

Pasienter som ikke møter

En kommentar til Knut Kjølstads artikkel i Tidende nr. 1, 2007

Når det gjelder ikke-møtt-pasienter, er det viktig å skille mellom offentlig og privat praksis. Offentlige ansatte tannleger er for det aller meste på fast lønn. Det betyr at det ikke får noen lønsmessig konsekvens for en offentlig ansatt tannlege om pasienter slutter. I en privateiet tannlegepraksis er forholdet et annet. Tannlegens lønn og bedriftens overskudd er avhengig av at det møter pasienter i praksisen. Om man i en privat praksis fakturerer pasienter som ikke møter, kan man risikere følgende: Ansatte må bruke tid på å følge opp fakturaen for ikke-møtt, som pasientene ofte velger ikke å betale. Man blir også belastet med regnskapskostnader på en slik faktura. Man purrer en to-tre ganger. Pasienten kan føle seg forfulgt og slutter i praksisen, og tar eventuelt med seg familie og venner fordi han føler seg uthengt. Vet tannlegene egentlig hva tapet av en pasient koster? For det koster mye mer å verve nye pasienter enn det koster å holde på dem man har.

Spørsmålet bør heller være om man aksepterer at noen pasienter ikke kommer til å møte. Hva kan jeg gjøre for å minimalisere den økonomiske effekten av pasienter som ikke møter? Og hva kan jeg gjøre for å motivere pasienten til å komme til avtalt tid?

Årsakene til at pasienten velger ikke å møte, kan være forskjellige. Tannbehandling er ikke lystbetont: «Forrige gang jeg var til undersøkelse fikk jeg kjeft fordi jeg ikke hadde pusset tennene godt nok.» Eller pasienten føler at de ikke har råd, de ser ikke verdien av å betale for tannbehandling. Noen kan være flau for sine dårlige tenner. Så hva kan jeg gjøre for å påvirke pasienten til å komme til avtalt tid?

Noe ligger i at vi har altfor kort tid til undersøkelsene, enten det er nye eller recallpasienter. 20–30 minutter er altfor kort tid til å skape relasjoner og

informere godt, i tillegg til undersøkelse og informasjon om behandlingsplanen, mener man ved Pride Institute, som driver opplæring av tannhelsepersonell og som undertegnede er tilknyttet. Normalt anbefales at man avsetter 60 minutter til konsultasjon, undersøkelse og røntgenbilder av nye pasienter. Dette gjelder en undersøkelse hvor man kun samler diagnostiske data, og det blir ikke utført tannsteinsrens eller puss.

I en ny konsultasjon presenteres behandlingsplanen som tannlegen har laget i mellomtiden, basert på de diagnostiske funn man har gjort. Der man forberedt når man møter pasienten i den påfølgende konsultasjonen.

På den måten er det skapt et rom som gir pasienten tid til å fordøye informasjonen, og på grunnlag av det, akseptere behandlingsplanen. Grunnen til at de fleste ikke aksepterer deler eller hele behandlingsplanen som fremlegges, er kostnadene. Kan vi greie via en betalingsavtale å gjøre det økonomisk mulig for pasienten å gjennomføre optimale behandlingsløsninger, vil de aller fleste velge dette. På lik linje med å kjøpe en bil. De fleste tar opp lån for å kjøpe en ny bil, og det aksepterer vi. Når det gjelder tannhelse, er dette ikke aktuelt for de fleste, selv om vi alle sier at god helse er viktig. For å kunne bidra til at pasienten får best mulig tannhelse, kan det ofte være nødvendig å bryte kostnadene ned i deler som pasienten på månedlig basis føler de kan greie å betale. Hvis ikke, vil pasienten ikke gjennomføre behandlingen, og blir dermed taperen.

Det neste vi kan gjøre er å kontakte pasienten i forkant av den reserverte timen for å spørre om det er informasjon han trenger før han kommer. Vi ringer ikke for å bekrefte timen. Vi gjør dette 48 timer i forveien, ikke 24 timer. Skulle noen pasienter velge å avbe-

stille/ombestille timen, så gir det oss mer tid til å fylle den ledige tiden.

Vi registrerer alle som har ugjort behandling i to monitorer. En for nye pasienter og en for den som har vært i praksisen tidligere. For begge fører vi opp honoraret på den optimale behandlingen er, og også det beløpet pasienten har akseptert av denne behandlingsplanen. Forholdet mellom det pasienten aksepterer av den optimale behandlingsplanen, og beregnet honorar, indikerer hvor dyktige vi er til å få pasienten til å akseptere den behandlingen som han/hun både trenger og fortjener. Pride Institute anbefaler at for recallpasienter skal aksepteringsgraden være over 95 %. For nye pasienter skal aksepteringsgraden være over 85 %.

Hvis vi vet 48 timer i forveien at en pasient ikke kommer til avtalt tid, gir det oss tid til å kontakte de pasientene som er klare til å starte en behandling. På denne måten kan vi nøytralisere effekten av at en pasient avbestiller.

Vi må også forholde oss til hvorfor pasienten velger ikke å komme. Er det fordi de er redde, kan en ekstra konsultasjon som de ikke betaler for, vise seg å gi pasienter som blir dedikert til å gjennomføre behandlingen. Ikke bare det, men kan også bli de beste ambasadører for praksisen. De vil ofte henviser venner og bekjente.

Man skal selvfølgelig ikke akseptere at folk ikke møter. Man må finne ut hvorfor det skjer og lage en handlingsplan for å rette på dette. Deretter setter man planen ut i livet og fører statistikk over ikke-møtt/avbestillinger. På den måten jobber man bevisst og får kontroll, og kan derigjennom redusere problemet.

*Bjørn Hogstad
Pride Institute*

Adresse: bjorn.hogstad@tannatelieret.no