

Hur ser en effektiv arbetsfördelning ut?

Inom dentalbranschen har ordet arbetsfördelning fått en vedertagen betydelse: det innebär att man flyttar över arbetsuppgifter från tandläkare till tandhygienister och tandskötare. Termen kommer speciellt i framtiden inte att vara speciellt träffande. Det vore korrektare att tala om teamarbete: om hur man kan optimera en multiprofessionell arbetsgrupps funktion.

Vårdgarantin har gjort frågan oerhört aktuell. Kommunerna kämpar för att uppfylla de krav lagen ställer. I offentligheten har i stort sett den enda lösningen som förts fram varit, att tandhygienister skulle göra hälsokontroller. Det skulle ge tandläkarna tid att ägna sig åt att behandla munsjukdomar. Lösningen låter genial, och avleder uppmärksamheten från det faktum att hälsocentralerna med nuvarande resurser inte har några som helst möjligheter att ta hand om alla finländare. I offentligheten verkar intresset i alla fall att kretsa kring köerna och hur man skall bli av med dem. Vårdgarantin uppfylls om det första besöket kan ske inom sex månader. Inom munhälsovården är det första besöket i alla fall oftast bara en liten del av den vård patienten just då behöver. Inom vår bransch skulle en verklig vårdgaranti betyda att man förband sig att genomföra ett långsiktigt samarbete med patienten, ofta för flera år, för att främja och upprätthålla munhälsan.

Hälsokontroller kan innebära helt olika saker, beroende på vem som talar. Vissa hälsocentraler skulle vilja övergå till ett system där en ny patient vid första besöket träffade en tandhygienist. Om det gäller hälsofostran eller profylaktiska åtgärder inför ett tandläkarbesök kan systemet ju fungera. I samband med vårdgarantin har lagstiftaren infört ett nytt begrepp: utvärdering av vårdbehovet. Den kan göras av en tandhygienist eller en tandskötare, t.o.m. per telefon. Då kan man knappast bestämma vårdbehovet, eller hur brådskande det är, särskilt noggrant. Om patienten är under behandling av en tandläkare kan en tandhygienist dessutom utföra en mellankontroll, som en del av den behandlingsplan som tandläkaren har gjort upp. Den kan man också kalla hälsokontroll. Om däremot en tandhygienist eller en tandskötare undersöker patienten vid det första besöket, och man bestämmer vilken behandling patienten behöver utgående från den undersökningen, så är man verkligen på villovägar.

Den effektivaste arbetsfördelningen ser ut så, att patienten alltid vid det första besöket går till en tandläkare. Tandläkaren gör den undersökning – mera eller mindre

omfattande – som behövs, och gör upp en terapiplan enligt vilken teamet påbörjar behandlingen. Enligt en undersökning behöver fyra vuxna av fem åtgärder av en tandläkare. Oftast gäller det kariesbehandling. Lagen förutsätter också att en tandläkare alltid först undersöker patienten och bestämmer behandlingen innan vården inleds. Om patienten före detta redan har varit hos en hygienist, som har gjort en hälsokontroll, medför det ofrånkomligen till en del att man utför dubbelt arbete. Om man vid det första besöket dessutom har sagt sådant om den kommande behandlingen som inte visar sig förverkligas, är det helt klart bäddat för förvirring.

Man får ofta höra att sjukskötare gör hälsokontroller. Den jämförelsen saknar relevans inom munhälsovården. Man skall gå på tandläkarkontroller med överenskomna, individuella mellanrum också när man inte har några symtom. Man kan snarast jämföra det med gynekologiska kontroller, som görs av läkare utan att patienten har några symtom alls. Inom munhälsovården måste man dessutom ofta komplettera den kliniska undersökningen med röntgenbilder. Enligt lagen kan bara läkare och tandläkare fatta beslut om det. Det kravet uppfylls inte av att hygienisten eller tandskötaren efteråt visar upp röntgenbilden för en tandläkare. Läs mera om det på sidan 1091 i denna tidning. Strålskyddscentralens ställningstagande finns i Tandläkartidningen 7/2004.

I slutet av september ordnade Folkpensionsanstalten ett seminarium för inbjudna, där professor Pentti Alanen framförde hälsovårdsekonomiska synpunkter på arbetsfördelningen. Han konstaterade att man inom vården av vuxna inte kan uppnå några fördelar med en arbetsfördelning som leder till flera besök, och bytesförlusterna kostar mera än de fördelar man får. Med bytesförluster avsåg han alla de kostnader det för med sig för tandvårdsenheterna och patienterna när besöken blir flera. Han betonade att det bästa sättet att öka kostnadseffektiviteten är att minska det totala antalet besök.

Att undersöka patienterna och planera behandlingen är kanske de mest krävande delarna av tandläkarnas arbete. Det gäller mycket annat än bara kariesdiagnostik. Man måste känna till och kunna tillämpa odontologin i dess helhet. Kan man ha den kunskapen utan att ha tandläkarutbildning? Jag vill besvara frågan genom att vända på den: innehåller tandläkarutbildningen något som man inte behöver när man undersöker en patient?

MATTI PÖYRY