

När är det klokt att dela upp behandlingen?

Alla som arbetar inom munhälsovården vid hälsocentralerna har fått uppleva krav på nya verksamhetsmodeller. På många håll kan man inte ta emot alla dem som söker sig till hälsocentralernas tandvård. Problemet är då om alla som knackar på dörren skall få något, eller om de som har det största behovet av vård skall få litet mera. Man söker olika typer av lösningar, och det är bra att man gör det. En arbetsgrupp vid SHM som har behandlat bl.a. vårdtillgången och köhanteringen har i sitt betänkande fört fram förslaget att en metod vore att dela upp behandlingen över en längre tid. Man har motiverat det också med att det kan vara till fördel för patienten om man inte har så bråttom med behandlingen. Så kan det säkert vara – i vissa fall. Om man planerar större behandlingar kan det vara bra att patienten kan fundera på beslutet, t.ex. till följande år. Skall man göra en lös protes eller implantat? Klarar parodontpatienten av att förbättra sin hemvård så att det finns förutsättningar för att en mera omfattande parodontalbehandling skall lyckas? Att dela upp behandlingen över flera månader kan också vara en fungerande lösning om man har en patient med utbredd karies, och man gör en sanering med provisoriska fyllningar. Provisorier är i alla fall inte avsedda att fungera i årtal.

Det är i alla fall absolut inte klokt att dela upp åtgärderna i vanlig basvård över flera år – tvärtom. De vanligaste munsjukdomarna är infektionssjukdomar, som förvärras om de inte behandlas. I det avseendet skiljer sig munsjukdomarna från de flesta andra åkommor som drabbar vår lekamen. En del av dem blir ju bra av sig själva. Att flytta fram behandlingen på det sättet sparar dessutom inga resurser, eftersom samma sak måste göras i alla fall. Täcket blir inte längre av att man klipper av det. Sjukdomen framskrider och det blir bara svårare att behandla den, och då blir kostnaderna också högre.

En viktig dimension i frågan är hur patienterna upplever uppdelningen och hur de förstår motiven bakom den. Tandvård är ju egentligen inte så roligt att man skulle vilja ha hur mycket som helst av den. Om en tandläkare föreslår att man skall fortsätta om ett år så kommer de flesta att acceptera det med glädje om de inte har akuta symtom. Också här skiljer munsjukdomar sig från andra krämpor, eftersom man ju i allmänhet i ett sådant fall själv vet när det är dags att söka läkare. Tyvärr kan det vara

svårt för många patienter att själv ta ansvar för besluten om valet står mellan att bli kvar i en odefinierad kö och vänta på att behandlingen skall bli färdig eller att söka vård på annat håll. Här kan det vara svårt att förverkliga den medvetna beslutsprocess som patientlagen förutsätter.

Hälsocentralernas datalogistik står också inför ett svårt prov om det bland patienterna i kön dessutom finns en grupp som väntar på att en avbruten behandling skall slutföras, och som måste administreras separat utöver andra olika brådskande kategorier. Helsingfors hälsocentral delade i försökssyfte upp behandlingarna i etapper för ett år sedan. Man gav dock upp, eftersom erfarenheterna inte var uppmuntrande.

Etiskt kan man acceptera att patienters behandling sprids över en längre tid om det gynnar patienten eller åtminstone inte försämrar hans eller hennes hälsotillstånd. Behandlingen och dess tidtabell måste alltid bestämmas separat för varje patient och i samråd med patienten. Det finländska hälsovårdssystemet har delegerat det beslutet till läkarna och tandläkarna – inte till någon organisation. Också övervakningsmyndigheten har nyligen noterat den saken. Rättsskyddscentralen för hälsovården fattade beslut i en fråga som har uppmärksamats också i offentligheten. En överläkare vid en hälsocentral hade motiverat underbehandling av äldre patienter bl.a. med att man sparade kommunala resurser. Rättsskyddscentralen påpekade att överläkarens uppgift är att sköta patienter, inte att spara pengar.

Läget kunde vara ett annat om vi levde i ett land med brist på tandvårdspersonal, och den enda möjligheten var att acceptera en lägre nivå än normal basvård, "gångse vård". När så inte är fallet skulle man gärna se att myndigheter och politiska beslutsfattare gjorde mera för att vårdkostnaderna skulle vara de samma för patienten, oberoende av om vården ges av en privat eller en offentlig serviceproducent. Utöver detta behöver vi också en beredskap att utvärdera våra nuvarande behandlingsmodeller. Kritiken borde inte riktas bara mot gamla rutiner, utan också mot nya förslag. Tillsvidare har man åtminstone inte presterat någon undersökning som visar att det gynnar patienten att dela upp behandlingen.

MATTI PÖYRY