

Mangel på tannleger – en myte eller en realitet?

I de nordre delene av Skandinavia er tannlegetettheten ikke så stor som man ønsker. Kan en ny måte å tenke på løse problemet?

Mange ulike metoder har vært forsøkt for å få tannleger til de nordre delene av Sverige, både positive og negative. Til de negative hører etableringskontroll for å «tvinge» tannhelsepersonell til å etablere seg i de nordre delene av landet. Som positive insatser har man gitt forskjellige former for økonomiske stabiliseringstiltak og individuelle utdanningsprogrammer.

I de senere årene har man importert tannleger fra Europa med varierende resultat. Det har også vært tanker om å utdanne «plombører». En enklere utdanning. Tannhelsesjef i Östra Göta-land, Raimo Palvarinne, hadde en utredning om temaet, noe som førte til at man la dette prosjektet på hyllen.

Det er et krav at alle innbyggere skal ha tilgang til tannbehandling i rimelig nærhet til bosted eller arbeidsplass. Den demografiske situasjonen er imidlertid i endring. Vi får et stadig større antall middelaldrende og eldre mennesker, og et stadig mindre antall mennesker i arbeidsfør alder medfører at det blir konkurranse om arbeidskraften. Det kreves en effektiv utnyttning av personalet og de økonomiske ressursene som er til disposisjon.

Hvordan påvirker ny teknikk effektivitet og utnyttning av ressurser? Datateknologi har forandret muligheten til raskt å få tilgang til ny kunnskap både på klinisk og administrativt nivå. Telekommunikasjon gir mulighet til fjernundervisning og «fjernkonsultasjon». Nye begreper som database og bioinformatikk kommer til å bli allment kjent og en del av tannhelsetjenestens hverdag.

Det er grunn til å se på behovet for endringer i både arbeidsorganisasjonen og arbeidfordelingen. Man bør også se på innholdet i tannhelsepersonellens utdanning og utdanningens innhold. Det er

behov for å øke kompetansenivået til personell med assistentoppgaver. En endret organisasjon, personalstruktur og endret måte å arbeide på kan øke tilgjengeligheten på tannhelsetjenester.

Jeg ser for meg at færre tannleger har ansvar for et større antall pasienter ved hjelp av flere tannpleiere. Det finnes modeller for dette som har vært prøvet ut i Sverige i lang tid. Der erfarer man at når kompetansen til assisterende personell øker, har man mulighet til å delegere arbeidsoppgaver på en helt annen måte. En slik modell vil forskyve perspektivet fra reparasjon til forebygging.

I sin masteroppgave: «Kompleterende team i tandvården. En enkätundersökning om arbetsfördelningen inom tandvårdsteamet hos tandläkare i Sverige» (MPH 2002: 3, Nordiska Hälsovårdshögskolan), skriver A-M Olhede om bakgrunnen for teamarbeid. Han gir et historisk tilbakeblikk på utviklingen av teamarbeid i tannhelsetjenesten og en beskrivelse av arbeidsfordelingen mellom personellgruppene i tannhelsetjenesten i dag.

Gustafsmodellen, et forsøk som pågikk i 1987–1993 er blitt evaluert av Socialstyrelsen i Sverige i 1995: «Framtidens tandvårdsteam? Försöksverksamhet med tandhygienister i Gustafs». Hensikten var å undersøke om en organisering av arbeidet ved et tannlegekontor basert på lav tannlegeinnsats og en høy innsats av tannlegesekretærer kan dekke behovet for tannlegetjenester i en pasientpopulasjon. Evalueringen viste at tannlegesekretærene kan gjøre selvstendige undersøkelser og ta stilling til hvilke ytterligere diagnostiske undersøkelser som må til, før tannlegen foretar kompletterende undersøkelser. De kan også ha et selvstendig ansvar for de regelmessige tannhelsebesøkene. Selma-kliniken i Göteborg er også et forsøk på å organisere en klinikk som er mer tilpasset fremtidens forutsetninger.

Solo-group og Pridemodellen er relativt etablerte begreper i Skandinavia. Solo-group finnes i to utgaver: to tannleger deler en tannlegepraksis med ett behandlingsrom, og to tannleger deler en praksis med to eller flere behandlingsrom. Det siste alternativet innebærer at personell med assistentfunksjoner, tannpleier og tannlegeassistent, utfører pasientarbeid. To skift og avansert timeavtalebok er et krav. På den måten oppnår man en høy grad av utnyttning både av lokaler, utstyr og personale. Det kan gi mulighet for kortere arbeidsdager.

Pridemodellen, som ble skapt av amerikaneren Jim Pride, er en managementfilosofi innen tannhelsetjenesten. Lokaler og behandlingsrom bygges etter nøye fastlagte retningslinjer og logistikk. Tannlegen arbeider på to eller flere behandlingsrom med velutdannede assistenter og personell som tar seg av pasientene. Det innebærer at tannlegen i prinsippet utelukkende utfører det kirurgiske arbeidet. Modellen innebærer også en avansert planlegging og et avansert timeavtalesystem. Å overlate arbeidsoppgaver til behandlende/pleiende personell kalles for delegering. Nye omsorgsmodeller stiller krav på alle nivåer i organisasjonen til å endre roller. Kliniske arbeidsoppgaver legges til det best delegerte nivå. Tannlegen blir i realiteten en teamleder. En utvidet delegeringsmodell forutsetter god utdanning og kvalitetssikring samt kvalitetsmåling på alle nivåer for å opprettholde pasientsikkerheten.

Jeg har nå arbeidet i snart fire år i Norge. I Sverige arbeidet jeg blant annet med lederutvikling og klinikkutvikling. Jeg har også arbeidet med ulike modeller for kvalitetssikring. Jeg opplever at det er meget stor forskjell på hvordan man organiserer klinikkene i Norge og Sverige. Jeg stiller meg spørsmålet: Er det mulig for den norske fylkestannhelsetjenesten å vurdere å arbeide etter en utvidet delegasjonsmodell i den hensikt å utnytte de tannlegerressurser som finnes, og som kommer til å finnes de nærmeste tiårene, på en bedre måte?

Lars Forssander
tannlege

E-post: lars_forssander@hotmail.com