

Yrkesansvar och etik i patientarbetet

I december 2002 trädde en reform av tandvården i kraft. Den grundläggande tanken i reformen är att alla som fyllt 18 år skall få stöd av samhället för sin tandvård, antingen i form av sjukförsäkringsersättning för privat tandvård eller som avgiftsbelagd vård på hälso-central. En del av de större städernas hälso-centraler lever nu mitt uppe i den smärtsamma verklighet där man är tvungen att fördela knappa resurser på ett förnuftigt och rättvist sätt. För att man skall kunna garantera att alla får den nödvändiga vården har de flesta av dessa städer på grund av begränsade resurser tvingats fatta beslut om olika slag av prioriteringar. Det finns inte någon subjektiv rätt till kommunal tandvård, men det betyder inte att inte det behov man upplever på det individuella planet skulle ha stor subjektiv betydelse.

Den enda gemensamma handlingsmodellen verkar vara hur man skall förhålla sig till brådskande akutvård. Den typen av vårdbehov prioriteras högst, vilket är bra. De största svårigheterna hänger samman med friska, vuxna patienter och det behov av vård de upplever och de möjligheter hälso-centralerna har att tillfredsställa det behovet. Kommunernas hälsovårdsnämnder har slagit fast olika klassificeringsprinciper enligt vilka vissa patientgrupper alltid skall få vård och andra får mera begränsad tillgång till vården om efterfrågan överstiger resurserna. På hälso-centralerna uppstår dessutom en konfliktsituation när långa vårdförhållanden och regelbundna undersökningar blir omöjliga. Då kan man inte längre upptäcka eventuella sjukdomar lika tidigt och det blir svårare och dyrare att behandla dem.

Diskussionen om vilken klinisk beslutsrätt, s.k. klinisk autonomi, en tandläkare i ett tjänste- eller anställningsförhållande bör ha är högaktuell. Kraven på effektivitet gör den diskussionen ännu viktigare. Vilka regler för vården kan en tandläkare i ledande ställning ge sina överordnade? Kan en tandläkare vägra att följa sin överordnades behandlingsdirektiv om han eller hon anser dem vara felaktiga? Läkare har långt gående frihet att tillsammans med patienten fatta beslut om undersökning och behandling. Det finns bara en behandlande läkare som i första hand skall fatta dessa beslut. Läkaren ansvarar också för vad övrig yrkespersonal inom hälso-vården gör utgående från hans eller hennes diagnos och

behandlingsdirektiv. En tandläkare som arbetar inom förvaltningen och som inte ens ser patienten kan inte överföra ansvaret för undersökning och vård till en annan person.

En tandläkare i överordnad position kan däremot med stöd av sin arbetsledarställning ge de kolleger som är underställda honom eller henne direktiv om arbetstider och om de prioriteringar och den patienthandledning som följs inom organisationen. Det betyder i alla fall inte att en överordnad i onödan kan begränsa en tandläkares kliniska autonomi i patientarbetet. Patienten har alltid rätt att få medicinskt högklassig vård, och hälso-central-tandläkarna måste ges en möjlighet att erbjuda den vården. De tandläkare som har ledande befattningar inom hälso-centralerna borde nu göra sitt bästa för att trygga övriga hälso-centraltandläkares kliniska autonomi. Läkarrollen innebär en konflikt: den enskilda patientens väl och resultatansvaret för folkets hälsa kan komma att ställas mot varandra, vilket konkretiseras i kravet på prioriteringar. De överordnade måste garantera att den tandläkare som behandlar en patient har sin frihet att fatta egna beslut utgående från patientens bästa. Det betyder att arbetsgivaren kommer att få en effektivare tandläkare som trivs bättre med sitt jobb. Patienten kommer att kunna lita på att de beslut som fattas är de rätta för honom eller henne. Om man inte vill göra detta kan vi glömma ordet "läkare" i vår yrkesbeteckning. Vi måste försöka undvika att en läkare under behandlingen motvilligt måste ta ställning till vad som skall behandlas och vad som inte skall behandlas. Vi får inte offra läkaretiken.

LIISA LUUKKONEN