tannlegestillingene i den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Norge. *Nor Tannlegeforen Tid* 1994; 104: 96-98.
8. Mensen RH. Tannlegebemanning i Den offentlige tannhelsetjenesten i Finnmark, Troms, Nordland og Akershus pr. 1.9.-98. Resultater fra undersøkelsen. Bodø: Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nordland; 1998.
9. Oftedal KO. Framskrivning av markedssituasjonen for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. SSB-rapport 96/15. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1996 .
10. Grytten J, Skau I. Andelen kvinnelige tannleger i privat praksis er økende. *Nor Tannlegeforen Tid* 1999;109: 224-227.

11. Byrkjeflot LI. Ledighet og utskifting i tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Norge 1991-97. Bodø: Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nordland; 1998.
12. Efterfrågan på specialisttandläkare under perioden 1984 till 1995. pm 100/85. Stockholm: Socialstyrelsen; 1985.
13. Eriksen HM, Toverud JF. Spesialkompetanse i tannhelsetjenesten. Nor Tannlegeforen Tid 1993; 103: 4-7.
14. Fylkesnes K, Nielsen J, Røynesdal K. Nord-Norsk tannhelsetjeneste. Scenarier mot år 2010. Rapport fra kompetansesenterutvalget. Tromsø: 1989.
15. Byrkjeflot LI, Mensen RH. Etterutdanningsbehov og kompetanse i offentlig og privat tannlegepraksis i Nordland. Rapport fra spørreundersøkelsen. Bodø: Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nordland; 1996.
16. Specialisttandvården i framtiden. Rapport från 1989 års utredning om tandläkarnas specialutbildning (TSU 89). Stockholm: Socialdepartementet; 1990.
17. Behovet for spesialister i kjeveortopedi 1998-2015. Institutt for kjeveortopedi og dentofacial ortopedi, Universitetet i Bergen, Klinikk for kjeveortopedi, Universitetet i Oslo. Oslo: Norsk kjeveortopedisk forening; 1998.
18. Grønningsæter A. Oral kirurgi. En orientering fra NOKF. Nor Tannlegeforen Tid 1987;97:114-16.

Kapittel 11. Struktur for framtidig spesial- og spesialistutdanning (organisering, innhold, omfang og finansiering)

11.1 Innledning

Som innledning til diskusjon om aktuell struktur av den framtidige spesialistutdanningen presenteres et kort sammendrag av dagens utdanningsystem i Norge. For en mer detaljert gjennomgang vises til kapittel 5.

En odontologisk spesialitet representerer en vel avgrenset del av klinisk odontologi hvor det kreves at en har gjennomgått et målrettet og veldefinert utdanningsprogram ut over grunnutdanningen. I samsvar med EU-krav (1) og retningslinjer for spesialistutdanning i nordiske land (2,3) er programmene treårige. Utdanningen ved de odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen er innholdsmessig og i omfang lagt opp i nært samarbeide.

Kravene til fullført utdanning er en kombinasjon av teoretisk og praktisk skoloring i de aktuelle fagområdene. I tillegg kreves det et begrenset, selvstendig forskningsarbeide. Det er lagt vekt på at programmene skal være universitetsforankret. Det er to hovedgrunner til dette:

- A. Faglig miljø. Universitetsklinikkene er de eneste odontologiske behandlingsinstitusjonene i Norge som i dag har et bredt mangfold av nødvendig faglig/klinisk spesialkompetanse.
- B. Forskningsbasert undervisning. Universitetsklinikkene er de eneste odontologiske institusjonene i Norge som i dag kan drive forskningsbasert klinisk undervisning og fagkritisk virksomhet på spesialistnivå.

Studieplanen "Odontologisk videreutdanning. De kliniske spesial-/spesialistprogrammene" (3) gir en detaljert beskrivelse av utdanningen ved fakultetet i Oslo.

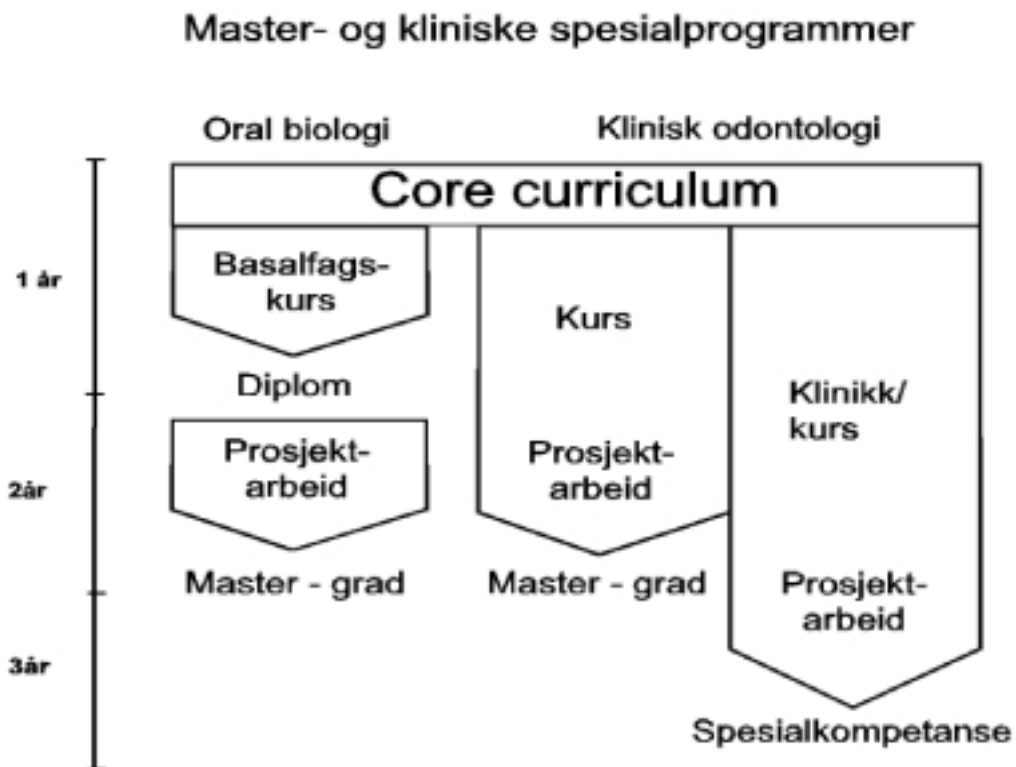
I tillegg til studieplanen finner en relevant bakgrunnsstoff for programmene i Den norske tannlegeforenings utredning "Spesialisering innen odontologien" (4). Dokumentasjon om bruk og behov for spesialisttjenester finnes i rapporten "Tannhelsetjenesten i Norge. Rapport om spesialistvirksomheten" (5). En artikkel i Den norske tannlegeforenings tidende fra 1993 "Spesialkompetanse i tannhelsetjenesten. Utdanning og behov" (6) bygger på denne rapporten og er lettere tilgjengelig. Den faglige forankring og dimensjonering av spesialistprogrammer generelt er mest omfattende dokumentert i den svenske sosialstyrelsens utredning "Specialisttandvården i framtiden" fra 1989 (7). Et sammendrag av resultatene fra debatt og vedtak i tilslutning til denne innstillingen finnes i "Förändrad specialistutbildning för tandläkare" (2). Innstillingen om Nord-Norsk tannhelsetjeneste "Nord-Norsk tannhelsetjeneste, Scenarier mot år 2010" (8) har også informasjon som har relevans i forhold til spesialistutdanning.

11.2 Spesialistutdanning

11.2.1 Struktur

Oppbyggingen av spesialistprogrammet ved Det odontologiske fakultet i Oslo er vist i Fig. 11.1. Her har en også lagt vekt på å synliggjøre koordineringen med det etablerte Master-programmet. Begge programmene lanseres internasjonalt og undervisningsspråket er engelsk. Kapittel 5 gir en mer detaljert oversikt over spesialistutdanning i Norge, og kapittel 6 presenterer ulike alternative strukturer basert på hva som finnes i andre land.

Fig. 11.1. En oversikt over Master- og kliniske spesialistprogrammer (kalt spesialprogrammer i figuren) slik de er organisert ved Det odontologiske fakultet i Oslo. En felles innledende kjernepensumdel (Core curriculum) er et viktig felleselement i utdanningsplanen.



11.2.2 Om ressursbruk i spesialistutdanningen

I hovedsak er det slik at spesialistutdanningen ved de odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen har foregått innenfor budsjettmessige rammer dimensjonert for grunnutdanningen. Medgått tid til undervisning har imidlertid blitt regnet med i fakultetenes årsrapporter, og virksomheten framkommer derfor som ressurskrevende. I sum er spesialistutdanningen et ansvar og en oppgave som fakultetene har påtatt seg i tillegg til grunnutdanningen med meget beskjeden budsjettmessig kompensasjon. Dette har vært gjort ut fra et nasjonalt ansvar og ut fra et ønske om å styrke den faglige aktiviteten ved fakultetsklinikkene ut over grunnutdanningsnivået. Innstillingen "Om ressursbruk i videreutdanningen" fra Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo 1998 (10) gir en mer detaljert innføring i de økonomiske sidene knyttet til spesialistutdanningen.

11.3 Framtidig organisering

11.3.1 Faglig innhold og omfang

Det faglige innholdet er detaljert beskrevet i "Odontologisk videreutdanning, de kliniske spesial-/spesialistutdanningene" Oslo 1999 (3). Organiseringen av disse aktivitetene ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, er utviklet i nært samarbeide med Oslo slik at den refererte innstillingen også er relevant for fakultetet i Bergen.

Programmene er utviklet over lang tid og i samsvar med faglige råd og impulser fra de odontologiske fagmiljøene nasjonalt og internasjonalt. I tillegg har EU-direktiver vært retningsgivende, særskilt i relasjon til kjeveortopedi og kirurgi. I og med at det har vært et overordnet mål å gjøre de forskjellige fagprogrammene likeverdige, vil EU-krav også ha relevans for disse. Rådsdirektiv av 25. juli 1978 (1) om samordning av lover og forskrifter om tannlegevirksomhet var den direkte foranledningen til at omfanget ble økt fra to til tre år. Dette direktivet presiserer en rekke forhold relatert til omfang og innhold (se kapittel 3).

Som nevnt tidligere disponerer de odontologiske fagmiljøene bare universitetsklinikkene som kan spille den samme rollen som de store somatiske sykehusene gjør innenfor medisinsk spesialisering. De planlagte regionale kompetansesentrene i Norge vil kunne få en slik funksjon. I samsvar med retningslinjene for framtidig spesialisering av helsepersonell St.meld. nr 24: "Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" (11) er det et uttalt ønske om større grad av statlig ansvar og nærmere tilknytning til universitetsstrukturen innen medisin. Den modellen som er utviklet innen odontologi er i samsvar med denne ønskede utviklingen.

Verken de nye retningslinjene for medisinske spesialiteter eller retningslinjene for odontologisk spesialistutdanning (se kapittel 16) gir klare føringer for hvor ansvaret for det faglige innholdet i utdanningsprogrammene ligger. Innen odontologi har dette vært et ansvar som fakultetene i stor grad har tatt på seg. I en framtidig organisering av odontologisk spesialistutdanning bør dette ansvarsforholdet presiseres klart.

11.4 En diskusjon av ulike strukturer

11.4.1 Den svenske modellen

Struktur og organisering av spesialistutdanning i Sverige var gjenstand for en omfattende debatt rundt 1990. Det er ikke umiddelbart gitt at vi her i landet skal integrere den svenske modellen, men grunnlagsmaterialet som ble benyttet er relevant for våre forhold. I tillegg ble konklusjonene annerledes enn det en hadde lagt opp til. Det er derfor mye å lære fra prosessen i vårt naboland. Dette er også diskutert i kapittel 9.

De retningslinjene som ble utarbeidet er publisert i Tandläkartidningen "Förändrad specialistutbildning för tandläkare" (2). Hovedkonklusjonene herfra er som følger:

- det kreves to års erfaring fra allmenn praksis for opptak
- spesialisutdanningen skal være treårig heltids tjenestegjøring
- det stilles spesifikke krav til utdanningsinstitusjon/-klinikk
- veiledere skal ha spesialistkompetanse og dokumentere gjennomført utdanning med ekstern sensor
- det foreligger spesifikke målbeskrivelser for programmene

- Sosialstyrelsen har etablert en rådgivende arbeidsgruppe for styring av spesialistutdanningen
- pedagogisk utdanning og trening skal være en del av spesialistutdanningen

I det følgende vil aktuelle forhold vedrørende framtidig struktur bli diskutert.

11.4.2 Krav for opptak

I dag kreves det to års erfaring fra allmenn praksis som minimum for opptak. Dette er i samsvar med internasjonale krav og anbefales også som framtidig kriterium.

11.4.3 Heltidsstudium/deltidsstudium

Som nevnt tidligere krever de fleste spesialistprogrammene obligatorisk tilstedeværelse 3-4 dager i uken med rom for en viss grad av individuell styring (individuelle studieopplegg, langpendling, inntektsgivende arbeid etc.). Kjeveortopedi og kirurgi representerer unntak fra dette mønsteret. Opplagene er i samsvar med retningslinjene i EU-direktivet (1). Rom for individuell styring har gjort at enkelte kandidater (stort sett utlendinger) har fullført kravene i løpet av en toårsperiode ved å intensivere arbeidsinnsatsen. Motsatt har enkelte norske kandidater fulgt deltidsopplegg over mer enn tre år for å kunne kombinere spesialistutdanning med andre aktiviteter og forpliktelser. Denne fleksibiliteten har vært nyttig. Også i en framtidig struktur bør en ta sikte på treårs rammer med en viss innebygget fleksibilitet.

11.4.4 Forankring i et fagmiljø/individuell styring av kompetansegivende komponenter

Idéen om individuell styring av progresjon og sammensetning av fagkomponenter har stadig vært oppe til diskusjon, senest i prinsipielle former av professor i sosiologi Stein Ringen "Fortid og framtid i høgare utdanning" (12). Med vel definerte krav er dette mulig. Verdien av tilhørighet til et fagmiljø er imidlertid så viktig at dette bare delvis kan erstattes av frittstående fagkomponenter satt sammen individuelt. Spesialistutdanningen skal ikke bare rendyrke spesialfeltet, men også utvikle evne til samarbeid med tilgrensende spesialiteter og allmenn praksis. Dette oppnås bare i miljøer med en viss bredde. Som nevnt tidligere representerer universitetsklinikkene så langt de eneste fagmiljøene med tilstrekkelig bredde og tyngde til å gjennomføre spesialistutdanning innenfor odontologiske disipliner og spesialistutdanningen må forankres her. Etablering av regionale kompetansesentra vil kunne endre på dette. En nærmere diskusjon av slike sentras funksjoner og mulige rolle i spesialistutdanningen er presentert i kapitlene 12 og 13.

11.4.5 Klinisk trening i universitetsklinikk/kompetansesenter/lokal klinikk

Argumentene for klinisk trening ved en universitetsklinikk, inkludert synspunktene på framtidige kompetansesentra rolle, følger det som er presisert i forrige avsnitt.

De skisserte hovedgrunnene for universitetsforankring kan ikke erstattes fullt ut av mer tilfeldig "shopping" av kurstilbud (12). En kan imidlertid tenke seg en systematisk bruk av framtidige kompetansesentra for gjennomføring av den kliniske treningen og av prosjektarbeid. Med veldefinerte mål og kvalitetsmål for en spesialistutdanning og med et nært samarbeid mellom kompetente veiledere og den enkelte kandidat, er det av underordnet betydning hvor den kliniske treningen utøves.

11.4.6 Instruktørtjenesten

Instruktørtjeneste er et viktig element i de fleste spesialistutdanninger. Argumentet for denne tjenesten er bl.a. å utvikle kandidatenes pedagogiske egenskaper og ferdigheter. Når det er ønskelig at spesialistene også skal bidra til å heve kompetansen i allmennpraksis, er dette et helt avgjørende element i spesialistutdanningen. Denne tjenesten trenger imidlertid ikke bare å foregå på fakultetene. Det er fullt mulig for kandidatene å utvikle sine pedagogiske evner gjennom veiledningstjeneste ved andre institusjoner.

11.4.7 Ambulante undervisningsstillinger

Om en ønsker å desentralisere deler av spesialistutdanningen bør dette skje i samarbeid med regionale kompetansesentra. Ambulante undervisningsstillinger etter modell av professor II-ordningen ved universitetene er en mulig måte å etablere en slik tjeneste på. Dette forholdet vil bli nærmere omtalt i kapittel 12 "Universitetenes rolle i en desentralisert modell".

11.4.8 Kortere utdanning

Inntil 1994 var de organiserte odontologiske videreutdanningsprogrammene toårige med tilleggskrav for de godkjente spesialitetene. Dette ble endret i samsvar med EUs retningslinjer, og tilleggskravene (spesielt fullføring av nødvendig pasientbehandling og prosjektoppgave) ble inkorporert. Tanken om kortere, "mer effektiv" spesialistutdanning dukker opp med jevne mellomrom. Det er imidlertid mange grunner til ikke å gå inn for en slik reduksjon. Spesialistkompetanse forutsetter ikke bare tekniske ferdigheter, men også fordypning, faglig modning og erfaring. Det er ingen snarvei til slike kvaliteter. Dette bør ikke hindre interesserte allmennpraktikere i å perfektionere seg innen spesielle deler av faget. Formell spesialistkompetanse bør knyttes til gjennomføring av treårige programmer i tråd med gjeldende retningslinjer.

11.4.9 Antall spesialiteter, eventuelt en klinisk spesialistutdanning med alternative fagretninger etter finsk mønster

I en vurdering av antall og organisering av kliniske spesialiteter og balansen mellom allmenn kompetanse og spesialisering på bekostning av denne balansen er WHO-publikasjonen "Medical specialization in relation to health needs" (13) sentral. Spesialisering innebærer en fare for fokus på detaljer på bekostning av helhetlig tenkning. Samtidig er det grunn til å tro at spesialistkompetanse, særlig om den samles i et kompetansesenter, vil bidra til å heve nivået blant allment praktiserende tannleger gjennom bruk av konsulentbistand. Publikums krav og behov og en bevisst kvalitetssikring innen klinisk odontologi er også argumenter for utvikling av odontologisk spesialistkompetanse.

En samlespesialitet i oral rehabilitering vil være et aktuelt alternativ i tillegg til de allerede etablerte. Denne spesialiteten kan inkludere flere av de kliniske spesialitetene, tilpasses samfunnets behov og etableres med stor grad av desentralisert utdanning. En nærmere omtale av denne mulige spesialiteten finnes i kapittel 8 og 9. Det vil også være behov for en revitalisering av samfunnsodontologisk videreutdanning med et noe utvidet innhold i forhold til det ettårige programmet som ble etablert på 70-tallet. Dette er også beskrevet i kapittel 8 og 9.

11.4.10 Finansiering

Det er ikke tvil om at mangel på ressurser allokert til spesialistutdanning har preget utviklingen både når det gjelder rekruttering og gjennomføring. Universitetets pressede økonomi i 1998 illustrerte tydelig hvor sårbare spesialistutdanningene i Bergen og Oslo er. Grunnutdanning og forskning prioriteres foran utvikling av spesialistkompetanse, og programmene ble presset til et minimum. Spesialistprogrammer er ikke noe en kan bygge opp og ned etter årlige fluktasjoner i ressurstilgangen. Derfor er ekstern finansiering nødvendig for å sikre et forsvarlig og stabilt driftsgrunnlag. Dette er tatt opp i flere forbindelser gjennom den foreliggende innstillingen.

Referanser

1. Rådskretiv av 25. juli 1978, 78/687/EØF
2. Förendrad specialistutbildning för tandläkare. Tandläkartidningen 1991;85:448-9
3. Odontologisk videreutdanning. De kliniske spesial-/spesialistprogrammene. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo 1999
4. Spesialisering innen odontologien. Rapport fra Den norske tannlegeforenings spesialitetsråd. Den norske tannlegeforening 1993
5. Toverud JF. Tannhelsetjenesten i Norge. Rapport fra spesialistvirksomheten. (Mastergrad), Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo 1993
6. Eriksen HM, Toverud JF. Spesialkompetanse i tannhelsetjenesten. Utdanning og behov. Nor Tannlegeforen Tid 1993;103:4-7
7. Specialistvården i framtiden. Sosialstyrelsen, Stockholm 1989
8. Nord-Norsk tannhelsetjeneste. Scenarier mot år 2000. Tromsø 1989
9. Uppdrag ang. specialistutbildning för tandläkare. Sosialstyrelsen, Stockholm 1991
10. Om ressursbruk i videreutdanningen. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo 1998
11. Tilgjengelighet og faglighet. St.meld. 24, 1996-97
12. Ringen S. Fortid og framtid i høgare utdanning. Forskerforum 1999;31(3):10-11
13. Medical specialization in relation to health needs. Copenhagen, WHO 1985

Kapittel 12. Universitetenes rolle i en desentralisert modell

12.1 Innledning

12.1.1 Dagens situasjon

Som nevnt i kapittel 11 foregår dagens spesialistutdanning i sin helhet ved de to odontologiske fakultetene. Dette har klare fordeler, men også noen ulemper. Utdanningen skjer der spisskompetansen er samlet, og utdanningen har et volum som skaper faglig miljø, både innen hver enkelt spesialitet og mellom spesialitetene. Blant de mest åpenbare ulempene er skjev rekruttering, dyr pendling/ ev. dobbelthusholdning og mangel på tilpasning til regionale særtrekk. En desentralisert modell vil kunne kompensere for noen av disse ulempene. I kapittel 13 vil desentralisering basert på aktiv bruk av regionale kompetansesentra bli diskutert mer i detalj.

Pedodonti er den eneste spesialiteten i Norge som har forsøkt å lage et desentralisert utdanningsopplegg "Framtidig spesialistutdanning i pedodonti" (1). Flere kandidater har forsøkt å gjennomføre et desentralisert opplegg innenfor pedodonti, men en kombinasjon av faglige og formelle forhold har gjort dette vanskelig. Mangelen på kompetent veiledning, både i det teoretiske og det praktisk/kliniske arbeidet har vært den største hindringen. En etablering av regionale kompetansesentra med en stab av tannleger med spesialistkompetanse vil være en viktig forutsetning for en systematisk, desentralisert modell.

12.2 Aktuelle krav og eventuell tilpasning til en desentralisert modell

Det er fastlagt følgende krav til spesialistutdanning: klinisk virksomhet bestående av veiledet pasientbehandling og instruktørtjeneste, seminarundervisning dels i obligatoriske, dels i valgfrie temaer og et veiledet vitenskapelig arbeid (2). En del av dette vil kunne gjennomføres i en desentralisert modell styrt av vel definerte krav som sikrer kvalitet i utdanningen.

12.2.1 Klinisk virksomhet

Veiledet klinisk virksomhet er en nøkkelfunksjon i spesialistprogrammene. Denne virksomheten er delt i en pasientbehandlingsdel og en del instruktørtjeneste. En kan tenke seg at mye av pasientbehandlingen kan gjennomføres regionalt om forholdene legges til rette for det. En forutsetning er imidlertid at tilfanget av egnede pasienter og mulighetene for tverrfaglig behandlingsplanlegging er til stede. Det stilles også krav til instruktørtjeneste som ansees som viktig både for å utvikle pedagogisk erfaring, trening i klinisk kommunikasjon og å lære seg til å presisere fagenes særtrekk og felleselementer overfor studenter og kolleger.

12.2.2 Seminarundervisning

Dette kan delvis foregå som tilrettelagte studiebolker regionalt, eventuelt støttet av nettbasert undervisning. En del interaktive undervisningsprogrammer er allerede utviklet og flere vil sikkert komme. Imidlertid har en også tverrfaglige seminarserier som det vil være vanskelig å integrere i et nettbasert opplegg. Her ligger det imidlertid utfordringer som fakultetene er i ferd med å ta

opp uansett. I tillegg utvikles det etterutdanningsprogrammer i regi av Den norske tannlegeforening (3). En nærmere omtale av mulighetene med nettbasert undervisning følger som eget avsnitt i denne utredningen.

12.2.3 Vitenskapelig arbeid

I et desentralisert opplegg vil en kunne velge prosjekt med forankring i lokale/regionale problemstillinger. Dette vil, om det planlegges skikkelig, kunne bringe impulser begge veier og fungere som brobygging mellom fakultetene sentralt og regionene. Mye av dette arbeidet vil klart kunne utføres lokalt.

12.2.4 Konklusjon

Det er mulig å etablere en desentralisert spesialistutdanning innenfor de fleste kliniske fagområdene under forutsetning av tilgjengelig regional spesialistkompetanse. Det vil imidlertid forutsette at det settes av ressurser til veiledning for kandidatene, veiledningstid vil gå ut over behandlingstiden ved de aktuelle sentrene.

Innenfor de kliniske fagene vil det særlig være en eventuell etablering av en ny spesialitet i oral rehabilitering som er godt egnet for et desentralisert utdanningsopplegg. Forslaget fra 1991 om et desentralisert tilbud i pedodonti bør også vurderes på nytt. Videre vil en revidert beskrivelse av en samfunnsodontologisk utdanning kunne åpne for desentralisert utdanning. Dette er de tre fagfeltene som sannsynligvis lettest vil kunne integreres i et opplegg knyttet til regionale kompetansesentra.

Det må være en forutsetning at det faglige ansvaret for programmenes innhold og kandidatenes gjennomføring må ligge på fakultetene, eventuelt hos en nasjonal komité som får dette som hovedfunksjon. Kravene til et sentralt og et desentralisert opplegg må være likeverdige. En desentralisering representerer en utfordring. Økt integrering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi og bruk av multimedia vil kunne bidra til kompetanseutvikling basert på en regional modell. Arbeidet med tilrettelegging og gjennomføring av interaktive, nettbaserte læringsprogrammer er også ressurskrevende og kan ikke utvikles uten at det settes av tid og penger.

12.3 En vurdering av den svenske modellen for spesialistutdanning

12.3.1 Den svenske modellen

Utdanning av tannlegespesialister i Sverige er utførlig beskrevet i kapittel 6. Målbeskrivelsen for den svenske spesialistutdanningen er bygget opp på tilsvarende måte som i Norge, de faglige elementene er de samme. Det er interessant å merke seg at deler av utdanningen i Sverige kan foregå utenfor de etablerte utdanningsinstitusjonene under særskilte vilkår. F.eks. slik det går fram av "Godkjännande av klinik for specialisttjenestegjøring" fra "Odontologiska institutionen" i Jönköping. (<http://www.ltkpgg.se/oi/index.html>) (4) hvor følgende forutsetninger må være tilstede:

- *Uppgift om handledarens kompetens*
- *Utbildningsplan relaterad til målbeskrivningen för den specialitet ansökan avser*
- *Klinikens pasientunderlag*
- *Plan för uppföljning av färdigheter och kunskaper hos den tandläkare som genomgår specialistutbildning*
- *Uppgift om viss del av specialiseringstjänstgöringen avses bli förlagd til annan klinik.*

Opplegget må forhåndsgodkjennes av Socialstyrelsen. Ønsker en å etablere et desentralisert utdanningsopplegg i Norge, representerer den svenske modellen et relevant grunnlag.

12.3.2 Norgesnett og interaktiv, nettbasert fjernundervisning

Interaktiv, nettbasert fjernundervisning er i rask vekst og åpner store muligheter for desentraliserte undervisningsopplegg etter at tanken om "Norgesnett" ble lansert av Gudmund Hernes i stortingsmeldingen om høyere utdanning i 1988 "Med viten og vilje". Selv om utviklingen ikke har gått akkurat slik som Hernes la opp til - universitetene og høyskolene er i varierende grad integrert i et kunnskapsbasert nettverk - så har slike nettverk vokst fram enkelte steder. Det er blant annet utviklet en nordisk netthøyskole i samarbeid med universiteter og høyskoler i de tre nordiske land (<http://www.nnhs.com/nnhs.text.html>) (5) som hjelper til med etablering av undervisningsopplegg. Videre er "Norsk forbund for fjernundervisning" (<http://www.nade-nff.no>) (6) opptatt av å tilrettelegge fjernundervisningsprogrammer i nær kontakt med arbeidslivet. Universitetet i Tromsø har vært aktivt engasjert i dette arbeidet. Interaktive programmer kan også utvikles lokalt, og Den norske tannlegeforening er aktivt med i denne utviklingen gjennom prosjektet "NTFs systematiske etterutdanning" (3). Dette arbeidet er i en tidlig fase, og de første evalueringsrapportene fra et prøveprosjekt er under utarbeidelse. Det er ingen tvil om at disse teknologiske mulighetene kan utnyttes i et desentralisert opplegg for spesialistutdanning av tannleger.

12.3.3 Utvikling av kompetansesentra og kontakt fakultet/kompetansesenter.

Utvikling av kompetansesentra vil bli utførlig behandlet i kapitel 13. Her vil bare aspektene relatert til kontakt fakultet/kompetansesenter bli vurdert. Kompetansen i disse sentrene, både den kliniske og den teoretiske, må komme fra de odontologiske fakultetene som i dag er de eneste institusjonene som utvikler odontologisk kompetanse ut over grunnutdanningsnivå. Det vil også være viktig at fakultetene har ansvar for og deltar aktivt i utformingen av desentraliserte programmer. Ved å bygge ut slike sentra vil en i tillegg kunne oppnå flere ting:

- Bedre kontakt mellom sentrum og regioner når det gjelder forhold relatert til tannhelse. Mangel på slik kontakt ble påpekt som et problem allerede i Ellingsæter-utredningen (6).
- Bedre spredning av spesialkompetanse som vil gi et bedre behandlingstilbud til befolkningen i regionene.
- Regional forankring av etter- og spesialistutdanning i en desentralisert modell. Dette siste aspektet er mest relevant i forhold til denne utredningen.

Som nevnt i kapitel 11 kan utdanning ved disse sentrene delvis gjøres av personellet som er ansatt der om det settes av tid og ressurser for dette formålet. I tillegg vil en kunne styrke kontakten mellom fakultetene og de regionale kompetansesentra ved f.eks. å etablere stillinger tilsvarende professor II med 20% arbeidsplikt (tilsvarende en full dag per uke) knyttet til spesielle oppgaver. Videre vil utvikling av nettverksbaserte undervisningsprogrammer kreve samarbeide med andre institusjoner (f.eks. høyskoler).

12.3.4 Konkluderende kommentarer om universitetenes rolle i en desentralisert spesialistutdanning

Ut fra de tre nevnte forholdene som kan utvikles gjennom etablering av regionale kompetansesentre vil det faglig sett være mye å vinne på slik etablering. Universitetenes viktigste rolle i dette vil være å supplere sentrene med kompetent personell.

Referanser

1. Framtidig spesialisutdanning i pedodonti. Norsk spesialistforening i pedodonti 1991
2. Odontologisk videreutdanning. Studieplan for de kliniske Spesial-/spesialistprogrammene. Det odontologiske fakultet, Oslo 1999
3. NTF's systematiske etterutdanning. Den norske tannlegeforening 1996
4. Godkjennande av klinik för specialisttjenestegjöring – Odontologiska institutionen, Jönköping (<http://www.ltkpg.se/oi/index.html>)
5. Nordisk netthøyskole (<http://www.nnhs.com/nnhs.text.html>)
6. Nordisk forbund for fjernundervisning (<http://www.nade-nff.no>)
7. Ellingsæter BE. Tannhelsetjenesten i Norge. Oslo, Helsedirektoratet 1992

Kapittel 13. Status og behov for opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra og forslag til typer oppgaver knyttet til slike sentra

13.1 Status for odontologiske kompetansesentra

13.1.1 Fagsenter for odontologi i Nord-Norge

Statens helsetilsyn gikk, etter forslag fra Hillesundutredningen (1), inn for å bevilge 1 mill kroner til oppbygging av et odontologisk kompetansesenter for Nordland i Bodø og 100.000 kr til konkret planlegging av et odontologisk kompetansesenter i Tromsø. Troms fylkeskommune oppnevnte i mai 1995 en styringsgruppe bestående av representanter fra de tre nordligste fylkenes tannhelsetjenester, Universitetet i Tromsø og Regionsykehuset i Tromsø. Styringsgruppa konkluderte med at det skulle opprettes et odontologisk fagsenter for Nord-Norge i Tromsø med oppstart 1997 (2). Formålet med senteret skulle være å:

- Øke tilgjengeligheten til tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester.
- Utvikle kompetanse og bidra til å sikre kvalitetsnivå hos landsdelens øvrige tannhelsepersonell.
- Etablere et faglig miljø med høy kompetanse som kan bidra til å styrke rekruttering til og stabilitet i stillingene for allmennpraktikere og spesialister.
- Bidra til spesialisering av tannleger i Nord-Norge ved at hele eller deler av spesialistutdanningen kan foregå i Tromsø.
- Øke bredden i odontologisk forskning og undervisning i Nord-Norge.

Fagsenteret ble foreslått utbygd med faste stillinger som dekket de etablerte odontologiske spesialiteter som oral kirurgi, kjeveortopedi, periodonti og pedodonti, samt spesialområder som protetik, endodonti og samfunnsodontologi. Det ble foreslått at senteret ble etablert som en stiftelse, blant annet for å stå friere i konkurransen om spesialistene. Det ble forutsatt bevilgninger fra Staten og Finnmark og Troms fylkeskommuner til investeringer og drift. Da det ble klart at Staten ikke ville bidra med penger til driften, signaliserte Finnmark at fylket ikke ønsket å forplikte seg til å finansiere driften av et senter i Tromsø. Vanskene med å etablere et kompetansesenter i Tromsø må nok også sees i sammenheng med at utredning om eventuell tannlegeutdanning i Tromsø ble aktuell på den tiden.

13.1.2 Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nordland

Bakgrunnen for opprettelse av senteret er de nevnte forhold ovenfor, og planene er blitt realisert etter fylkeskommunalt initiativ. Senteret er organisert som en egen driftsenhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten, og har en delvis desentralisert struktur med en base i Bodø, og dekker følgende fagområder:

- Lokalisert i Bodø: 1 kjeveortoped, 1 protetiker, 2 oralkirurger (ansatt ved sykehuset), pedodontist (mindre deltidsstilling), samfunnsodontolog (mindre deltidsstilling), tannteknisk laboratorium
- Lokalisert utenfor Bodø: 3 kjeveortopeder

Samtlige tannlegestillinger er besatt av personell med formell spesialistutdanning. Senteret har et samarbeide med privatpraktiserende spesialister i fylket - 6 kjeveortopedier og 1 periodontist.

Arbeidsområdene er spesialistbehandling av pasienter, rådgiving til allmennpraktikere og kurs (primært arbeidskurs arrangert i distriktene). Kompetansesenteret har levert rapport fra minst en undersøkelse årlig.

Offentlige og private tannleger har lik tilgang til senterets tjenester. Det kreves f.eks. ikke kursavgift verken av offentlige eller privatpraktiserende tannleger.

Det er opprettet en fylkeskommunal stipendordning for utdanning av aktuelle kandidater. For tiden tar en kandidat spesialistutdanning i periodonti. Rekruttering av spesialister er "minimumsfaktoren" i driften av senteret.

13.1.3 Lillehammer kompetansesenter

Initiativet til et kompetansesenter har sitt utspring fra tannleger på Lillehammer Tannklinikk. I samarbeid med et konsulentfirma ble det utarbeidet planer om, og satt i drift et senter med følgende intensjoner: behandling av pasienter, utredning hos spesialistteam, rådgiving for andre tannleger, hospiteringsmuligheter, fagutvikling og etterutdanning.

Staben ved klinikken består i dag av personer med både formell spesialistutdanning og uformell spesialkompetanse innen flere kliniske fagområder: kjeveortopedi, kariologi, oral kirurgi, pedodonti, lystgassbehandling og odontofobi. Av de påtenkte oppgavene er det pasientbehandling, og til en viss grad rådgiving, etterutdanning og fagutvikling som blir utført. Senteret mangler personell til å dekke fagområdene protetik, periodonti og endodonti. Årsaken til dette har bl.a. vært problemer med å motivere tannleger til å ta en treårig videreutdanning. I tillegg kommer konkurransen på tannlegemarkedet om tilgang på tannlegespesialister og spesialtannleger. En annen årsak til at intensjonene ikke er oppfylt, er økonomi. Pga. tannhelsetjenestens prioriterte oppgaver har det vært problemer med å få frigitt tilstrekkelige ressurser til kompetansevirksomheten.

13.1.4 Spesialavdelingen, Oslo offentlige tannhelsetjeneste

Avdelingen, som er organisert som egen driftsenhet, har vært i drift i mange år, og det er et ønske om å utvikle denne til Tannhelseetatens kompetansesenter. Den har spesialiststilling i oralkirurgi, kjeveortopedi og pedodonti. Stillingene for oralkirurgi og kjeveortopedi er for tiden ubesatt pga. manglende søkere. I tillegg er det klinikker som dekker traumatologi, endodonti, protetik og lystgass.

Avdelingen har hatt et samarbeide med det odontologiske fakultet i Oslo og Bergen i form av klinisk undervisning i traumatologi for studenter og hospitering av spesialistkandidater i endodonti.

13.1.5 Planer for odontologisk kompetansesenter i helseregion 4 i Trondheim

De tre fylkestannlegene i helseregion 4 hadde i oktober 1997 et møte for å drøfte og komme fram til en felles forståelse av oppgavene til et odontologisk kompetansesenter, behovet for slike tjenester i de enkelte fylkene, organisering og lokalisering. Ei arbeidsgruppe med representanter for fylkestannlegene i helseregion 4 ble etablert, og har vurdert mulighetene for å etablere et odontologisk kompetansesenter i Trondheim. Gruppen går i sin rapport inn for etablering av odontologisk kompetansesenter for helseregion 4 i det nye Regionsjukehuset i Trondheim. De tre fylkestannlegene i helseregionen har så fremmet saken for det regionale helse- og sosialutvalget, som nylig har drøftet saken. Endelig vedtak ble at saken utsettes til et seinere møte der en forutsetter at uttalelser etter politisk behandling i de respektive fylkene ligger ved. Det knytter seg usikkerhet til hvordan man skal finansiere etablering og drift av et slikt kompetansesenter, samt til lokaliseringsspørsmålet.

13.1.6 Planer for odontologisk kompetansesenter i helseregion 3

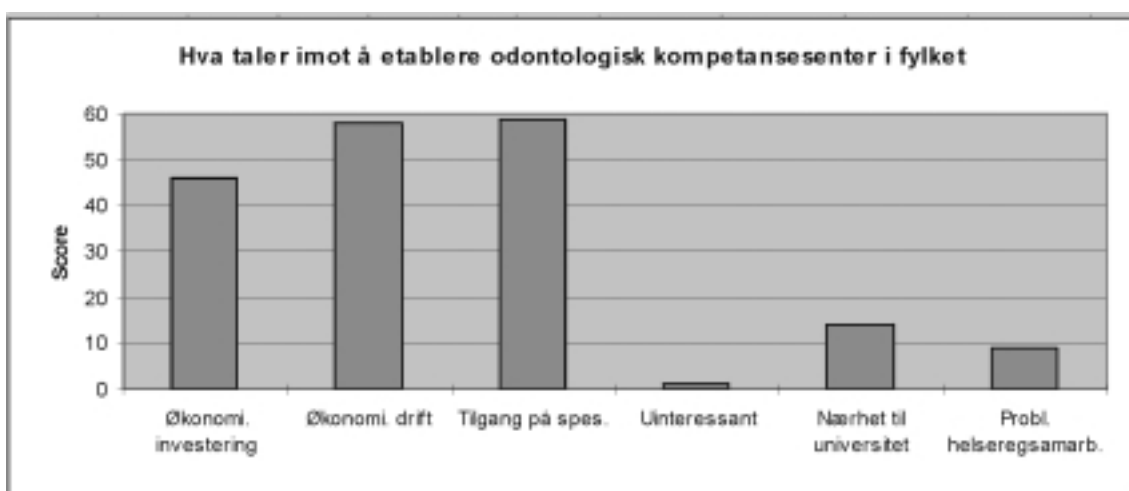
Det har vært drøftinger mellom Den offentlige tannhelsetjenesten i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane (helseregion 3) med tanke på å etablere et regionalt odontologisk kompetansesenter. Det skal forberedes en sak for det regionale helse- og sosialutvalget, hvor man blant annet ønsker å få avklart politikernes syn på en slik etablering. Man tenker seg at Universitetet i Bergen kan bli en medspiller i en slik etablering.

13.2 Behov for odontologiske kompetansesentra

13.2.1 Befolkningens behov for spesialiserte behandlingstjenester

Det foreligger lite opplysninger om det reelle behovet for odontologiske kompetansesentra. En rundspørring til landets fylkestannleger (3) viser at tre fylker oppgir at de har kompetansesenter i drift, nemlig Nordland, Oppland og Oslo. I tillegg oppgir 5 fylker at de har konkrete planer om å etablere slikt senter: Akershus, Troms og fylkene i helseregion 4 (Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag).

Figur 13.1. Hva taler imot å etablere odontologisk kompetansesenter i fylket, sum score. (3)



Den samme spørreundersøkelsen viser også at mangelen på spesialister ansees som et like stort hinder for å etablere slike sentra som det trolig er å skaffe penger til driften.

Spesialistdekningen i distriktene er også utførlig drøftet i ”Utredningen om tannlegebehov i Norge og tannlegeutdanning i Tromsø” (4).

Det er av betydning hvordan spesialisttjenesten organiseres innen hver region. Som i helsetjenesten skjer det også i tannhelsetjenesten en økende spesialisering som ofte krever tverrfaglig samarbeide. I tillegg er det ved enkelte behandlinger knyttet betingelser til hvem som kan utføre f.eks. trygdefinansiert implantatbehandling. Et annet eksempel er barn og ungdom som krever habilitering eller rehabilitering, hvor det ofte er nødvendig med ulike spesialistbehandlinger over lang tid. For at befolkningen i en region skal kunne tilbys slike tverrfaglige tjenester, er en organisasjon med faste rutiner for slikt en forutsetning. En samling i et senter vil i mange tilfelle være en fordel.

13.2.2 Henvisningsinstans

Behovet for slike tjenester kommer klart til uttrykk i en spørreundersøkelse fra Nord-Norge (5). Denne konkluderer med at det er et stort misforhold mellom behov for og etterspørsel etter spesialisttjenester og tilgjengelighet til og tilbud av slike tjenester. Allmennpraktikeren har behov for å kunne henvise pasienter ved:

- Kompliserte og omfattende behandlinger
- Behandling som krever formell spesialist- eller spesialkompetanse
- Mangel på erfaring og faglig innsikt.

Erfaring fra Nordland viser at tannlegenes vurdering av hva som er spesialistbehandling varierer mye, og at det henvises like mye fra offentlige som fra private tannleger.

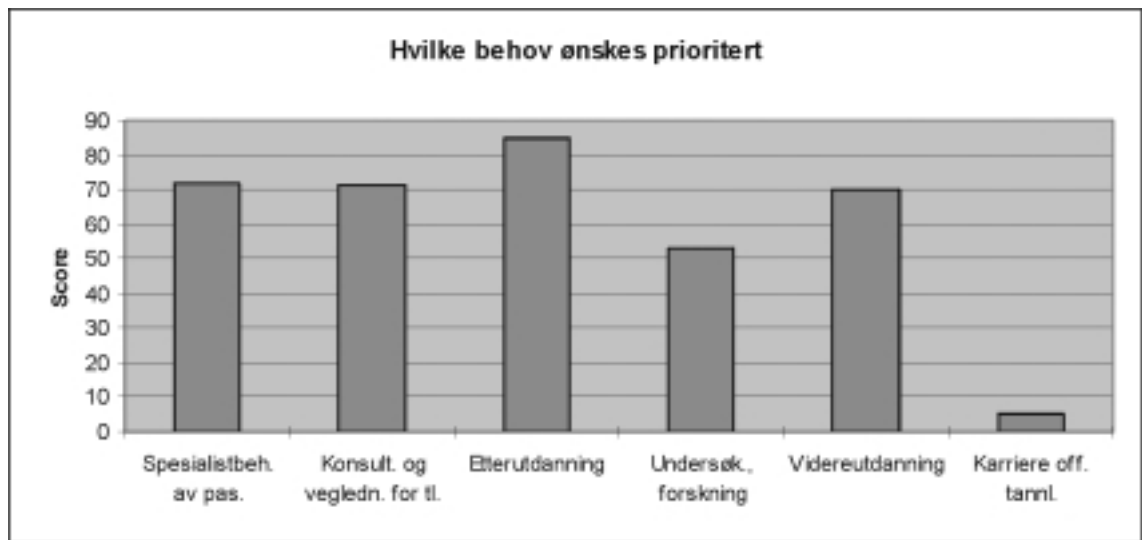
13.2.3 Rådgivning og veiledning til allmennpraktikere

I den offentlige tannhelsetjenesten i distriktsnorge er en stor del av stillingene besatt av nyutdannede tannleger med liten klinisk erfaring. Disse har ofte behov for faglig støtte når det gjelder vurdering av behandlingsbehov, behandlingsplanlegging og veiledning under selve behandlingen (6). Erfaring fra senteret i Nordland viser at denne tjenesten blir flittig brukt, så vel av nyutdannede som mer erfarne tannleger, og henvendelsene fordeler seg omtrent likt fra offentlige og private.

13.2.4 Etterutdanning.

Spørreundersøkelsen til landets fylkestannleger viste at dette er et høyt prioritert satsningsområde (3)

Figur 13.2: Hvilke behov ønskes prioritert ved et odontologisk kompetansesenter i fylket, sum score. (3)



Undersøkelsen viste også en tendens til at kompetanseutviklende virksomhet prioriteres høyere enn spesialistbehandlingen blant de fylker som har kompetansesentra enn blant de som ikke har.

Muligheten for å hospitere hos spesialist synes å være svært ønsket. Dette inntrykket bekreftes av en undersøkelse gjort for kompetansesenteret i Nordland i 1996, som viste at de fleste ønsket hospitering/kurs hos spesialist heller enn rene forelesninger. Det kom også fram at ønsket om rene forelesningskurs økte med økende utdanningslengde (6).

Ved kompetansesenteret i Nordland har en imidlertid ikke valgt å gi tilbud om hospitering i nevneverdig grad med følgende begrunnelse:

- Det er tilfeldig hva hospitanten får oppleve i hospiteringstiden.
- Det er for ressurskrevende å planlegge den daglige pasientstrømmen slik at hospitering blir variert og meningsfull.
- Hospitanten blir en passiv tilskuer med mindre vedkommende kan arbeide selvstendig under veiledning. For å få det til kreves både ekstra klinikkplass(er) og hjelpepersonell.
- I et fylke hvor hospitering ikke kan gjennomføres som dagpendling blir det en kostbar opplæringsform.

Det er i stedet satset mye på lokale praktiske arbeidskurs. Denne undervisningsformen har to hovedhensikter:

- Faglig kvalitetssikring i utvalgte temaer.
- Oppbygning av et faglig nettverk av spesielt interesserte allmennpraktikere med noenlunde geografisk fordeling som i samarbeid med kompetansesenteret kan påta seg større behandlingsoppgaver.

Forhåpentligvis vil dette føre til at det lokale behandlingstilbud blir bedre.

13.2.5 Spesialistutdanning

Desentralisert utdanning av spesialister prioriteres omtrent like høyt som spesialistbehandling av pasienter, når landets fylkestannleger ble bedt om å prioritere ulike arbeidsoppgaver ved odontologiske kompetansesentre (se fig 13.2).

Dagens spesialistutdanning er utformet slik at den tilfredsstillende EØS-krav. Kvaliteter som innsikt i og forståelse av forskningsmetodikk, tverrfaglige arbeidsmåter og ikke minst pedagogisk erfaring og ferdigheter må ivaretas på en tilfredsstillende måte. Ved å legge deler av spesialistutdanningsperioden til lokale sentra må man anta at dette kan ivaretas, samtidig som det trolig vil gi et bredere pasienttilbud for videreutdanningen, lette distriktenes behandlingsetterspørsel, og forhåpentligvis resultere i et forpliktende og berikende samarbeid mellom kompetansesenter og universitet. I tillegg må det antas at det vil øke søkningen til spesialistutdanningene fra distriktene dersom deler av utdanningen kan gjennomføres i hjemfylket. Utredningen av Odontologisk fagsenter i Tromsø påpeker at fakultetene og NTF stiller seg positive til en desentralisering av deler av utdanningen når det gjelder senteret i Tromsø (2).

13.2.6 Forskningsoppgaver

Innen tannhelsetjenesten er det kontinuerlig behov for å evaluere driften, for å tilegne ny kunnskap, bearbeide denne, og å finne fram til helsepolitiske strategier som befolkningen er bedre tjent med. Lokale sentra vil kunne bidra til slik kunnskap, og sette inn tiltak som er målrettet mot lokale forhold. Forhåpentligvis vil en slik helsetjenesteforskning også få en større tyngde innen fakultetenes undervisning ettersom tilgangen på slike data blir lettere tilgjengelig.

13.2.7 Kompetansesenter som stabiliserende faktor

Toveruds undersøkelse (7) viser at holdningene til kompetansesentre blant spesialister er overveldende positiv. Det begrunnes med at kompetansesentra bidrar til å synliggjøre spesialistene på en annen måte enn i solopraksis. Imidlertid konkluderer han med at de spesialiteter som er mest utsatt for markedskrefter, er de som stiller seg noe negativt.

Det finnes ingen undersøkelser som direkte belyser den stabiliserende effekten for allmennpraktikere. I perioden 1995-1997 gjennomførte Helsetilsynet et prosjekt i de tre fylkene i Nord-Norge. Det hadde som hovedhypotese at styrking av faglig miljø for de tannleger som arbeidet mest isolert, ville bidra til større trygghet og trivsel, og derved økt stabilitet. Evalueringen av prosjektet viste ingen forskjell i tannlegenes faglige trygghet og trivsel, og utskiftingen i tannlegestillingene var minst like stor som før prosjektet startet. (8)

Andre tiltak som gir mulighet for en faglig karriere for allmennpraktikeren bør vurderes nærmere i denne sammenheng. Slik forholdene i Den offentlige tannhelsetjenesten har utviklet seg, vil for eksempel opprettelse av en spesialitet i offentlig tannhelsearbeid utvilsomt kunne gi faglig utvikling, karrieremulighet og statusheving for personer som velger en karriere i etaten.

13.3 Organisering

13.3.1 Statlig organisering

Det er vanskelig å se en ren statlig organisering som aktuell så lenge tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, er lovdefinert som et fylkeskommunalt ansvar. Staten har da også påpekt at det ikke kan forventes statlige bevilgninger til drift av lokale kompetansesentra.

Fra flere hold, senest i en nylig gjennomført spørreundersøkelse til landets fylkestannleger (3), er det kommet fram ønsker om at utdanning av spesialister bør være et viktig arbeidsfelt ved kompetansesentrene. Spesialistutdanning av tannleger er et statlig ansvar, og dersom deler av spesial- og spesialistutdanningen legges til slike sentra, vil det synliggjøre et samarbeid på nasjonalt nivå. Det er et argument for statlige penger til den delen av virksomheten.

13.3.2 Fylkeskommunal eller regional organisering

Tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, er som nevnt et fylkeskommunalt ansvar. Det er knapt noen tradisjon for samarbeid på helseregionnivå innen tannhelsetjenesten, men innen helsevesenet er det et visst samarbeid, med regionale helse- og sosialutvalg.

Samarbeid på helseregionnivå vil i praksis ikke innebære annet enn at to eller flere fylker samarbeider om og deler utgiftene ved etablering av et kompetansesenter.

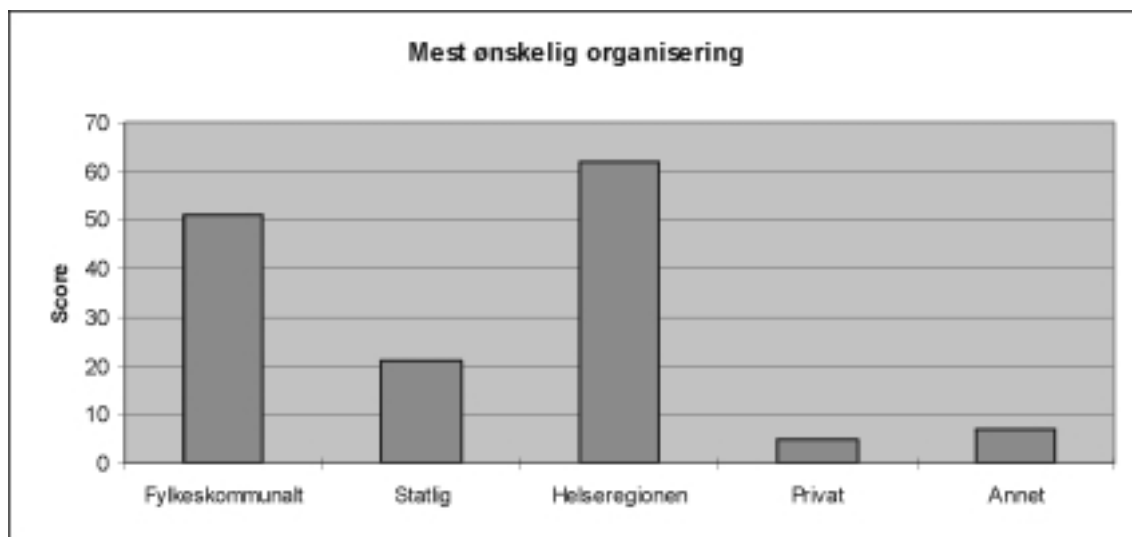
Om det skal være sentra på fylkesnivå eller på helseregionnivå blir derfor *egentlig* spørsmål om:

- Hvor mange sentra ønsker vi?
- Hvor mange sentra trenger vi? På de fleste fagfelt trenger vi mange spesialister i hvert fylke, (som for eksempel kjeveortopedi) mens på andre områder må vi heller samle enn spre de få kasus som finnes i landet (eks. TAKO-senteret).
- Hvor langt blir det for pasientene å reise?
- Hvor lett er det for fylkene å samarbeide om lokalisering, drift, og finansiering?
- Skal sentrene være inkluderende spesialistmiljø for flest mulig spesialister i området, eller
- Skal sentrene være et mellomnivå mellom spesialisttjenesten i landet og universitetene?

Spørreundersøkelsen blant fylkestannlegene (3) viser at mange primært ønsker et regionalt senter, mens den fylkeskommunale modellen fikk nest høyest score. Sentrene som er i drift er fylkeskommunalt organisert og finansiert.

For øvrig synes mange å legge svært stor vekt på “senter” i ordet kompetansesenter. Med litt semantisk godvilje er det imidlertid fullt mulig å tenke seg former for desentraliserte sentra, slik tilfellet er i Nordland. Der er flere av spesialistene spredt rundt om i fylket, og endog privatpraktiserende trukket med i arbeidet. Tverrfaglige vurderinger og behandlinger organiseres gjennom senteret i Bodø. Spesialistene (både offentlige og private) møtes i regelmessige spesialistsamlinger organisert av kompetansesenteret for felles faglig oppdatering og kasusdiskusjoner.

Figur 13.3 Mest ønskelig organisasjonsform, sum score. (3).



13.3.3 Stiftelse

Styringsgruppen for utredning av Fagsenter for odontologi i Nord-Norge (2) går inn for stiftelse. Begrunnelsen er bl.a. at en stiftelse er frittstående og selveiende, og kan opptre smidigere enn andre organisasjonsformer for eksempel i lønnsforhold og personalpolitikk. Den vil heller ikke påvirkes av politisk styring i like stor grad som en ren fylkeskommunal modell. Gjennom utredning av stiftelseskapitalen vil de enkelte deltakere (stat, fylkeskommune) få innflytelse ved utforming av statutter for styrets sammensetning og opptreden.

13.3.4 Privat organisering og drift

Spørreundersøkelsen blant fylkestannlegene (5) viser at de har liten tro på private kompetansesentra, men det er verd å nevne at det ikke trenger være til hinder for at private trekkes aktivt med i samarbeidet (slik tilfellet f.eks. er i Nordland). Ellers ser vi i dag mange former for private spesialistsentra med høy faglig kompetanse.

Det er imidlertid usikkert om denne form er egnet til å oppnå en jevnere fordeling av spesialistene på landsbasis, og til å løse den offentlige tannhelsetjenestens prioriterte oppgaver.

13.3.5 Organisatorisk tilknytning – et hovedpoeng

Dersom kompetansesentrenes primære oppgave er å øke kompetansen i primærtjenesten, samt å yte primærtjenesten og dens pasienter service, må det være viktig å knytte kompetansesentrene organisatorisk nærmest mulig primærtjenesten. (En spesialist for eksempel ansatt ved et sykehus vil ventelig ha sin lojalitet og sitt hovedfokus rettet mot driften ved sykehuset, og en spesialist ansatt i tannhelsetjenesten vil trolig ha sitt fokus og sin lojalitet rettet mot etaten og dens drift). Vi vet lite om hvordan tannhelsetjenesten vil være organisatorisk forankret i framtiden, men uansett tannhelsetjenestens organisering er det trolig et hovedpoeng å forankre kompetansesenteret nærmest mulig tannhelsetjenesten. En eventuell framtidig omorganisering av tannhelsetjenesten bør samtidig gi grunnlag for å drøfte kompetansesentrenes organisering.

13.4 Faglig tilknytning

13.4.1 Universitet

Flere forhold taler for et formalisert samarbeid mellom universitetene i Oslo og Bergen og lokale kompetansesentra:

- Dersom deler av spesialistutdanningen legges til kompetansesentrene vil det være nødvendig med et nært samarbeid mellom ansvarlig fagpersonell på universitet og på kompetansesenter.
- Spesial- og spesialistutdanningen vil få tilgang til et bredt pasientmateriale, samtidig som behandlingsbehovet i distriktsnorge vil kunne avhjelpes dersom en praksisperiode i utdanningen legges til kompetansesentrene.
- Spesialistutdanningen vil være et egnet forum hvor kandidater og spesialister fra forskjellige sentra møtes til faglig utvikling f.eks. gjennom forelesninger, seminarer og diskusjoner.
- Ved gjennomføring av eventuelle forskningsprosjekter vil sentrene kunne tjene på universitetenes forskningskompetanse, mens universitetene kan dra nytte av sentrenes nærhet til store pasientgrupper og praksisrelaterte problemstillinger.

13.4.2 Regional og fylkeskommunal helsetjeneste

Nært samarbeid med sykehusenes oralkirurgiske enheter er nødvendig for gjennomføring av enkelte behandlinger (trygdefinansiert implantatbehandling), og ønskelig i mange andre tilfeller. Derfor er det en fordel om lokale kompetansesentra kan lokaliseres nær slike enheter.

13.4.3 Nasjonale institusjoner

Det vil være naturlig å knytte kontakter mellom lokale sentra og nasjonale kompetansesentra som for eksempel TAKO-senteret og Bivirkningsgruppa.

13.4.4 Andre samarbeidspartnere

Spesialistmiljøene i distriktsnorge er ikke større enn at det må legges til rette for samarbeid også med frittstående, f.eks. private spesialister i senterenes nærhet.

13.5 Finansiering

De tre kompetansesentrene som er under etablering er fylkeskommunalt drevet og finansiert.

De ulike arbeidsoppgavene ved et senter finansieres i prinsippet ulikt:

- Pasientbehandling vil være finansiert av pasientene selv, trygdekontorene eller andre offentlige finansieringsordninger.
- Etterutdanning må finansieres ved tilskudd fra for eksempel fylket, eller ved at kurspakker selges til interesserte. I praksis vil det trolig være fylkets vilje og evne til å satse på egne krefter som vil avgjøre omfanget av denne delen av virksomheten. Det er lite realistisk at salg av kurs utenfor eget område kan få stor økonomisk betydning for sentrene generelt.
- Veiledning, flerfaglige pasientutredninger og lignende konsulentvirksomhet ligger i et grenseland hva finansiering angår. Til nå har tannlegene ikke betalt for gode råd i et knipetak, verken hos spesialister eller ved universitetet. Også veiledning ved TAKO-

senteret og Bivirkningsnemnda er gratis. Det er derfor vanskelig å se for seg at slik veiledningsvirksomhet kan bli inntektsgivende for senteret. Dersom slik virksomhet skal prioriteres, må et visst antall timer avsettes til denne typen ikke inntektsgivende arbeid, og budsjettet tilpasses det.

- Spesialistutdanning må oppfattes som et statlig ansvar og en må derfor kunne forutsette at kompetansesentrenes eventuelle oppgaver i spesialistutdanning og forskning vil bli finansiert av staten.

Hvordan tiden skal fordeles mellom inntektsgivende pasientbehandling og ikke inntektsgivende kompetanseøkende virksomhet blir langt på veg et spørsmål om økonomi, ikke bare fordi det er vanskelig å skaffe penger til denne delen av virksomheten, men også fordi dagens lønssystemer ofte er delvis innsatsbaserte (bonus, provisjon), og følgelig er ofte spesialistens lønn en funksjon av pasientomsetningen.

Det finnes lite erfaringstall for fordeling av tiden mellom pasientbehandling og annen virksomhet, men det er et inntrykk at tilsvarende svenske institusjoner disponerer en dag per uke (20 % av tiden) til det som her er kalt kompetanseøkende virksomhet. En målsetting om at inntil 20 % av tiden skal kunne benyttes til slik virksomhet vil trolig bety et stort framskritt for dem som har sin virksomhet ved slike sentra i dag.

Kompetansesenteret i Nordland fikk en engangs startbevilgning fra Staten på 1 million kr. Denne bevilgningen var viktig. Viktig selvsagt i form av sin kroneverdi, men kanskje vel så viktig ved at bevilgningen påskyndet hele prosessen ved dannelsen, og medførte at fylkespolitikerne fulgte opp med årlige driftsmidler på 0,5 millioner kr.

Oralkirurgene som er knyttet til senteret i Nordland er ansatt ved Nordland sentralsykehus. Når de holder kurs, lønnes de av kompetansesenteret, ellers er all deres virksomhet knyttet til sykehusets budsjett. Det holdes regelmessig drøftingsmøter spesielt mellom kirurgene og protetikerne, og de deltar på spesialistsamlingene som arrangeres av kompetansesenteret.

I fylket er det seks private kjeveortopedier og én privat periodontist. Når de holder kurs for kompetansesenteret, lønnes de over senterets budsjett. De deltar på spesialistsamlingene som arrangeres av kompetansesenteret, men får ingen økonomisk kompensasjon for det.

13.6 Ansettelsesforhold

Type ansettelsesforhold eller tilknytningsform er ikke avgjørende for driften av et kompetansesenter, men ulike typer ansettelsesforhold eller tilknytningsformer vil påvirke driftsmåten.

13.6.1 Alle på ett sted, eller desentralisert organisasjon

Det er trolig lettere å samordne driften dersom alle spesialistene befinner seg i samme hus. Planleggingen faller lettere og spesialistenes medvirkning i planlegging og drift kan bli bedre. Likeledes vil tverrfaglig samarbeid trolig falle lettere.

Likevel er det også slik at en desentralisert organisasjon er bedre enn ingen organisasjon, og en desentralisert organisasjon vil inkludere de spesialistene som nødvendigvis må befinne seg

utenfor en senterklinikk. Det kan være viktig å huske at det meste av tiden vil uansett gå med til ordinær pasientbehandling hvor det ikke er spesielt behov for tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samråing kan planlegges og gjennomføres selv om spesialistene ikke befinner seg daglig i samme bygg eller samme by. Forskjellen er bare at det koster litt mer planlegging og litt mer i reiseutgifter. På plussiden vil en desentralisert organisasjon kunne inkludere alle spesialister i området, pluss at en desentralisert organisasjon gir større nærhet til pasientene.

13.6.2 Fast lønn eller innsatsbasert lønn

Med de fastlønnsvilkår vi har i offentlig virksomhet i dag er det vanskelig å tenke seg at man kan rekruttere spesialister til kompetansesentrene på fast lønn alene. Vi må trolig se i øynene at ulike typer innsatsbasert lønn vil være en del av bildet. Derfor må man trolig skille mellom pasientbehandling som kan avlønnes på ulikt vis, og det vi kan kalle for kompetanseoppbyggende virksomhet (både innen senteret og mot allmennpraksis) som klinikerne må "frikjøpes" for. Eksempel på slik virksomhet er planlegging, tverrfaglig samarbeid, etterutdanning av allmennpraktikere, besvare spørsmål fra allmennpraktikere.

13.6.3 Fast ansatt eller privat praksis

Av det som er sagt foran kan en også tenke at det i prinsippet ikke er noen forskjell om pasientbehandlingen finner sted som offentlig virksomhet eller som privat praksis. Uansett er det den kompetanseoppbyggende virksomheten som må finansieres med friske penger. I prinsippet skulle det falle like dyrt å frikjøpe en offentlig og en privat spesialist. Driftsmessig må man anta at det er lettere å samordne et rent offentlig drevet kompetansesenter enn et blandet offentlig-privat, men igjen: det er bedre med den nest beste løsningen enn ingen løsning.

Dagens situasjon med hensyn til spesialisttilgang, samt de ulike forutsetningene rundt om i landet, tilsier at fleksibilitet, fantasi og vilje til tilpasning til praktiske løsninger blir viktige egenskaper for å få slike sentre i drift.

Referanser

1. Hillesund E. Ledighet og ustabilitet i tannlegestillinger. Forslag til statlig stimulering for å redusere og sikre stabilitet. Helsedirektoratet 1993. IK-2390.
2. Innstilling fra styringsgruppen for konkret utredning av fagsenter for odontologi i Nord-Norge. Roald Amundsens senter for arktisk forskning 1995.
3. Kristiansen G, Mensen R H. Odontologiske kompetansesentra, virksomhet og framtidso ønsker. Rapport fra en spørreundersøkelse til landets fylkestannleger. Kompetansesentret, Bankgt 24b, Bodø 1999.
4. Utredning om tannlegebehov i Norge og tannlegeutdanning i Tromsø. UiTø 1999.
5. Fylkesnes K, Nielsen J, Røynesdal K. Nord-norsk tannhelsetjeneste. Scenarier mot år 2010. Rapport fra Kompetansesenterutvalget, Tromsø 1989.
6. Byrkjeflot L I, Mensen R H. Etterutdanningsbehov og kompetanse i offentlig og privat tannlegepraksis i Nordland. Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nordland 1996.
7. Toverud, J F. Tannhelsetjenesten i Norge. Rapport om spesialistvirksomheten. Mastergradsoppgave i Helseadministrasjon. UiO 1991.
8. Eldevik M. Evaluering av prosjektet: Tannlegestabilitet og kvalitet i nordnorsk tannhelsetjeneste 1995-1997.

Kapittel 14. Virkemidler for fordeling av tannlegespesialister og tannleger med spesialutdanning

14.1 Bakgrunn

Det er store forskjeller mellom medisin og odontologi når det gjelder spesialistutdanning og spesialistvirksomhet. Dette har en historisk bakgrunn, se kapittel 5 og 7. Ulikhetene er mest framtreddende på tre felter:

Spesialistutdanningen innenfor medisin er et samarbeid mellom de større sykehusene, Lægeforeningen og universitetene. I utdanningstiden arbeider kandidatene i assistentlegestillinger ved sykehusene. I odontologien er det ingen behandlingsinstitusjoner som tilsvarer sykehusene, og spesialistutdanningen er sentralisert til fakultetene. I Stortingsmeldingen om "Tilgjengelighet og faglighet" (se kapittel 4) tas det til orde for en større grad av statlig ansvar for spesialistutdanningen og en nærmere tilknytning til universitetene. Meldingen omhandler det regionale helsesamarbeidet, og det pekes bl.a. på betydningen av forsknings- og kunnskapsspredning i regionene.

Et stort flertall av tannlegespesialistene og tannlegene med spesialutdanning er i privat virksomhet, mens flertallet av legespesialister er offentlig ansatte. De har sitt virke ved sykehusene. Fordeling av stillingshjemler for legene kan være et effektivt styringsverktøy for helsemyndighetene. Noen slik mulighet finnes knapt i forhold til tannlegespesialistene.

Behandling utført poliklinisk eller i privat praksis av legespesialister er i stor grad berettiget trygderefusjon. På det odontologiske fagfeltet er det bare kjeveortopedisk behandling som i noe omfang er refusjonsberettiget. Mulighetene for etableringsstyring av tannlegespesialister gjennom trygdesystemet er derfor begrenset. I henhold til utvidelsen av mandatet for denne utredningen blir fordelingseffekter av ulike refusjonsmodeller for kjeveortopedisk behandling diskutert i detalj i slutten av dette kapitlet.

14.2 Virkemidler

Selv om det er færre fordelingsvirkemidler for tannlegespesialister enn for legespesialister, kan det likevel være mulig å finne effektive verktøy. På bakgrunn av de beskrivelser og analyser som er gjort i tidligere kapitler, bør følgende tiltak vurderes:

14.2.1 Lønnede utdanningsstillinger

Både Sverige og Danmark har lønnede utdanningsstillinger for tannlegespesialister mens kandidater i Norge bare unntaksvis har lønn under utdanning. Som omtalt i kapittel 10, er dette en vesentlig årsak til skjevfordelingen av tannlegespesialister og tannleger med spesialutdanning her i landet.

Til nå har mangel på lønn under utdanning neppe hatt særlig betydning for det totale antallet som har gjennomført videreutdanning. I så måte har utdanningskapasiteten vært den begrensende faktor. Siden flere av utdanningsprogrammene nylig er utvidet fra to til tre år, kan det bli vanskeligere å rekruttere kvalifiserte kandidater på enkelte fagområder.

Det er med andre ord på høy tid å bedre finansieringen av videreutdanning for den enkelte kandidat. Dette kan gjøres gjennom ansettelse i lønnede stillinger eller tildeling av stipendier. For den enkelte vil stipendordninger bety svekkede rettigheter som arbeidstaker. For arbeidsgiver vil det være vanskeligere å gjøre nytte av kandidatens arbeidskraft i utdanningsperioden. Finansiering gjennom ordinære lønnsavtaler er derfor å foretrekke.

En sammenlikning med assistentlegenes ansettelsesforhold er i denne sammenheng berettiget. De har fylkeskommunene som arbeidsgiver ved de sykehusene fylkeskommunene eier og Staten som arbeidsgiver ved de statlige sykehusene. En del av fylkeskommunenes lønnsutgifter dekkes gjennom rammeoverføringer fra Staten. Det er nærliggende å gå inn på en tilsvarende ordning for tannleger under videreutdanning.

Ved å legge tildeling av utdanningsstillinger til fylkeskommunene og de odontologiske fakultetene sikres en dynamikk som vil bidra til riktig fordeling av spesialister. Fylkene og fakultetene kan inngå arbeidsavtaler med tannleger som vil ta spesialistutdanning på fagområder der fylkene eller fakultetene har behov for spesialister. Kandidatene gis permisjon med lønn i det omfang utdanningen krever. Enkelte av utdanningsprogrammene gir rom for at arbeidsgiver i en viss grad kan nyttiggjøre seg kandidatens arbeidsinnsats i utdanningsfasen. Uansett gir Hovedavtalens bestemmelser anledning til å binde kandidaten i ansettelsesforholdet to år etter at utdanningen er avsluttet. Dermed får en slik ordning en betydelig grad av egenfinansiering. Likevel vil det være nødvendig med statlige midler for å balansere kostnadene. Statlig delfinansiering av utdanningsstillinger kan administreres på ulike måter. De mest nærliggende er:

- Øremerkede midler til fylkeskommunene og fakultetene. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger delegeres myndighet til forestå fordeling.
- Kanalisering av midlene gjennom økning av rammeoverføringene til fylkeskommunene og påslag på fakultetenes budsjetter.
- Opprettelse av en fellespool der Staten, fylkene og fakultetene er "innskytere" og der lønnskostnader dekkes etter søknad. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger gis myndighet til å behandle søknader.
- Avsetning av statlige midler slik at fakultetene og fylkeskommunene kan tildeles økonomisk støtte i forhold til antall opprettede utdanningsstillinger.

For kandidater som ikke har bosted nær lærestedene, vil utdanningen medføre økte levekostnader i form av reiseutgifter, dobbel husholdning osv. I disse tilfellene bør arbeidsgiver vise stor imøtekommenhet med å dekke ekstraavgifter innenfor gjeldende regelverk. Muligheten for at kandidater selv finansierer egen videreutdanning må opprettholdes.

14.2.2 Opptak til videreutdanning

I kapittel 10 er det pekt på at tannleger som tar videreutdanning i stor grad kommer tilbake der de var før utdanningsperioden (lakse-effekt). I forbindelse med denne utredningen er det gjennomført en spørreundersøkelse blant et tilfeldig utvalg på hundre tidligere videreutdanningskandidater for ytterligere å klarlegge dette forholdet. Utvalget hadde representanter fra alle aktuelle fagområder. De viktigste resultatene var at to av tre kandidater etablerte seg i det området de kom fra. Minst stedbundne var kjeveortopedene, noe som kan ha sammenheng med fagets egenart. Ser en bort fra kjeveortopedene og oralkirurgene, var det 90% av kandidatene som etablerte seg der de kom fra.

Denne lakseeffekten har trolig sammenheng med at videreutdanningskandidatene er godt voksne og veletablerte før de ser seg i stand til å satse på ytterligere skoling. Dette forholdet kan utnyttes til å skape jevnere spesialistfordeling. En sterkere vektlegging av geografisk tilhørighet ved opptak til videreutdanning er trolig det mest effektive fordelingsverktøy vi har.

I dag er det fakultetenes forskningsråd som er ansvarlige for opptaket. Lov om universiteter og høyskoler åpner for at sentrale myndigheter kan gripe inn i opptaksordninger ”dersom nasjonale hensyn tilsier det”. Geografiske hensyn er et av kriteriene fakultetene legger til grunn ved opptak og i så måte har fakultetene tatt et nasjonalt ansvar. Likevel er den uttalte skjjevfordelingen av spesialister en indikasjon på at fakultetene i enda større grad må vektlegge dette kriteriet.

14.2.3 Utvikling av en desentralisert spesialistutdanning

Konsentrasjonen av spesialister rundt Oslo og Bergen har naturlig nok flere årsaker, men én vesentlig faktor er trolig nærhet til lærestedet. Utvikling av utdanningstilbud i helseregionene antas å ha en tilsvarende effekt. Gjennomføring av videreutdanning i rimelig nærhet av bosted vil senke den sosiale terskel for tannleger som får denne muligheten. De sosiale ulempene som lang pendling, eventuelt oppbrudd og flytting, kan elimineres eller dempes.

Det er grunn til å tro at desentralisert spesialistutdanning vil ha en betydelig fordelingseffekt, i det minste på regionnivå. Siden ordningen er uprøvd her i landet, er det umulig å dokumentere en slik effekt. Erfaringer fra Sverige kan imidlertid peke i den retning.

14.2.4 Oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentra

Som omtalt i tidligere kapitler, vil desentralisert spesialistutdanning bli knyttet til regionale kompetansesentra. Sentrene kan bli attraktive fagmiljøer som kan by på utfordringer og oppgaver som kan tiltrekke seg spesialister. Kandidater som er under spesialistutdanning vil dessuten i seg selv representere spesialkompetanse på ulike fagfelt.

Slik det er påpekt i kapittel 8, er det et mål også å heve kompetansen i allmennpraksis. Sentrene vil bety en ny giv når det gjelder etterutdanning og rådgivning i helseregionene og altså kunne bidra betydelig i så måte. Med høyere kompetanse hos allmennpraktikeren blir behovet for spesialister mindre.

14.2.5 Økonomiske stimulerings tiltak

Det foreligger ingen undersøkelser som dokumenterer effekten av økonomiske stimulerings tiltak når det gjelder å rekruttere eller beholde tannlegespesialister. Erfaringsgrunnlaget på dette området er også spinkelt. Tilsvarende tiltak for allmennpraktikere ser ut til å ha hatt begrenset effekt. Siden de fleste tannlegespesialister og tannleger med spesialutdanning er i privat virksomhet og siden det er betydelig etterspørsel etter spesialkompetanse i folkerike deler av landet, er det lite som tyder på at økonomiske stimulerings tiltak innenfor rimelige grenser vil ha effekt.

14.2.6 Dimensjonering av spesialistutdanning

Det er drøftet i kapittel 10. På enkelte fagområder er det nødvendig å øke utdanningskapasiteten for å dekke et stipulert framtidig behov. Mangelen på spesialkompetanse rundt om i landet er imidlertid først og fremst et fordelingsproblem. Det er viktig å utdanne et tilstrekkelig antall spesialister for å dekke behovet på nasjonalt nivå, men neppe tilrådelig å øke utdanningskapasiteten utover dette målet i den hensikt å tvinge fram fordelings effekt. En slik strategi vil, foruten å være ressurskrevende, ha høyst usikker virkning.

14.3 Utvidelse av utredningsmandat. Vurdering av Gaare-utvalgets innstillinger

I utvidelsen av utredningsmandatet (se kapittel 2) heter det: «Utredningen skal inneholde en vurdering av Gaare-utvalgets flertallsinnstilling i NOU 1986:25 om overføring av finansieringen av kjeveortopedisk behandling, sett i lys av dagens situasjon innenfor feltet. Vurdering av de organisatoriske, administrative og økonomiske konsekvenser av en slik modell».

I utredningsmandatet er en bekymret for at saker gjeldende kjeveortopedisk behandling «legger beslag på betydelige ressurser innen trygdestaten», og at det er «en betydelig skjevfordeling av spesialister innen kjeveortopedi». «Departementet antar at dette medfører at andelen barn og ungdom som mottar tilbud om behandling kan være ulik, og føre med seg underbehandling i enkelte fylker». Det er også frykt for at områder med god dekning av kjeveortopeder fører til at «behandlingsandelen er høyere enn ønskelig.»

14.3.1 Bakgrunn

Spesialiteten kjeveortopedi «tannregulering» ble opprettet allerede i 1953. Organisert videreutdanning etter amerikansk mønster ble startet ved fakultetet i Oslo i 1964, og universitetet i Bergen fulgte like etter, i 1966. Det store underskuddet av kjeveortopeder ble raskt redusert ved høy utdanningskapasitet, og spesielt i 1970-årene var det en stor produksjon av kjeveortopeder. Tre utredninger om behovet for spesialister i kjeveortopedi har muliggjort en smidig tilpasning av utdanningskapasiteten i forhold til behovet. Opptaket av «norske» kandidater ble redusert etter den første utredningen. (1) Fra tusenårsskiftet vil behovet for nye kjeveortopeder øke på grunn av at mange kjeveortopeder når pensjonsalderen (2,3).

14.3.2 Fordeling av kjeveortopeder

I mandatbeskrivelsen står det: «Det eksisterer per i dag en geografisk skjevfordeling av spesialister innen kjeveortopedi. Per 1. oktober 1998 var for eksempel 15 av 297 (7 %)»

godkjente kjeveortopeder bosatt i Nord-Norge». Tallet 297 er trolig en trykkfeil. Behovsutredningen «Behovet for spesialister i kjeveortopedi 1998-2015» (3) viste at det i 1998 var 199 yrkesaktive kjeveortopeder i Norge, og at disse arbeidet 160.5 kjeveortopediske årsverk, derav 16 årsverk i Nord-Norge. Behovsutredningen viste at det manglet 1.7 årsverk i Troms fylke samt cirka et årsverk hver i henholdsvis Østfold og Akershus fylker. Dette stemmer godt overens med behovsvurderingene i kapittel 10. Man har altså ingen vesentlig geografisk skjevfordeling av spesialister i kjeveortopedi i Norge. Det er faktisk tvilsomt om noen annen tannlege- eller legespesialitet kan vise til en tilsvarende god spredning. Vel 10 % av Norges befolkning bor i Nord-Norge, og omtrent samme prosent av kjeveortopedene arbeider der. Norge har med andre ord så langt hatt stor suksess med organiseringen av den kjeveortopediske tjenesten.

14.3.3 Kvalitetsvurderinger

Flere undersøkelser viser at det hersker en stor grad av pasient- og foresatt-tilfredshet med den ordningen som gjelder i dag. (4,5). Tilsvarende gjelder for henvisende tannleger (6,7). Stephen Richmonds undersøkelser av behandlingsresultater hos et tilfeldig utvalg av pasienter hos en rekke norske kjeveortopeder bekrefter dessuten at kjeveortopedene gir sine pasienter behandling av svært høy kvalitet (8). Det faktum at norsk kjeveortopedi i all hovedsak utføres av spesialister, sikrer høy behandlingskvalitet i Norge (9).

14.3.4 Refusjon fra folketrygden

Rikstrygdeverket åpnet i 1957 muligheten for delvis refusjon av utgiftene til kjeveortopedisk behandling. Dette hadde dobbelt positiv virkning for kjeveortopedien som fag. Det ble lettere for publikum å bruke tjenesten og det ga offentlig legitimitet til denne tjenesten som ikke var omfattet av det lovpålagte offentlige behandlingstilbudet. Et viktig poeng var at den offentlige delen av finansieringen blir utbetalt direkte til pasienten. I årene fram til 1990 opererte man med et «tak» på refusjonen, dvs. et maksimalbeløp for hvilken refusjon som kunne utbetales i de ulike refusjonsgruppene. Forutsetningen var at disse «tak» skulle justeres i takt med prisstigningen, noe som ikke skjedde etter 1978. Det er sannsynlig at mange pasienter på den tiden ikke fikk den behandlingen de ønsket av økonomiske grunner fordi egenandelen for behandlingen var for høy.

14.3.5 Gaare-utvalgets mindretallsinnstilling

Det forbedrede trygderefusjonssystemet som ble innført i 1990, bygger på forslagene fra Gaare-utvalgets mindretall. Mindretallet gikk inn for å opprettholde et rent trygderefusjonssystem uten driftstilskudd og å styrke finansieringen. Takene for refusjon av utgifter til behandling ble fjernet. Rikstrygdeverket utarbeidet såkalte «normative honorarer for kjeveortopedisk behandling». Disse skulle være en veiledning for de rådgivende tannlegene ved behandling av søknader fra kjeveortopediske pasienter. Dermed ble det enklere for dem å vurdere bittfeil, behandlingsplan og det tilhørende honoraroverslag. Basert på de offentlige takstene for tannbehandling er det for eksempel per 20.08.98 akseptert et honorarnivå på mellom kr 12 600 - kr 18 000 for fast apparatur (tannregulering) i begge kjever. Den offentlige støtten til kjeveortopedisk behandling var i 1998 157 mill kr, en økning med 3.4 % i forhold til støtten som ble gitt i 1997 (10).

14.3.6 Gruppeinndeling fra 1990 ved det nye refusjonssystemet

Pasienter som gjennomgår kjeveortopedisk behandling kan deles inn i fire hovedgrupper:

Gruppe A: Svært stort behov.

Denne gruppen får 100 % refusjon for sine utgifter, uansett alder

Gruppe B: Stort behov

Denne gruppen får 75 % refusjon dersom behandlingen er påbegynt senest det året vedkommende fyller 18 år.

Gruppe C. Klart behov

Denne gruppen gis 40 % refusjon for utgiftene når behandlingen er påbegynt senest det året vedkommende fyller 18 år.

Alle andre må betale alle utgifter til kjeveortopedisk behandling selv. I 1998 fordelte den offentlige støtten til kjeveortopedisk behandling seg slik:

Gruppe A: 5.3 mill

Gruppe B: 101.3 mill

Gruppe C: 50.7 mill

Støtten som gis i gruppene B og C gis utelukkende til barn og ungdom, en gruppe som får all annen tannbehandling gratis. Refusjonen utbetales direkte til pasienten eller de foresatte.

Utviklingen har vist at norske kjeveortopeder har vist økonomisk nøkternhet. Til sammenligning har sjefen for Københavns kommunale tandpleje opplyst at Københavns kommune i 1999 betaler ut, til privatpraktiserende kjeveortopeder etter anbudsprinsippet, DKK 19 000 (som tilsvarer 21 000 norske kroner) for hver behandling av barne- og ungdomspasienter hentet fra en «usortert» venteliste. Dette betyr at denne betalingen gis uansett om det dreier seg om svært enkle eller mer kompliserte behandlinger.

14.4 Gaare-utvalgets flertallsinnstilling

Flertallet foreslo at det ble etablert et system med «rammetilskott til fylkeskommunen og driftstilskott kombinert med trygderefusjon til de kjeveortopedene fylkeskommunen inngikk avtale med». Hensikten var å gi myndighetene en akseptabel styring med spredningen av kjeveortopeder i landet og dermed sikre en brukbar geografisk fordeling av midlene. Det ble lagt vekt på at «tilskottsordningen over trygden til kjeveortopedisk behandling skal kunne forenkles, og at ordningen bør være laget etter samme hovedmodell som for andre helsetjenester hvor trygden finansierer en relativt stor andel av virksomheten». Deler av trygdeytelsene skulle fjernes og tilføres fylkeskommunene via rammetilskudd fra Staten, en ordning etter mønster av den for legespesialistene. Fylkeskommunene skulle så tildele kjeveortopedene driftstilskudd.

14.5 Argumentene for Gaare-utvalgets flertallsinnstilling sett i lys av den senere utviklingen

14.5.1 Akseptabel styring med fordeling av kjeveortopeder

Spredningen av kjeveortopeder er god uten det styringsverktøyet driftstilskuddsordningen representerer. Frykten for å utvikle en skjevfordeling av kjeveortopeder har vist seg å være overdrevet. Dagens ordning gir i seg selv en betydelig fordelingseffekt. For å oppnå tilstrekkelig inntjening, må kjeveortopedene etablere seg i områder med tilfredsstillende pasientgrunnlag. I en tid da tilgangen på spesialister har vært god, har dette motvirket sentralisering. Med et underskudd på kjeveortopeder er det imidlertid ikke uten videre gitt at fordelingen hadde vært gunstig.

14.5.2 Mindre behov for rådgivende tannlegearbeid

De 14 rådgivende tannlegene i Norge brukte under halvparten av sin arbeidstid på 7.3 årsverk for å behandle 24 000 søknader vedrørende kjeveortopedi i 1998. Overtannlege Tore Ramstad i Rikstrygdeverket opplyser at av de 371 klagen på tannlegesaker i fjor, gjaldt bare åtte kjeveortopedi. De rådgivende tannlegene i Norge behandler også bidrags- og yrkesskadesaker samt saker angående periodontibehandling. Den innsparing i de rådgivende tannlegers arbeidstid som flertallet i Gaare-utvalget fremhevet som en vesentlig fordel ved sin modell, er overdrevet. Innsparingen ville vært om lag to årsverk. Hvor mange nye stillinger måtte fylkeskommunene opprette for å overta og ivareta tilsynsfunksjonen som de rådgivende tannleger har?

14.5.3 Avlastning av lokale trygdekontor

De lokale trygdekontorene har hatt et betydelig arbeid med refusjonsutbetalinger for kjeveortopedisk behandling. Dette arbeidet er forenklet de siste årene. Refusjonen utbetales ikke lenger kontant til pasientene på trygdekontoret, men anvises via post eller bank. Det er også mulig å rasjonalisere ytterligere ved å inngå avtaler om direkte oppgjør mellom trygdekontor og kjeveortoped for den delen av behandlingstkosten som trygden dekker.

14.5.4 Færre skjema for den behandlende tannlege/kjeveortoped

Skjemaet som brukes ved søknad om offentlig støtte for kjeveortopedisk behandling er enkelt å bruke både for henvisende tannlege og for kjeveortoped. Det er vanskelig å se at dette kan rasjonaliseres ytterligere.

14.5.5 Bedre geografisk spredning av trygdemidler til kjeveortopedisk behandling

En god geografisk spredning av kjeveortopedier vil sannsynligvis føre til best mulig fordeling av trygdemidlene. Offentlig finansiert kjeveortopedi i Sverige har ført til en forskjellsbehandling av pasienter avhengig av bosted (11,12). Pasienter med samme type bittfeil får ulikt tilbud på forskjellige steder i Sverige fordi det er länets økonomi som til enhver tid bestemmer hvor mange pasienter som skal få behandling. I Sverige eksisterer det altså forskjellsbehandling av pasienter innenfor det offentlige systemet.

De geografiske variasjoner i Norge er akseptable. Det finnes ingen statistikk som viser hvor mange individer som virkelig får behandling, kun på antall søknader. Thomas Ulven i Rikstrygdeverket har opplyst at cirka 12.8 millioner, eller om lag 8.2 % av totalutgiftene, ble brukt på kjeveortopedi i Nord-Norge i 1998. Trygderefusjonsordningen har altså gitt en bra spredning av de midlene som går til kjeveortopedi. En rammetilskuddsordning ville lett ha sementert regionale forskjeller og gitt langt dårligere mulighet for hurtig justering.

Trygderefusjonsordningen har gjort at det til enhver tid er mulig å budsjettere med hvor mye offentlige midler som skal gå til kjeveortopedi. De økonomiske rammene kan beregnes avhengig av antall barn i hvert årskull og den gjennomsnittlige behandlingsfrekvens, et tall som lenge har ligget på ca. 35 % av hvert årskull (13)

14.5.6 Sammenlikning med legespesialistene

Etter flertallsinnstillingen ville kjeveortopedene fått en økonomisk tilskuddsordning som tilsvarte den som privatpraktiserende legespesialister har. Dette er neppe noe argument i seg

selv. De erfaringer som er høstet på legesiden er heller ikke entydig positive når det gjelder spesialistfordeling.

14.6 Hva skjedde med Gaare-utvalgets flertallsinnstilling?

NOU 1986:25 ble sendt ut til høring. Argumentene mot flertallsinnstillingen var så mange blant de impliserte, ikke minst fra fylkeskommunene sin side, at forslaget om en vesentlig endring av finansieringsordningen for kjeveortopedisk behandling ikke ble behandlet i Ot.prp. 46 (1988-89). De viktigste argumentene mot å endre refusjonsordningen var:

- Det måtte forhandles lokalt om driftstilskudd og sentralt om takstreduksjon. Årlige forhandlinger ville ha krevd betydelige ressurser.
- Gjestepasienter (pasienter som behandles «over» fylkesgrensene) ville ha medført betydelige problemer. All moderne samfunnsforskning viser at befolkningen flytter stadig mer. Driftstilskuddsordningen ville ha skapt mye merarbeid for fylkeskommunene i forbindelse med dette fenomenet.
- Kjeveortopediske spesialister kan lage fleksible praksiser med varierende balanse mellom kjeveortopedi og allmennpraksis. Mange steder er det nemlig ikke befolkningsgrunnlag stort nok til at det er mulig å drive en fulltids kjeveortopedisk praksis. En slik fleksibilitet hadde vært vanskelig å få til med en driftstilskuddsordning.
- En driftstilskuddsordning ville sannsynligvis gitt samme tilskudd til alle kjeveortopeder uansett produktivitet. Trygderefusjonsordningen virker produktivitetsfremmende.
- Økt behov for tilsyn med kjeveortopedene. Fylkeskommunene måtte bygge opp et tilsynsapparat for å sikre riktig bruk av økonomiske ressurser.
- Med driftstilskuddsordningen kunne et topris-system lett utvikle seg der man får to «kategorier» kjeveortopeder.
- I en kjeveortopedisk praksis er det til enhver tid pasienter under behandling. Når kjeveortopeden slutter, er det fylkeskommunen som sitter igjen med ansvaret for pasientene.
- Fylkene måtte dekke utgiftene til driftstilskudd til en kjeveortoped uansett fylkets og Den offentlige tannhelsetjenestens budsjettsituasjon.
- Fylkeskommunen ville fått plikt til å dekke det tap eieren lider ved ikke å kunne overdra praksisen.

14.7 Avsluttende kommentarer

I ulike behovsutredninger er det enighet om at det blir færre kjeveortopeder i årene framover dersom utdanningskapasiteten ikke styrkes. Mangel på kjeveortopeder kan føre til at det blir vanskeligere å opprettholde behandlingstilbudet i distriktene. I en slik situasjon kan helsemyndighetene bruke refusjonssystemet som styringsverktøy. Én mulighet er å gi et nasjonalt organ, f.eks. Nasjonalt råd for utdanning av tannlegespesialister (se kapittel 16), myndighet til å inngå avtaler om retten til trygderefusjon. Denne modellen vil være enklere å administrere enn modellen til Gaare-utvalgets flertall. Noen av de samme motargumentene vil imidlertid ha gyldighet.

Referanser

- 1 Norsk kjeveortopedi i årene 1980-2000. Bemanningssituasjonen. Hojemutvalgets innstilling. Bergen 1980.
- 2 Behovet for spesialister i kjeveortopedi i Norge 1991-2015. Institutt for kjeveortopedi og dentofacial ortopedi, Universitetet i Bergen; Klinikk for kjeveortopedi, Universitetet i Oslo; Norsk kjeveortopedisk forening. 1991.
- 3 Behovet for spesialister i kjeveortopedi 1998-2015. Institutt for kjeveortopedi og dentofacial ortopedi, Universitetet i Bergen; Klinikk for kjeveortopedi, Universitetet i Oslo; Norsk kjeveortopedisk forening. 1998.
- 4 Øgaard, B. Pasienters erfaring med kjeveortopedisk behandling. Intervju av et årskull 19-åringene. Den norske tannlegeforen Tid. 1988; 98:178-81
- 5 Fernandes LM, Espeland L, Stenvik A. Patient-centred evaluation of orthodontic care: A longitudinal cohort study of children's and parent's attitudes. Am J Orthod Dentofac Orthop 1999; 115: 227-32
- 6 Wisth PJ, Krogstad O, Bøe OE. Almenpraktikernes syn på kjeveortopedi. Den norske tannlegeforen Tid 1987; 97:87-90.
- 7 Borge O, Øgaard B. Samarbeid mellom allmennpraktiker og kjeveortoped. Intervjuundersøkelse av 48 offentlig ansatte allmennpraktiserende tannleger. Den norske tannlegeforen Tid 1989; 99: 384-8
- 8 Richmond S, Andrews M. Orthodontic treatment standards in Norway. Eur J Orthod 1993; 15: 7-15
- 9 Espeland LV, Stenvik A, Medin L. Concern for dental appearance among young adults in a region with non-specialist orthodontic treatment. Eur J Orthod 1993; 15: 17-25
- 10 Rikstrykdeverket, Utredningsavdelingen. Rådgivende tannlegers virksomhet 1998. Trykdeetaten 05/99
- 11 Bergström K, Halling A. Orthodontic care provided by general practitioners and specialists in three Swedish counties with different orthodontic specialist resources. Swedish Dent J 1996 a; 20: 35-50
- 12 Bergström K, Halling A. Orthodontic treatment outcome in three Swedish counties with different orthodontic resources. Swedish Dent J 1996 b; 20: 51-60
- 13 Espeland LV et al. A new Norwegian index of orthodontic treatment need related to orthodontic concern among children and their parents. Rapport Nordisk ortodontisk forening, Reykjavik 1991.

Kapittel 15. Behovet for regionalt samarbeid og tilknytning til regionale helseutvalg

15.1 Bakgrunn for opprettelse av helseregioner i Norge

Den politiske intensjonen om bedre regional samordning av spesialisthelsetjenesten ble artikulert på 70-tallet, men utviklingen viste at fylkeskommunene i liten grad maktet å samhandle i et regionalt perspektiv. Over tid, av flere grunner som ikke kommenteres her, modnet den politiske holdningen til dette problemet i Stortinget, og Staten har i dag utviklet et sterkere styringsverktøy i forhold til det regionale samarbeid. Denne prosessen illustreres videre med utgangspunkt i ulike dokumenter behandlet i Stortinget og Regjeringen i perioden 1974 til 1999.

Regionaliseringsprinsippet har sin bakgrunn i St.meld.nr. 9 (1974-75) ”Sykehusutbygging mv. i et regionalt perspektiv”. Fram til 90-tallet var aktiviteten i det regionale samarbeidet beskjedent. De regionale helseutvalgene (RHU) har vært tillagt en rådgivende funksjon i forhold til den enkelte fylkeskommune i hver helseregion.

For å rette på det mange opplevde som en utilfredsstillende utvikling i vår helsetjeneste, ble det i 1975 vedtatt at regionaliseringsprinsippet skulle legges til grunn for organisering av helsetjenesten. Hensikten med å anvende regioner var:

- Å sikre befolkningen i regionens fylker helsetjenester
- Sikre et stort nok befolkningsgrunnlag for sjeldne medisinske spesialiteter
- Gi befolkningen størst mulig likhet og tilgjengelighet til helsetjenester
- Å få kontroll med ressursene
- Få klart definerte og strukturerte oppgaver innen alle enheter og nivåer
- Fremme samarbeid om helseproblemer mellom fylker som til sammen utgjør en helseregion

Med lansering av St. meld. nr. 50 (1993-94) ”Samarbeid og styring ”(helsemeldingen), var det tydelig at Staten mente at de regionale helseutvalgene ikke hadde fungert etter intensjonene. Det skulle nå utarbeides regionale helseplaner der fagrådenes utredninger skulle være et vesentlig fundament for beslutninger, og RHU skulle få ansvar for å gjennomføre planarbeidet. Dette var et forsøk på å reaktivere RHU og å gjenreise det faglige beslutningsgrunnlaget. Det spesielle med denne meldingen er den omfattende omtalen av virkemidler som kan oppsummeres i:

- Styring
- Anbefaling av en ny type helseplaner
- Å legge faglige kunnskaper som et grunnlag for beslutninger
- En ny måte å samarbeide på

Stortingets behandling av meldingen (Innst. S. nr. 165 (1994-95) la til grunn at de regionale helseutvalgene skulle revitaliseres og forestå et omfattende arbeid med regional helseplanlegging i alle fem helseregionene.

Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) fulgte arbeidet med de regionale helseplaner i de fem regionale helseutvalgene i 1996-97 og publiserte resultatene i en rapport i juni 1997. Observasjonene av arbeidet i RHU gav anledning til å vurdere så vel beslutningsgrunnlaget som arbeidsform. I rapportens sammendrag står følgende:

”Helseregionene var før sommeren 1997 kommet ulikt langt i sitt arbeid. Ved avslutningen av observasjonen i mai 1997 var plandokumentet i helseregion 1 ennå ikke ferdig, og i helseregion Nord var den endelige behandling i RHU ikke foretatt. I helseregion 2, region vest og Midt-Norge har alle RHU vedtak på planene. Alle plandokumentene synes å være bygget på faglig grunnlag, og i sin utforming burde de kunne gi grunnlag for politiske vedtak om funksjonsfordeling. Men de politiske vedtak er mindre klare og entydige.

Konklusjonen er at RHU og planarbeidet ikke har innfridd de krav som ble stilt. Dette hadde flere årsaker. Det viktigste var at verken Staten eller RHU har styrt prosessen i tilstrekkelig grad. Sekretariatene har ikke alltid kunnet legge forholdene til rette for den nødvendige drøfting. Det kan også synes som om der var manglende regional lojalitet i fylkeskommunene.”

Resultatene fra de regionale helseplanprosessene var blant grunnlagsmaterialet for arbeidet med St. meld. nr. 24 (1996-97) ”Tilgjengelighet og faglighet”, hvor framtidig organisering og eierskap ved sykehusene ble gjennomgått. I denne meldingen ble det understreket at det er et stort potensiale å hente ut ved en større grad av regional samordning av spesialisthelsetjenesten. Det ble vist til at forslagene til regionale helseplaner som var utarbeidet, viste et stort potensiale for samordning og bedre ressursutnyttelse. Stortinget fulgte dette opp i Innst. S. nr 237 ved behandling av meldingen. Her ble det lagt et grunnlag for en videre satsing på helseregionene innenfor et fortsatt fylkeskommunalt eid sykehusvesen. Samtidig ble det fra Stortingets side understreket at helseregionene ikke skulle være noe fjerde forvaltningsnivå. Fylkeskommunens driftsansvar var dermed uendret.

Ved behandlingen av denne meldingen ba Stortinget Regjeringen legge fram forslag om ny inndeling av fylkeskommunene i helseregion 1 og 2, slik at Oslo og Akershus kom i samme helseregion.

Det ble i St. meld. nr. 37 (1997-98) ”Et sted må grensen gå”, foreslått ny regioninndeling. Stortingets flertall sluttet seg til dette og inndelingen ble fastsatt ved kgl. res. 15. januar 1999. Riket inndeles i fem helseregioner. Regionene består av følgende fylkeskommuner:

Helseregion Nord-Norge: Finnmark, Troms, Nordland

Helseregion Midt-Norge: Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal

Helseregion Vest: Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland

Helseregion Øst: Oppland, Hedmark, Akershus, Oslo, Østfold

Helseregion Sør: Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder

15.2 Lover og forskrifter som regulerer det regionale samarbeidet i dag

15.2.1 Lovregulering av de regionale helseutvalgene

For å sikre at lovendringen om regionalt samarbeid kunne tre i kraft allerede 1. januar 1999 fremmet regjeringen Ot.prp.nr. 48 (1997-98) ”Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid”. Proposisjonen foreslo å lovregulere de regionale helseutvalgene gjennom en endring av dagens sykehuslov og lov om psykisk helsevern. Proposisjonen med lovregulering av det regionale samarbeid ble fremmet 3. april 1998. Det ble foreslått følgende lovendringer:

- Riket inndeles i helseregioner.
- De regionale helseutvalgene formaliseres.
- De regionale helseutvalgene pålegges å utarbeide regionale helseplaner.
- Departementet gis hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om de regionale helseplanenes innhold og utforming og rapportering om gjennomføring av planene.
- Departementet gis hjemmel til endelig å vedta de regionale helseplaner.
- Departementet gis hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om de regionale helseutvalgs oppgaver.

Den viktigste endringen sammenlignet med bestemmelsene som ble foreslått i høringsnotatet er: Ingen hjemmel for departementet til å gi bestemmelser om organiseringen av det regionale helseutvalget eller organer som bistår utvalget.

15.2.2 Forskrift om regional helseplan

Ot.prp.nr. 48 (1997-98) gav Staten lovgrunnlag for i forskrift å kunne gi en nærmere utforming av innholdet i den regionale helseplanen, og rapportering om gjennomføring av denne. Forskrift om regional helseplan ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 1. februar 1999 med hjemmel i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus mv. § 2 a og lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern § 2 a.

§ 1 ”Formål” lyder: Den regionale helseplanen skal sikre spesialisthelsetjenestens kvalitet, befolkningens behov for tilgjengelig spesialisthelsetjeneste og effektiv bruk av ressursene. Planen skal legge til rette for tett samarbeid mellom fylkeskommunene om spesialisthelsetjenesten, rasjonell fordeling av oppgavene og god organisering av spesialisthelsetjenesten. Planen skal også legge til rette for godt samarbeid og god samordning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Forskriften inneholder 8 paragrafer til med merknader til de enkelte bestemmelser:

- § 2 Plikt til å utarbeide regional helseplan
- § 3 Innholdet i regional helseplan
- § 4 Planens utforming
- § 5 Behandling av regional helseplan
- § 6 Endringer av vedtatt regional helseplan
- § 7 Virkninger av regional helseplan
- § 8 Resultat rapportering
- § 9 Ikrafttredelse

Hensikten med forskriften er ikke å gi hjemmel for en detaljstyring av spesialisthelsetjenesten, men å sikre at overordnede nasjonale mål for helsepolitikken oppfylles. Forskriften gir imidlertid Staten et kraftig styringsverktøy i forhold til innholdet, utformingen og implementering av nasjonale prioriteringene i de regionale helseplaner. Departementet skal vedta og kan gjøre endringer i planene. Dette forhold virker antagelig oppdragende på prosessen i det regionale planarbeidet og fører til en sterkere motivasjon for fylkeskommunal enighet.

I de tilfeller hvor det foreligger enighet mellom fylkeskommunene, må imidlertid departementet være særlig tilbakeholden med å gjøre endringer. Ved enighet om sentrale regionale prioriteringer skal departementet ha tungtveiende grunner for å intervensere.

15.2.3 Forskrift om spesialutdanning av leger, og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist

Denne forskriften vil berøre helseplanarbeidet all den tid det regionale helseutvalget er en aktør i prosessen omkring behovet for og fordeling av legestillinger. Dette kan få betydning for resonnementene omkring fordeling og utdanning av tannlegespesialister.

15.3 Nødvendige endringer i lover og forskrifter for å integrere tannhelsetjenesten i den regionale helseplanen

15.3.1 Det regionale helseplanarbeidet

Det regionale helseplanarbeidet er i dag forankret i sykehusloven og loven om psykisk helsevern med tilhørende forskrift. Ot. prp. nr. 10 (1998-99) "Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.", som ble fremmet for Stortinget våren 1999, samordner disse lovene, og denne nye loven integrerer dermed hele den medisinske spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatri og somatikk. Det regionale samarbeid blir hjemlet i denne loven som ikke berører tannhelsetjenesten. Dersom tannhelsetjenesten skal tilsluttes det regionale helseplanarbeidet på lik linje med resten av helsevesenet, kreves en hjemmel i tannhelsetjenesteloven tilsvarende den som er gjort for spesialisthelsetjenesten. Forskriften om regional helseplan kan uten store endringer gjøres gjeldende for tannhelsetjenesten.

15.4 Tannhelsetjenestens muligheter i det regionale samarbeidet

15.4.1 Helsepolitiske prioriteringer

Tannhelsetjenesten er en del av det fylkeskommunale helsevesenet. Dermed er det sannsynlig at også tannhelsetjenesten vil påvirkes av det regionale samarbeidet. De regionale arenaene har noe ulik utforming i forhold til struktur og samhandling, men alle regioner må forholde seg til departementets premisser for utforming og innhold av de regionale helseplanene. Med andre ord må regionale helseutvalg samhandle i et regionalt perspektiv hvor vektlegging av nasjonale mål fra departementets side vil være grunnleggende for det regionale helseplanarbeidet. Dette vil selvfølgelig også legge føringer på de helseøkonomiske prioriteringer i fylkeskommunene som tannhelsetjenesten er en integrert del av.

15.4.2 Ulike samarbeidsformer

Med dette som utgangspunkt kan Den offentlige tannhelsetjenesten få et fullverdig medlemskap eller en løsere tilknytningsform til det regionale helseplanarbeidet. En full integrering av tannhelsetjenesten innebærer at forskriften også gjelder for

tannhelsetjenesten. På den andre siden er det slik at lovhjemmelen for interkommunalt samarbeid i kommunelovens § 2-7 fullt ut muliggjør opprettelsen av regionale kompetansesentra ved et mer eller mindre formalisert samarbeid mellom fylkene i en region. Muligheten har eksistert siden endringen av kommuneloven, men få har utnyttet potensialet som ligger i denne typen samarbeid. Hva som er mest formålstjenlig, vil blant annet være avhengig av i hvor stor grad det trengs drahjelp fra departementet i forbindelse med opprettelse av kompetansesentra.

Dersom en utvikler regionale samarbeidsformer i tannhelsetjenesten på siden av det som er formalisert gjennom lov og forskrift, vil antagelig veien bli noe tyngre, men ikke nødvendigvis umulig. Forsøk på å opprette regionale odontologiske kompetansesentra i enkelte regioner har tydelig avdekket hvor vanskelig et uforpliktende og uformelt samarbeid mellom fylkeskommunene er. Det er dessuten mye som tyder på at det forpliktende regionale samarbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten nå i sterkere grad vil utvikle seg til andre områder innenfor helsevesenet som det er naturlig å samarbeide om, fordi fylkeskommunen ser seg tjent med det.

15.4.3 Odontologiske kompetansesentra

Regionale odontologiske kompetansesentra, med de intensjoner som ligger til grunn for opprettelsen av disse, vil ha mye til felles med en del funksjoner på ordinære sykehus som er tillagt etter- og videreutdanning. Selve driften av slike sentra innebærer således ingen nye problemstillinger verken organisatorisk eller finansielt for fylkeskommunene eller departementet. Spesielt den polikliniske virksomhet med de inntekter det innebærer, vil være et pre for odontologiske sentra. I et strukturelt perspektiv vil regionale odontologiske kompetansesentra være en naturlig utvikling av og utgjøre en del av det regionale helsevesen.

I dag eksisterer noen kompetansesentra underlagt ulike departementer. Disse har imidlertid stort sett spesielle landsdekkende funksjoner, og modellene synes lite egnet for regionale odontologiske sentra.

15.4.4 Rekruttering til og stabilitet i stillinger

Tidligere utredninger og signaler fra Helse- og sosialdepartementet den siste tiden tyder på at de oppfatter rekrutterings- og stabilitetsproblemene i tannhelsetjenesten og skjevfordelingen av tannlegespesialister som et alvorlig nasjonalt problem. Departementet vurderer en rekke virkemidler for å bedre på forholdene. Utvikling av regionale odontologiske kompetansesentra er én strategi, og på denne bakgrunn er det hensiktsmessig at odontologien entrer den regionale manesjen for å øve innflytelse på regionale prosesser.

15.4.5 Konklusjon

Tannhelsetjenesten står, til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, i en situasjon hvor det kan bygges opp en helt ny regional struktur for odontologiske kompetansesentra fra grunnen av. Dette er på mange måter en gyllen anledning og et gunstig tidspunkt for Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge til å finne sin plass og i større grad integreres i det norske helsevesen.

Kapittel 16. Godkjenningsordninger for odontologiske spesialiteter og spesialister

16.1 Regelverket som ligger til grunn for dagens godkjenningsordninger

16.1.1 Tannlegeloven

I lov av 13. juni 1980 nr 43 om tannleger heter det i §13 om godkjenning av spesialister:

”Kongen gir alminnelige forskrifter om godkjenning av tannleger som spesialister innen avgrenset del av odontologisk fagområde. Kongen kan også gi forskrifter om vilkår for å beholde godkjenningen som spesialist, og om tilbakekall av slik godkjenning. Departementet kan gi nærmere forskrifter og treffe enkeltvedtak om godkjenning av spesialister og gi nærmere forskrifter om dette til Den norske tannlegeforening. Bare den som er godkjent som spesialist kan bruke tittel eller betegnelse som gir, eller kan være egnet til å gi, uttrykk for at han er spesialist.”

I tannlegelovens § 14 om særlige undersøkelses- og behandlingsmetoder står det:

”Kongen kan etter innhentet uttalelse fra Statens tannlegeråd beslutte at bestemte undersøkelses- og behandlingsmåter bare skal kunne nyttes av tannleger som har særskilt tillatelse fra departementet.”

16.1.2 Forskrifter

Med hjemmel i tannlegelovens § 13 har departementet gitt to forskrifter om godkjenning av spesialister og spesialiteter. Forskriftenes innhold er omtalt i kapittel 3.

”Forskrift om krav om tillatelse til bruk av lystgassanalgesi ved tannbehandling” gitt 4. desember 1992 nr 1037, omhandler ikke spesialistgodkjenning. Denne forskriften er gitt i medhold av tannlegelovens § 14 om særskilt tillatelse for å bruke bestemte behandlingsmåter. Etter forskriften er det Den norske tannlegeforening (NTF) som kan gi slik tillatelse på bakgrunn av dokumentert godkjent utdanning ved et av de odontologiske fakulteter i Norge.

16.1.3 NTFs spesialistregler

Spesialistreglene til Den norske tannlegeforening er inndelt i alminnelige bestemmelser og spesielle bestemmelser for hver enkelt av de fire godkjente spesialiteter. De generelle bestemmelsene er omtalt i kapittel 3.

I NTFs spesielle bestemmelser stilles detaljerte krav for å kunne søke godkjenning som kjeveortoped, oralkirurg, periodontist og pedodontist. Felles for alle spesialiteter er krav om

- at kandidaten må ha praktisert som tannlege i minst to år,
- at kandidaten har gjennomført nødvendig spesiell utdanning,
- at kandidaten har fått godkjent det nødvendige antall kasus,
- at kandidaten har forfattet et godkjent skriftlig arbeide og
- at kandidaten har bestått eksamen.

16.2 Dagens godkjenningspraksis

Det regelverk som er beskrevet er grunnlaget for dagens godkjenningspraksis. Det gjelder fagområde for spesialitet, omfang og innhold i utdanningen, godkjenning av utdanningsinstitusjoner og spesialistgodkjenning.

16.2.1 Fastsettelse av spesialiteter og regler for spesialistutdanning

Det er Statens helsetilsyn som har myndighet til å fastsette spesialiteter og krav til utdanning og vilkår som skal gjelde for hver spesialitet. Dette skjer etter innstilling fra Den norske tannlegeforening etter behandling i spesialitetsrådet, hovedstyret og representantskapet. I slike saker skal det også foreligge uttalelse fra fakultetene.

Inntil videre er det NTFs spesialistregler som skal legges til grunn for omfang og innhold i utdanningen for hver spesialitet. De odontologiske fakultetene må altså utforme sitt undervisningstilbud innenfor de rammer spesialistreglene setter. I praksis er det et nært samarbeid mellom NTF og fakultetene på dette området. Fakultetene er bl.a. representert i NTFs spesialitetsråd. Endring av spesialistreglene må tas opp med Helsetilsynet.

16.2.2 Godkjenning av utdanningsinstitusjoner

I dagens regelverk er det ingen paragrafer som eksplisitt omhandler godkjenning av utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning. I Norge er det bare to odontologiske fakulteter og disse har gjennom en årrekke utdannet spesialister. Det må oppfattes som underforstått at begge fakulteter er å betrakte som godkjente institusjoner for spesialistutdanning.

Ved en desentralisert videreutdanning der også odontologiske kompetansesentra i helseregionene kan tjene som utdanningsinstitusjoner, blir det nødvendig at gjeldende forskrifter presiserer hvor godkjenningsansvaret for utdanningsinstitusjoner ligger.

16.2.3 Spesialistgodkjenning

Inntil videre er Den norske tannlegeforening delegert myndighet til å godkjenne spesialister i odontologi etter fullført utdanning ved fakultetene. Enkeltvedtak om godkjenning som spesialist kan påklages til Helsetilsynet.

De siste årene har det hendt at kandidater med godkjent spesialistutdanning fra fakultetene er blitt underkjent av NTF. Fra fakultetshold blir det pekt på at dette er uheldig, og det etterlyses ordninger der godkjent spesialistutdanning automatisk fører til godkjenning som spesialist. I "Lovutkast - lov om helsepersonell mv." (1) er det åpnet adgang for å delegere godkjenningsmyndighet til lærested. Likevel må kandidatenes rettssikkerhet i dagens system anses å være ivaretatt gjennom ankeordningen.

16.2.4 Godkjenning av spesialutdanning

For kandidater som har gjennomført klinisk videreutdanning (spesialutdanning) på fagområder som ikke er spesialiteter, eksisterer ingen offentlig godkjenningsordning. Her er det fakultetene som utsteder bevis for fullført og godkjent utdanning. For det brede publikum kan det være vanskelig å oppfatte skillet mellom spesial- og spesialistutdanning, særlig ettersom utdanningene i innhold og omfang er likeverdige. Det er også grunn til å peke på at et slikt skille ikke finnes på andre medisinske fagområder.

16.3 Innvendinger mot dagens godkjenningsordninger

Dagens godkjenningsordninger mangler en enhetlig struktur, og det kan reises tvil om godkjenningsmyndighet ligger hos de rette organer.

16.3.1 NTFs rolle

Den norske tannlegeforening har en sentral posisjon i godkjenningsstrukturen. NTF godkjenner den enkelte spesialist og har i tillegg stor innflytelse over hvilke fagområder som kan aksepteres som spesialiteter. NTFs posisjon har sammenheng med foreningens faglige tyngde og aktive engasjement gjennom mange år. Imidlertid er NTF først og fremst en forening som skal ivareta medlemmenes interesser. I saker der det kan være motsetninger mellom medlemmenes interesser og samfunnsinteresser, må det forventes at NTF prioriterer medlemmene.

Denne mulige interessemotsetningen skaper neppe problemer når det gjelder godkjenning av den enkelte kandidat. Dersom myndighetene ønsker sterkere styring av helsepolitikken f.eks. gjennom opprettelse/avskaffelse av spesialiteter, bør et annet organ enn NTF ha avgjørende innflytelse. Et slikt organ må, i tillegg til å representere brede samfunnsinteresser, også ha betydelig odontologisk kompetanse.

16.3.2 Statens helsetilsyn sin rolle

Statens helsetilsyn har i dagens godkjenningsordninger all formell myndighet. Dette er en "arv" fra Helsedirektoratets tid. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten (2). Helsetilsynet skal være faglig sterkt og uavhengig. I tillegg til tilsynsoppgavene skal Helsetilsynet drive rådgivning og kompetanseoppbygging overfor helsetjenesten og formidle faglige råd til Sosial- og helsedepartementet.

16.3.3 Departementets rolle

Sosial- og helsedepartementet har etter gjeldende forskrifter ingen direkte innflytelse på godkjenningsordningene for tannlegespesialiteter. Dette er en uheldig situasjon med tanke på statlig styring av helsetjenester på det odontologiske fagområdet.

16.3.4 Godkjenningsordninger for legespesialister

I "Forskrift om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist", gitt 3. september 1998, beskrives godkjenningsstrukturen for medisinske spesialiteter og legespesialister. Av forskriften går det fram at Sosial- og helsedepartementet har den formelle godkjenningsmyndighet når det gjelder:

- fagområde for spesialitet,
- regler for gjennomføring av spesialistutdanning, krav til gjennomført utdanning og andre vilkår som må oppfylles,
- institusjoner som kan gi utdanning og
- den enkelte spesialitet.

Når det gjelder godkjenning av den enkelte kandidat som spesialist, er myndigheten delegert Den norske lægeforening. Myndighet til tilbakekalling av godkjenning som spesialist, som tidligere var delegert Lægeforeningen, er lagt til Statens helsetilsyn.

Forskriften omtaler også opprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger: ”Kongen oppretter et nasjonalt råd som skal være rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet i overordnede spørsmål om spesialistutdanning av leger.” Før departementet treffer avgjørelser som vedrører de tre første punktene over, skal sakene forelegges Nasjonalt råd.

16.4 Nasjonalt råd for utdanning av legespesialister

Myndighetenes motivasjon for å utforme ny forskrift for spesialistutdanning av leger har vært ønsket om sterkere statlig styring av utforming og gjennomføring av spesialistutdanningen (3). Den samme motivasjonen ligger til grunn for opprettelse av Nasjonalt råd (4).

16.4.1 Mandat

Rådet skal være rådgivende organ for departementet eller den departementet har delegert myndighet til i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføring av og kvalitet på all spesialistutdanning av leger.

Nasjonalt råd skal særlig vurdere og gi råd vedrørende:

- godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordeling av disse
- godkjenning av spesialitetsreglene
- godkjenning av utdanningsinstitusjon
- gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen

16.4.2 Sammensetning av rådet

Rådet består av representanter for partene som er sentrale i gjennomføring av spesialistutdanning av leger, samt en representant for pasientene. Rådet får dermed slik sammensetning:

Staten	3 representanter (inkl leder)
KS	3 rep
Oslo kommune	1 rep
helseregionene	5 rep
universitetene	4 rep
Lægeforeningen	4 rep
Norsk pasientforening	1 rep

Sosial- og helsedepartementet har anledning til å møte som observatør. Faglig kjennskap til spesialistutdanning er en sentral forutsetning for rådet, og dette bør reflekteres i representantenes bakgrunn.

16.4.3 Oppnevning

Nasjonalt råd med leder og nestleder oppnevnes av departementet, etter at KS, fylkeskommunene ved de regionale helseutvalg, universitetene, Lægeforeningen og Norsk pasientforening har fremmet forslag om representanter. Medlemmene oppnevnes for fire år av gangen.

16.4.4 Arbeidsmåte, sekretariat og økonomi

Nasjonalt råd står fritt til å oppnevne sitt eget arbeidsutvalg og nedsette arbeidsgrupper innenfor gjeldende budsjettamme. Rådet har eget uavhengig sekretariat som består av sekretariatsleder og medarbeidere. Sekretariatsleder er administrativt underlagt leder for Nasjonalt råd. Utgiftene til rådet og sekretariatet dekkes av Staten.

16.5 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger

I tannhelsesektoren ivaretas mange av de arbeidsoppgavene som for legenes del er tillagt Nasjonalt råd i dag av Tannlegeforeningens spesialitetsråd. Som påpekt i punkt 16.3.1, kan dette være en uheldig ordning. Argumentet om sterkere statlig styring tilsier dessuten at det også for spesialistutdanning av tannleger opprettes et tilsvarende Nasjonalt råd. Spørsmålet blir hvilken sammensetning et slikt råd skal ha. Det foreligger minst fire muligheter:

- A. Opprettelse av eget Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger, uavhengig av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger.
- B. Eget Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger med felles sekretariat.
- C. Tilslutning til Nasjonalt råd for leger ved utvidelse av rådet med odontologisk kompetente medlemmer når tannhelsesaker behandles.
- D. Felles råd for leger og tannleger der representantene fra universitetene og Lægeforeningen skiftes ut når tannhelsesaker behandles.

16.5.1 Drøfting av alternativer

To sentrale forhold ligger til grunn for å velge mellom disse alternativene.

1. Tannleger har ofte følt seg på sidelinjen av det øvrige helsevesen. Mange innenfor det odontologiske fagområdet har arbeidet, ikke bare for en nærmere tilknytning, men også for en integrering i helsevesenet.
2. Odontologisk fagkompetanse er av så spesiell natur at den i hovedsak kun beherskes av odontologer. Faglig kjennskap til spesialistutdanning for tannleger må, på samme måte som for leger, være sentral for et Nasjonalt råd for utdanning av tannlegespesialister. Dette bør også her reflekteres i representantenes bakgrunn.

Det første forholdet eliminerer alternativ A og langt på vei alternativ B. Det andre forholdet svekker i stor grad alternativ C. I dette alternativet vil den nødvendige faglige tyngde og bredde mangle. Dermed gjenstår alternativ D som det mest fornuftige.

16.6 Framtidig godkjenningsstruktur for odontologiske spesialiteter og spesialister

Med bakgrunn i de forhold, momenter og argumenter som er belyst i dette kapitlet ligger det til rette for følgende godkjenningsstruktur for odontologiske spesialiteter og spesialister:

16.6.1 Forskrifter

Gjeldende forskrifter om spesialiteter og spesialister i odontologi (30. august 1984 nr 1643 og 1644) oppheves. Det utarbeides ny forskrift om spesialistutdanning av tannleger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av tannleger som spesialist. Denne forskriften utformes i tråd med tilsvarende forskrift for leger (3. september 1998 nr 858).

16.6.2 Spesialistutdanning av tannleger

Sosial- og helsedepartementet gis myndighet til å godkjenne institusjoner for spesialistutdanning av tannleger. Departementet gis myndighet til å fastsette

- hvilke avgrensede deler av det odontologiske fagområdet (spesialiteter) det kan gis spesialistgodkjenning i,
- krav til innholdet i utdanningen,
- regler om gjennomføring av spesialistutdanning for tannleger (spesialistregler),
- krav til gjennomført utdanning ved ulike godkjente institusjoner,
- krav om å gjennomgå eksamen,
- andre vilkår som søker må oppfylle.

Før departementet treffer vedtak i disse sakene skal uttalelse fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger foreligge.

16.6.3 Godkjenning som tannlegespesialist

Kandidater som har gjennomført utdanning etter de krav og regler som gjelder, kan få godkjenning som tannlegespesialist. Den norske tannlegeforening delegeres myndighet til å behandle og avgjøre enkeltsaker om godkjenning, tilsvarende den ordning som gjelder i dag. Statens helsetilsyn er ankeinstans i slike saker.

Statens helsetilsyn gis myndighet til å tilbakekalle spesialistgodkjenning av tannlege dersom vektige grunner foreligger.

16.7 Vurdering av tidsbegrenset spesialistgodkjenning

I utkast til ny lov om helsepersonell heter det at "Departementet kan ved forskrift stille krav for å opprettholde autorisasjon" og "Departementet kan stille krav for opprettholdelse av spesialistgodkjenning." I merknadene til lovutkastet er disse formuleringene begrunnet i den faglige utviklingen i helsevesenet som betinger tilstrekkelig etterutdanning av helsepersonell. Så langt er imidlertid forskrifter om tidsbegrenset autorisasjon/spesialistgodkjenning ikke utarbeidet.

Å tvinge fram obligatorisk etterutdanning gjennom en slik ordning kan være et godt tiltak for å kvalitetssikre helsepersonellens kompetanse. Dette er imidlertid i seg selv en betydelig helsepolitisk reform som må utredes på bredt grunnlag og som vil kreve store ressurser. Nå er utfordringen først og fremst å bedre videreutdanningstilbudet for tannleger.

Tannleger som velger å gjennomføre en odontologisk spesialistutdanning representerer trolig et utvalg av spesielt interesserte og engasjerte fagpersoner. I dagens situasjon er det lite som tyder på at tannlegespesialister ikke selv tar ansvar for å være faglig oppdaterte. Å starte en slik reform med å innføre tidsbegrenset godkjenning for tannlegespesialister er å begynne i feil ende.

En tidsbegrenset spesialistgodkjenning uten at også autorisasjonen er tidsbegrenset vil skape en juridisk uklar situasjon. Med de rettigheter en tannlege har i kraft av sin autorisasjon vil en eventuell manglende fornyelse av spesialistgodkjenningen ikke ha vesentlige konsekvenser for tannlegens yrkesutøvelse. Tannlegen kan med full rett fortsette å praktisere på sitt spesialområde.

Spørsmålet om tidsbegrenset lisens, autorisasjon og spesialistgodkjenning bør utredes i en større sammenheng. En slik utredning bør omfatte alt helsepersonell som har slike ordninger. Tidsbegrenset spesialistgodkjenning og autorisasjon bør vurderes samlet.

Referanser

1. <http://odin.dep.no/shd/publ>
2. <http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2643>
3. Regjeringens resolusjon 44/98. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
4. St. meld. 24 96-97. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

Vedlegg

Framdriftsplan

Dato	
21.12.98	Innledende møte med bl.a. fagsjef og rådgiver, Helsetilsynet
13.01.99	Innstilling til prosjektgruppe og prosjektmedarbeidere
jan 99	Utarbeidet foreløpig prosjektbeskrivelse
03.02.99	Tildelingsbrev fra SHD til Helsetilsynet
11.02.99	Foreløpig mandat fra SHD
11.02.99	Møte med fagsjef, oppnevning av prosjektgruppe
feb 99	Utarbeidet kontrakter og oppgavebeskrivelser
12.02.99	Møte med prosjektgruppe og prosjektmedarbeidere, tildeling av oppgaver
25.02.99	Mottatt endelig mandat fra SHD
22.03.99	Godkjent prosjektbeskrivelse
mars 99	Innstilt til referansegruppe, invitert til utnevning av representanter
15.04.99	Møte med SHD, orientering om prosjektet
15.05.99	Svarfrist for representanter til referansegruppe
15.05.99	Frist for innsending av utkast til kapitler
01.06.99	Mottatt tilleggsmandat fra SHD
7.-8.06.99	Møte i prosjektgruppa (Lillehammer), gjennomgang av kapittelutkast
juni 99	Gi tilbakemelding til prosjektmedarbeiderne
18.06.99	Møte i styringsgruppa, statusrapport, endelig utnevning av referansegruppe
31.08.99	Frist for innsending av bearbejdede manuskripter
20.09.99	Første møte i referansegruppa (Helsetilsynet)
21.09.99	Andre møte i styringsgruppa
21.09.99	Møte i prosjektgruppa for vurdering av innspill
27.09.99	Møte med SHD
okt 99	Utarbeidelse av utkast til komplett rapport
15.11.99	Andre møte i referansegruppa
16.11.99	Siste møte i prosjektgruppa
nov 99	Utarbeidelse av endelig manuskript
03.12.99	Godkjennelse av manuskript i styringsgruppa
des 99	Trykking, korrektur
15.01.00	Ferdigstilling av utredning, avslutning av prosjektet

REVIDERT PROSJEKTBEKRIVELSE

FOR STATENS HELSETILSYNS UTREDNING OM:

ODONTOLOGISKE SPESIALISTTJENESTER - UTDANNING AV
SPESIALISTER OG OPPRETTELSE AV REGIONALE
ODONTOLOGISKE KOMPETANSESENTRER

Standard behandlingsprosedyre, Avdeling for primærhelsetjeneste
Utarbeidet av Nils Lunder prosjektleder
Kontrollert av Ola Johan Basmo fagsjef
Godkjent av Jan Fredrik Andresen avdelingsdirektør
Gyldig fra 22. mars 1999. Antall sider: 10

1. Bakgrunn

I lov av 3. juni 1983 nr 54 om tannhelsetjenesten heter det (§1-1): "Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket." Ellingsæter foreslår i utredningen nr 7 - 92 "Tannhelsetjenesten i Norge" at en spesialistutredning gis høy prioritet.

Under avsnittet om "Utvikling av tannhelsetjenesten" i statsbudsjettet for 1999 står det bl.a.: "Videre avsettes midler til utredning om regionale kompetansesentra og spesialistutdanning av tannleger. Stortinget ba i vedtak av 7. mai 1998 regjeringen om å vurdere eventuell opprettelse av odontologiske kompetansesentra. Slike sentra bør vurderes i sammenheng med spesialistutdanning av tannleger, de odontologiske fakultetenes rolle i dette og de endringer som skjer mht. spesialistutdanningen av leger. Videre bør kompetansesentra vurderes i forhold til spesialistvirksomhet innen tannhelsetjenesten, fagutvikling og stabilitet i Den offentlige tannhelsetjenesten."

2. Kort om dagens situasjon

Det er tidligere bevilget statlige midler til opprettelse av odontologiske kompetansesentra i Bodø og Tromsø. Dessuten foreligger planer for et slikt senter knyttet til "RiT 2000". I Oppland har fylkeskommunen på eget initiativ satt i gang utvikling av kompetansesenter ved Lillehammer tannklinikk.

De odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen tilbyr spesialutdanning innenfor de fleste kliniske fagområder. Denne utdanningen er i hovedsak lagt opp som et treårig heltidsstudium (oral kirurgi er femårig). Utdanningen er sentralisert, dvs. den foregår på fakultetet.

I Norge er det for tiden fire godkjente odontologiske spesialiteter: oral kirurgi, kjeveortopedi, periodonti og pedodonti. Statens helsetilsyn fastsetter krav til utdanning og vilkår som gjelder for hver spesialitet samt de odontologiske fagområdene det kan gis spesialistgodkjenning i. Godkjenning av spesialister er delegert Den norske tannlegeforening.

3. Hensikten med utredningen

Hensikten med utredningen er å gi politiske myndigheter et faglig grunnlag for å fatte beslutninger vedrørende oppstart av odontologiske kompetansesentra og utdanning av tannlegespesialister. Statens helsetilsyn gjør utredningen på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet.

Utredningen skal resultere i en rapport i Statens helsetilsyns utredningsserie. Rapporten overleveres omtalte departement.

4. Mandat

Utredningsmandatet er gitt i brev datert 25.02.99 fra SHD til Statens helsetilsyn. Innholdet i brevet gjengis her i sin helhet:

“UTREDNINGSMANDAT - STATENS HELSETILSYN

Sosial- og helsedepartementet viser til departementets tildelingsbrev av 3. februar 1999 til Statens helsetilsyn og tidligere diskusjon om utredningsoppdrag. Statens helsetilsyn er over kap 701 post 21 tildelt 1 mill kroner til utredning av odontologiske spesialtjenester og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra.

Bakgrunn

Lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 nr 54 § 1-1 plasserer ansvaret for at befolkningen skal ha tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester hos fylkeskommunene:

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

På oppdrag fra departementet foretok daværende Helsedirektorat i perioden 1990-92 en utredning om tannhelsetjenesten. Helsedirektoratets utredningsserie nr 7-92 *Tannhelsetjenesten i Norge - Beskrivelse, vurdering og perspektiver fram mot 2015* (Ellingsæterutredningen) beskriver blant annet spesialisttannhelsetjenesten og diskuterer forholdet mellom spesialkompetanse og realkompetanse, samt problemene rundt fordelingen av spesialister i landet. Rapporten foreslår en utredning om odontologiske spesialisttjenester med begrunnelse i at behovet for spesialister må vurderes ut fra den reelle kompetanse som allmennpraktikeren kan oppnå, og ikke på grunnlag av den formelle kompetanse ved endt utdanning. En sterkere statlig styring av behovet for personell ut fra statens egne analyser blir anbefalt.

Etter en interpellasjon fra representanten Alvheim fattet Stortinget 7. mai 1998 følgende vedtak:

Stortinget ber Regjeringen vurdere å fremme forslag for Stortinget om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner.

I interpellasjonsdebatten uttalte helseministeren bl.a.:

Jeg er enig med representanten Alvheim i at behovet for kompetanseoppbygging, og ikke minst en noe jevnere fordeling av denne kompetanse i helseregionene, er til stede når det gjelder tannhelsetjenesten. Jeg vil derfor se det som naturlig når de regionale helseplaner nå kommer sterkere inn i styringen av den samlede spesialisttjeneste, at også denne delen av spesialisthelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten, blir prioritert og vurdert i en slik helhetlig plansammenheng.

Spesialistutdanning av leger og spesialisthelsetjenester

Utdanningen av legespesialister foregår først og fremst gjennom praksis i en assistentlegestilling under kontinuerlig veiledning av en spesialist. I tillegg er det krav om deltagelse på en rekke obligatoriske kurs. Kravet til tjenestetid er for de fleste spesialiteter 4-5 år. 1. januar 1999 trådte nye forskrifter om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekall av leger som spesialist i kraft. Formålet med endringene er en sterkere statlig

styring med spesialistutdanningens innhold og kravet til utdanningsstillinger. Det ble opprettet et nasjonalt råd for spesialistutdanning. Rådet skal overta de oppgaver som tidligere var delegert til hhv. Statens helsetilsyn og Den norske lægeforening. I følge forskriftene skal Sosial- og helsedepartementet fastsette de medisinske spesialiteter, godkjenne utdanningsinstitusjoner og gi nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanningen, krav til gjennomført utdanning og andre vilkår for godkjenning som spesialist. Det nasjonale råd skal være rådgivende organ for departementet i overordnede spørsmål om spesialistutdanningen for leger. Rådet består av representanter for de sentrale partene i gjennomføringen av spesialistutdanningen. Før departementet fastsetter regler og godkjenner utdanningsinstitusjoner, skal uttalelse fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger innhentes.

Samtidig trådte det formaliserte kravet om regionalt samarbeid i kraft. Fra 1. januar 1999 skal Riket inndeles i helseregioner. I hver region skal det etableres et regionalt helseutvalg. I forslaget til forskrifter om regionale helseplaner framgår at det regionale helseutvalg skal utarbeide en kortfattet fireårig plan for spesialisthelsetjenesten i regionen etter nasjonale prioriteringer og mål. Det skal redegjøres for hvordan behovene for spesialisthelsetjenester i regionen skal dekkes. Helseplanen skal så vedtas av departementet. Det forutsettes at fylkeskommunene samarbeider tett om oppgavene innen spesialisthelsetjenesten.

Spesialistutdanning av tannleger og spesialisttannhelsetjenester - problembeskrivelse:

Spesialist- og videreutdanning av tannleger foregår i dag ved de odontologiske fakulteter i Oslo og Bergen. Det er ikke opprettet egne utdanningsstillinger for spesialistutdanning i odontologi. Fakultetene fastsetter kriterier for opptak, mens innhold og omfang av de enkelte spesialiteter fastsettes av Statens helsetilsyn. Godkjenningsordningen er delegert til Den norske tannlegeforening.

Sosial- og helsedepartementet mener fire sentrale problemstillinger preger tilbudet av spesialiserte tannhelsetjenester i Norge i dag:

For det første viser nye tall en sterk skjevfordeling av tannlegespesialister i Norge, med en konsentrasjon i de sentrale strøk av landet. Ifølge en vurdering av tannlegebehov i forbindelse med utredningen om tannlegestudium i Tromsø må det skje en økning av spesialistantallet med 122% i Nord-Norge og 82% i Midt-Norge for å komme opp på landsgjennomsnittet. Skjevfordelingen medfører en ulik tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester i landet. Det utdannes per i dag ikke tilstrekkelig mange tannlegespesialister til å utjevne de store forskjellene nasjonalt.

For det andre mangler fylkeskommunene og statlige myndigheter per i dag reelle styringsmuligheter når det gjelder antall utdanningsplasser for tannlegespesialister og/eller opptaksvilkår.

Et tredje sentralt spørsmål for fremtiden er også hvilke spesialiteter vi skal ha innen tannhelsetjenesten, sett i lys av utviklingen innen grunnutdanningen av tannleger og fremtidig behov for kompetanse innen tannhelsetjenesten. Departementet vil i denne

sammenhengen blant annet peke på at det i dag ikke gis videreutdanning innen samfunnsodontologi eller allmennpraksis, og at oppbygging av slik kompetanse vil kunne ha en positiv innvirkning på rekrutteringen til Den offentlige tannhelsetjeneste. Vurdering av tilleggsutdanning innen avgrensede fagområder eller endringer i type spesialiteter er også viktig i denne sammenhengen.

Innen tannhelsetjenesten er det regionale samarbeid om odontologiske spesialisttjenester på begynnerstadiet. Sosial- og helsedepartementet bevilget i 1995 1 mill kroner til oppstart av et regionalt kompetansesenter i Bodø. Det er utført en utredning om oppstart av et tilsvarende senter i Tromsø. Det planlegges et kompetansesenter i Trondheim i tilknytning til RiT, og Oppland fylkeskommune har på eget initiativ begynt utviklingen av et senter på Lillehammer. I helseregion 3 og 4 har de regionale helseutvalg startet drøftinger rundt spørsmålet om regionalt samarbeid på tannhelsefeltet.

For det fjerde anser Sosial- og helsedepartementet det hensiktsmessig å vurdere en videre utbygging av det regionale samarbeidet for de spesialiserte tannhelsetjenester for blant annet å bidra til en jevnere fordeling av spesialister. Likeledes mener departementet at det er hensiktsmessig å vurdere de spesialiserte tannhelsetjenester i lys av en større planmessig sammenheng på regionalt nivå, hvor mange av de totale prioriteringer for et samlet helsevesen vil finne sted i fremtiden. Sentralt i denne sammenhengen står også spørsmålet om i hvilken grad regionale odontologiske kompetansesentra vil kunne ha en viktig rolle i spesialistutdanningen, spredning av tannlegespesialister, i systematisk etter- og videreutdanning og ev. i forskningsaktivitet innen Den offentlige tannhelsetjenesten.

Mandat

På bakgrunn av ovennevnte gis utredningsoppdraget følgende mandat:

Utredningen skal identifisere de problemstillinger som er årsaken til den mangelfulle tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester i deler av landet og den generelle mangelen på tannlegespesialister. Utredningen skal vurdere behovet for spesialiteter og skal inneholde forslag til systemstruktur og statlige styringsvirkemidler som kan bidra til å sikre tilgang og et tilstrekkelig antall spesialister, under hensyntagen til de mål og prinsipper som følger av politiske vedtak. De økonomiske, administrative og distriktsmessige konsekvenser av forslagene må belyses.

Utredningen bør blant annet inneholde:

- Beskrivelse av dagens situasjon når det gjelder befolkningens tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester.
- Beskrivelse av dagens utdanningssystem for tannlegespesialister, herunder utdanningens organisering, lengde, innhold og finansiering. Likeledes en kort beskrivelse av de samme forhold når det gjelder helsetjenester generelt.
- Beskrivelse av dagens utdanningssystem for tannlegespesialister i Norden og andre sammenlignbare land, samt aktuelle EØS-direktiv.
- Vurdering av behovet for opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra og forslag til typer av oppgaver knyttet til slike sentra. Utredningen bør også inneholde en vurdering av og forslag til tilknytningsform og finansiering av virksomheten.

- Vurdering av behovet for videre-/spesialistutdanninger innen odontologi sett i lys av den retning grunnutdanning av tannleger beveger seg, og de kvalifikasjoner allmennpraktikere vil ha i fremtiden. Drøftingen bør også ta hensyn til ev. endringer i sykdomsforekomst og behandlingsbehov i befolkningen. Det bør foretas en grenseoppgang mellom spesialiteter og spesialkompetanse for å vurdere om det vil være hensiktsmessig å slå sammen/fjerne/opprette nye utdanninger. Utredningen bør inneholde forslag om hvilke spesialiteter man bør ha i fremtiden.
- Vurdering av muligheten for effektivisering av spesialistutdanningen innen odontologi gjennom samordning med spesialistutdanningen for leger når det gjelder f.eks. teoretiske emner og kirurgi.
- Vurdering av universitetenes rolle i spesialistutdanningen av tannleger sett i sammenheng med opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra, herunder grad av forskningsaktivitet og muligheten for utdanningsstillinger. Utredningen bør inneholde forslag til organisering i en desentralisert modell hvor regionale odontologiske kompetansesentra inngår.
- Vurdering av muligheten for en effektivisering av tjenestene ved bedre utnyttelse av personellressurser gjennom bruk av annet personell, eksempelvis tannpleiere i periodontipraksis og videreutdanning av hjelpepersonell (jf. ortodontiassistenter i Sverige).
- Vurdering av behovet for andre godkjenningsordninger enn i dag, både med hensyn til godkjenningsmyndighet og kriterier for godkjenning av utdanningsinstitusjoner. Tidsbegrenset spesialistgodkjenning bør også vurderes. Utredningen bør inneholde forslag til struktur på godkjenningssystem.
- Vurdering av behovet for formalisering av regionalt samarbeid og en ev. kobling opp mot de eksisterende regionale helseutvalg. Utredningen bør inneholde forslag til systemstruktur for regionalt samarbeid.
- Vurdering av opprettelse av nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger, ev. en utvidelse av virksomheten til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger.
- Forslag til ordning for utdanning av spesialister og fordeling av spesialisttannlegestillinger.
- Vurdering av økonomiske, administrative og distriktmessige konsekvenser av forslagene.

Forslag til innhold og utdanningsmodell for de foreslåtte utdanninger samt krav til spesialistgodkjenning vil departementet komme tilbake til etter at det har tatt stilling til forslagene i den forestående utredningen.

Organisering og tidsfrist

Utredningen må organiseres på en hensiktsmessig måte slik at Statens helsetilsyn står ansvarlig for hele dokumentets samlede innhold.

Oppdragsgiver anser det hensiktsmessig at man i forbindelse med utredningen også trekker inn samfunnsvitenskapelig/juridisk kompetanse under arbeidet.

Oppdragsgiver holdes etter nærmere avtale orientert om arbeidets fremdrift og vil bidra med ev. presiseringer av mandatet under arbeidet i nær dialog med Statens helsetilsyn.

Utredningen skal være ferdig utført innen utgangen av 1999.”

5. Organisering og bemanning

Prosjektet gjennomføres med styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe og organiseres slik figuren viser.

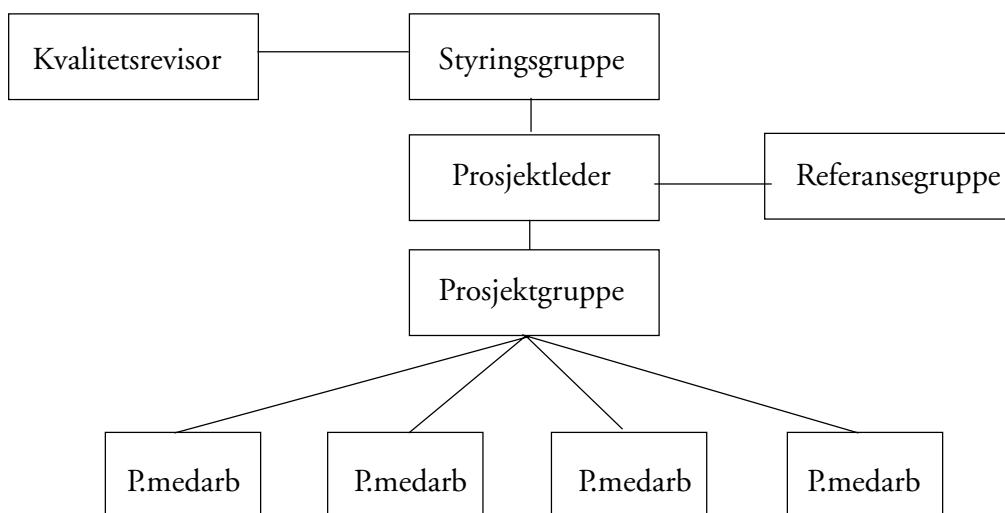


Fig 1 Organisering av prosjektet

Styringsgruppa har det overordnede ansvar for prosjektet. Gruppa er oppnevnt av Statens helsetilsyn og har følgende medlemmer:

Jan Fredrik Andresen (leder)

Inger-Lise Wiig

Ola Johan Basmo

I forberedelsesfasen skal styringsgruppa

- godkjenne prosjektbeskrivelsen
- godkjenne budsjettet
- orientere om prosjektet til ledelsen

Under gjennomføringen av prosjektet skal styringsgruppa

- støtte prosjektleder ved oppstart og gjennom prosjektfasen
- delta i oppstartmøtet
- følge opp fremdrift, ressursbruk og kvalitet i prosjektarbeidet i jevnlige styringsgruppemøter
- vurdere og kontrollere prosjektet ved milepæler
- ta stilling til endringer og nye planer
- styre utformingen av Statens helsetilsyns råd til Sosial- og helsedepartementet

Ved prosjektavslutning skal styringsgruppen

- godkjenne utredningsrapport og sluttrapport

Kvalitetsrevisor oppnevnes av Statens helsetilsyn. Styringsgruppa er kvalitetsrevisors oppdragsgiver, og kvalitetsrevisor rapporterer til den. Kvalitetsrevisor inviteres til

styringsgruppens møter, med talerett. Kvalitetsrevisor er ikke ansvarlig for gjennomføring av noen deler av prosjektet.

Kvalitetsrevisor skal:

- vurdere om prosjektbeskrivelsen er effektiv for å nå målene
- peke på muligheter for forbedringer
- dokumentere observasjonene underveis
- skrive en sluttrapport på maks to A4-sider når prosjektet er avsluttet. Denne rapporten skal oppsummere kvalitetsrevisors erfaringer fra hele prosjektperioden.

Prosjektgruppa oppnevnes av Statens helsetilsyn i samråd med prosjektleder. I dette prosjektet vil det bli lagt vekt på at medlemmene i gruppa er spesielt kompetente fagpersoner som på selvstendig grunnlag kan bidra med deler av utredningen. I tillegg til medlemmene av prosjektgruppa er det aktuelt å engasjere andre prosjektmedarbeidere for delutredninger. I denne utredningen er det en forutsetning fra SHD at Statens helsetilsyn går god for hele innholdet i rapporten. Dermed er det nødvendig med et tett samarbeid mellom de ulike prosjektmedarbeiderne og prosjektgruppa. Prosjektgruppa skal også godkjenne innholdet i den enkelte delutredning.

Prosjektgruppa har følgende sammensetning:

Nils Lunder (prosjektleder)

Harald Eriksen

Paul Christoffersen

Morten Rolstad

Trond Augustson

Kari Line Roald

Prosjektleder har hovedansvaret for gjennomføringen av prosjektet i henhold til prosjektplan. Prosjektleder skal fordele arbeidsoppgaver mellom prosjektmedarbeiderne og koordinere arbeidet i prosjektgruppa. Underveis i prosjektet skal prosjektleder være bindeleddet mellom de ulike gruppene i prosjektet og ha ansvaret for at dokumentasjon fra prosjektgruppas arbeid legges fram for referansegruppa for vurderinger, og sørge for å gi prosjektgruppa og styringsgruppa tilbakemeldinger fra referansegruppa. Prosjektleder rapporterer til og er sekretær for styringsgruppa.

Referansegruppa settes sammen av representanter fra ulike organisasjoner, fagmiljøer og yrkesgrupper som vil bli berørt av utredningens anbefalinger. Det er referansegruppa som ivaretar nødvendig representativitet i prosjektet. Referansegruppa skal komme med synspunkter og kommentarer til det skriftlige materialet som skal med i rapporten.

Det er planlagt to møter med referansegruppa: ett møte før sommerferien der utkast til de viktigste kapitlene blir drøftet, og ett møte før jul med gjennomgang av manuskriptet til rapporten.

For mer detaljert beskrivelse av prosjektleders og de ulike gruppers roller vises til Statens helsetilsyns prosjektveileder.

6. Prosjektplan og disposisjon

Prosjektet skal gjennomføres i løpet av 1999 og utredningen skal være ferdig innen 31/12 - 99. Dette innebærer en svært stram tidsramme, og det er nødvendig at prosjektmedarbeiderne kan prioritere prosjektet høyt og avsette tilstrekkelig med tid i 1999. Innhenting av all relevant informasjon må være gjort før sommerferien. Høsten vil gå med til å utrede økonomiske og administrative konsekvenser samt å utarbeide, redigere og justere selve rapporten. Medlemmer av de ulike gruppene må være oppnevnt og avtaler og kontrakter må være inngått i løpet av mars 1999.

Nedenfor følger en foreløpig disposisjon for utredningen. Navn på prosjektmedarbeidere som har ansvaret for de enkelte kapitler er skrevet i kursiv.

Forord

1. Sammendrag med Helsetilsynets vurderinger og anbefalinger
2. Bakgrunn for utredningen. *Lunder*
3. Aktuelle lover, forskrifter, direktiver og ordninger når det gjelder spesialutdanning og spesialistgodkjenning. *Ellingsater, Christoffersen*
4. Politiske vedtak, føringer og signaler vedrørende spesialutdanning og kompetansesentra
5. Dagens system for videreutdanning av tannleger. *Lunder*
6. Spesial-/spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger i andre europeiske land. *Augustson*
7. Spesialistutdanning for leger i Norge og andre europeiske land. *Øien*
8. Behovet for spesialutdannede tannleger sett i forhold til den kompetanse allmennpraktikere vil få gjennom grunnutdanning, endringer i sykdomsforekomst, nye behandlingsmetoder og behandlingsbehov i befolkningen. *V Strand*
9. Grenseoppgang mellom spesialiteter og spesialkompetanse. *Rolstad*
10. Beskrivelse av situasjonen når det gjelder befolkningens tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester og øvrige spesialisthelsetjenester. Analyse av årsakene til dagens situasjon. *Gimmestad*
11. Struktur for framtidig spesial- og spesialistutdanning (organisering, omfang og finansiering). *Eriksen*
12. Universitetenes rolle i spesialistutdanning av tannleger i en desentralisert utdanningsmodell. *Eriksen*
13. Status og behov for opprettelse av odontologiske kompetansesentra og forslag til typer oppgaver knyttet til slike sentre (behandling av henviste pasienter, etter- og videreutdanning, utdanningsstillinger, forskningsaktivitet m.m.). Forslag til og vurdering av tilknytningsform og finansiering av virksomheten. *Geir Kristiansen*
14. Ordninger for fordeling av spesialisttannleger og tannleger med spesialkompetanse. *Roald*
15. Behovet for formalisert regionalt samarbeid og tilknytning til de regionale helseutvalg. *Dingsør*
16. Godkjenningsordninger for
 - spesialutdanning/spesialitet
 - innhold i utdanningen
 - utdanningsinstitusjon
 - den enkelte kandidat, herunder vurdering av tidsbegrenset godkjenningOpprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av tannleger, eventuell tilslutning til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger. *Lunder*

17. Konsekvenser for økonomi, administrasjon og regelverk som følger av forslag i denne utredningen. *Dingsør*

7. Ressursbehov

Forutsetninger:

- Prosjektleder kjøpes fri i halv stilling i ett år basert på avlønning i lønnstrinn 55. Beløpet overføres tannhelsetjenesten i Oppland fylkeskommune.
- Det beregnes møtegodtgjørelse for ett medlem i prosjektgruppa. Vedkommende er privatpraktiserende kjeveortoped og gis godtgjørelse for faktisk medgått tid etter gjeldende satser.
- Delutredere som må gjøre vesentlige deler av arbeidet på egen fritid honoreres med fra kr 5000 til 25000 alt etter utredningens omfang.
- Rapporten skal distribueres til: SHD, KUF, internt i Statens helsetilsyn, berørte organisasjoner og faggrupper, fylkeslegene, fylkestannlegene, overtannlegene og andre. Rapporten trykkes i ett tusen eksemplarer.

Utkast til budsjett (det tas forbehold om overføringer mellom poster)

Lønn, avgifter og feriepenger prosjektleder	kr 235.000
Reiser osv. prosjektleder	kr 45.000
Godtgjørelse til medlemmer av prosjektgruppa	kr 30.000
Delutredninger	kr 250.000
Reiser prosjektmedarbeidere, referansegruppe, styringsgruppe og andre bidragsyttere	kr 120.000
Leie av møtelokaler, overnattinger	kr 70.000
Trykking, utsendelse og distribusjon på internett	kr 200.000
Administrasjonskostnader, Helsetilsynet	kr 50.000
Behov 1999	kr 1.000.000

Prosjektmedarbeidere

De åtte første er prosjektgruppa.

NAVN	POSTADRESSE
Fagsjef Ola Johan Basmo	Staten helsetilsyn
Rådgiver Paul Christoffersen	Pb 8128 Dep, 0032 Oslo
Prosjektleder Nils Lunder	Pb 1136, Skurva 2605 Lillehammer
Professor Harald Eriksen	Det odontologiske fakultet Pb 1109 Blindern, 0317 Oslo
Tannlege Morten Rolstad	NTF Pb 3063 Elisenberg 0207 Oslo
Tannlegesjef Trond Augustson	Hagegt 23, 0653 Oslo
Tannlege Kari Line Roald	Olavsgt 21, 3257 Larvik
Anne K Sørsgård	Univ- og høyskoleavd, KUF Postboks 8119 Dep, 0030 Oslo
Tannlege Endre Dingsør	Møsavn 4, 3550 Gol
Fylkestannlege Bjørn Ellingsæter	Kirkegt 76, 2609 Lillehammer
Tannlege Anne Gimmedstad	Terrassevn 24, 0682 Oslo
Tannlege Asle Hjelle	Sunnland tannklinikk Klæbuv 211, 7037 Trondheim
Tannlege Gunnar Knobel	Pb 161, 4701 Vennesla
Tannlege Geir Kristiansen	TK-senteret, 8005 Bodø
Tannlege Gunhild V Strand	Det odontologiske fakultet Årstadvn 17, 5009 Bergen
Fagsjef Inger Johanne Øien	Akersgt 2, 0158 Oslo
Tannlege Rolf Mensen	Fylkeshuset, 8005 Bodø

Referansegruppe

Organisasjon

Den norske tannlegeforening
Det odontologiske fakultet i Oslo
Det odontologiske fakultet i Bergen
Fylkestannlegenes kontaktutvalg
Overtannlegene
De medisinske fakulteter
Den norske lægeforening
Fylkeshelsesejefenes kontaktutvalg (KS)

Representant

Overtannlege Liv Lyssandtræ
Professor Hans R Haanæs
Professor Per Johan Wiseth
Fylkestannlege Magnar Torsvik
Overtannlege Anne Grethe Beck Andersen
Overtannlege Peter Marstrander
Overlege Ida Gjessing Trumpy
Fylkeshelsejef Jørgen Tenningås

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

			PRIS
3-1994	Pasientjournalen	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet	IK-2599	(100)
5-1997	Tannhelsetjenesten	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet - innstillinger fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan - kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1994-1999	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser	IK-2692	(100)
3-2000	Stemningslidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling	IK-2695	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker - en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialhelsetjenestens tilbud og behov	IK-2707	(100)
6-2000	HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) - en jakt på ulikhet?	IK-2712	(100)
7-2000	Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialhelsetjenesten	IK-2714	(100)
8-2000	Implementering av veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2719	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpslam	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10	IK-2549	(30)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort mv	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0 - 20 år	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid	IK-2650	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer	IK-2710	(100)
3-2000	Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap	IK-2715	(100)
4-2000	Rehabilitering av mennesker med progrirende nevrotiske sykdommer	IK-2716	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994	IK-2624	(100)
1-2000	Du bestemmer - en annerledes helseveiledning	IK-2702	(100)
2-2000	Nasjonalt geriatriprogram. Erfaringer fra 5 års statlig geriatriisatsning 1994-99	IK-2699	(100)

Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2610	(60)

Vi tar forbehold om endringer i priser

UTDANNING AV SPESIALISTER OG OPPRETTELSE AV REGIONALE ODONTOLOGISKE KOMPETANSESENTRA

Utredningen gjennomgår dagens system for utdanning av tannleger med spesial- og spesialistkompetanse. Antall og geografisk fordeling av tannlegespesialister er også kartlagt. På bakgrunn av gjeldende regelverk, foreslår utredningen løsninger når det gjelder krav til spesialiteter og utdanningssystem.



Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:

Tlf. 22 24 88 86 - Faks 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: www.helsetilsynet.no