

Fellesseminar for tannlegespesialister 1. – 2. november 2012

Høsten 2012, 1.-2. november ble det, for første gang, arrangert felles seminar for tannlegespesialister i Norge. Seminaret ble holdt på Gardermoen Congress Centre, og hadde 230 deltagere. Seminaret var todelt hvor første dag hadde tema: "Spesialistenes fremtid i helse-Norge", med innledere og paneldebatt. Dag to var "fagdag" med tema: "Kompliserte tantraumer, løsninger og komplikasjoner – en tverrfaglig tilnærming".

Bente B. Herlofson åpnet seminaret og innledet med "paraplyorganisasjonens" historie. Munnen er en viktig del av kroppen, munnhulen er den delen av kroppen som gir størst sensorisk tilbakemelding til hjernen.

Innledninger om tema før paneldebatten var delt i tre sesjoner

- Spesialisttannhelsetjenesten i fremtiden
- Tannlegespesialistene og tannlegeforeningen
- Samhandling mellom spesialisttannhelsetjenesten, kompetansesentrene og utdanningsinstitusjonene

Spesialisttannhelsetjenesten i fremtiden

Geir Sverre Braut, konstituert direktør i Statens Helsetilsyn, åpnet med å si at Helsetilsynet anser faren for svikt i spesialisttannhelsetjenesten er liten i forhold til andre deler av helsevesenet, og at de derfor ikke har spesielt tilsyn med tannlegespesialister. Profesjonen selv har høye krav til utførelse og derfor få saker i helsetilsynet. Helsetilsynet er opptatt av det faglige, ikke fordeling av spesialister – det er en politisk beslutning. Helsetilsynet er forsiktige med å si hvordan noe skal være, det skal politikerne gjøre, tilsyn handler om å si noe om hvordan forholdene er i forhold til hvordan de skal være. Her ser han for seg utfordringer i grenseflater, faglig styring og internkontroll, og læring i organisasjonen. Krav til forsvarlig behandling er viktig (ref Helsepersonelloven). Hvor er grenseflaten mellom allmenntannlegen og spesialistene? Grenseflaten er skarpere i medisin enn i odontologi. Her har tannlegestanden en jobb å gjøre med å trekke opp denne grenseflaten. Å drive forsvarlig virksomhet innebærer også at man har gode definisjoner på hva som er god praksis, både for allmenntannlegen og for tannlegespesialistene. Han gir oppdraget til tannlegestanden med å rydde grensen mellom hva allmenntannlegen kan gjøre og hva som bør utføres av spesialister.

Organisering av virksomheten er også viktig, sammen med kunnskap og at kunnskap blir spredt utover i organisasjonen. Kunnskap, at kunnskap spres utover til behandlere og organisering gir til sammen god klinisk praksis.

Bjarne Riis Strøm, fagdirektør i Den norske legeforening, startet sin presentasjon med en historisk gjennomgang av etablering av legespesialitetene fra starten i 1880-årene til i dag, i 1918 ble lesespesialiteten formalisert med 13 spesialiteter, i dag er det 45 forskjellige spesialiteter for legene. De fleste spesialitetene er i sykehus, utenfor sykehus er det hovedsakelig 3 spesialiteter, allmenntannlege (54 % av fastlegene er spesialister i allmenntannlege), samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Utdanning av legespesialister organiseres i stor del av legeforeningen i samarbeid

med arbeidsgivere (helseforetakene og sykehusene), universitetene har svakere rolle i utdanning av legespesialister. De har godkjente utdanningsstillinger (ca 3500 stillinger), med detaljert prosedyreliste for hva kandidatene skal ha gjennomført av typer behandling og mengde behandling for å bli godkjente spesialister. Spesialistutdanningen har beveget seg fra en regelstyrt til en mer målstyrt utdanning, hvor praksisbasert læring dominerer. Målbeskrivelse for de forskjellige utdanningene revideres hvert 4. år. Det er høyt antall legespesialister som godkjennes hvert år, i 2010 ble det godkjent 1155 legespesialister (606 etter norske regler, 549 overføringer fra EU/EØS og 515 re-godkjenninger i allmenntidisin). Utdanningsapparatet er omfattende og spesialistkomiteene er viktige, en komité for hver spesialitet.

Bent Høie, leder av stortingets helse- og omsorgskomité, startet med å si at tannlegespesialistene har en viktig rolle, og får en viktig rolle videre fremover. Tannhelsen i befolkningen stadig bedre – barn får færre hull i tennene og de eldre beholder sine tenner lenger. Dette viser at forebyggende behandling virker – Den offentlige tannhelsetjenesten er et ideal i forebyggelse. Det er allikevel fremdeles et behov, blant annet for mer likeverdig fordeling utover landet. I valgkamper gis det ofte løfter, blant annet om hva det offentlige skal bidra med. Høyre har aldri lovet gratis tannbehandling til alle, de mener at vi har ansvar for egen tannhelse, og det at vi må betale selv bidrar til at vi tar bedre vare på kroppen vår. De fleste har også råd til å betale tannbehandling selv. Høyre vil gi mer til de som trenger det mest, målrettet støtte til de som trenger det mest uavhengig av alder. Regjeringen har varslet gjennomgang av bidragsordninger til tannhelse, og er avhengige av tannleger og tannlegespesialistenes kompetanse i dette arbeidet. Det har vært en økning i antall tannlegespesialister, men allikevel er det behov for flere med spesialistutdanning og med spesialistutdanning og forskerkompetanse.

Det gis per i dag ikke lønn under utdanning til tannlegespesialister, men det kan bli aktuelt hvis det viser seg at fordeling av tannlegespesialister utover landet blir vanskelig. Det har blitt etablert kompetansesentre i tannhelsetjenesten for å heve/spre kompetanse utover.

Spesialistutdanning er etablert som samarbeid mellom kompetansesentre og universitetene, han ønsker synspunkter på dette.

Bent Høie kunne ikke delta resten av dagen og i paneldebatten, så det ble åpnet for en spørsmålsrunde i etterkant av hans innlegg. Det ble satt fokus på tannhelsetjenestens plassering i fylkeskommunen og at spesialistutdanning skal overføres fra universitetene til kompetansesentrene som tema for spørsmålsrunden:

- Det skal være et samarbeid mellom universitetene og kompetansesentrene i spesialistutdanning, alt i spesialistutdanning skal ikke nødvendigvis foregå i kompetansesentrene.
- Sunnmøre tilhører kompetansesentret i Midt-Norge som ligger i Trondheim. Trondheim er geografisk nærmere, men det er enklere å reise til Oslo og Bergen. Det kan bli praktisk vanskelig med samarbeid og utdanning på to forskjellige steder.
- Det kan bli problematisk med samarbeid mellom kompetansesentrene og universitetene i spesialistutdanning. Pasientbehandlingen (som er inntektsgivende) vil sannsynligvis foregå i kompetansesentrene, mens kursvirksomheten vil foregå ved universitetene (genererer

utgifter). Hvordan skal utgifter og inntekter fordeles mellom kompetansesentre og universitetene?

- Spesialistutdanning ved universitetene må ikke legges ned, kompetansesentrene kan utdanne spesialister i tillegg til universitetene. Det er synd at lønn til spesialistkandidater ikke prioriteres. Det er stor belastning for den enkelte kandidat å gå 3 år uten lønn. Man må da enten være godt gift, ta opp lån eller få sponsor f.eks. fra fylkeskommunen. Dette medfører varierende søknad til de forskjellige spesialistutdanningene. Skal spesialistutdanning ved universitetene legges ned? Professor Pål Barkvoll, leder av institutt for klinisk odontologi ved UiO svarte at det er frykt for at spesialistutdanningen skal overføres fra universitetene til kompetansesentrene. Universitetene vil beholde spesialistutdanningen fordi den er viktig for å opprettholde kvalitet i grunnutdanningen.
- Her problematiserer vi utdanning av spesialister som det ene eller det andre. Kompetansesentrene skal delta i utdanning av spesialister, kompetansesentret i Stavanger bygger nå opp muligheter til spesialistutdanning. Dette vil styrke samarbeidet mellom universitetene og kompetansesentrene.
- Samarbeid mellom kompetansesentre og universitetene er viktig. Fremtiden bør være at universitetene opprettholder sin kompetanse og hjelper til med å bygge opp kompetansesentrene.
- Lønn under spesialistutdanning, det bør ikke være forskjell på spesialistutdanning av leger og tannleger, hvorfor får den ene yrkesgruppen lønn under utdanning men ikke den andre?
- Høie avsluttet med å si at han ser denne forskjellen. Han sier at han har fått med seg mange reelle og relevante argumenter fra spørsmålsrunden som han vi ta med seg videre.

Camilla Hansen Steinum, president i Den norske tannlegeforening startet med å informere om NTFs visjon: "dyktige og fornøyde medlemmer med fornøyde pasienter i en befolkning med god oral helse", og virksomhetsidé: "NTF skal arbeide for medlemmenes faglige og økonomiske interesser, samt gode kollegiale forhold. Foreningen skal også arbeide for at odontologisk utdanning og forskning skal legge grunnlaget for tannlegenes faglige kompetanse, samt at hele befolkningen skal dra nytte av en god tannhelsetjeneste".

I strategisk plan, medlemstøttet arbeid, står det blant annet at allmenntannlegen skal være ryggraden i tannhelsetjenesten, og at NTF skal bidra til nødvendig tilgang på spesialistkompetanse i hele landet. De skal også arbeide for lønn til spesialistkandidater.

Vi har i dag 7 spesialiteter, og spesialistene utgjør i overkant av 10 % av medlemsmassen i NTF. Det er skjev fordeling av spesialister, og det har vært rekrutteringsproblemer, blant annet som følge av at det ikke gis lønn under utdanning. Foreningen mener at universitetene har tilstrekkelig kompetanse til å tilby god grunnutdanning og spesialistutdanning. Slik situasjonen er i dag bør fremdeles universitetene ha det faglige ansvaret for spesialistutdanning. Vi har 5 kompetansesentre som skal bidra til å spre kompetanse ut i distriktene. Det er også i gang prøveprosjekt med sykehusodontologi. Foreningen jobber for å få nasjonal prioriterings og opptakskomite for spesialistutdanning, samt lønn under spesialistutdanning. Det vil styrke rekruttering og motvirke ulikhet i fordeling av spesialister i landet.

Når det gjelder spesialistene og NTF så er foreningen glad for at spesialistene har fått stemmerett, og de ønsker tettere samarbeid med spesialistene, blant annet for politisk påvirkning. Foreningen

ønsker at spesialistene skal være representert på faste møter i foreningen; forum for tillitsvalgte, representantskap/ledermøte og at de 2 faste årlige møtene mellom spesialistforeningene og generalsekretær/president opprettholdes.

Kjell Røynesdal, avdelingsdirektør i helse- og omsorgsdepartementet innledet med å si at det har tatt ca 20 år fra planlegging startet til kompetansesentrene er oppe og går, det startet i 1998.

Han viste til kunnskapstriangelet: forskning – utdanning – praksis (stortingsmelding nr 13, utdanning for velferd). I fremtiden ligger samhandling mellom mange; kompetansesentrene, privat spesialisttjeneste, utdanningsinstitusjonene, sykehusene, NIOM, TAKO, allmennt medisinske forskningsenheter og forskningsenheter i pleie og omsorg. Vi får en vertikalisering av odontologien. Premisser fra kunnskapsdepartementet er at utdanningsinstitusjonene skal konsentrere seg om utdanning, forskning og forskningsformidling. Universitetene skal fange opp kunnskapsbehovet i samfunnet, og forskning skal gjenspeile sykdomsbyrden i befolkningen.

Forskning: fakultetene skal delta i oppbygning av forskningskompetanse og infrastruktur for forskning. De skal i samarbeid fange opp og beskrive sykdomsbyrden i befolkningen.

Kunnskapsbehovet er knyttet til samfunnsoppdraget for tjenesten.

Spesialistutdanning: de som er kompetente til å drive spesialistutdanning skal gjøre det, i dag er det kun universitetene. Den praktiske treningen må foregå der pasientene er, på sikt vil pasientbehandling foregå ved kompetansesentrene og ikke ved universitetene (se til legene).

Dette vil gi flere muligheter: store synergieffekter for alle aktører, store muligheter for kombinasjonsstillinger, sektorens deltagelse i forskning og utdanning bidrar til å sikre kunnskapsbasert yrkesutøvelse og gi samlet samfunnsnytte for befolkningen.

Pål Barkvoll, instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi, UiO innledet med å presisere universitetenes oppgave som er å tilby høyere utdanning, drive forskning og spesialistutdanning.

Spesialistutdanningen ved Odontologisk fakultet i Oslo er bygget opp som en viktig del av fagutviklingen i de forskjellige fagdisipliner. Spinn-off har vært lærere med høy kompetanse, UiOs rikshospital-funksjon i odontologi – muligheter til å tilby spesialistutdanning med avanserte kasus. Kvaliteten i grunnutdanningen er høyere, både i dybde og bredde i fagene, samt forskning.

Odontologisk fakultet er en betydelig leverandør av helsetjenester, de gir lavterskeltilbud for deler av befolkningen og har bemanning innen alle odontologiske fagdisipliner.

Forutsetning for god grunnutdanning er at sentralisert spesialistutdanning opprettholdes, gode lærekrefter og godt lærings- og arbeidsmiljø, rikshospital-funksjonen opprettholdes, god pasienttilgang, nye og moderniserte lokaler, ny studieplan fra 2013 og mål om å bli blant de 10 beste utdanningene i Europa.

Fakultetet opplevde det som en sjokkmelding at pasientbehandlingen i spesialistutdanningen skal foregå i kompetansesentret. De ønsker et godt samarbeid med TKØ, og støtter vedtektene for TKØ.

Desentralisert spesialistutdanning kommer i konflikt med spesialistutdanning ved UiO. Resultatet kan bli to konkurrerende spesialistutdanninger på hver sin side av Kirkeveien i Oslo, er dette hensiktsmessig bruk av helsepenger?

Ønsker for fremtiden: sentralisert spesialistutdanning ved UiO, UiB og UiT, desentralisert spesialistutdanning ved kompetansesentrene i samarbeid med universitetene, lønn til

spesialistkandidatene, helsemyndighetene får en bestillerfunksjon iht. behov for spesialister og geografisk fordeling.

Caroline Hol, klinikkleder Kompetansesenter Sør innledet med å si at kompetansesentrenes hovedmål er å bidra i styrking av norsk odontologi. TKS er et interkommunalt foretak, eid av 5 fylkeskommuner.

Mandatet til sentret er:

- spesialistbehandling og rådgiving, de regner med ca 1000 henvisninger i 2012
- forskning, har ansatt forskningskoordinator og flere tannleger er interessert i å drive med forskning
- desentralisert spesialistutdanning – et fremtidsprosjekt
- etter og videreutdanning – per i dag viktigere enn spesialistutdanning

I kompetansesenteret foregår samhandling i praksis, kompetansesenteret samhandler med privat sektor, spesialistene, sykehusene og fakultetene. De arrangerer fellesmøter hvor spesialister i offentlig og privat tannhelsetjeneste har møter med ansatte i TKS. De har også faglig pasientrettet samarbeid med sykehuset, og har sykehustannlegefunksjon, inneliggende pasienter på sykehuset kan få tannbehandling ved TKS.

Det er også samarbeid mellom kompetansesentrene ved ledernetverk hvor lederne i de 5 kompetansesentrene og TAKO-senteret møtes. Hun håper også at et forskningsnettverk kan etableres, og eventuelt et telenettverk.

Hun opplevde en skepsis fra kollegaer i starten, men mener at denne nå er i ferd med å avta. De ser at det er behov for kompetansesentrene, og at kompetansesentrene kan bidra.

Kompetansesentret ønsker samarbeid med universitetene. Ønsker mulighet til å kunne henvise kompliserte kasus til universitetene, det vi si at universitetene må opprettholde sin kompetanse. Det har delvis vært vanskelig å rekruttere spesialister til kompetansesenteret, ved TKS mangler de endodontist og pedodontist. De satser på å utdanne disse selv, dvs. lønner kandidater under utdanning ved universitet. Hun sier det ikke er noe mål at spesialistutdanning ved universitetene skal bygges ned. De ønsker samarbeid med universitetene om spesialistutdanning og kursvirksomhet. Hvis det skal drives desentralisert spesialistutdanning er det nødvendig med personer med dobbeltkompetanse til å veilede kandidatene. Kompetansesentret har hovedfokus på spesialistbehandling og faglig utvikling.

Paneldebatt

Leder av paneldebatten, Anne Rønneberg oppsummerte, vi har 5 kompetansesentre og 3 tannlegeutdanninger. I Tromsø og Bergen er kompetansesentret samlokalisert med universitetene. Bemanningen i Tromsø er sårbar. Universitetene og kompetansesentrene må ha tverrfaglige spesialistmiljøer. Pasienten er i sentrum, det er mange med kompliserte problemer som ikke er sjeldne. Enkelte fagmiljøer er truet, bemanningen er sårbar. Hun stilte så spørsmål til paneldeltagerne: Hvordan sikre rekruttering, utdanning og fordeling av spesialister?

Braut: Uansett organisasjon må man vite hva som er god praksis (sett med tilsynets øyne).

Strøm: Er imponert over tannlegenes tålmodighet iht lønn under spesialistutdanning, det hadde ikke legene god tatt. Han undrer seg også over departementets tålmodighet i oppbygning av kompetansesentre. Er tannlegene for tålmodige?

Steinum: Et skritt i riktig retning å samles her i dag, påvirkningskraften blir større når man snakker sammen. Samhandling mellom universitet og kompetansesentre må bli større.

Røynesdal: Det var krise i tannhelsetjenesten for noen år siden (slutten av 90-tallet), med skrikende behov for allmenntannleger. Nå er det problem med rekruttering av personer med dobbeltkompetanse til fakultetene, når ansatte på universitetene pensjonerer seg. Det har vært problem med å få besatt vitenskaplige stillinger, ikke alltid søkere til stillingene fordi det var for få personer med dobbeltkompetanse. Situasjonen er i bedring pga satsing på dobbeltkompetanseutdanning. Så kommer kompetansesentrene og skal ha personer med dobbeltkompetanse de også.

Barkvoll: Satsing på dobbeltkompetanseutdanning er et bra løft. God kvalitet i grunnutdanning og spesialistutdanning er viktig. Desentralisert spesialistutdanning bør gjennomføres der det trengs. Man må være forsiktig med å spre kompetansen flatt utover landet, det er nødvendig med spisskompetanse noen steder.

Hol: Tverrfaglighet viktig, nødvendig med alle spesialiteter til stede for å kunne jobbe tverrfaglig.

Innspill fra salen:

Bjørnland: Vi må gjøre dette forumet til et kraftsentrum, slik at vi drar i samme retning. Lønn under utdanning til spesialistkandidater er bra. Lærerkrefter ved universitetene som utdanner spesialister må også få opprettholde sin kompetanse. Dette medfører at bevilgninger må komme til universitetene.

Ellingsen: Kompetansesentrene har viktig funksjon med pasientbehandling og etterutdanning. Har vansker med å se gode argumenter for en desentralisert spesialistutdanning. Spesialistutdanningen er avhengig av høy kvalitet, det er nødvendig med kritisk masse for å kunne gi god utdanning av spesialister. Hvis spesialistutdanningen tas ut av universitetene vil spesialistutdanningen utvannes – det blir få kandidater per utdanningssted. Han utfordrer Røynesdal til å komme med 3 gode argumenter for å ta spesialistutdanningen ut av universitetene.

Røynesdal: Det må skilles mellom politikk og realitet. Det har ikke vært snakk om å ta spesialistutdanningen ut av universitetene. Spørsmålet er hvordan vi organiserer spesialistutdanningen i en integrert modell hvor pasientene går til kompetansesentrene, spørsmålet er en praktisk løsning når pasientflyten endres.

Barkvoll: Pasientflyt til kompetansesentrene – hvordan få til det i Oslo? Det er fri rett til å henvise dit man vil, hvordan styre pasientene inn i kompetansesentret?

Røynesdal: Helsemyndighetene vil ikke styre pasientflyten.

Midtbø: Det er ingen sykehus i odontologi, universitetene fungerer som sykehus. Det er nesten ikke personer igjen til å erstatte vitenskapelig personale og derved drive spesialistutdanning. Det desentraliserte løpet virker flott, men det fungerer ikke i praksis. Det er ingen binding til undervisningsstillinger, kandidatene står fritt til å starte i privat praksis etter fullført dobbeltkompetanseløp ved universitetene.

Roald: Har 2 spørsmål til Røynesdal:

1. Hva slags politisk vedtak har bestemt at spesialistutdanning (klinisk) skal foregå desentralisert?

Røynesdal: Ikke all trening, men hoveddelen. Det er vedtatt av politisk (regjeringen).

2. Hva var distriktsgevinsten ved desentralisert spesialistutdanning i kjeveortopedi i Skien og Trondheim iht. kostnader? Røynesdal: Det spørsmålet har departementet også stilt seg. Kostnadene var høye – dette gjentar vi ikke. Erfaringer fra Tromsø var bra, men ikke for de to andre stedene.

Sønju Clasen: Vil kommentere på pasientmasse til universitetet. Hun har opplevd å få henvisninger på pasienter med spesielle behov i retur fra universitetet. Hun ser derfor fram til å få et kompetansesenter det kan henvises til ved behov.

Barkvoll: Beklager at enkelte henvisninger har blitt returnert, og tar det med tilbake til fagavdelingen.

Wilberg: De nye kompetansesentrene i sykehusodontologi, hvordan skal disse bygges ut, hvilke spesialister skal bemanne disse i tillegg til regionale kompetansesentre og universitetene?

Røynesdal: Antall spesialistkandidater har økt betraktelig de siste 3-4 år. Han tror nyutdannede kandidater vil synes det er interessant med deltidsstilling i sykehus. Grunnen til å bygge det opp er å få legene til å se behov for kompetanse til munnhulen, å se pasienten somhelhet inkludert munnhulen.

Wilberg: Vet legene om dette?

Røynesdal: Avdelingsoverlegene er informert, det er forankret på ledernivå.

Strøm: Legeforeningen er ikke involvert i dette. Legene sliter også med kompetanseoppbygging og opprettholde bemanning, de mangler forskningskjeden fra PhD til professor. De etterlyser også midler til å rekruttere og beholde personer med kompetanse. Legene ønsker ikke bindingstid.

Torbjørnsen: Desentralisert spesialistutdanning i Trondheim et godt eksempel på hvordan det ikke skal være. Hvor nært skal kompetansesentret være for at det er viktig for pasienten å komme dit. Det må være nært for at det skal være viktigere å reise til kompetansesenter enn til universitetene. Forskning og kursvirksomhet er viktig for kompetansesentrene.

Hol: Reisevei for pasienten er viktig, TKS opplever å få lite henvisninger fra Vestfold og Buskerud. I tverrfaglige møter for helsepersonell virker ikke reisevei å ha så stor betydning.

Mork-Knutzen: Eierskap – hva hvis fylkeskommunen forsvinner, hvem eier da kompetansesentrene?

Røynesdal: Han forholder seg til sittende regjering, og de har ikke foreslått å avvikle fylkeskommunene. Hvis det blir regjeringsskifte kan dette bli aktuelt. Den offentlige tannhelsetjenesten er kommunalt drevet, og forblir trolig i kommunene. Kompetansesentrene blir

trolig forankret i helseforetakene. Kan ikke si noe om tannlegespesialistene, det blir bare spekulasjoner.

Kloster: Vil først kommentere bindingstid for spesialistkandidater, det har de etablert i Rogaland. Han mener det er mange gode argumenter for at kompetansesentrene og universitetene skal samarbeide om spesialistutdanning. Universitetene må ha det overordnede faglige ansvaret, kompetansesentrene kan bidra i klinisk trening.

Røynesdal: Kompetansesentrene skal bygge nettverk med private spesialister, også i forskning. Viktig å samarbeide med private spesialister.

Bjørnland: Odontologisk fakultetet i Oslo er for kompetansesentre og bygging av kompetanse lokalt. Det er vel heller detaljer om hvordan, og hva innholdet skal være de ikke er helt enige om.

Alvsaker: Spesialistkandidatene får ikke lønn under utdanning, det er en nedgradering i forhold til legekandidatene. Hvordan skal vi gå fram for å få lønn til spesialistkandidatene?

Steinum: Tannlegeforeningen har arbeidet en stund for dette. Det er viktig med samarbeid videre fremover også. Kostnader for lønn til spesialistkandidatene er estimert til ca 60 mill.

Røynesdal: Får du lønn har du også en arbeidsgiver. Legene er ansatt i sykehusene under spesialisering. Et sentralt spørsmål er hvem skal være arbeidsgiver? Hvilken arbeidsgiver har posisjon til å forplikte til å bli etter ferdig utdanning?

Barkvoll: Vanskelig med tre forvaltningsnivåer. Rekruttering problematisk og det er stor forskjell i finansiering av utdanningsstillinger for tannleger ved de tre utdanningsinstitusjonene.

Ørstadvik: Ikke ensidig negativt med dobbeltkompetansekandidater. Mange blir ved universitetene og rekrutteres til faste stillinger. Pasientene er på jakt etter spesialister, og spesialistene på jakt etter pasienter – begge befinner seg i hovedsak på østlandet.

Avslutning fra panelet:

Hol: Lønn under utdanning, vi må se til legene og legeforeningens historie om spesialistutdanning. De har vært betydelig tøffere til å kreve lønn for sine medlemmer.

Røynesdal: Ser frem til at privat sektor trekkes inn i kompetansesentrene.

Steinum: Tar med seg momenter fra debatten i tannlegeforeningens videre arbeid.

Strøm: Legeforeningen bidrar gjerne ved å løse problemer med rekruttering og finansiering, utdanning ikke prioritert.

Braut: Grensegangen mellom spesialistarbeid og allmennodontologi må bli skarpere, da blir det lettere. Hvorfor ikke utarbeide nasjonale standarder for endodonti etc?