

Ny visjon for tannhelsetjenesten i Norge

Av
Juliana Pinheiro Garder

Juni/2010



*Masteroppgave ved Det medisinske fakultet
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitet i Oslo*

Del I. Forord

Innledning	side 3
Kap 1. Metode	side 5
Kap 2. LEON-prinsippet	side15

Del II. Status Quo

Kap 3. Definisjon av problemstillinger	side 17
Kap 4. Er kompetanse en forutsetning for effektivitet?	side 19
Kap 5. Fremmedgjøring som skranke for effektivitet	side 24
Kap 6. Gråsonen mellom tannpleieren og tannlegen	side 26
Kap 7. Hygienefaktorer	side 28
Kap 8. Dagens effektivitet i den offentlige tannhelsetjenesten	side 31
Kap 9. Dagens yrkesroller i tannhelsetjenesten	side 33
Kap 10. Reformbehov i et samfunnsøkonomisk perspektiv	side 42

Del III. Hvordan kan tannhelsetjenesten bli mer effektiv?

Kap 11. Implementering av LEON-prinsippet	side 48
Kap 12. F. W. Taylor og det vitenskapelige arbeidsledelsessystem	side 55
Kap 13. Reformforslag:	side 59

- a) ny arbeidsdeling
- b) ny utdanning
- c) ny organisering

Del IV. Reformforslagets virkning

Kap 14. Effekt gjennom bedre organisasjonsstruktur- og kultur	side 67
Kap 15. Fremtid uten endring/reform i tannhelsetjenesten	side 68
Kap 16. Mulige konsekvenser av reformen	side 69
Kap 17. Subjektive effekter av reformen	side 71

Del V. Konklusjon

Kap 18. Avslutningskapittel	side 78
Referanseliste	side 81

Del I. Forord

Å skrive denne besvarelsen er realisering av en drøm. Drømmen er ønsket om å sette fokus på et problem som jeg lenge har observert i mitt arbeid som tannlege.

Det har vært en lang og spennende prosess, selv om jeg i blant har følt at oppgaven har vært både vanskelig og krevende.

Jeg vil rette en takk til instituttet, og til min veileder for gode og nyttige innspill og oppmuntrende råd underveis i prosessen.

Jeg vil takke foreldrene mine for støtte til gjennomføring av min odontologiutdannelse, og en spesiell takk til min ektefelle for inspirasjon, tålmodighet og flott hjelp til besvarelsen min.

Innledning

Over alt i samfunnet møter man stadig ny krav til effektivitet, lønnsomhet og effektiv ressursbruk.

Begrepet effektivitet kan vel i mange sammenhenger oversettes med det å bruke de ressursene man har tilgang på, på en bedre og mer hensiktsmessig måte, slik at man får større utbytte av hver ressursenhet man bruker.

Ofte betyr dette å spare penger, noe som man oppnå ved å bruke færre penger, eller ved å få bedre resultater (effekt) ved å bruke like mye penger som før – bare på en annen måte.

Effektivitet er imidlertid langt mer enn bedre bruk av penger. Det kan for eksempel være helsemessige gevinster ved å stimulere mennesker til en sunnere livsstil og økt trivsel ved å legge til rette for et bedre arbeidsmiljø.

Innen fagene elektronikk og mekanikk er begrepet effektivitet ofte relatert til økt ytelse målt i watt, hestekrefter, eller moment, målt i Newtonmeter. Det innebærer, kort sagt, at man oppnår ønsket (som oftest høy) prestasjon med eksisterende (eller lavere) forbruk av ressurser.

For advokaten vil effektivitet kunne være å løse flest mulig saker med ønsket utfall for egne klienter innenfor den tid han eller hun har til

rådighet. For dommeren kan effektivitet gå ut på å avvikle flest mulig saker med godt og forsvarlig resultat på kortest mulig tid.

I odontologien og i medisinen vil effektivitet selvsagt kunne måles i økonomi, fordi man er avhengig av økonomiske ressurser for å kunne kjøpe materiell, utstyr og arbeidskraft. Den mest faglig saklige bruk av begrepet i disse profesjoner vil nok imidlertid være synonymt med at man lykkes å oppnå full helse og velvære for flest mulig mennesker ut i fra de faglige og økonomiske forutsetninger man har til rådighet.

I den videre besvarelsen vil jeg ta for meg forskjellige måter å oppnå ulike effektiviseringsgevinster på i den norske tannhelsetjenesten. Et av de viktigste virkemidlene i denne sammenheng, som også vil bli viet spesielt stor plass i besvarelsen, skisseres som et reformforslag for en full omlegging av utdanningen og yrkesutøvelsen for tannleger og tannpleiere. Formålet med reformforslaget vil være helsemessig gevinst i form av bedre tannhelse i samfunnet, sosiale og økonomiske gevinster gjennom bedre samspill mellom yrkesgruppene tannleger og tannpleiere, bedre geografisk dekning, og bedre og billigere tannpleie.

Spørsmålet om hvordan man kan få rene økonomiske gevinster er naturligvis en sentral del av besvarelsen og også for reformforslaget som virkemiddel. Økonomisk effektivitet kan bidra til frigjøring av ressurser til økt satsning på forebyggende arbeid, flere ansatte, nyere og bedre utstyr og færre miljøskadelige utslipp, med videre.

LEON-prinsippet ligger hele tiden i bunnen som et fundament for effektiv utnyttelse av ressurser i helsevesenet. Effektiv praktisering av LEON-prinsippet er et mål i seg selv, og vil bli gitt en del plass i besvarelsen.

Munnen er en viktig del av kroppen, og en del som man har et spesielt forhold til helt fra fosteralder, gjennom sugebehovet. Amming skjer ikke bare for at babyen skal få i seg næring og utvikle over- og underkjeve, men også for å gi trøst og omsorg, som igjen er viktig for at barnet skal utvikle seg som et trygt menneske. Gjennom munnen får man mulighet til å kommunisere med andre og uttrykke sine følelser ved for eksempel et smil.

Etter hvert som mennesket vokser og modnes, utsettes tennene stadig for negativ påvirkning. En dårlig tannhelse kan virke hemmende på menneskets bruk av munnen som instrument. Stygge tenner og dårlig ånde kan gi mennesker et dårlig selvbilde, selv i voksenalder. Det er tannlegens ansvar og privilegium å kunne gi tilbake til pasienten evnen til

å smile. Det kan forandre livet til mange pasienter som er hemmet og/eller blir mobbet på grunn av tannhelsen sin.

Tannleger kan, i samarbeid med barnevernet, hjelpe barn som har det vanskelig i hjemmet. Mishandling eller omsorgsvikt kan bli oppdaget ved oppførselsavvik i tannlegestolen eller dårlig tannhelse. Tannleger kan også avdekke seksuelle overgrep gjennom funn i munnhulen.

Tannleger har mulighet til å påvirke pasientens allmennhelsetilstand, ved å gi pasienten tannhelsen sin tilbake. De kan også være med på å motivere pasienten til bedre livskvalitet ved for eksempel å medvirke i en røykesluttprosess, og ved å gi råd om bedre kosthold og økt fysisk aktivitet. Tannlegen kan også henvise pasienter til steder som Frisklivssentralen, som gjerne tar inn motiverte pasienter i sitt program. Jeg omtaler dette nærmere på side 45, se også www.frisklivssentralen.no

Kap 1. Metode

Denne besvarelsen gjør bruk av både empirisk-deskriptiv og normativ metode.

Selv om den deskriptive metode og den deskriptive argumentasjon stedvis har en gradvis og glidende overgang til normativ argumentasjon og metode vil jeg likevel forsøke å skille dem ad.

En slik streng er/bør- betraktning er imidlertid ikke alltid representativ for det fenomen som gjør seg gjeldende i oppgaven. Min erfaring gjennom besvarelsen er at den deskriptive argumentasjon og metode nærmest fungerer i symbiose med den normative, altså at den henger nøye sammen med anvendt etikk.

Deskriptiv tilnærming

Den deskriptive behandlingen tar for seg dagens tilstand og forsøker å sette søkelys på problemer og utfordringer som det kan gjøres noe med. Hvorvidt det eksisterer et behov for å gjøre noe med tilstanden hører inn under den normative behandlingen.

Besvarelsen er lagt opp på en deskriptiv plattform der status quo i offentlig og privat tannhelsetjeneste skisseres. Det pekes på en del problemstillinger/hypoteser som i en viss grad baseres på empirisk/erfaringsbasert kunnskap hos kandidaten gjennom arbeid som

tannlege i offentlig og privat sektor i Norge. Deskriptiv er også henvisningen til uttalelser inntatt i NOU'er og stortingsmeldinger, samt sitater fra forskere som har vurdert tilstøtende temaer.

Den deskriptive metode anvendes spesielt i kapitlene 5, 6, 8 og 9.

Normativ tilnærming

Den normative behandlingen sier noe om hva som bør gjøres slik situasjonen fortøner seg, det vil si, hva som bør gjøres i lys av det faktum som er deskriptivt omtalt.

De deskriptive argumenter som er omtalt ovenfor benyttes for å lansere en del teser og hypoteser, basert på enkel logikk etter følgende formler:

Hvis (A) skjer – så gir dette følgen (B) (Tese/hypotese)

Alternativt:

Hvis (A) – så (B) eller (C) (Tese/hypotese)

Eventuelt:

Hvis (A) – så utelukkes (D) (Antitese)

I besvarelsens kapittel 8 og 9 vil man finne en rekke påstander/hypoteser som testes logiske. Målet med argumentasjonen er å teste ulike normative virkemidler for å oppnå de ønskede effekter/resultater eller for å unngå uønskede effekter/resultater.

Handlingsalternativene er realistiske og gir en anvisning på hvordan man kan oppnå de normative målsettinger ut ifra den deskriptive beskrivelsen av faktum som ligger til grunn for de normative argumenter om behov for endring av status quo.

Disse logiske tankerekker er altså en del av det normative grunnlaget for å bringe behandlingen bort fra status quo og over mot et mål (normativt) som har legitimitet i lys av en overordnet målsetting om effektivitet.

LEON som global norm

LEON-prinsippet skisseres som et konstant uttrykk for ønsket adferd, det vil si et overordnet mål. Slik status må ikke LEON-prinsippet nødvendigvis gis, og det er mulig å reise kritiske spørsmål til Leon prinsippet og dets bruk i helsevesenet.

Helse- og omsorgsdepartementet har erfaringsmessig lagt betydelig vekt på LEON-prinsippet som et overordnet mål og prinsipp i norsk helsevesen. Jeg viser her til NOU 2005:11, side 12.

Det samme har verdens helseorganisasjon (WHO) gjort i Global målestokk.

Kritisk lys på bruk av LEON prinsippet

LEON- prinsippet tilsier at helsetjenester skal tilbys på så lavt omsorgsnivå som mulig uten at valget av nivå medfører redusert effektivitet. Med effektivitet må man nødvendigvis også kunne innfortolke et krav til "samme kvalitet".

Det å utføre helsetjenester på lavest mulig omsorgsnivå kan neppe forsvares som et ideelt mål i seg selv uten at samtidig forankres i andre hensyn. Her vil jeg kort peke på noen faktorer som kan forsvare bruk av LEON prinsippet:

Det første hensynet som kan forsvare bruk av et lavt omsorgsnivå er ønsket om å utføre tjenestene så økonomisk rimelig som mulig. Erfaringsmessig er personell med lavere utdanning også lavere lønnet enn høyere kvalifisert personell med lengre utdanning. Ved å utføre helsetjenester på et lavt nivå er det derfor mulig å spare penger.

Ved bruk av lavere kvalifisert personell kan også spesialister skånes for unødvendig høyt arbeidspress slik at disse kan konsentrere seg om arbeidsoppgaver der deres kompetanse er nødvendig. Ved bruk av Leon prinsippet kan man således frigjøre spesialistens ressurser og få bedre effektivitet.

Ved bruk av helsetjenester på et lavt nivå kan pasientenes tilgjengelighet til tjenestene øke i det allmennleger og allmenntannleger erfaringsmessig tilbyr tjenester i mer desentraliserte strøk enn spesialistene. Årsaken til dette er nok at spesialistene er avhengig av et høyere befolkningsgrunnlag for å kunne drive økonomisk lønnsomt.

LEON-prinsippet har imidlertid sine svake sider som også bør få sin plass i drøftelsen av prinsippets hensiktsmessighet.

Enkelte vil hevde at det er etisk uforsvarlig og politisk uakseptabelt at det beste helsetilbudet er tilgjengelig for noen men ikke for andre. Innenfor

det som ansees som ”effektivt omsorgsnivå” kan det finnes flere ulike behandlingstilbud som kan medføre at tilnærmet like pasientgrupper med sammenlignbare lidelser blir behandlet ulikt.

Årsaken til denne forskjellsbehandlingen kan skyldes flere forhold. Noen av disse skal drøftes her:

Som pasient er man i første instans normalt nødt til å oppsøke sin lokale tjenesteyter på så lavt nivå som mulig. Det kan være en helsesøster eller en tannpleier, fastlege eller tannlege, eventuelt legevakt/tannlegevakt. Her vil man møte ulikt helsepersonell som på selvstendig grunnlag tar beslutning om hva som er rett behandlingsnivå for pasienten.

Sekretæren på lege eller tannlegekontoret er den første man møter ved telefonhenvendelse eller oppmøte. Ut i fra den subjektive beskrivelse pasienten gir foretas en første vurdering av hvor alvorlig helsetilstanden er, herunder om tilfellet er akutt eller om det skal settes opp en time på et senere tidspunkt. Enkelte kan oppleve å bli avvist uten behandling/-diagnose, eventuelt med beskjed om å se an utviklingen av symptomene.

En erfaren sekretær kan ha bygget opp kompetanse som gjør han/henne mulighet til å fordele pasienter i riktig kategori, men for en uerfaren sekretær som ikke vil plage tannlegen eller legen unødvendig kan det lett oppstå feilvurderinger. I så fall kan det hende at omsorgsnivået har vært for lavt og at vurderingen om hvem som skal få rett til akutt hjelp tilbud om time burde ha vært foretatt på et høyere nivå.

Også på et høyere nivå kan det oppstå variasjoner som oppleves urettferdige. Enkelte leger og tannleger tar lettere på diffuse plager enn andre, enkelte henviser oftere pasienter til spesialister enn andre. Enkelte skriver lettere ut sykemelding og/eller resepter enn andre osv.

Ved at legen og tannlegen selv avgjør hva som er riktig omsorgsnivå i lys av LEON-prinsippet er det ikke til å unngå at individuelle variasjoner vil oppstå. Legen og tannlegen er mennesker med ulike faglige holdninger, kompetanse og faglig tilnærming. I tillegg kommer menneskets politiske interesse som i sin tur er med på å fargelegge synet på rettferdighet, rett og galt. En tannlege / lege som har tro på alternative behandlingsmetoder vil kunne anbefale andre tiltak enn en kollega som er grunnfestet i skolemedisin og odontologi. En tannlege/lege som har et liberalistisk eller konservativt politisk synspunkt vil kunne mene at hver pasient bør ha krav på maksimal valuta for skattepengene, eventuelt at man bør kunne få anledning til den beste behandling mot å selv betale en høyere egenandel.

Den venstreorienterte tannlege/lege vil kunne ha en annen tilnærming og mene at alle individer er like og skal behandles likt, slik at ingen pasienter skal kunne kjøpe seg ut av LEON-prinsippet og få spesialistbehandling mot betaling, eventuelt betale private leger/tannleger for å slippe ventelistene i den offentlige helsetjenesten.

Den høyreorienterte lege/tannlege vil kunne argumentere med at helsekøene i det offentlige blir kortere dersom de velstående kjøper sine tjenester privat. Den venstreorienterte vil protestere under henvisning til at helse skal være et allment tilgjengelig gode med det offentlige som tilbyder og at god helse ikke skal være forbeholdt de rike eller eliten.

Hvordan skal man som stat kunne forsvare det ene eller det andre synspunkt? Er det ene standpunktet mer riktig enn det andre?

Noen vil hevde at det å anvende LEON-prinsippet er å tilby billige helsetjenester til pasientene. En slik ide kan imidlertid lett gi næring til en diskusjon av om det er etisk forsvarlig å sette en prislapp på pasientenes helse. Jeg vil forsøke å sette forholdet på spissen:

I en hypotetisk situasjon er det mulig å tilby 80 % helsefremmende behandling i lavere ledd for 50 % av kostnadene med det alternative tiltak hos en spesialist som kan gi 90 % helsefremmende effekt.

Forutsatt at behandlende tannlege eller fastlege finner at 80 % helsefremmende tiltak er fullt ut effektivt skal vedkommende ifølge LEON-prinsippet velge det laveste og rimeligste alternativet. Pasienten får dermed risiko for 10 % dårligere behandling – rettfærdiggjort av økonomiske utsikter til besparelse for helsevesenet.

Enkelte vil hevde at dette er gal bruk av LEON-prinsippet og at hensynet til effektiv behandlingsform må gå foran - uansett pris. Dette er trolig et synspunkt mange vil være enig i. Men hvor skal grensen gå? Er det riktig å velge det dyreste alternativet ovenfor dersom helsegevinsten bare blir 5 %? Hva så med 1 % høyere helseeffekt til dobbelt kostnad?

I eksemplet ovenfor forutsatte vi en høy forventet helseeffekt av begge de alternative behandlingsformer, men dette trenger ikke være tilfelle. La oss forutsette at man ved å velge en behandling på lavt omsorgsnivå kan oppnå 5 % forventet effekt. Alternativet er å velge spesialistbehandling til dobbel pris, men med 10 % utsikt til god helseeffekt. Hva skal her være rett omsorgsnivå?

Skal fastlege/tannlege være nøkterne og tilby behandling på det laveste nivå i lys av at utsiktene til helseeffekt uansett er marginale, eller skal man fokusere på at pasientens utsikter til å bli frisk øker med 100 % ved å velge det høyeste nivå?

Det er ingen tvil om at en firkantet praktisering av et strengt LEON-prinsipp vil kunne lede helsepersonellet opp i hyppige etiske og moralske tvilsspørsmål. Hvilket strå som blir det lengste blir avgjort av tannlegens/fastlegens syn på omsorgsnivåets effektivitet i kombinasjon med faglig integritet og synet på "rettferdighet". Rettferdighet må i denne forbindelse ikke forveksles med grensen mellom rett og galt, i det rettferdighet utelukkende er en følelse.

En annen utfordring med anvendelse av LEON-prinsippet i praksis er å fastsette målestokk for hva som er lavt omsorgsnivå. Når man skal kartlegge hva som er det laveste av ulike effektive omsorgsnivåer må man trolig analysere flere forhold.

Det vanligste målet på omsorgsnivå er trolig skillet mellom spesialister og personell med allmennpraksis. Dette skillet er ofte basert på utdanning, erfaring og autorisasjon og vil neppe by på de største utfordringer med hensyn til klassifisering av omsorgsnivå.

Vanskeligere kan det være å skille mellom omsorgsnivået dersom man står mellom valget av to ulike behandlingsformer der begge utføres av spesialister eller begge utføres av allmennpraktiserende personell. Her er det heller ikke gitt at de rimeligste alternativer nødvendigvis er de laveste.

Kostnader ved en behandlingsform kan indikere forskjell i omsorgsnivå, for eksempel ved at personell som leverer tjenester på et høyere omsorgsnivå tar seg bedre betalt enn personell som yter tjenester på et lavere omsorgsnivå. Høy pris behøver imidlertid ikke å være et riktig mål i det kompetansen kan være lav, men etterspørselen høy.

Lang erfaring kan også være et kriterium på omsorgsnivå. Den som har lang eller spesiell erfaring innen en behandlingsform kan besitte kompetanse som gjør vedkommende spesielt kompetent til å utføre behandlingen. Hvorvidt dette skal gi seg utslag i vurdering av kompetansen som element i forhold til omsorgsnivå eller i forhold til grad av effektivitet kan vanskelig å avgjøre.

BEON som nytt begrep/ prinsipp

I St.melding nr 47 for 2008-2009 "samhandlingsreformen" har departementet innført ny begrepsbruk av LEON-prinsippet ved å ta i bruk kriteriet "beste effektive omsorgsnivå". Dette gir grobunn for det såkalte BEON-prinsippet.

Ved å signalisere behov for å gå bort fra prinsippet om bruk av kriteriet "laveste effektive omsorgsnivå" har departementet i realiteten gitt uttrykk for at LEON-prinsippet ikke lenger er dekkende for den kurs regjeringen staker ut for sin fremtidige helsepolitikk.

I realiteten kan det diskuteres om det laveste omsorgsnivået er det beste for pasientene. Ovenfor har jeg tatt for meg en del svakheter ved en ukritisk bruk av LEON-prinsippet.

Bruk av "beste effektive omsorgsnivå" som ny målestokk for leveranse av helsetjenester er noe det er lett å samle støtte for. Det vil neppe være noen som mener at det er feil å benytte det beste omsorgsnivået. BEON-prinsippet blir dermed mindre kontroversielt enn LEON-prinsippet.

BEON-prinsippet vil imidlertid by på en del nye utfordringer i forhold til det å praktisere LEON-prinsippet. Det å fastlegge hva som er det beste omsorgsnivå innebærer introduksjon av ennå flere variabler og tolkningsalternativer enn det kjente LEON-begrepet. Med dette mener jeg at helsevesenet etter 20 år med praktisering av et internasjonalt anerkjent prinsipp der utfordringen var å kartlegge det laveste omsorgsnivå til en gitt effektivitet hadde opparbeidet en viss kompetanse og erfaring i å tolke og praktisere begrepet.

Innføring av "best" som nytt kriterium vil trolig by på langt flere usikkerhetsmomenter og variabler i forhold til bruk av begrepet "lavt". Når man først har definert hvilke kriterier som skal inngå i definisjonen av lavhetsskalaen vil det være mulig å sortere behandlingalternativene i et hierarkisk system.

Med begrepet "best" innføres den behandlende lege/tannleges subjektive skjønn som avgjørende moment. Med dette mener jeg at det som vurderes som best for en behandlende lege/tannlege ikke alltid vil bli likt vurdert av en kollega.

Innføring av det skjønnsmessige og oppfatningsbaserte begrepet ”best” kan derfor skape langt mindre forutberegnelighet knyttet til valg av omsorgsnivå enn LEON-prinsippet gjør.

Ved bruk av begrepet ”BEON-prinsippet” er det ikke nødvendigvis tatt skritt i retning av å endre bruken av LEON-prinsippet. LEON-prinsippet er som nevnt forankret i en teori lansert av WHO for 20 år siden. Prinsippet langvarige bruk har gitt det både legitimitet og autoritet i så vel Norge som i utlandet.

I realiteten styrkes behandlende lege / tannleges kompetanse til å treffe skjønnsmessige subjektive avgjørelser om rett omsorgsnivå i det skjønnsutøvelsen vil være friere for tannlegen/legen ved bruk av begrepet BEON enn ved det innarbeidede og mer målbare LEON-prinsippet.

På den annen side vil bruk av BEON som nytt kriterium kunne løse opp i de bånd som tvinger leger og tannleger til å velge et lavt effektivt nivå i de tilfeller der et høyere, men tilsvarende effektivt nivå ansees bedre for pasienten på bakgrunn av andre kriterier enn ulik effektivitet.

Det vil bli spennende å se om den norske bruk av begrepet BEON i St.melding 47 for 2008-2009 for fremtiden vil bli benyttet av WHO på samme måte som Norge i sin tid innførte LEON-prinsippet fra WHO.

I det følgende vil denne besvarelsen ta for seg muligheter for effektivisering av den norske tannhelsetjenesten i lys av det klassiske LEON-prinsippet.

De normative elementer utløser subjektiv argumentasjon

I det LEON-prinsippet oppstiller en mal for hvordan tannhelsetjenesten (og helsevesenet generelt) bør fungere, kan man si at LEON-prinsippet i seg selv er et normativt argument.

Selv om LEON-prinsippet behandles som en universell/global norm vil det lett kunne oppstå diskusjoner om hvilke normative handlingsmønstre som ansees hensiktsmessige og akseptable for å oppnå full effektivitet i tannhelsetjenesten. De normative virkemidler blir med andre ord vurdert med subjektive øyne av den/de som berøres – så vel direkte (personell og pasienter) som indirekte (samfunnet/politiske partier med videre). Diskusjonen knyttet til virkemidlenes subjektive oppfatning er behandlet i kapittel 17.

Anvendt etikk

Underveis i besvarelsen ligger anvendt etikk hele tiden som et sub-element. Når man diskuterer arbeidsmiljø, arbeidstid, respekt og samspill, Maslows behovshierarki og samspillet mellom personlig velvære/utfoldelse og bedriftsøkonomisk (og personlig) effektivitet ligger hele tiden det etiske forholdet til mennesker i bunnen. Det er fullt mulig å drive rovdrift på mennesker for å oppnå kortsiktig profitt, men i det lange løp vil en ledelse basert på gjensidig respekt trolig føre til høyere effektivitet.

I kapittel 4 rettes søkelyset mot et problem basert på kandidatens empiriske kunnskap om manglende avdekking av karies ved en gitt tannpleierundersøkelse. Det fremlegges røntgenbilder som bevis på en uheldig utvikling av kariesforekomsten i pasientens tann. Denne øvelsen er deskriptiv i sin form, men spiller på en grunnleggende – nærmest naturrettslig tankegang – om at tannhelsepersonellet har plikt til å sørge for en organisering av sine tjenester som garanterer pasientene full tannhelse og den beste odontologiske behandling. Det normative utgangspunkt er for så vidt også nedfelt i tannhelsetjenesteloven av 3. juni 1983, nr 54 §§ 1-1 og 1-2

§ 1-1. (Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjeneste)

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.

§ 1-2. (Tannhelsetjenestens formål)

Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

Når vi ser av røntgenbilder at det muligens foreligger en uheldig delegasjon av arbeidsoppgaver fra tannlegen til tannpleieren, der pasienten er blitt skadelidende, kan man stille seg en rekke spørsmål:

- Er dette et enkeltstående tilfelle?
- Er enkeltstående tilfeller akseptable?
- Er dette eksemplet uttrykk for en gjennomgående kultur ved det aktuelle kontor, eller ved tannlegekontorer generelt?

Metoden er logisk (Hvis A – så B), og den berører utilsomt anvendt etikk. Metoden er normativ og normen er gitt gjennom definerte pasientrettigheter i lovverket.

Økonomi og statistikk

I kapittel 8 drøftes økonomiske muligheter og forutsetninger for effektivisering av tannklinikker ut i fra statistiske opplysninger om økonomiske driftsutgifter pr behandlet pasient over en periode på fire år. Det skisseres en del bedriftsøkonomiske forslag til tiltak som kan medføre besparelser og økt inntjening samtidig som produksjonen opprettholdes eller øker. Metoden som her benyttes er normativ.

Reformforslaget som mikroversjon av et paradigmeskifte

I motsetning til normativ metode der forskeren forsøker å fortelle hvordan noe bør, må, kan eller skal være, gjelder den deskriptive metode hvordan noe egentlig er. Kjent for sistnevnte metode er Kopernikus og Galilei som fikk kirken, og dermed hele det siviliserte verdenssamfunnet på nakken, pga sine teorier om en rund planet. I etterkant er det vel ingen som vil våge å kalle teoriene og bevisene for noe annet enn god vitenskap.

I all anvendt forskning kommer det inn et normativt element. Man ser et problem, kartlegger forutsetninger, behov og muligheter og finner ut hvilke løsninger som kan være aktuelle. Det ligger slik sett normative premisser til grunn både for utviklingen av medisiner og atombomber. Vanligvis tas imidlertid disse premisser bare for gitt, eller de er gitt forskeren som bestilling fra en utenforstående oppdragsgiver. Man kan si at etikken i slike tilfeller er privatisert. Premissene drøftes sjelden på en grunnleggende etisk-teoretisk måte av forskeren selv. Slik er det også i denne oppgaven. De normative premisser er i hovedsak de premisser samfunnet (politikken) har gitt tannhelsevesenet og den enkelte tannhelseutøver som oppdrag. Også rent private oppdragspremisser spiller en rolle, siden en så stor del av tannhelsetjenesten er privat, men her tas det et offentlig utgangspunkt. LEON-prinsippet er uttrykk for det.

I denne oppgaven er de reformforslag som fremmes dermed forslag som skal være i tråd med ”det offentlige oppdrag” til tannhelsetjenesten. I oppgavens innledende del tales det således om at det eksisterer en, mer eller mindre synlig, profesjonsmessig kløft mellom tannleger og tannpleiere, og at den gjør at det blir et mindre effektivt samspill mellom yrkesgruppene. Det argumenteres videre for at denne kløften svekker arbeidsmiljøet og, delvis derfor, gjør at tannhelsetjenesten fungerer

mindre effektivt enn den kunne ha gjort. Med dette utgangspunkt argumenteres det så for at det er behov for intet mindre enn et paradigmeskifte i odontologisk yrkesutøvelse.

Dersom denne besvarelse kan bidra til økt oppmerksomhet om hvor uhensiktsmessig arbeidsfordelingen mellom tannpleiere og tannleger er, har jeg oppnådd det jeg ville med den.

Kap 2. LEON- prinsippet

LEON står for Laveste Effektive Omsorgsnivå, og er et prinsipp om at alt arbeid bør foregå i så nær tilknytning til pasienten som faglig forsvarlig.

Prinsippet er innført av verdens helseorganisasjon (WHO) som norm for levering av helsetjenester i medlemslandene. Norge har tiltrådt prinsippet som forpliktende norm.

I over 30 år har LEON-prinsippet vært benyttet i planleggingen av helse- og omsorgstjenester. I Norge er helsevesenet organisert slik at kommunene har ansvar for førstelinjetjenestene.

Hensikten med LEON- prinsippet er å optimalisere ressursbruken, uten å renonsere på faglig kvalitet: Tjenestene skal ytes så lavt i behandlingshierarkiet som mulig, men ikke så lavt at det går utover den faglige kvalitet, men for så vidt også ressursbruken. Man kan si at det bak prinsippet ligger en antagelse, men ikke en påstand, om at tjenestene blir billigere jo lavere i tjenestehierarkiet de utføres. I praksis kan imidlertid prinsippet føre til at tjenester flyttes oppover i hierarkiet: Det kan være både helsefaglige og økonomiske stordriftsfordeler.

Den 13. mars 2004 satte regjeringen ned et tannhelseutvalg, hovedsakelig bestående av personer hentet fra tannhelsetjenesten og fra det offentlige generelt i kommunal og fylkeskommunal sektor.

Utvalgets mandat var i korte trekk å gi en beskrivelse av utviklingen av det offentlige engasjement på tannhelsefeltet i Norge de siste ti til tolv år, analysere blant annet hvilke sentrale verdier og hovdeprinsipper som bør legges til grunn for det fremtidige offentlige engasjement, i hvilken grad vektlegging av forebygging og oppsøkende virksomhet fører til ønsket måloppnåelse og hva som er de største utfordringer for det offentlige innen tannhelsesektoren.

Utvalget avga sin innstilling den 16. juni 2005. Dokumentet er gitt navnet:

NOU 2005:11 Det offentlig engasjementet på tannhelsefeltet - Et godt tilbud til de som trenger det mest.

I NOU 2005:11 - kapittel 2, side 12 ”Utfordringene” – pkt 3, kommer utvalgets visjon til uttrykk:

”Vi må få tannhelsetjenester produsert på en mer effektiv måte, bl.a. gjennom bedre arbeidsdeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten. LEON- prinsippet (Laveste Effektive Omsorgsnivå) må være førende også for tannhelsetjenesten.”

I del III nedenfor skal vi se litt nærmere på hva kravet om effektivisering av norsk tannhelsetjeneste vil innebære, hvilke effekter som kan oppnås og forventes ved iverksettelsen av LEON- prinsippet og hvordan iverksettelsen av dette prinsippet kan skje i praksis.

Som vi skal komme tilbake til, er det grunn til å ha forventninger til en mer offensiv iverksettelse av LEON- prinsippet i norsk tannhelsetjeneste. Det er imidlertid grunn til å bemerke at store forandringer alltid vil trenge tid for å finne sin riktige form og få sin maksimale effekt, selv om signifikante effekter også kan oppnås ved kortsiktige tiltak. Iverksettelsen av tiltak er omhandlet senere i oppgaven.

Avgrensning

Det vil være for ambisiøst å legge opp til at denne fremstillingen skal gi svar på alle ubesvarte spørsmål knyttet til effektivisering av tannhelsetjenesten i Norge. I det følgende vil jeg derfor hovedsaklig konsentrere meg om effektiviseringsgevinster knyttet til revisjon, omorganisering og klargjøring av arbeidsoppgaver i forholdet mellom tannlegespesialister, allmenntannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Ulike betydninger av begrepet ”Effektivitet”

Effektivitet i sosialøkonomisk forstand tydar det å oppnå ei høg verdiskaping samstundes som ein ikkje nyttar mykje ressursar. (Busch, Johnsen og Vanebo, 2002).

Effektivitet kan i lys av denne definisjonen måles ved hjelp av følgende formel:

$$E f f e k t i v i t e t = \frac{v e r d i s k a p i n g}{r e s s u r s b r u k}$$

Man skulle med dette tro at måling av effektivitet ble enkel matematikk, men helt enkel er ikke denne matematikken. Årsaken til det er at de begreper formelen omfatter både kan forstås på flere måter og kan være vanskelige å gi et presist tallmessig innhold.

La oss se nærmere på begrepene.

Det er lett å forveksle begrepet ”effektivitet” med begrepet ”produktivitet”. Produktivitet kan nok ses på som en form for effektivitet, men effektivitet er mer enn, og til dels noe annet enn, produksjon (ytelser, tjenester) i forhold til ressurser/kostnader. Effektivitet innebærer de endelige resultater, altså verdiskapningen, for eksempel tannhelseproduktet, i forhold til ressursbruken. Denne ”endelige” verdiskapning er ofte vanskelig å måle, og den måles ulike av ulike forfattere.

Ressurser er et enklere begrep, men heller ikke det er enkelt. Det omfatter både lokaler, utstyr, lagerbeholdning, arbeidskraft(kompetanse) og kapital. Ideelt sett skulle man kunne oversette all ressursbruk til monetære størrelser, men i praksis er det vanskelig å gjøre på en presis og ukontroversiell måte. Det må gjøres en del forenkling, og dermed potensielt resultatforvrengende, forutsetninger. .

Høy effektivitet er generelt sett ønskelig og betyr at man søker høy verdiskapning til lavest mulig ressursbruk /kostnad.

Del II – Status Quo

Kap 3. Definisjon av problemstillinger

I dag eksisterer det en gråsoner av udefinert oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere. Dette kan både virke fremmedgjørende og være en skranke for effektiv utnyttelse av verdifulle ressurser. Den udefinerte oppgavefordelingen kan skape forvirring mellom yrkesutøverne.

Et delmål med besvarelsen er å kartlegge denne problematikken og indikere mulige løsningsforslag til et bedre samspill gjennom en reform av profesjonene, eller rettere sagt, av arbeidsdelingen mellom dem.

Flere dokumenter og undersøkelser som er publisert de siste årene angående tannhelsetjenestens situasjon, mål og utfordringer, som for eksempel. NOU 2005:11, St. meld. nr. 35 (2006/2007), signaliserer et

behov for en bedre definert og mer effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. I et videre verdiskapningsperspektiv er det også behov for å vurdere behovet for å øke innsatsen i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Tannpleieryrket

Tannpleierne fikk autorisasjon i 2001. Gjennom sitt arbeid med alle deler av befolkningen, fra småbarn til eldre, friske og kronisk syke, funksjonsfriske og funksjonshemmede, har tannpleierne en betydningsfull rolle i den norske tannhelsetjenesten. Veiledning av pasienter og helsepersonell har en sentral plass i tannpleierens funksjon. De er kvalifisert til å delta i planlegging og organisering av tannhelsetjenesten i samarbeid med tannleger og andre faggrupper. Tannpleierne skal kunne profilere tannhelsearbeidet som en del av det generelle helsetilbudet i nærmiljøet, og se til at det blir en integrert del av den helsefremmende og forebyggende helsetjenesten. Tannpleieren har også en viktig rolle i kartlegging og overvåking av tannhelse i befolkningen. I et tverrfaglig samarbeid vil tannpleieren være en sentral aktør i forhold til å sette i gang helsefremmende tiltak innen områder som kosthold, tobakksbruk, fysisk aktivitet og sosiale forhold.

Kilde: Høgskolen i Telemark (www.hihm.no)

Historisk sett har tannpleieryrket blitt etablert for å ivareta helsefremmende og forbyggende arbeid. Slik var det da utdannelsen ble opprettet. I dag er tannpleieryrket blitt noe helt annet. Tannpleierne bruker i dag 80 % av sin arbeidstid ved en tannlegestol med kliniske oppgaver - jf studien utført av førsteamanuensis Nina J. Wang og overtannpleier Hilde V. Toven med tittelen ”Tannpleiere i Norge - Yrkesaktivitet og arbeidsforhold”, publisert i Den norske Tannlegeforenings Tidende nr.15 for 2006, side 984-989.

Tese:

Tannhelsetjenesten kan ikke nå en mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid hvis tannpleiere, som bør ha ansvar for dette området, kun bruker 20 % av sin arbeidstid på slike utadrettede oppgaver.

Mye kan tyde på at tannpleieryrket er blitt snudd på hodet i forhold til intensjonen i 2001.

Jeg skal i denne besvarelsen forsøke å drøfte dagens innhold av tannpleieryrket og se litt på hvordan ressursene faglig sett benyttes i forhold til samfunnets behov.

”Norut”- Northern Research Institute har utgitt en rapport, SF 12/2007, ”Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge” av Birgit Abelsen.

I denne rapporten anføres det følgende:

Resultatene fra denne studien tyder på at det trolig ikke vil bli større endringer i arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere, så lenge tannpleierne stort sett jobber i tannhelseteam med tannleger og tannhelsesekretærer.

Selv om denne studien avdekket at majoriteten av tannlegene mente at det finnes arbeidsoppgaver på deres egen arbeidsplass som med fordel kunne vært utført av en tannpleier, hadde de i liten grad noe ønske om å endre tiden de selv brukte på ulike arbeidsoppgaver. Så lenge tannlegenes endringsønsker er marginale og det er de som bestemmer, er det liten grunn til å tro at det innenfor dagens teamstruktur i tannhelsetjenesten vil skje større endringer i arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere.

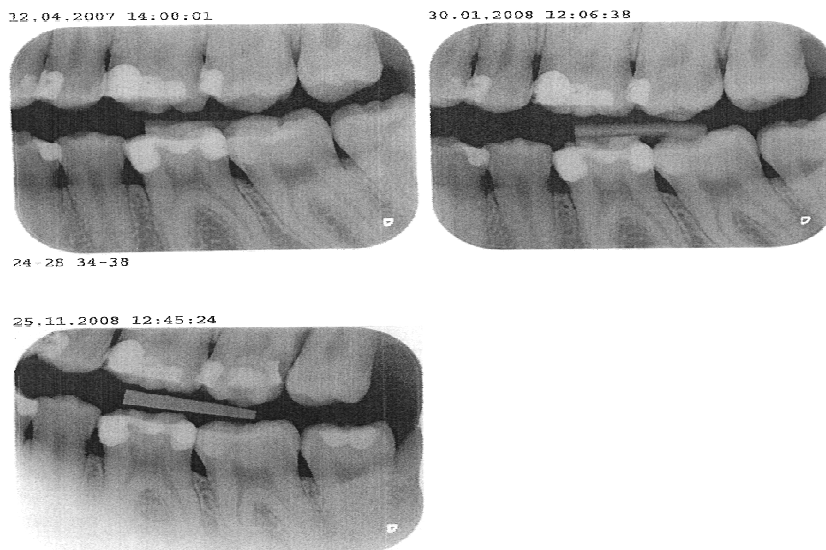
Rapporten viser oss at Norge muligens har kommet inn på feil spor når det gjelder oppgavefordelingen mellom tannpleiere og tannleger.

Kap 4. Er kompetanse en forutsetning for effektivitet?

Denne besvarelsen legger vekt på pasientens ”rett til tannbehandling”. Retten til tannbehandling utsettes i dag for hindringer som følge av en udefinert oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere.

Hvis pasienten oppsøker en tannpleier for undersøkelse, kan det hende at pasienten får beskjed om at han/hun er kariesfri, selv om pasienten har karies. Tannpleieren oppdaget den ikke.

Slik er det i noen grad i Norge i dag. Særlig er det slik der hvor tannpleieren ikke har noe samarbeid eller noen kommunikasjon med en tannlege ved arbeidsplassen sin.



Røntgenbildene ovenfor viser en 24 år gammel pasient som ble undersøkt av en tannpleier. Pasienten hadde uopdaget dyp karies våren 2007 (tannen markert ovenfor). Bildet øverst til venstre viser situasjonen. Ved neste kontroll i 2008 med samme tannpleier var karies i denne tannen enda dypere, men fortsatt uopdaget (høyre bilde). På slutten av 2008 får pasienten smerter i tannen. Tannlegen prøver å redde nerven av tannen med en midlertidig fylling (nederste bilde)

Problematikken skyldes ikke kun svake faglige kvalifikasjoner, men viser også at dagens praksis hviler på en utopisk situasjon. Utopien går ut på at man tror at det er tilstrekkelig med å foreta en klinisk undersøkelse og ta røntgenbilder for å finne karies i munnhulen. Ovennevnte eksempel viser oss at dette ikke er tilfelle.

Det kreves ofte mer enn en rask undersøkelse og et røntgenbilde for å kunne gi en noenlunde sikker vurdering av om tannen må åpnes eller ikke.

Den erfaring tannlegen har ved faktisk å ha åpnet en kariert kavitet, boret eller ekskavert ferdig og så fylt igjen hos samme person, gir tannlegen et slags "tredimensjonalt" syn, noe som er unikt og vesentlig og kommer i tillegg til røntgenbildet og den kliniske undersøkelsen. Dermed har tannlegen mulighet til å stille en riktigere diagnose for pasienten enn det mange, primært diagnostisk fungerende, tannpleiere har.

Man overvurderer tannpleierens evne til å stille en riktig diagnose hvis hun eller han aldri har utført karies-behandling selv. En slik terapeutisk

erfaring / kompetanse vil tannpleieren aldri kunne tilegne seg i Norge fordi tannpleiere i dag ikke har anledning til å bore eller gjøre irreversible kliniske inngrep i tenner.

Det har derfor ingen relevans /betydning å utvide tannpleierens utdanning med for eksempel ett år, uten at det samtidig gjøres noe med tannpleierens oppgave i tannhelsetjenesten.

En mulighet er å la tannpleieyrket være rettet mot helsefremmende og forebyggende arbeid. Den andre muligheten er å utvide tannpleierens kompetanseområde i terapeutisk retning.

Kan det være en tanke å gi tannpleiere lov til å gi infiltrativ (lokal) bedøvelse? Skal tannpleieren kunne rense tannstein under tannkjøttet (subgengival), ekstrahere løse melketenner, kanskje ekskavere (rense en infisert kavitet uten rotatorisk instrument) en tann eller to?

Skal de så også få lov til å lære seg blokkering som bedøvelseteknikk, slik at de kan begynne å bore en tann på egen hånd?

Man bør, etter min mening, være forsiktig med å tillate en slik utvikling i tannpleieyrket. Uansett hva man bestemmer seg for, er det viktig først å bli enig om hva slags oppgaver tannpleiere skal ha i tannhelsetjenesten, deretter kan man begynne å utdanne dem.

I en fagartikkel skrevet av B. Abelsen, med tittelen ”Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge”, publisert i Den norske Tannlegeforenings Tidende 2008; 118 nr 15, side 976, er det anført at:

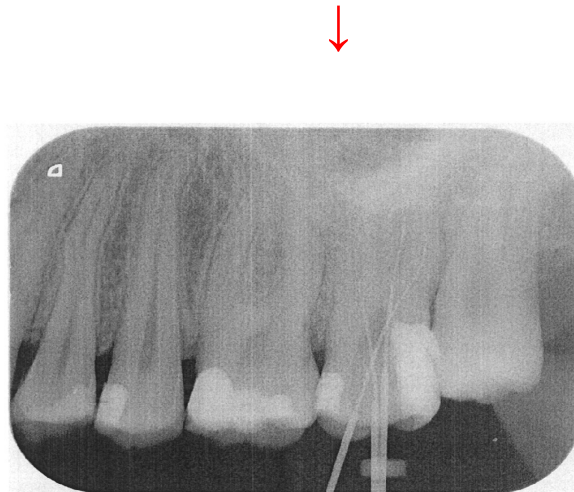
For å sikre kostnadseffektive helsetjenester, er det viktig at ulike oppgaver utføres av helsepersonell med tilpassede kvalifikasjoner. Hvis kompliserte prosedyrer overlates til ukvalifisert personell, kan dette medføre risiko for pasienten. Mens enkle og rutinepregede oppgaver utført av overkvalifisert personell trolig resulterer i effektivitetstap. Når det gjelder tannhelsetjenester, tyder forskning på at kostnadseffektiviteten kan øke dersom tannpleiere utfører mer av de oppgavene de er utdannet til å gjøre, slik som undersøkelse, screening og enkle former for tannbehandling. Tannpleiere kan enten jobbe som tannlegens supplement eller som tannlegens substitutt. Dersom tannpleiere arbeider som tannlegens supplement, er målet med tannpleierens virke å bedre tjenestekvaliteten og/eller utvide tjenestetilbudet. Tannpleiere som arbeider som tannlegens substitutt, utfører oppgaver som ellers ville blitt gjort av tannlegen alene.

Målet vil i en slik sammenheng være å redusere etterspørselen etter tannleger. Effektivitetsgevinster er mulig dersom tannlegen bruker tidsbesparelsen til i stedet å utføre tannhelsetjenester som bare tannlegen kan gjøre.

Det kan virke som om det er lønnsomt for tannhelsetjenesten å ha tannpleiere som første kontakt med pasienten for undersøkelse, slik at tannleger gjør det "kun tannleger kan gjøre". Men hva med de pasientene som får beskjed om at de ikke har noe hull, og så blir de for eksempel satt på 20 måneders innkallingsintervall/ kontroll siden de antas å ha god tannhelse.

Som eksemplet ovenfor viser, vil risikoen for uoppdaget karies kunne være tilstede. Sannsynligheten for et slikt uønsket utfall av en undersøkelse vil kunne være henimot omvendt proporsjonal med utdannelsen og erfaringen til den som foretar undersøkelsen.

En uoppdaget karies vil naturlig nok blir større og dypere uten behandling. Noen pasienter reagerer med smerter og finner raskt en time hos tannlegen, mens andre er symptomfrie, uten plager og merker ikke at karies har kommet dypt inn og infisert nerven til denne tannen. Da er det kun en tannlege som kan hjelpe pasienten.



I dette tilfelle stod nerven til tannen ikke til å redde. Bakteriene hadde spred seg kraftig og endodonti (rotfylling) var nødvendig. Selve tannen har en dårlig prognose for den har mistet mye tannsubstans på grunn av kariesangrepet som ikke ble oppdaget ved de årlige kontrollene hos tannpleieren.

Feil diagnose fører til en mer kostbar, komplisert og tidkrevende behandling som i verste tilfeller kan gi en usikker prognose.

I tillegg kommer ubehaget for pasienten.

Poenget er at tannleger bør ha anerkjennelse på grunn av sine kvalifikasjoner og erfaringer ved å få lov til å ha den første kontakt med pasienter for undersøkelser. Videre gis pasienter den tannbehandling de forventer og har krav på.

Oppgaven forsøker å vise at LEON- prinsippet ikke nødvendigvis praktiseres i tannhelsetjenesten når man bruker annet personell enn tannleger for å undersøke og diagnostisere pasientens tannhelse: Det kan spaseres penger, skjønt kanskje bare i første omgang, men helseutbyttet blir dårligere, jf eksempel ovenfor.

Vi skal gå tilbake til fagartikkelen av Abelsen, nevnt ovenfor, som har som hovedbudskap:

-Tannleger bruker i gjennomsnitt nær to av ukens arbeidsdager på å utføre kliniske oppgaver tannpleiere også er kvalifisert for.

-Majoriteten blant tannpleiere mener tannpleiere bør utgjøre førstelinjen i tannhelsetjenesten.

-Siden tannleger i liten grad ønsker å endre tiden de bruker på ulike kliniske arbeidsoppgaver, er det lite sannsynlig at det vil skje endringer i arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere.

Hvorfor er det blitt slik at tannpleiere også er kvalifisert til noen kliniske oppgaver på samme måte som tannleger er? Hva var formålet med det? Er dette det rette for pasientene, også på lengre sikt? Hvem er vinnere til slutt?

Disse retoriske spørsmål er relevante og bør stilles når man skal vurdere rollefordelingen på tannklinikene.

Det er vanskelig å vurdere alle effekter av den utviklingen som har funnet sted, men den kan neppe være heldig for tannpleiere som egentlig ikke vet hva deres oppgave i tannhelsetjenesten er, men som kjemper hardt for å få overta flere av de arbeidsoppgaver som tannleger utfører.

Mant sitter også igjen med dette spørsmål: Hvem skal ta seg av det helsefremmende og forebyggende arbeid?

Det er ventet at tannleger i liten grad vil ønske å endre den tiden de bruker på ulike kliniske oppgaver. Odontologien kan ikke bli segmentert i små deler. Den er en helhet i seg selv når pasienten åpner munnen sin, enten for undersøkelse eller behandling. Det er i denne sammenheng uvesentlig hva en tannlege gjør med sine pasienter. Når en tannlege får beskjed om å åpne en tann fordi tannpleieren har gjort en undersøkelse tidligere og mente at det var behov for behandling, så skal tannlegen, bevisst eller ikke, gjøre sin undersøkelse selv, før han eller hun begynner å bore på den aktuelle tannen.

Dette er utvilsomt dobbeltarbeid, og de fleste tannleger vil anføre at det er unødvendig.

Man bør også huske på at det er odontologiske spesialister, slik at tannleger ikke har behov for verken å endre tiden de bruker på ulike kliniske oppgaver eller å kvalifisere seg for å gjøre oppgaver som det allerede finnes bedre kvalifisert personell for (tannlegespesialister).

Kap 5. Fremmedgjøring som skranke for effektivitet (Hawthorne effekten)

Påstand:

Den udefinerte oppgavefordelingen mellom tannleger og tannpleiere medfører fremmedgjøring, i begge grupper.

En uklar definisjon av roller skaper usikkerhet når to yrkesgrupper skal arbeide tett på hverandre og bygge eget arbeid på den annens prestasjon. Slik kan det være mellom tannpleiere og tannleger.

I dag er det en alminnelig kjent sosiologisk oppfatning at sosial interaksjon og deltagelse i et spennende og inkluderende miljø er med på å øke effektiviteten på en arbeidsplass.

En av de mer kjente undersøkelsene på dette området er den såkalte Hawthorne-undersøkelsen som i 1924 ble iverksatt hos selskapet Western Electric Company i USA.

I perioden 1924 - 1933 ble det gjennomført en rekke produktivitetsstudier ved Hawthorne Works ved Western Electric Company, Cicero, Illinois, USA. Elton Mayo tok del i studiene fra 1927 og ønsket å se nærmere på *hvilken effekt forandringer i det fysiske arbeidsmiljø hadde på produktiviteten*. Foran hvert eksperiment forandret forskerne én variabel, for eksempel lysstyrken i arbeidsrommet. Man opererte med en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe. Det underlige var at uansett hvilken variabel

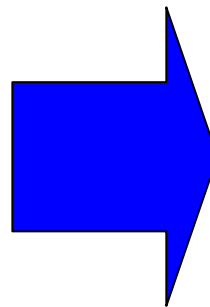
man forandret på, så økte eksperimentgruppa produksjonen. Og ikke nok med det, produksjonen hos kontrollgruppa økte også! Lysstyrken ble redusert, arbeidsdagen forlenget og man gikk ned på antall hvilepauser, men produksjonen fortsatte å øke! Arbeiderne visste at de var under observasjon, og denne vissheten var nok til at de jobbet hardere.

Forskerne forandret så metoder. Man gikk bort fra *arbeidsforhold* som en nøkkelfaktor i forholdt til produksjon, og rettet fokus mot holdninger, sosiale forhold og ledelsesstrategi. Man anbefalte å fokusere på utvalg og trening av ledere. For første gang samlet man opplysninger om holdninger, moral, uformelle arbeidsgrupper og sosiale forhold. Produksjon var ikke lenger en funksjon av den formelle organisasjons struktur og design. Man måtte også ta hensyn til arbeiderens holdninger, evner og persepsjoner og deres forhold til hverandre.

(Kilde: www.Wikipedia.no)

Psykologiske og sosiologiske faktorer:

- gruppenormer
- sosiale forventninger
- jobbtilfredsstillelse
- anerkjennelse, det å være betydningsfull
- trygghet, reduksjon av angst
- lederstil
- frihet



**Økt
produktivitet**

Generelt sett kan vi si at Hawthorne-effekten viste forskerne at sosiale forhold, menneskelig oppmerksomhet, anerkjennelse, følelsen av å delta i et betydningsfullt prosjekt hadde stor betydning for produktiviteten.

Selv etter at materielle privilegier, som i undersøkelsen var gitt til utvalget, ble fjernet fra gruppen, fortsatte produktiviteten å øke. Resultatet ble oppfattet som underlig inntil forskerne forsto at selve muligheten til å delta i undersøkelsen fikk gruppen til å hente frem det ytterste av produktivitet.

Overført til tannklinikker i Norge i dag kan vi på antitetisk grunnlag reise spørsmålet om en uklar rollefordeling mellom tannleger og tannpleiere på en og samme tannklinikk kan føre til ineffektivitet, fordi den skaper frustrasjoner og kanskje også et spenningsfylt sosialt klima?

I tillegg kommer det effektivitetstap som er en følge av dobbeltarbeid rolleklarheten lett skaper.

Kap 6. Gråsonen mellom tannpleieren og tannlegen

En del tannleger har en generell skepsis til om tannpleieres arbeid utføres på en skikkelig måte. Dette kan skyldes flere forhold, som for eksempel egne erfaringer med tannpleierens undersøkelser og diagnoser, en mer generell skepsis til tannpleierutdanningens innhold, frykt med videre.

Basert på min egen erfaring fra den offentlige tannhelsetjeneste vil jeg anføre at tannpleiere generelt har svært begrenset tid sammen med sine pasienter, og at det nok er noe av grunnen til at tannleger skeptiske til hvor gode de kliniske undersøkelser tannpleiere utfører, er. Noen tannpleiere har 15-20 minutter for å undersøke hver pasient. Det er optimistisk å forvente at en tannpleier i løpet av denne tiden skal komme igjennom de arbeidsoppgaver som forventes av ham/henne.

Tannpleieren skal normalt hilse på pasienten og presentere seg på en behagelig måte, utføre røntgenopptak, fremkalle røntgenbildene selv, notere pasientens opplysninger på helseskjemaet, utføre en klinisk undersøkelse med analyse av røntgenbildene og stille riktig diagnose.

Videre skal tannpleieren snakke med pasienten angående tannhelsen, hvordan man kan forbedre eller bevare den, gi instruksjoner om oral hygiene ved f. eks. visning av hvordan man bruker tanntråd, bedre eller riktig tannpuss og eventuelt forklare viktigheten av bruk av fluor i hverdagen. Hvis pasienten trenger behandling hos tannlegen bør tannpleieren finne en time som passer både for tannlegen og for pasienten.

Til slutt skal tannpleieren ta imot betaling og vise pasienten ut. Deretter skrives journalen ferdig. Stolen og instrumenter gjøres klart til neste pasient som allerede venter i venteværelset.

Alt dette skal skje på de 15 til 20 minutter som er avsatt.

Tannlegene forventer at ovennevnte rutine er fulgt når tannlegen får inn en pasient som allerede er blitt undersøkt av en tannpleier.

Det viser seg at pasienten i mange tilfeller ikke har blitt undervist om tanntrådteknikk og tannpussteknikk, selv om pasienten har gingivitt og mye belegg på tennene.

Tilfeller av feildiagnostisering kan ofte forklares på to måter:

- Tannpleieren har hatt for liten tid med hver pasient,
- Tannpleieren har for dårlig klinisk kompetanse.

Tannlegen bygger sitt kliniske arbeid på den undersøkelse tannpleieren har gjort og må ha tillit til tannpleierens diagnose for å kunne gi pasienten en forsvarlig behandling.

Hvor tillit og trygghet mellom yrkesgruppene foreligger, kan tannlegens tid frigjøres til å utføre avanserte oppgaver og overlate enklere prosedyrer til tannpleierne. Pasienten og samfunnet nyter godt av en rimeligere behandling fordi tannpleieren har utført undersøkelsen til en rimeligere kostnad enn om tannlegen selv skulle gjort arbeidet.

Dersom det hersker mistillit og utrygghet mellom partene, vil dette naturligvis påvirke begge yrkesgrupper gjennom et vanskelig arbeidsmiljø, og muligens en tynge kommunikasjon mellom aktørene. I tillegg vil tannlegens kliniske undersøkelse av pasienten bli preget av kostbart dobbeltarbeid, i det ansvaret for en forsvarlig tannbehandling vil medføre at tannlegen kontrollerer den undersøkelsen tannpleieren allerede har utført.

Hawthorne-undersøkelsen, som ble omtalt ovenfor, viste at produktiviteten blant de ansatte i Western Electric Company økte i det de følte at de ble verdsatt gjennom å få delta i et nytt og spennende prosjekt.

Kanskje kan man konkludere med at stimulans gjennom tillitsfullt samspill og sosial kvalitet mellom ansatte på en arbeidsplass er en viktig faktor for produksjon.

Med andre ord:

Trivsel + tillit → økt effektivitet

Hvis mistenksomhet, frykt og manglende respekt preger forholdet mellom tannpleiere og tannleger er det en destruktiv kraft på en tannklinikk. Den effektiviseringsgevinst man søker ved å sette inn en tannpleier ved siden av tannlegen vil da forsvinne, samtidig som de ressurser tannpleierne legger beslag på blir anvendt forgjeves.

En slik rutine er økonomisk og sosialt uakseptabel, selv om mye kan tyde på at slike forhold faktisk finnes i dagens tannhelsetjeneste.

Kap 7. Hygienefaktorer

De store linjer som behandles nedenfor skal ikke overskygge viktigheten av at begge yrkesgrupper tar ansvar for god kommunikasjon med andre medarbeidere på egen arbeidsplass og sørger for å være så gode bidragsytere til arbeidsmiljøet som mulig.

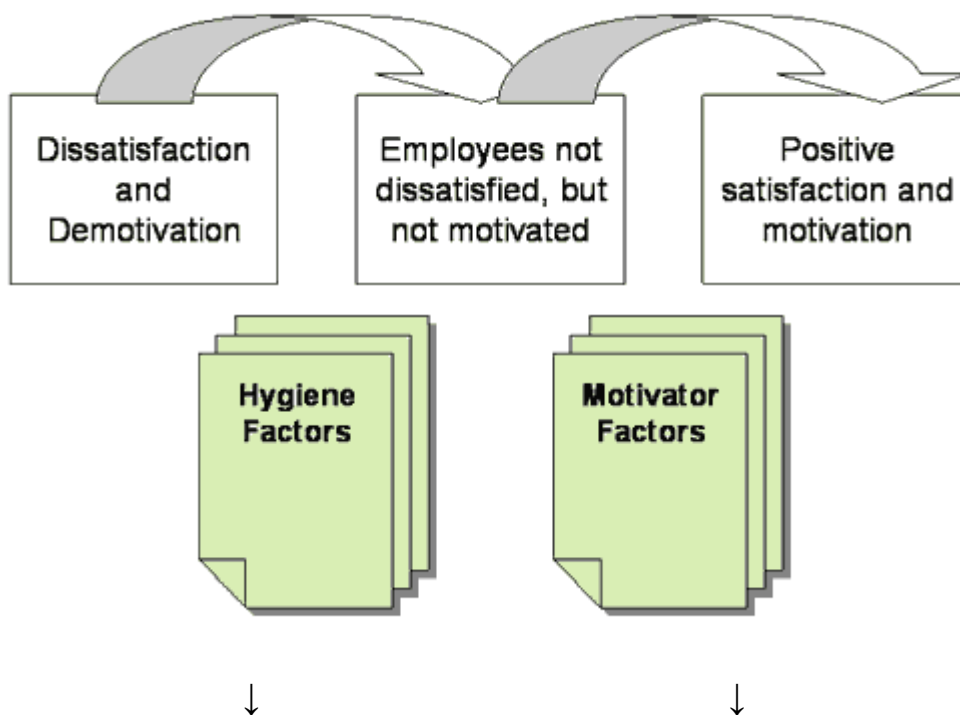
Tannpleierens utrygghet ligger ofte i forventninger og angst for om tannlegen kommer til å godkjenne undersøkelsen eller ikke. Det ligger dypt i menneskenes natur å søke anerkjennelse og unngå ydmykelse. Den tannpleier som til stadighet må finne seg i ydmykelse vil ikke oppleve arbeidsplassen som et godt sted å være.

Dette kan medføre en høy turn-over av tannpleiere i klinikken, økte kostnader knyttet til opplæring, vikarer og tid som benyttes for dobbelundersøkelse av en pasient. I tillegg svekkes pasientens tillit til tannpleieren.

Den amerikanske psykolog Frederick I. Herzberg (1974) trakk frem to dimensjoner som viktige for jobbtilfredshet. Han skapte slik den såkalte ”tofaktorteorien”:

I følge Hertzberg påvirkes arbeidsmiljøet av to typer av faktorer:

- 1) Hygienefaktorer (vedlikeholdsfaktorer): disse faktorene kan føre til stor misnøye (manglende glede)
- 2) Motivasjonsfaktorer (vekstfaktorer): disse faktorene kan føre til tilfredshet.



Faktorene har relevans for:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Bedriftens politikk og administrasjon - Faglig rettleiding fra sjefen - Forholdet til overordnede, underordnede og kolleger - Arbeidsforhold. Fysisk arbeidsmiljø - Lønn/ Status/ Sikkerhet/ Privatliv | <ul style="list-style-type: none"> - Det og nå mål, prestere noe - Anerkjennelse for å ha prestert noe - Et interessant og givende arbeid - Muligheter for å bli forfremmet - Ansvar i jobben - Personlig vekst |
|--|---|

Herzberg fikk bekreftet at motivasjonsfaktorene var den primære grunn til at ansatte følte seg tilfredse. Hygienefaktorene var den primære grunn til manglende glede (misnøye) ved jobben.

Overført til forholdet mellom tannleger og tannpleier kan vi kort anvende Hertzbergs teori slik:

Tannpleierens frykt for å gjøre feil, opplevelsen av å bli kontrollert og iblant korrigerert, frykt for å forårsake skade/ulempe for pasientene, samt følelsen av å være lite verdsatt og anerkjent, er alle klare hygienefaktorer.

Tannpleiere som føler at de gjør en god jobb, og som opplever å bli verdsatt av sine kolleger, vil ha en annen opplevelse. Følelsen av å være en viktig del i tannklinikken "maskineri" er en såkalt motivasjonsfaktor.

Årsakene til frykt for ydmykelse kan være mange og sammensatte. Aldersforskjell kan være en årsak.

En eldre tannlege, som aldri tidligere har hatt hjelp fra en tannpleier, vil kunne føle at tannpleieren opptrer konkurrerende på tvers av de rolleinndelinger som har preget en lang og god karriere og vil kunne ha et kritisk blikk på tannpleierens diagnose.

Det kan imidlertid hende at de samme tannleger synes tannpleierne er et hyggelig tilskudd, og at prosedyren med kontroll og behandling går raskere med tannpleieren i naborommet.

Andre tannleger kan ha en helt annen opplevelse. Tannlegen kan oppleve frykt for å bli oppfattet som upopulær blant de andre medarbeiderne dersom det gis for mye refs og korreksjoner til tannpleierne.

Tannlegen kan oppleve etisk/personlig konflikt mellom det å ivareta det faglige innhold, det å være en arbeidskamerat og kanskje det å være bedriftsleder.

I Hertzbergs teori vil det her være tannlegen som opplever innslag av hygienefaktorer i sin jobb som overordnet fagansvarlig.

Det hele ”koker ned til” at tannhelsetjenesten, som helsevesenet forøvrig, holdes sammen av mennesker som jobber med andre mennesker. Det er viktig at man ønsker å kjenne den man jobber sammen med, og lager rom for kommunikasjon og samarbeid.

Ingen mennesker er perfekte, og fra tid til annen gjør både tannpleiere og tannleger feil. Det kan være upraktisk og ubehagelig for tannlegen å måtte ta undersøkelsen på nytt når tannpleieren allerede har hatt pasienten til vurdering. Tannlegen har imidlertid mulighet til å utøve faglig autoritet ved å instruere og kurse tannpleieren i hvordan tannlegen ønsker undersøkelsen gjennomført og tilrettelagt.

Vi sitter etter dette igjen med følgende foreløpige konklusjon: Intern effektivitet forutsetter et godt arbeidsmiljø, motiverende og motiverte arbeidstakere og dedikerte ledere som evner å vise tydelig lederskap i kombinasjon med omsorg og sosial forståelse for de ansatte.

Kap 8. Dagens effektivitet i den offentlige tannhelsetjenesten

Fylkeskommunen er ansvarlig for at det ytes tjenester etter tannhelsetjenesteloven §1-3 som lyder slik

§ 1-3. (Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten)

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til:

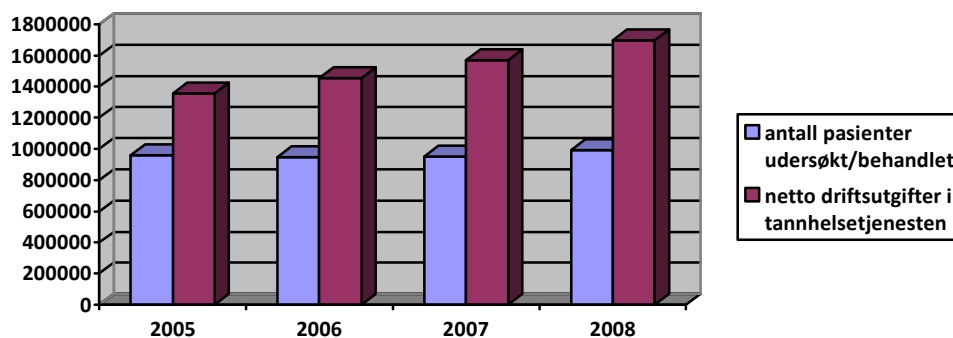
- Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
- Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

I tillegg til de prioriterte oppgaver kan Den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser.

Gruppene (a-e) er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene skal denne prioritering følges. Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling

I 2008 var fylkeskommunenes netto driftsutgifter i den offentlige tannhelsetjenesten på landsbasis nesten 1,7 milliarder kroner og antall personer undersøkt/behandlet i hele befolkningen var 994 055.

Figuren nedenfor viser at netto driftsutgifter i den offentlige tannhelsetjenesten har økt i de siste årene, men at antall personer undersøkt eller behandlet ikke har økt like mye.



Tallene fra SSB: G. Tannhelsetjenesten - nivå 3. Netto driftsutgifter tannhelsetjenesten:

2005 - kr 1 357 249; 2006 - kr 1 454 259; 2007 - kr 1.570.709; 2008 - kr 1 696371.

Hele befolkningen, antall undersøkt/behandlet: 2005 - 960.113; 2006 - 948 431;

2007 - 952 079; 2008 - 994 055

Vi ser at de røde søylene, som indikerer netto driftsutgifter, øker markert, mens de blå søyler, som markerer antall pasienter som er undersøkt/behandlet nesten holder seg på same nivå.

Figuren indikerer altså at den økonomiske effektiviteten i tannhelsetjenesten er synkende.

Årsakene til dette kan være mange. Her presenterer jeg tre hypoteser / teorier som kan ha relevans for forholdet mellom kostnader og effektivitet:

Teori 1 - Prisstigning

Prisstigning på en rekke odontologiske innsatsfaktorer, som lønn til ansatte, husleie, forbruksvarer, strøm, forsikring og utgifter til tanntekniker, materialer og teknisk utstyr, kan være (noe av) årsaken til at kostnadene øker mer enn aktiviteten. Vi har imidlertid ikke data som gjør det mulig for oss å si noe om i hvilken grad disse faktorer har spilt en rolle. Usystemiske inntrykk tilsier imidlertid at disse faktorer har spilt og spiller en rolle.

Teori 2 - Passiv investering i vedlikehold

En passiv holdning til vedlikehold og service av så vel bygning, lokaler, datautstyr/software, tannlegestoler, røntgenutstyr og annet teknisk utstyr over lengre tid vil kunne gi en slags effektivitetsgevinst på kort sikt. Over tid vil imidlertid slik kapitalsløsing føre til behov for større reparasjoner, utskiftninger og annet vedlikehold, og man får en brå effektivitetsnedgang, en effektivitetsnedgang. Over tid vil en slik kapitalpolitikk gi en dårligere effektivitetsutvikling enn en mer rasjonell kapitalpolitikk. Det er imidlertid liten grunn til å tro at en slik politikk har vært så utbredt og har ført til spesielt store nyinvesteringen akkurat i den aktuelle perioden.

Teori 3 - Økt forbruk per behandling.

Dersom tannklinikken bruker mer tid pr. pasient enn tidligere vil dette fort gi seg utslag for den økonomiske effektivitet pr pasient. Det samme gjelder økt forbruk av materiell eller bruk av dyrere materiell enn tidligere.

Vi kan ikke konkludere sikkert hva gjelder årsakene til den synkende effektivitet i den aktuelle perioden, men det er grunn til å tro at vi finner det meste av forklaringen i kostnadsøkningene (teori 1). I og med at personalkostnadene erfaringsmessig er de klart største, er det også grunn til å tro at tannlegenes og de andre gruppenes inntektsøkning er den viktigste årsak til at tannhelsetjenesten er blitt mindre effektiv.

Kap 9. Dagens yrkesroller i tannhelsetjenesten

I det følgende vil jeg ta for meg tannhelsesekretærer, tannpleiere, tannleger og tannlegespesialister som yrkesutøvere i tannhelsetjenesten.

Tannhelsesekretærer:

Det er i dag den videregående skole som utdanner tannhelsesekretærer.

Det tar tre år å bli tannhelsesekretær. Første år omfatter et grunnkurs i helse- og sosialfag, andre år et videregående kurs i helseservicefag og siste år et videregående tannhelsesekretærkurs.

Tannhelsesekretæren er bindeleddet mellom pasientene og tannhelsetjenestens behandlede personell.

Tannhelsesekretæren har oversikt over de daglige gjøremål på et tannlegekontor. Hun eller han må ha evne både til teamarbeid og selvstendig arbeid.

Arbeidet skal utføres i tråd med helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

Tannhelsesekretærens sentrale arbeidsområder er å assistere tannlegen i alle behandlingssituasjoner, utføre kontorarbeid, som innkalling av pasienter, rapportering, regnskap, og så videre, stå for rengjøring, sterilisering og vedlikehold av instrumenter og utstyr, utføre røntgenopptak og enklere laboratoriearbeid og håndtere dentalmaterialer og de vanlige legemidlene som brukes på et tannlegekontor.

Tannhelsesekretærer må ha en god kommunikasjonsevne og bidra i det forebyggende tannhelsearbeid.

Tannpleiere:

Tannpleierutdanningen er en treårig bachelorutdanning som gis ved universitetene i Oslo og Bergen og ved Høyskolen i Tromsø. I tillegg arbeides det med å starte slik utdanning andre steder, for eksempel i Vestfold.

I den offentlige tannhelsetjenesten skal pasienten normalt først bli undersøkt av en tannpleier og så, ved behov, behandles av en tannlege.

Tannpleiere er kvalifisert til å foreta tannhelsekontroller, undersøke tenner og munnhule, ta røntgenbilder og notere funn, rense tenner og tannkjøtt, sette lokalbedøvelse samt pusse og polere tenner og fyllinger.

Tannpleiere har en svært viktig rolle innen helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, som veiledere, undervisere og deltakere i tverrfaglig samarbeid.

Tannleger:

I Norge gis tannlegeutdanning ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. Utdanningen er en femåring masterutdanning.

En tannlege skal jobbe med å restaurere skadede tenner, erstatte tenner og behandle betennelser i tannkjøttet.

Tannlegen stiller diagnoser og behandler sykdommer i munnhule og kjeve, og jobber med tannstillingsfeil og utviklingsforstyrrelser.

En annen viktig oppgave for tannlegen er å gi råd til pasientene slik at de får riktige opplysninger om hvordan man skal bevare tannhelsen sin og forebygge tann- og munnsykdommer.

Når en tannlege får en pasient som trenger mer spesialisert behandling vil pasienten bli henvist til en tannlege som er spesialist i det aktuelle området behandlingen gjelder, for eksempel kirurgi, protetik, endodonti (rotfylling), kjeveortopedi (tannregulering), og så videre.

Tannlegespesialister:

I Norge gis spesialistutdanning for tannleger ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø.

Dagens situasjon innen tannhelsetjenesten er preget av mangel på spesialister i flere av regionene. En stor del av dem som er utdannet de siste årene har blitt værende nær lærestedene i de største byene, Oslo og Bergen. Det har ført til at det er opprettet såkalte regionale odontologiske kompetansesentra. Disse er blitt viktige for rekruttering, stabilitet og faglig utvikling i tannhelsetjenesten.

Det gis spesialistutdanning i regionale odontologiske kompetansesentra, i Tromsø for helseregion Nord, i Trondheim for helseregion Midt-Norge og

i Arendal, for det som var helseregion Sør. I helseregionene Vest, og det tidligere Øst, er kompetansesentrene under planlegging.

Nedenfor skisserer jeg to påstander som kan gjelde for flere tannklinikker i Norge i dag.

Første påstand:

Gjennom å øke samspillet mellom tannleger og tannpleiere kan samfunnet og den offentlige tannhelsetjeneste oppnå bedriftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske rasjonaliseringsgevinster.

Ovenfor tok jeg for meg viktigheten av å få tannleger og tannpleiere til å arbeide optimalt i symbiose. Det ble vist til Hawthorne-eksperimentet og Hertzbergs 2-faktor teori.

Min anførsel er at tannklinikker ved å fokusere på betydningen av en god sosial symbiose vil kunne hente raske gevinster med hensyn til effektivitet.

Yrkesgrupper som har tillit til hverandre vil i mindre grad praktisere unødvendig dobbeltarbeid ved gjennomføring av kliniske undersøkelser. Dette reduserer tiden pasienten sitter i undersøkelsesstolen og det gjør det mulig for klinikken å behandle pasienter raskere og dermed også å behandle flere pasienter.

Aktørene kan bygge på hverandres arbeid og dermed utnyttes ressurser i form av arbeidskraft på en optimal måte. Dette kan føre til lavere lønnskostnader, og høyere produksjon for klinikken, noe som i sin tur gir økte inntekter og kanskje enda lavere kostnader. Man kan komme inn i gode sirkler.

Generalisert effekt

Samfunnsmessig vil kvaliteten på behandlingen øke, det frigjøres ressurser som kan benyttes til for eksempel forebyggende arbeid, noe som på lengre sikt kan føre til redusert behov for visse typer behandling. Økt tannhelse er i seg selv et samfunnsøkonomisk gode, selv om verdien av denne er vanskelig å beregne.

Bedriftsøkonomiske resultater i den offentlige tannhelsetjeneste i form av reduserte kostnader og økte inntekter gir det offentlige, som eier av deler

av tannklinikken, en økonomisk gevinst. Dette betyr at ellers knappe ressurser i helsevesenet kan fordeles på en mer effektiv måte.

I tillegg vil økt samspill mellom yrkesgruppene i offentlig tannhelsetjeneste gi økt trivsel på arbeidsplassen, lavere turn-over (ustabile arbeidsforhold) og lavere sykefravær. Den som føler seg verdsatt, så vel faglig som sosialt, vil lett føle at arbeidsplassen er et godt sted å være. Dette gir økonomisk effekt for det offentlige som arbeidsgiver.

Andre påstand:

Gjennom enkle tiltak, der man tar sikte på å styrke begge yrkesgrupper (tannpleiere og tannleger), kan man unngå utslag av proteksjonisme og skepsis.

Proteksjonisme og skepsis fungerer sannsynligvis som en beskyttelsesmekanisme for den som føler seg truet på hjemmebane. Den som føler seg truet går lett i forsvar. Hun eller han forsøker å beskytte seg mot det som er nytt, ukjent og som føles truende.

En slik kultur er skadelig og hindrer organisasjonen i å oppnå effektiv ressursutnyttelse.

Det er grunn til å anta at mye av den frykt som skaper behov for slik beskyttelse skyldes manglende kunnskap og forståelse for det som utfordrer de trygge rammene.

Personlige motiver kan fort komme inn i et mer eller mindre egoistisk spor, noe som kan virke ødeleggende på effektiviteten i en organisasjon.

Den amerikanske psykologen Abraham Maslow utviklet en modell for å forstå hvordan menneskelige behov påvirker adferd. Han ordnet behovene i et hierarki; kfr. figuren nedenfor.



I det følgende vil jeg, ved hjelp av Maslows behovshierarki, gi noen eksempler på hvordan personlige behov hos de ansatte kan påvirke en tannklinikks effektivitet på en negativ måte.

1. Karrierejegeren

Personell med behov for å ”gjøre karriere” har et brennende ønske om å oppnå anerkjennelse, særlig fra personer som er bedre posisjonert og som sitter med nøkkelroller til deres videre karrièr utviklingen; kfr. behovene 3 og 4. Behov nr. 4 er av betydning for karrierejegerne fordi deres karrierejag også kan være knyttet til deres selvfølelsesbehov. Deres selvfølelse er knyttet til hvordan andre ser på dem.

2. Den engstelige/paranoide

En del har en spesielt sterk frykt for å mislykkes, eller for få kritikk fra andre. De engstelige legger vekt på å beskytte seg selv, sin stilling og posisjon mot kritikk og trusler fra annet personell. I noen grad vil de engstelige også kunne oppfattes som asosiale. Gjennom tilbaketrekning eller usynliggjøring forsøker de å unngå oppmerksomhet om egen person og eget arbeid: Oppmerksomhet er truende; den er utgangspunktet for kritikk, tror de ofte. Den engstelige er en slags motsetning til

karrierejegeren. Mens den siste søker oppmerksomhet, og tror eller håper at den skal være bekreftende, forsøker den annen å ”gjemme” seg, fordi han eller hun frykter at den skal bli avkreftende.

Personer i denne gruppen hører hjemme i Maslows behovshierarki nr 2.

3. Den sinte/fordomsfulle/fanatisme

Personell i denne gruppen har bitterhet eller hat mot andre mennesker, eller mot arbeidsplassen. Det kan dreie seg om rasistiske holdninger til kolleger eller pasienter. Det kan gjelde såre følelser og ønske om å straffe eller hevne seg på kolleger, eller på bedriften. Det kan også dreie seg om sterke politiske eller religiøse overbevisninger som gjør det umulig for den ansatte å opptre rasjonelt i interaksjon med kolleger og pasienter. Personer som faller i denne gruppen kan være personer som er kommet enda lenger enn de engstelige: Ikke bare har de mislykkes som karrierejegere, de har også mislykkes i å skjule seg. De er ”funnet” og ”fanget” og trukket og slitt ned av kritikk og avkreftelse. Avkreftelsen har satt seg og er blitt til bitterhet overfor alt og alle, kanskje også dem selv.

4. Den syke

Personer kan ha ulike grader av mental sykdom som kan påvirke deres evne til å fungere i samspillet med andre mennesker. Personell i denne gruppen kan opptre irrasjonelt, ha ønske om hat/hevn, destruktive tanker, opptre manisk eller depressivt. Den syke kan være den tidligere sinte og bitre: Bitterheten har slått over i sykdom.

Personer i gruppene 3 og 4 kan det være vanskelig å forholde seg til og for så vidt – verne seg mot – som bedrift. Vi er alle mennesker og det innebærer at vi er ulike. Ulikheter kan være en kilde til vekst og utvikling for et arbeidsmiljø. De kan imidlertid også gi opphav til konflikter og et dårlig arbeidsmiljø. Personer som utvikler egenskaper som bitterhet og sykdom representerer variasjoner som i de fleste tilfeller mer belaster enn stimulerer et arbeidsmiljø. Noen kan ha blitt både bitre og syke på grunn av uheldige forhold på arbeidsplassen. I neste omgang bidrar de så til å gjøre miljøet enda dårligere. Organisasjonen drives slik inn i onde sirkler.

I noen tilfeller må de personer som er (blitt) ”vanskelige” bort, hvis ikke organisasjonen skal gå i oppløsning.

Problemet med karrieristene er at de setter egne behov foran organisasjonens. Det er ikke et generelt problem, men det skaper en del problemer, og større jo mer ensidig egeninteresseopptatt ansatte er. De er aktive nok, og kanskje mer enn aktive nok, men en del av deres aktivitet kan ha en innretning som ikke tjener organisasjonen. Problemet kan i noen grad reduseres gjennom "tekniske" tiltak, som mer skreddersydde, incentivbaserte målstyringssystemer. Men problemet vil ofte også kreve pedagogiske tiltak, med utgangspunkt for eksempel i medarbeidersamtaler.

Problemet med de engstelige er også deres selvopptatthet. For denne gruppen er det både underytelse og skjevytelse, det siste i betydningen uvilje mot å gjøre noe nytt og annet, som er et problem. Problemet krever i stor grad pedagogiske, inkludert omsorgsmessige, tiltak. De må få den fornødne opplæring og de må få en oppfølging som kan øke deres selvtillit og gjøre dem mer offensive.

Den amerikanske ingeniøren Fredrick Winslow Taylor (1856-1917) utviklet en ledelses- og organisasjonsteori han kalte "Scientific Management". Taylor var svært opptatt av lønn som vesentlig faktor i forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Taylor og det vitenskapelige arbeidsledelsessystemet han lanserte, blir nærmere omtalt under kapittel 4. Her skal vi bare nevne at han var av den oppfatning at det fantes arbeidstakere, engstelige sådanne, kan man si, som i ren frykt for endringer og større arbeidspress kunne arbeide for å legge et "tak" på produksjonen. De så på Taylor's akkord- eller bonussystem som et press en stadig, altså en "takløs", innsatsøkning.

En slik angstkultur, eller begrensingskultur, vil være svært uheldig for en tannklinikk, og andre bedrifter som søker å oppnå økt effektivitet, men en "grenseløs" effektivitetskultur vil også ha sine omkostninger, særlig kvalitetsomkostninger.

Alle organisasjoner, også tannklinikker, vil oppleve utfordringer av den typen karrierister, engstelige, bitre og syke mennesker kan skape. Det er derfor viktige at ledere ikke bare tenker offensivt og strategisk, ja, nesten "godværsaktig". De må også forholde seg til "vanskelige" personer og de "floker" slike kan gi opphav til. De må gjøre det tidlig, helst forebyggende, og de må gjøre det som en del av den daglige ledelse

Sosialt samspill og effektivitet i tannklinikken

Økt kunnskap og forståelse mellom tannpleiere og tannleger krever kommunikasjon og en positiv innstilling fra begge yrkesgrupper. Det er viktig å bevisstgjøre begge yrkesgrupper om behovet for å gjøre noe med de etablerte rammene og utfordre seg selv til å ta et steg inn i den andres hverdag.

En slik erkjennelse forutsetter imidlertid at de to gruppene har et felles ønske om å lykkes i form av å oppnå økt effektivitet for klinikken og for pasientene.

Dersom man lykkes i å motivere yrkesgruppene til slike holdninger, og i tillegg klarer å få til kommunikasjon på tvers av profesjonene, vil man trolig kunne oppleve at kompetansen og kreativiteten i begge grupper vil blomstre, med det resultat at begge grupper vil kunne arbeide bedre og med bedre effekt, side ved side.

Dersom det er vanskelig å få yrkesgruppene til å bli motivert, eller å komme i gang med, økt kommunikasjon, må ledelsen gjøre noe. I utgangspunktet er det bare lederens egen kreativitet som setter begrensninger for hva hun eller han kan gjøre. Her skal jeg peke på noen praktiske tiltak som kan forsøkes;

- Prosjektarbeid

I større klinikker kan det nedsettes en komité bestående av representanter fra både tannleger og tannpleiere som får til oppgave å utrede hvordan samspillet i klinikken fungerer. Dette kan være med på å løse opp i fordommer og barrierer man ikke var klar over eksistensen av. Tiltaket fungerer trolig best i klinikker med mange ansatte, men man har selvsagt også mulighet til å utføre slike undersøkelser i samarbeid med andre arbeidsplasser dersom klinikken har få ansatte. Det kan være en idé å velge gruppens leder med forsiktighet, slik at den som er mest dominerende i kantine ikke nødvendigvis blir ordstyrer i hvert møte. I motsatt fall kan den ønskede effekt utebli.

- Felles undersøkelser

Det kan settes av en dag der tannpleier og tannlege i fellesskap undersøker et visst antall pasienter. Tannlegen og tannpleieren jobber da med samme pasient. Begge analyserer røntgenbilder,

foretar klinisk undersøkelse etter tur og foreslår diagnose og behandling. På denne måten oppstår et samarbeid som kan lede til forståelse og gjensidig respekt.

Dersom det oppleves som vanskelig å avsette en hel dag til øvelsen kan man for eksempel gjøre øvelsen med den første pasienten hver dag i en uke.

- Case

Tannklinikken lager et praktisk case der begge yrkesgrupper skal undersøke en pasient som har sagt seg villig til å delta i prosjektet. Pasienten undersøkes etter tur av begge yrkesgruppene, som hver for seg stiller diagnose og foreslår behandling. Når undersøkelsen er gjort setter partene seg ned i fellesskap og diskuterer sine funn.

- Sosiale tiltak

I blant kan den faglige kompetansen være god, men det kan ha oppstått forhold av sosial karakter som hindrer god kommunikasjon mellom partene. Et enkelt tiltak kan her være at de ansatte som trenger bedre kommunikasjon blir sendt ut på sosiale tiltak sammen. Det kan være at de blir sendt på et kurs sammen eller at de blir satt til å arrangere klinikkens sommerfest sammen.

Et alternativ er at hele tannklinikken reiser på tur, for eksempel med danskebåten, der man kombinerer faglig kurs med sosiale kvelder der man kan bli kjent i litt løsere omgivelser enn den vanlige rutinen på arbeidsplassen.

For mer alvorlige konflikter må ledelsen ta affære og kalle partene inn til en samtale – hver for seg og/eller samtidig for om mulig å løse partenes problem. Her kan det også leies inn spesiell ekspertise innen konflikthåndtering.

Kap 10. Reformbehov i et samfunnsøkonomisk perspektiv

Yrkesrolleendring i tannhelsetjenesten er kun realistisk ved en reorganisering av tannhelsestudiene. Det er nødvendig med en ny studiemodell.

I en studie nevnt, utført av førsteamanuensis Nina J. Wang og overtannpleier Hilde V. Toven med tittelen ”Tannpleiere i Norge - Yrkesaktivitet og arbeidsforhold”, publisert i Den norske Tannlegeforenings Tidende, nr.15 for 2006, side 984-989, er det anført at:

- *En tredel av autoriserte tannpleiere ikke var aktive i yrket.*
- *De faktorer som flest beskrev som viktige for trivsel i yrket, var lønn og varierte arbeidsoppgaver.*
- *Tannpleiere er sentrale i utadrettet helsefremmende tannhelsearbeid.*
- *Mange, ca. 70 % av tannpleiere i begge sektorer, ønsket å sette lokalbedøvelse og å fylle kaviteter med glassionomer og kompositt oftere.*
- *Tannpleiere brukte 80 % av arbeidstiden til klinisk arbeid.*
- *Forebyggende arbeid utenfor klinikk rapporterte offentlige tannpleiere å utføre i mindre enn 10 % av arbeidstiden i 2004... Dette kan tyde på at tannpleieres kompetanse på dette området utnyttes i begrenset grad og ikke er i tråd med helsemyndighetenes prioritering av helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid.*

Denne studie viser at det er et reelt behov for forandringer i tannpleieryrket.

Programplanen for studier ved Det odontologiske fakultet, Universitet i Oslo, er lagt ut på universitetets internett-side med adresse:

<http://www.odont.uio.no/studier/>

Deler av programplaner med organisering, og lærings- og arbeidsformer for studiene, er tatt med for å vise at disse tre studiene ved Det odontologiske fakultet i dag både er omfattende og lange:

Tannpleierstudiet:

ORGANISERING, LÆRINGS- OG ARBEIDSFORMER (Programplan for studier ved Det odontologiske fakultet, Universitet i Oslo)

Det enkelte studieårs omfang er på 60 studiepoeng, og settes sammen av moduler. Hvert semester er på 30 studiepoeng. Den 3-årige bachelorgrad i tannpleie inneholder totalt 180 studiepoeng, jfr. 5.2, Oversikt over studieprogrammets moduler.

Studieprogrammet er inndelt i en fordypningsenhet, tannpleie - kliniske og odontologiske fag, som er på 110 studiepoeng. Sekundærmodulene, tannpleie - basalfag, er på 30 studiepoeng og tannhelse - samfunns- og atferdsfag, er på 40 studiepoeng. I studieplanen presenteres de ulike fagområdene fortløpende med en orientering om undervisningen, studiepoeng, plassering i studiet, mål for undervisningen, lærings- og arbeidsformer og vurderingsformer.

Det tilstrebes en integrasjon av kunnskaper fra de ulike fagområdene og integrasjon mellom teori og praksis. Studentaktive metoder, problemorienterte tilnærminger, oversiktsforelesninger, seminarer og demonstrasjoner benyttes i stor grad. Som ledd i tannpleierstudentens læringsprosess og grunnlag for å vurdere deres faglige utvikling, stilles det spesifikke arbeidskrav og forprøver i de ulike semestrene. Det veksles mellom individuelle arbeider, gruppearbeider, refleksjon over eget arbeid, loggskrivning og eksamen. Bruk av grupper, PBL-oppgaver og prosjektarbeid er særlig viktig. Her er læring av faglig utvikling, samarbeid, kommunikasjon og konflikthåndtering en av hovedmålsettingene. Når det gjelder praksisstudiene, legges det før praksisperioden vekt på planlegging og forberedelse. Under praksis er det gjennomføring av egen læringsplan, pasientbehandling i samarbeid med veileder og veiledningssamtaler som prioriteres. Etter praksis legges det vekt på vurdering og refleksjon over gjennomført praksisperiode, samt rapportskrivning. Mappeevaluering benyttes som et hjelpemiddel under praksisstudiene.

Odontologi-studiet:

ORGANISERING, LÆRINGS- OG ARBEIDSFORMER (Programplan for studier ved Det odontologiske fakultet, Universitet i Oslo, som ble vedtatt opprettet av Universitetsstyret 21. januar 2003)

Odontologistudiet består av 10 semester, hvert på 20 uker. Etter opptaket deles studentene inn i to halvårskull. Det innebærer at halvparten av studentene begynner om høsten og den andre halvparten om våren. Undervisning til examen philosophicum er lagt til 1. semester.

Øvingskursene er spesielt tilrettelagt for medisin-, ernærings- og odontologistudentene. Det er anledning til å følge ordinære forelesninger i tillegg. Examen philosophicum kreves avlagt før studenten kan begynne i 5. semester. Basal- og laboratoriefag dominerer de første 3 1/2 semestrene, men er fordelt på hele studiet og integreres med kliniske fag. I 1. semester er det lagt inn såkalt "tidlig pasientkontakt" ved at studentene hospiterer i offentlig tannpleie. I 3. semester foregår innføring i klinisk undersøkelsesteknikk ved sykehus på lik linje med medisinstudentene.

Midt i 4. semester skiller odontologi- og medisinstudentene lag, og odontologistudentene starter da sin orientering mot hoderegionen. Samtidig starter de med manuell ferdighetstrening på simulator (fantommodell). I 6. semester begynner studentene med pasientbehandling. Denne virksomheten følger tannlegestudenten resten av studiet. I 7. og 10. semester er det kortere utplasseringer på sykehus ved øre-nese-halsavdelinger og medisinske avdelinger. Det siste semesteret omfatter også et lengre praksisstudium i den offentlige tannhelsetjenesten. Studentene skal skrive en prosjektoppgave i løpet av de tre siste semestrene.

Spesialistutdanning:

INNHOLD OG ORGANISERING. LÆRINGS- OG ARBEIDSFORMER

(Programplan for studier ved Det odontologiske fakultet, Universitet i Oslo, som ble innført av fakultetsstyret Høsten 2004))

Spesialistutdanningene utgjør treårige heltidsstudier (femårig for oral kirurgi/oral medisin og oral patologi), og de elementene som er oppgitt i det aktuelle fagets studieprogram er obligatoriske. Arbeidsinnsatsen ved alle utdanningsprogrammene tilsvarer som et minimum 36 timer i uken, 40 uker i året.

For alle disipliner gjennomfører kandidatene et obligatorisk *kjernerkurs* (Core Curriculum). Denne undervisningen er fordelt på to semestre. De enkelte fagavdelingene starter i første semester klinisk undervisning og pasientbehandling for at kandidatene skal kunne ferdigbehandle og foreta nødvendig oppfølging av pasientene.

De enkelte fagavdelinger utformer sine semester- og timeplaner. I programplanens spesielle del gjengis de enkelte fagavdelingenes utdanningsprogram der hovedtrekkene fra timeplanen er gjengitt. Fagavdelingenes program er lagt opp i samsvar med kravene i spesialistreglene for de fagdisiplinene som er godkjent som spesialitet.

Enkelte hevder at studentene kommer ut av universitet overutdannet i forhold til det arbeid de skal gjøre i praksis. Utdannelsen er lang og kostbar.

Nøkkelen til å få en mer spesialisert, standardisert og koordinert tannhelsetjeneste, ligger i en omorganisering av odontologiutdanningen. Det er viktig med en slik omorganisering hvis vi skal få rett kvalifiserte folk raskere ut i arbeidsmarkedet.

LEON-prinsippet som norm for økonomisk effektivitet bør også gjelde for fakultetene. Studentene blir i dag senere enn nødvendig en del av tannhelsetjenesten. Noen av dem vil lede tjenesten i fremtiden. Det er viktig å få både lærere og studenter til å se, og gå med på, at tid og penger alltid bør bli maksimalt utnyttet både under kvalifiseringen for og praksisen i helsetjenesten.

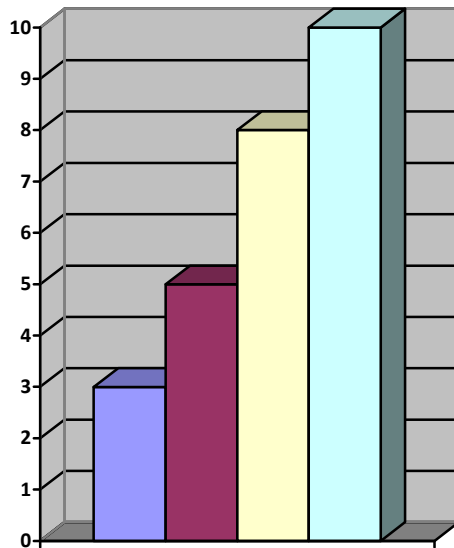
Nedenfor vises to diagrammer:

- Modellen til venstre viser dagens utdanningsvarighet for tannpleiere: 3 år, tannleger: 5 år, spesialister: 8 år og spesialister i oral kirurgi og oral medisin: 10 år.

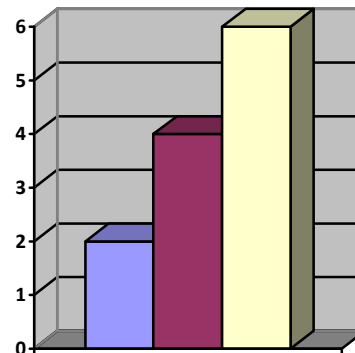
- Modellen til høyre viser forslag til reform som forutsetter en endret studieplan med forkortet utdanningsperiode for tannpleiere, tannleger og spesialister: Tannpleier får en utdanningsvarighet på 2 år i stedet for 3 år;

tannleger får 4 år i stedet for 5 år; og spesialister får ca 2 år ekstra, uansett spesialitet, det vil si. ca 6 år totalt.

- tannpleier
- tannleger
- spesialister
- spes.oral kirurgi og oral medisin



Dagens situasjon



Forslag til endring

Forslaget til endring viser at tannpleiere og tannleger skal ut i arbeid ett år tidligere enn i dag og at tannleger som har lyst til å spesialisere seg kan bruke ca to år ekstra til å bygge opp kompetanse, uansett fagområde.

Dette gir oss et helt nytt bilde av den odontologiske utdanning, et bilde som innebærer at en er opptatt av å få kvalifiserte mennesker ut i arbeidsmarkedet på en mer realistisk måte.

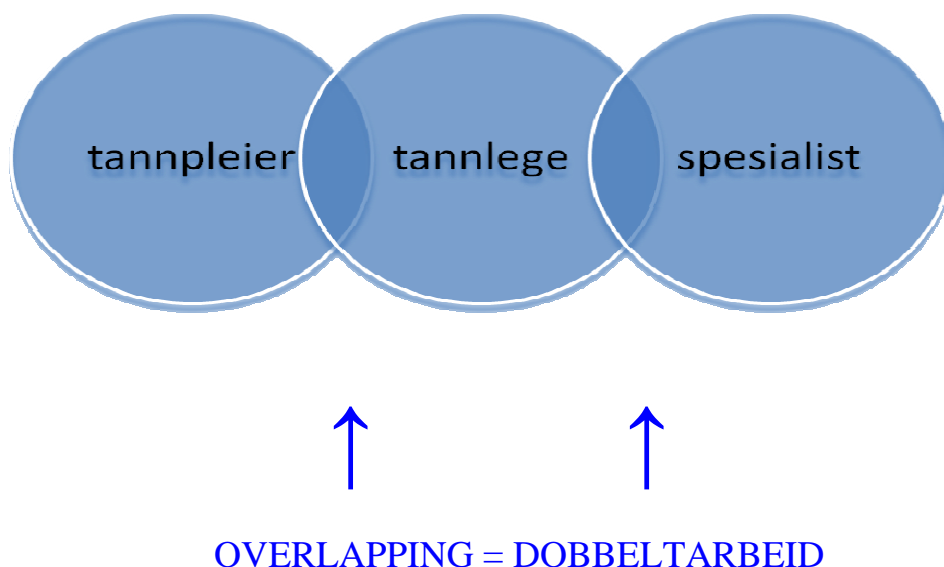
Påstand:

Dagens oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere bør endres gjennom en omlegging av studiemodellen for begge yrkesgrupper for å hente ut større effektiviseringsgevinst enn det som er mulig i dag.

I dag kan det være slik at enklere kliniske arbeidsoppgaver utføres av tannleger som kan være overkvalifisert til oppgavene, fordi tannpleiere har fått økt kompetanse på samme felt.

I dag blir pasienten vanligvis først undersøkt av en tannpleier, deretter av tannlegen for behandling og til slutt av spesialisten ved behov.

Denne ”tretrinnsjeneste” koster tid og penger for pasienten og dermed er den heller ikke optimal for samfunnet.



I dag må en pasient gjennom flere kortvarige relasjoner for å gjennomføre en tannbehandling. Dette kan føre til dobbeltarbeid når pasienten er henvist fra tannpleieren for behandling hos tannlegen og tannlegen føler behov for å ta en ny undersøkelse. Det samme gjelder når tannlegen for eksempel har begynt en rotfylling, som så viser seg å medføre en serie komplikasjoner og som ender med at pasienten må sendes til en spesialist i endodonti.

Pasienter som lider av angst eller har tannlegeskrekk må først klare å gape opp og bryte ned angsten med tannpleieren. Hvis pasienten har behov for behandling, noe som ikke er utenkelig hos pasienter med angst (det kan gå mange år før de oppsøker tannlege), så må pasienten begynne en ny prosess for å lage en ny relasjon til tannlegen. Dette er uheldig!

Det hadde vært ønskelig at den engstelige pasienten kun fikk en aktør å forholde seg til i stedet for flere personer. Dette kan gjøres i dag, i den grad tannlegen og tannpleieren er klar over problemet. Det er imidlertid ikke alltid personellet er klar over at personen lider av angst og da kan det være vanskelig å treffe de nødvendige forholdsregler.

Tannpleiere med videreutdanning kan kvalifiseres til å utføre oppgaver som i dag utføres av tannleger, men de er avskåret fra å utføre arbeidsoppgavene pga et snevert utdanningstilbud.

En tannlegestudent må i dag studere i 5 år for å få autorisasjon som tannlege i Norge. Dette studiet kan, som nevnt, fint komprimeres til 4 år. En utdannet tannlege kan da ta hånd om de fleste oppgaver som han/hun daglig møter på et tannlegekontor.

I 2003 ble tannpleierutdanningen i Norge utvidet til 3 år. Det betyr at en tannpleier må studere i 3 år for å utføre kliniske oppgaver som en tannlege allerede utfører.

Løsningen kan være å dele opp tannlegeutdanningen i to deler/faser der første trinn leder frem til utdanning som såkalt "almenntannlege", med mulighet for påbygning/spesialisering til "tannlegespesialist". En nærmere definisjon av begrepene blir gjennomgått senere i besvarelsen.

Det forslag til reform som fremmes her, gjør det mulig for en student som er glad i kliniske arbeidsoppgaver å bli en allmenntannlege ved å studere i 4 år i stedet for å velge en 3 års tannpleierutdanning med mange begrensninger. Det er nettopp slike kandidater som etter noen år i tannpleieryrket blir lei av det ensformige arbeidet og ønsker seg mer varierte oppgaver.

På samme måte blir helsefremmende og forebyggende arbeid nedprioritert av tannpleiere i de tilfeller der de har større ønske om å arbeide med kliniske oppgaver enn med utadrettet virksomhet.

I lys av teorien om Maslows behovshierarki (jf ovenfor), kan vi altså anta at dagens rammer for tannpleiere i seg selv innebærer en skranke for å nå høyere enn tredje nivå (av fem mulige).

Med tanke på tannhelseutviklingen i den norske befolkningen, siteres et utdrag fra en artikkel av Dorthe Holst og Jostein Grytten i Den norske tannlegeforenings Tidende 2001; 111 nr.11:

Både barn og voksne har bedre tannhelse enn før. Over 50 % av barna i alderen 3-18 år har ikke behandlingsbehov ved de årlige tannhelsekontrollene. Voksne er stor sett i samme situasjon, men deres tannsett er preget av den behandling de tidligere har fått, og den trenger vedlikehold.

Tannhelseutviklingen viser oss at det er behov for å få økt satsingen på helsefremmende og forebyggende arbeid slik at denne utviklingen beholdes og styrkes.

Del III. Hvordan kan tannhelsetjenesten bli mer effektiv?

Kap 11. Implementering av LEON-prinsippet

A. Redusere antall uteblivelser

En viktig årsak til ineffektiv drift og høye kostnader i tannhelsetjenesten er at mange pasienter ikke møter til avtalt time.

Verdifulle ressurser går tapt hver gang en pasient ikke kommer til avtalt time. Det er derfor nødvendig å fange opp pasienter som uteblir samt å finne ut hvilke årsaker som ligger bak uteblivelsen.

I tillegg til manglende produksjon i tråd med det som er planlagt mister man ved uteblivelser mulighet til å behandle en annen pasient som har behov for tannbehandling. Tannlegen og tannpleieren hever lønn i henhold til fast avtale, og dermed går økonomiske ressurser tapt i form av ubrukt tid. Tannklinikken betaler husleie, strøm, leasingavgift på dyrt utstyr med videre, og dermed blir hver ineffektive time av betydning rent bedriftsøkonomisk.

For hver pasient som uteblir fra avtalt time går ressurser dermed tapt langt ut over behandlingen til den pasient som ikke møter.

For pasienter som ikke møter til avtalt time er det viktig at tannklinikken iverksetter tiltak slik at pasienten fanges opp i systemet og mottar en ny innkalling.

Ved uteblivelser er det viktig å få kunnskap om hvorfor pasienten ikke kom til avtalt time. Slik informasjon vil gi tannhelsepersonellet et viktig verktøy til å redusere mulighetene for nye uteblivelser for den samme pasient og for andre pasienter. Eksempler på tiltak som kan iverksettes kan være å snakke med pasienten, eller pasientens foreldre dersom vedkommende er mindreårig. Et problem med fravær kan da løses før tannhelsen til pasienten tar skade av manglende behandling. Dette er selvsagt av stor betydning for

pasientens helse og velvære, men også for samfunnsøkonomien i det viktige og sårt tiltrengte ressurser kan spares.

B. Vurdering av den fylkeskommunale tannhelsetjenestens rutiner i klinikkene:

Innkalling

Det er vanlig at pasienter i prioriterte grupper får et timekort i posten som viser når pasienten har time hos tannlegen eller tannpleieren. Problemet er imidlertid at det ikke er sikkert at akkurat denne timen passer for pasienten eller hans eller hennes pårørende.

Konsekvensen kan bli at pasienter ikke møter til timen og ikke avbestiller den heller. Da er det klinikken som sløser bort porto og tannleger som mister mulighet til å undersøke eller behandle pasienter i den timen som ble kastet bort. Det kan også hende at pasienten avbestiller timen samme dag og at klinikken ikke klarer å fylle timen med en annen pasient på så kort tid.

Det kan være lurt å snakke med pasienten eller pårørende per telefon eller sende en e-mail slik at den som setter opp timen får greie på når det passer best for pasienten. På denne måten har pasienten inngått en slags avtale. Det blir vanskeligere å glemme bort timen. Den både føles forpliktende for pasienten og passer ham eller henne bra.

Et annet virkemiddel kan være å sende pasientene en påminnelse-SMS (short message system) en dag før avtalt time. En rekke offentlige tannklinikker benytter seg allerede av denne teknologien.

Bruk av spesialister

Alle klinikker har behov for et tannhelseteam. Dette kan være tannlegespesialister som kan utføre rotfyllinger, proteser, kirurgier og så videre.

Gjennom å disponere et slikt team kan tannklinikken unngå et høyt antall henvisninger til eksterne spesialister som vanligvis koster mye for klinikker som er sponsorer for prioritert klientell.

Dette øker kvaliteten på tjenesten og gir økonomiske besparelser på lengre sikt.

Det er viktig å stimulere tannleger som brenner for et spesielt fag, til å bli spesialist på det vedkommende gjerne vil gjøre mer av. Tannlegespesialister er en gruppe som bør styrkes faglig og utvides.

Bruk og bestilling av materiell til klinikkene

Det kan til tider bli høy turnover på offentlige tannklinikker. Tannleger og tannpleiere blir gravide, syke, slutter eller tar langvarige permisjoner, noe som forutsetter nye vikarer på klinikken.

Det kan være slik at en tannlege er vant til å jobbe med en type materiell som ikke finnes på klinikken, og ender opp med å bestille dette, til tross for at det finnes rimelige substitutter på lager.

Det kan være økonomisk uheldig for klinikken hvis alle nye ansatte bestiller nytt materiell uten noen form for begrensning eller kontroll over reelt behov. Spesielt odontologisk materiell og utstyr kan være kostbart.

Utgift til vaskehjelp, arbeidstøy, leie av lokale, strøm m.m.

Klinikklederen har ansvar for utgifter på klinikken.

Med jevne mellomrom kan det være lurt å utføre undersøkelser av priser eller tilbud hos firmaer som utfører renhold, som selger og vasker arbeidstøy, som leverer materialer og kontorrekvisita, som selger mat eller drikke på klinikker, og som leverer strøm og så videre.

Alle variable kostnader bør være under kontroll slik at de befinner seg på laveste mulige nivå.

Kostnadseffektivitet og cashflow

I de fleste tannklinikker Norge i dag går betaling først og fremst over bankterminal (kort). En del eldre mennesker benytter imidlertid fortsatt kontanter. Enkelte private klinikker sender også faktura, selv om det er grunn til å anta klinikken foretrekker bankkort.

For offentlige tannklinikker behandles en rekke prioriterte grupper i henhold til Lov om tannhelsetjeneste. Dette dreier seg om barn og unge, psykisk utviklingshemmede
Disse grupper av pasienter betaler ikke for tannhelsetjenester.

Tannklinikker, så vel private som offentlige, har alminnelig regnskapsplikt for sin økonomiske virksomhet. Det føres dermed en kunderskontro som gir oversikt over klinikkens utestående kundefordringer til enhver tid.

For de private klinikkene eksisterer normalt et system for håndtering av manglende innbetalinger, gjerne i henhold til inkassolovens regleverk som tilsier purring, betalingsoppfordring og inkassovarsel. For de offentlige klinikkene kan det eksistere egne retningslinjer og systemer for innfordring.

Hvor tøff man skal være i inkassoprosessen er naturligvis et valg klinikkledelsen må ta stilling til. Det kan være ubehagelig for en kunde å motta et inkassovarsel. Klinikken kan lett oppleve tap av kunder dersom den er for rask med å iverksette inkasso ved ethvert betalingsmislighold. Dreier det seg om kostbart arbeid som for eksempel bygging av bro, eller utvikling av en protese til for eksempel kr 20.000 må man naturligvis kunne kjøre et noe tøffere løp enn om det dreier seg om utelatt betaling av et sett røntgenbilder til for eksempel kr 250.

Penger er en ressurs som først og fremst merkes når den ikke er tilstede. Det hjelper lite å kunne vise til god omsetning, høy inntjening og godt overskudd dersom pengene ikke står på tannklinikken konto til rett tid.

God likviditet (tilgang på pengene) vil derfor bli minst like viktig som et flott regnskapsmessig resultat. Selv om det i dagens samfunn er blitt stadig lettere å bruke penger man ikke har gjennom kredittordninger, er det likevel en dyr måte å innrette seg på.

Kostnadseffektivitet og kontantstrøm er derfor faktorer med en indre sammenheng. For å unngå betalingsudyktighet og dårlig likviditet bør tannklinikken forsøke å ha en så kontant økonomi som mulig.

Tannklinikken bør ha tilgang til bankterminal som kan betjene så vel debetkort som kredittkort, i tillegg bør det finnes en kontantkasse for pasientgrupper som ikke er komfortable med bruk av kort (for eksempel eldre pensjonister).

Kun i de tilfeller der betalingsvilje og betalingsdyktighet er utvilsom bør tannklinikken benytte seg av fakturaer med kredittbetaling.

I den grad fakturaer benyttes må tannklinikken forsøke å holde god orden på sin kunderskontro slik at man unngår langvarig mislighold og store restanser. Manglende innbetalinger må følges opp med puringer og eventuelt inkassovarsel.

I den offentlige tannhelsetjenesten er det vanlig at beløp under kr 300,- blir satt til tap hvis pasienter ikke betaler for seg etter en tid. Dette er etter mitt skjønn unødvendig og uhensiktsmessig. Flere slike poster kan fort bli et betydelig økonomisk tap.

Dersom tannklinikken vurderer det som lite kostnadseffektivt å bruke penger på inndrivelse av småbeløp kan man i stedet gjøre avtale med et faktoringsselskap om salg av de utestående fakturaer til en lavere kurs, for eksempel til 50 % av pålydende, eventuelt til en høyere sats mot betingelse av etterskuddsvis oppgjør (Cut-klausul). Da er i hvert fall ikke inntekten tapt.

Tannhelsepersonell bør være instruert slik at de fleste betalende pasienter gjør opp for seg samme dag, etter behandlingen. Dette gjelder særlig for de akutte tilfeller, det vil si for pasienter som kommer uten time på klinikken pga smerter (og dermed muligens ikke kommer tilbake senere).

Eventuelle restanser bør følges opp og kontrolleres med jevne mellomrom for å unngå større økonomiske tap for klinikken.

Åpningstider

Kjerneperioden i den offentlige tannhelsetjenesten er fra 8:00 til 15:15 i de fleste klinikkene.

Ved timeoppsett viser det seg at de seneste timene er mest populære blant voksne pasienter. Dette har trolig med pasientens egen arbeidstid å gjøre.

Det kan være lønnsomt å utvide åpningstiden slik at klinikken blir bedre utnyttet. Høsten 2008 ble dette foreslått som generelt sysselsettingstiltak av bl.a. Erna Solberg fra det politiske partiet Høyre i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet.

Utvidet åpningstid vil gi rom for flere ansettelse, et bedre tilbud, raskere behandlingstid og mulighet for at pasienter slipper å ta seg fri fra jobben for å få behandlet tennene sine.

Konkurransen og pris

Hvis man utvider åpningstider som nevnt ovenfor, treffer man mest voksent klientell. Dette kan være pasienter som vanligvis skulle til private tannleger, men som vil benytte tilbudet for å slippe å ta seg fri fra jobben.

På denne måten øker den offentlige tannklinikken sin konkurransekraft i markedet. Dette kan gi større priskonkurranse og føre til generelt lavere priser på tjenestene.

Kostnadseffektiv drift

Tannklinikker består ofte av kostbare lokaler, fylt med dyrt og moderne teknisk utstyr. Det er normalt ett sett med utstyr pr. behandlingsrom.

På samme måte som ved sykehusenes MR- (radiologi) avdelinger bør tannklinikkene kunne gjøre bruk av klinikkens utstyr og lokaler også utenfor den klassiske åpningstiden 08.00-15.15. Sykehus som har gått til innkjøp av kostbart MR-utstyr må ofte holde maskinen i gange på nærmest døgnkontinuerlig basis. Det må de gjøre dels fordi det er knapphet på MR-tilbud og dels fordi utstyret krever så store investeringer at det forutsettes effektiv drift for å forsvare investeringen rent økonomisk.

Husleie, leasingavgifter på teknisk utstyr, låneavtaler med videre er ofte beregnet med månedlige terminforfall til renter/variabler som ikke er påvirket av antall timer lokalene/utstyret er i bruk pr. måned. Dette betyr at en bedre utnyttelse av døgnet i produksjonen, for eksempel ved innføring av kveldsskift, kan gjøre allerede etablerte kostnader (så vel faste som variable) forholdsmessig rimeligere i lys av en økt produksjon.

Andre kostnader som strømforbruk, vannforbruk, slitasje og lønnskostnader vil naturlig nok øke i takt med den økte produksjonen i en tannklinikk. Her er det ikke nødvendigvis like mye å spare.

C. Samfunnsøkonomisk sparing

Påstand: økt vekt på forebyggende arbeid gir samfunnsøkonomisk besparelse på lang sikt.

Det er viktig med informasjon, instruksjon og tips til hvordan man skal bevare tannhelsen sin. På denne måten kan sykdommer forebygges, og behovet for behandling reduseres.

De fleste tannleger gir opplysninger om tannhygiene til pasientene sine, men i blant litt for sent, siden pasienten allerede er i behandling hos tannlegen.

Det beste er å få folk til å ta vare på den gode tannhelsen de fleste er født med, helt fra starten av. Man tjener, eller sparer, mer ved å forebygge enn ved å reparere.

En god måte å gjøre det på er gjennom økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i odontologien.

Forebygging er en viktig del av odontologien. Hvis man får den til å fungere bra, skal ikke kun friske tenner få gevinsten av tannhelsearbeidet, men hele helsen generelt. Pasienter kommer til å lære om hva som er et riktig kosthold, som mindre inntak av sukker og karbohydrater i hverdagen, og mer bruk av vann som tørstedrikk. Men de vil også lære om betydning av fysisk aktivitet, og mye ulemper ved bruk av tobakk og alkohol.

Når man lærer hvordan man skal ta vare på tennene sine, blir man motivert til også å ta vare på resten av helsen sin.

Det kan tenkes at en pasient som røyker vil vurdere å slutte å røyke for å bedre tannkjøttetsykdommen sin, eller for å minske misfarginger på tennene og for å få friskere ånde. Virkningen vil imidlertid (også) gjelde helsen generelt.

I kommunene Drammen, Øvre og Nedre Eiker i Buskerud kan tannleger, leger og fysioterapeuter skrive ut en spesiell type resept til de pasienter som ønsker og er motivert til å slutte å røyke, øke sin fysiske aktivitet og/eller få kostholdsveiledning gjennom Frisklivssentralen. Det er et nytt konsept som kan hjelpe mennesker til å få bedre livskvalitet. Det finnes lignende prosjekter med annen organisering i flere kommuner i Buskerud, Nordland, Oppland og Vest-Agder.

Eksempler på sykdommer som diabetes type 1, fedme, bakteriell endocarditt, lungekreft og kreft i munnhulen kan bli utsatt eller unngått ved riktig satsing på helsefremmende- og forebyggende arbeid i odontologien.

Med slike forebyggende tiltak kan behovet for en god del behandling over lang tid reduseres vesenlig, med betydelige samfunnsøkonomiske besparelser som konsekvens.

Friskere mennesker bidrar generelt til en mer effektiv arbeidsstokk. Mindre sykdommer som skyldes dårlige vaner kan faktisk bli utryddet. Dette kan føre til færre uføretrygdede og bedre plass på sykehusene. Sykehusene får slik økt kapasitet til å behandle sykdommer som man ikke kan påvirke ved endret livsstil.

Økt rekruttering til tannhelsefag

Ved å frigjøre økonomiske og tidsmessige ressurser gjennom effektivisering kan midler benyttes til rekruttering og eventuelt utdanning av nytt personell.

Det kan bli behov for nytt personell som kan arbeide på tvers i helsevesenet. Det kan binde helsen generelt og tannhelsen sammen. Det kan, som det heter, bidra til og ”få tennene tilbake til kroppen!”.

Ved økt tilgang på helsepersonell vil konkurransen om pasientene trolig føre til at tjenestetilbudet vil kunne ta seg opp rent geografisk, i form av økt tilbud til mindre sentrale områder

Økt tilbud av helsepersonell vil dermed kunne føre til et mer tilgjengelig tannhelsevesen lokalt på noe lengre sikt. En økning/styrking av tilbud lokalt gir reduserte transportutgifter for brukerne av tjenestene, og muligens også positive miljøgevinster for samfunnet.

Kap 12. Frederick W. Taylor og det vitenskapelige arbeidsledelsessystem

Fredrick Winslow Taylor var en amerikansk ingeniør, oppfinner og ledelsesrådgiver som skrev klassikeren i ledelses- og organisasjonslitteraturen ”The Principles of Scientific Management”, som først ble utgitt i 1911.

Boken ”Prinsippene for vitenskapelig arbeidsledelse” ble oversatt til norsk av Linda Sangolt i 2006. Hun skrev også en innledning til den norske utgaven.

I følge Taylor (1972:209) er produktivitet den utvilsomt beste målestokken på et lands eller en sivilisasjons utviklingsnivå.

Taylors tanke var å eliminere alle kilder til sløsing av tid i produktivitetens og den økte velstands tjeneste. Det skulle gjennomføres - og kunne bare oppnås - gjennom metodisk oppdeling, måling og standardisering av arbeid og ved bruk av systematisert eller vitenskapelig kunnskap.

De sentrale elementene i Taylors ledelsessystem gikk ut på følgende:

- *Planlegging og tilrettelegging av arbeidsoppgaver og deres utførelse skulle skilles klart fra hverandre. Bedriftsledelsen - de overordnede,*

- skulle samle inn og systematisere kunnskap og informasjon om alle relevante sider ved arbeidsoperasjoner og produksjonsprosesser. På basis av denne systematiserte kunnskapen skulle arbeiderne instrueres i hvordan arbeidsoppgavene kunne utføres på en mest mulig effektiv måte.*
- *Arbeidsoppgaver ble delt opp og utførelsen av arbeidsoperasjoner studert ved hjelp av tidsstudier, statistikkføring og forbedring av arbeidsredskaper og metoder. Gjennom systematisk opplæring og observasjoner av arbeidsevne og kapasitet hos den enkelte kunne man finne og velge ut det rette individ til det arbeidet det egnet seg best til (spesialisering).*
 - *Insentivlønn, eller differensiering av lønn etter målbare prestasjoner, skulle sørge for at arbeideren ble motivert til, og fikk håndfast belønning for å bli så produktiv som overhodet mulig.*

Taylors vitenskapelige arbeidsledelsesmetoder gikk ut på å gjøre enkeltmennesket til en mer effektiv "mekanisme" innrettet mot spesialiserte oppgaver og formål (March & Simon [1958]1993:31).

I 1975 innførte man, som vi har sett, det såkalte "LEON-prinsippet" i norsk offentlig tannhelsetjeneste. Årsaken var misnøye med det høye kostnadsnivået i den offentlige tannhelsetjenesten.

"LEON" er et prinsipp for industrialisering. Helsevesenet skal betjene pasienter på så lavt (kostnads-) nivå som faglig forsvarlig. Tjenestene skal ytes av kvalifisert personell og med tilstrekkelig kvalitet. Tjenestene skal ytes innen en standardisert organisatorisk modell.

Basert på LEON-prinsippet, peker denne besvarelsen på behov for å omdefinere roller i tannhelsetjenesten i Norge.

Det er min påstand at det bør være mulig å foreta betydelig innsparing på tiden som i dag medgår til å utdanne tannleger og tannpleiere i Norge.

Tannleger kan muligens spare en femtedel av utdannelsesstiden (20 %), tannpleiere 25 %. Begge kommer ut i arbeidsmarkedet ett år før de nå gjør.

En nøkkel til slik effektivisering vil være økt bruk av standardiserte arbeidsoppgaver og prosedyrer.

Kjernen i den modell for effektivisering av tannhelsetjenesten som blir foreslått her er:

- a) spesialisering
- b) standardisering
- c) koordinering

En slik tredeling forutsetter stordrift. Det betyr større klinikker med flere profesjonelle som arbeider samtidig i flere tannlegestoler.

Alle ressurser må utnyttes optimalt i klinikken: personell, areal, utstyr, med videre.

Man får mer avkastning på investeringen ved å drive med lengre arbeidstid.

Det er profesjonalisering og industrialisering som skal til for å nå effektivisering i tannhelsetjenesten i Norge.

En begrensning er imidlertid at teorien forutsetter stordrift, og slik krever gjerne et stort befolkningsgrunnlag, altså en stor by.

Den filosofiske leser vil kunne trekke paralleller til Max Webers teorier om byråkratiets fortreffelighet. Dette vil nok være å strekke teorien for langt, selv om Webers synspunkter kan ha mye for seg med hensyn til å skape forutberegnelighet og klare linjer – også i en tannklinikk.

Frigjøring av kapasitet gir effektivitet

Påstand:

En omorganisering av tannhelsetjenesten vil med stor sannsynlighet resultere i styrking av kapasiteten til sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.

Som nevnt tidligere i oppgaven inneholder Lov om tannhelsetjenesten § 1-3 bestemmelser som sier at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling, i den offentlige tannhelsetjenesten.

Tannpleiere har ansvaret for helsefremmende og forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten i dag. Hvis tannpleiere får mulighet til kun å jobbe med dette, vil hyppigheten av tannsykdom i samfunnet trolig bli lavere enn den er nå.

Det kreves en avveining av ressursbruken over tid. Kostnader som påløper nå må veies mot færre tannsykdommer senere og økt livskvalitet.

I dagens offentlige tannhelsetjeneste har en tannpleier oppgaver både i og utenfor klinikken. Det er som regel tannpleieren som undersøker pasientene først og her er det lite tid til utadrettet arbeid for tannpleiere. Dette svekker det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Man kan tenke seg at det finnes flere mennesker som har lyst til å jobbe med helsefremmende og forebyggende arbeid innen odontologi. Dette kan for mange være interessant utadrettet virksomhet. For disse kan tanken på å måtte utføre undersøkelser eller klinisk arbeid, som man eventuelt ikke har lyst til å gjøre, bli en hindring. Studenter velger da å søke på andre studier innenfor helse- og sosialfag.

Ved å lage en egen profesjonsdel for helsefremmende arbeid, kan man vinne flere deltagere til den odontologiske profesjon gjennom bredere valgmulighet enn det dagens tilbud gir.

Omorganisering kan medføre at tannleger får mer å gjøre, men man vil høste effektiviseringsgevinst ved mindre behov for behandling pga økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Forhåpentligvis vil fremtidige generasjoner ha mindre karies enn dagens pasienter.

I en fagartikkel ved navn; ” *Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge* ” av Jostein Grytten, Irene Skau og Dorthe Holst, publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende 2006; 116: 212-216, hevdes det at omtrent en femtedel av de privatpraktiserende tannlegene ønsker seg flere pasienter.

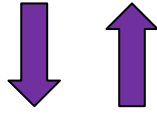
Dette er noe å tenke på hva gjelder fremtidens marked. Er det behov for tannpleiere og tannleger som utfører de samme arbeidsoppgaver?

Vil man i fremtiden kunne risikere at tilgang på pasienter blir for knapp? I så fall kan dette i sin tur resultere i understimulert tannhelsepersonell, med påfølgende misnøye. Jeg viser i denne sammenheng til Hertzbergs 2-faktorteori som er behandlet ovenfor.

Det anføres i denne besvarelsen at ingen av de utfordringene som er nevnt tidligere kan bli møtt på en adekvat måte hvis studiemodellene ved de odontologiske fakulteter forblir uendret.

Tannhelsetjenesten i Norge bør effektiviseres, og veien er en endring i yrkesrollene.

Effektivisering



Yrkesrolleendring

Kap 13. Reformforslag

En reform i tannhelsetjenesten er avhengig av en ny arbeidsdeling, en ny utdanningsplan og en ny organisering av tjenesten/virksomheten.

Tanken er at reformen vil føre til et "løft" for profesjonen. Flere tannleger får bedre mulighet til å spesialisere seg. Det vil bli vanlig å utdanne seg til tannlegespesialist etter de forslag som presenteres. Dette kan virke positivt for kompetansesentre, som er avhengig av profesjonelle med dobbel kompetanse for å få sentrene til å fungere.

I tillegg kan utviklingen bidra til bedre fordeling av tannleger/spesialister til andre steder enn de store byene, dersom reformen fører til økt rekruttering til faget.

For samfunnet blir tilgjengeligheten til spesialister dermed bedre. Pasienter nyter godt av dette ved at de slipper å stå på venteliste og å måtte betale (for) høye priser for behandlingen.

Det blir bedre tilbud i markedet og enklere for allmenntannleger å henvise pasienter videre til spesialister.

Reformen vil gi tannhelsepersonell og samfunnet valgmuligheter. Se nedenfor:

a- Forslag til ny arbeidsdeling

- Tannhelsesekretærer:

I tillegg til jobben på klinikken, kan tannhelsesekretærer være kvalifisert til å utføre tannrengjøring og fluorpensling av pasienter som har behov eller ønske om forebyggende behandling.

Etter lov om tannhelsetjenesten (1) § 1-3, skal, som nevnt, forebyggende tiltak prioriteres fremfor behandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

I de forebyggende tiltak er det inkludert regelmessig innkalling til tannklinik for tannrengjøring og fluorpensling utført av tannhelsepersonell eller assistenter.

Tannhelsesekretærer kan også lære seg å ta alginatavtrykk og fylle dem med gips. På denne måte får tannhelsesekretærer mer varierte arbeidsoppgaver og mer kontakt med pasienter. I tillegg blir det frigjort tannlegetid til andre pasienter. Klinikken slipper dessuten utgifter til tanntekniker ved at klinikkens eget personale lager studiemodeller.

Tannhelsesekretærer vil også være viktige når det gjelder håndtering av pasienter som har vanskeligheter med, eller er redde for, tannbehandling. De fungerer som støttepartnere eller kanskje en forsikring om at pasienter vil få det bra i tannlegestolen.

- Tannpleiere:

Tannpleiere foreslås kun å arbeide med helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helsefremmende og forebyggende arbeid er et stort og krevende område som ikke bare omfatter tannhelse, men også generelle helse- og sosialfaktorer i samfunnet.

At tannpleiere skal ta hånd om både utadrettet og klinisk virksomhet høres umulig ut, fordi begge virksomheter er krevende. Det vil sannsynligvis føre til at noen oppgaver neglisjeres. Det er pasientene som vil merke konsekvensene av det.

De som skal arbeide med helsefremmende og forebyggende arbeid bør ha spisskompetanse på området, kunnskap om hvilken målgruppe de skal

jobbe med og hvem som er de aktuelle samarbeidspartnere i helsevesenet.

- Allmenntannleger:

Allmenntannlegen bør være den fagpersonen pasienten har første kliniske kontakten med.

En allmenntannlege skal kunne løse oppgaver selvstendig, fra den tid pasienter kommer til tannklinikken og til de, med et smil, går ut av tannklinikken, uten smerter, men eventuelt med en henvisning til en tannlegespesialist.

- Tannlegespesialister:

En tannlegespesialist bør, ved behov, være den andre fagperson pasienten møter. Spesialisten skal kunne løse oppgaver som allmenntannlegen ikke kan løse.

En tannlegespesialist kan alt i det området han/hun er spesialist på. En oral kirurg skal for eksempel kunne alt om kirurgi i munnhulen, en endodontist alt om rotbehandling og rotfylling, en periodontist alt om tannkjøttssykdommer, og så videre.

b- Forslag til ny utdanning

Påstand:

Den odontologiske utdanningen bør forandres.

Det er nødvendig med en oppgradering av studieplaner både for tannhelsesekretærer, tannpleiere, tannleger og spesialister.

Forslag til revidert utdanning:

-Tannhelsesekretærer

Tannhelsesekretæruddanningen er i dag lagt til videregående skoler. Det foreslås videreført.

Tannhelsesekretærer skal utdanne seg for å gå inn i "team" sammen med tannlegen.

Som nevnt ovenfor, kan enklere oppgaver som alginatavtrykk, gipsstøping og tannrens bli utført av tannhelsesekretærer som dermed får en mer intim kontakt med pasientene enn de har i dag. Dette kan bidra til å lage en relasjon til pasientene som er sunn både for klinikken, som får et godt rykte, og for pasienten, som føler seg hjemme på klinikken.

Tannlegen skal utføre selve behandlingen når pasienten er klargjort.

En alternativ oppgave som tannhelsesekretærer kan utføre er bruk av vakuump-maskin. Dette forutsetter en viss investering i nytt utstyr, men gir til gjengjeld en effektivitetsgevinst ved at tannhelsesekretæren kan lage blekeskinne i tillegg til gipsmodeller. Klinikken kan dermed tilby flere tjenester som pasienter erfaringsmessig etterspør (tannbleking).

Det er også gunstig med tanke på den ekstra inntjening til klinikken som et økt volum av pasienter gir.

-Tannpleiere

Tannpleiere bør for fremtiden tilbys to års utdanning for kun å arbeide med helsefremmende og forebyggende arbeid.

Svakhet med dagens ordning er, slik jeg ser det, at tannpleiestudenter mangler valgfrihet. Studiet burde være delt i to valgfrie retninger:

- 1) en retning for de studenter som ønske å jobbe videre med helsefremmende og forebyggende arbeid;
- 2) en retning for de studenter som ønske å jobbe videre med klinisk arbeid.

Disse to retningene er såpass omfattende at det blir umulig å jobbe med begge og samtidig beholde optimal effektivitet og kvalitet på det arbeidet som blir utført.

Valget på studiet blir derfor avgjørende for yrket.

De som velger retning nr. 1 skal ha brede og utadrettete arbeidsoppgaver, f. eks. individuell fremvisning av tannpussteknikk og oral hygiene for barn på skoler, tannhelsekontroll av eldre pasienter som bor på institusjoner og eventuelle administrative oppgaver

Det bør defineres hvilke grupper som har størst behov for å få forbedret helse, hvorfor det er behov i disse gruppene og hva som kan gjøres for å bedre disse gruppers helsetilstand.

Utfordringen vil gå ut på å organisere tiltakene, delegere oppgavene og deretter iverksette tiltakene.

Resultatene skal kontrolleres og evalueres i korte perioder slik at eventuelle endringer og forbedringer kan skje i god tid.

Helsefremmende og forebyggende arbeid er et vanskelig og krevende arbeid, samtidig som det er spennende, og gir berikelse og tilfredsstillelse for dem som driver med det.

Det kommer alltid til å være behov for helsefremmende og forebyggende arbeid.

I Sosial- og helsedirektoratets rapport IS-1098 ”Oppgavefordeling mellom yrkesgrupper i tannhelsetjenesten” uttales det:

”Mye tyder på at det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet må styrkes, helst i samarbeid med helsestasjoner, barnehager og skoler, som også har ofte og jevnlig kontakt med barna/familien.

Videre er det særdeles viktig med rapporteringsrutiner for å registrere langsiktige tiltak innenfor området helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det er nå etablert et system for dette. Tidsforbruk til forebyggende arbeid utenfor klinikken blir nå registrert i KOSTRA.

Sosial- og helsedirektoratet vil peke på tannpleiere som en viktig ressurs i folkehelsearbeidet. I fylker som har opprettet stillinger for tannpleiere med ansvar for organisering av et forpliktende samarbeid mellom tannhelsetjenesten og aktuelle samarbeidspartnere som helsestasjonene, pleie- og omsorgstjenesten, barnehager og skoler, ser dette ut til å fungere langt bedre enn i fylker der arbeidet blir mer ad-hoc preget og ansvars plasseringen ikke er så klar”.

Man kan tenke seg at de tannpleiere som velger å jobbe videre med klinisk arbeid er i ferd med å bli ”tannleger”. Og det er til en viss grad riktig! Tannpleierne skal faktisk jobbe med tenner. De foreslås tildelt tittelen ”allmenntannleger”.

Pasienten skal ha full tillit til det kvalifiserte personell som er utdannet for å takle alle alminnelige oppgaver ved en tannlegestol.

Pasienten skal ha all informasjon som er nødvendig for å bevare sin egen tannhelse. Dette er i tråd med St.meld. nr. 16 (2002-2003), *Resept for et sunnere Norge*, hvor det legges vekt på å forebygge mer og reparere mindre, og hvor det fremheves at mennesker i større grad bør kunne ta ansvar for egen helse. Det kan bli mulig i fremtiden, hvis det investeres mer i folkehelsearbeid.

- Allmenntannleger

Allmenntannleger bør utdanne seg i fire år for å kunne utføre allmenntannbehandling, inklusive preventiv orthodonti, når pasienten kommer inn på klinikken..

Preventiv orthodonti er et område av orthodonti som jeg, i egenskap av å være utdannet tannlege i Brasil, savner i tannhelsetjenesten i Norge. Spesielt savner jeg det siden tjenesten, i følge loven, skal være mer opptatt av forebygging enn behandling.

Det er trist å få en henvisning fra en kjeveortoped (reguleringstannlege) med ønske om ekstraksjon (tanntrekking) av friske tenner. Kjeveortopeden ber om slik ekstraksjon fordi den fører til at det blir ”mer plass” i tannsettet, og at det igjen gir kjeveortopeden bedre mulighet for å jobbe videre å gi pasienten en bedre tannstilling. Men det er trist fordi i de fleste tilfeller er disse tennene friske, uten dype fyllinger eller sykdommer som kunne forsvare det å få dem fjernet.

I tillegg er disse pasientene unge og går regelmessig til kontroll i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er et gratis tilbud til barn og ungdommer til de fyller 18 år, og et 75 % prisreduert tilbud til 19- og 20-åringer. Det er i disse barne- og ungdomsår mange pasienter kommer ut av tannkontrollen med en henvisning til kjeveortopedi.

Det foreslås i besvarelsen at orthodontien også skal være preventiv/forebyggende og ikke bare kurativ. I motsatt fall vil man oppleve tap av mange friske tenner. Dette er tenner som kan være nyttige for pasienten i fremtiden.

Det er viktig å komme i gang med ortopedi behandling i så tidlig alder så mulig det vil si på et stadium tannsettet til barn/ unge ikke er fullt utviklet. Lykkes man med dette, vil man kunne utnytte selve kjevans

utvikling til korrigerende av tannsettet. Behandling av barn vil kunne medføre besparelser av både tid og penger i forhold til det å starte behandling i ungdomsårene eller i voksen alder.

Særlig vil det kunne merkes store økonomiske besparelser for pasienter/pårørende som normalt betaler egenandel, og staten som dekker resterende del av behandlingen for de pasienter der behandlingen er påbegynt før fylte 18 år.

Den offentlige tannhelsetjenesten får en ny oppgave når behovet for kjeveortopedisk behandling skal bestemmes tidligere enn det gjør i dag.

Det foreslås at barn som fortsatt har melketannsett skal kunne bli henvist til kjeveortopedi. Pasientene får da en tidlig behandling som kan forhindre en omfattende reguleringssterapi med ekstraksjon av sunne/friske tenner, senere. I enkelte tilfeller kan man, med tidlig kjeveortopedi, også unngå traumer for pasienten.

-Tannlegespesialister

En tannlegespesialist skal utdanne seg i seks år for å kunne levere en spesialisert tjeneste til befolkningen.

Allmenntannlegene skal ha nær kontakt med tannlegespesialister for å henvise de pasienter som trenger spesialisert behandling som for eksempel:

Periodonti

Periodonti omfatter tannkjøttsykdommer som ikke behandles ved kun scaling og depurering (for eksempel: GUNA-Gengivitis Ulcerativ Nekrosant Akutt), og som trenger medikamentell behandling og et tett samarbeid mellom pasient og tannlegespesialist for at behandlingen skal bli vellykket. Videre omfatter periodontien diverse kirurgier i tannkjøttet, forstørrelse av den kliniske delen av tannkroner, forflytting av tannkjøttet, og så videre. I de siste tilfeller kan periodontisten måtte samarbeide med en tannlegespesialist i protetik.

Protetik

Protetikken omfatter oral rehabilitering og estetisk/kosmetisk behandling.

Kirurgi

Kirurgien omfatter ekstraksjoner av visdomstenner, innsetting av implantater, fjerning av absess og cystiske lesjoner, kjevekirurgi, estetisk og reparatorisk kirurgi, og så videre.

Endodonti

Endodontien omfatter alle slags rotfyllingsbehandling. (Allmentannlegen skal være kvalifisert til å utføre førstehjelp ved akutte tilfeller, hvor allmenntannlegen vil behandle en tann ved å fjerne nerven, rense kanalen og stenge den midlertidig slik at pasienten ikke får smerter mens han venter på time hos spesialist i endodonti).

Orthodonti

Alt av orthodontibehandling/regulering som ikke kan løses med preventiv/forebyggende orthodonti hos allmenntannlegen.

Dette er kun skisser. Eventuelle nye utdanningsplaner i reformen må utarbeides av profesjonelle fagfolk som jobber ved universitetet og har ansvar for oppbygging, oppfølging, og endringer som kan være nødvendige i prosjektet, slik at kvaliteten sikres og eventuelt utvikles videre.

Reformforslaget gir anvisning på hvordan man kan få en kortere utdanning enn dagens og et mer profesjonsorientert studium. Reformforslaget vil, hvis det realiseres, innebære at studentene fortere kommer inn på arbeidsmarkedet.

c- ny organisering

Det foreslås tettere samarbeid mellom privat og offentlig tannhelsetjeneste. Disse sektorene bør jobbe sammen mot felles mål.

Man kunne tenke seg at den offentlige tannhelsetjenesten kan ta seg av prioritert klientell (barn fra 0 til 18 år, eldre, psykiatriske pasienter, fengselsinnsatte, rusmisbrukere og de minoriteter som ikke har råd til tannbehandling - det er tross alt de som trenger det mest, grunnet samlet behov).

Den private tannhelsetjenesten skal være ansvarlig for de betalende pasienter, eventuelt på grunnlag av faste takster, selv om hoveddelen av Fylkeskommunenes inntekter kommer fra voksne, betalende pasienter.

Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo foretok en arbeidsmarkedsundersøkelse blant alle tannleger i 2004. Det heter her, blant annet:

”Tallene viser at en tredjedel av de privatpraktiserende tannlegene ikke jobber full tid og at en tilsvarende andel ønsker flere pasienter.

Disse resultatene viser at det er ubrukte tannlegerressurser, og at det burde være et potensial for samarbeid mellom offentlig og privat sektor hvis ordninger utformes på en konstruktiv måte. Behandlingsoppgavene må fordeles mellom de to delene av tannhelsetjenesten. Det beste ville være å komme frem til en modell hvor vi ser de samlede behandlingsressurser under ett og får nødvendig styring slik at behovet i de gruppene som trenger det mest, blir dekket. I dag har offentlige myndigheter ingen styringsmuligheter i den private sektor.”

Et samarbeid mellom privat og offentlig sektor vil sannsynligvis styrke kvaliteten i tannhelsetjenesten generelt.

Del IV. Reformforslagets virkning

Kap 14. Effekt gjennom bedre organisasjonsstruktur- og kultur

De fleste offentlige publikasjoner om tannpleierens yrkesutøvelse peker på behovet for bedret oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere, men så stanser de der!

Det er nok ikke så rart, siden det ikke er aktuelt med en slik oppgavefordeling uten at tannpleierens utdanning gjøres mer tannlegepreget. Dermed taler vi om en reform av profesjonen.

Reformen vil forhåpentligvis gi tannhelsetjenesten mulighet til å nå flere mål enn den gjør i dag.

Tannlegens oppgaver er unike. For mange pasienter kan det være uaktuelt å bytte tannlegen sin med en annen, eller å bli behandlet av annet personell.

Noen pasienter har et forhold til tannlegen sin som går utover ren tannpleie. Tannlegen er ofte en som kan høre på pasienten, og føle hvordan pasienten virkelig har det. Tannlegen blir en venn, en psykolog, kanskje til og med en lege. Han eller hun kan bli en som har tid til å lytte til hva pasienter sier. Det er faktisk, i mange henseender, pasienten som vet best, og i flere tilfeller kan pasienten hjelpe personellet å stille riktig diagnose.

Tannhelsesekretærer får trolig utnyttet sin kapasitet bedre. Tannpleiere vil få sikker kunnskap om eget arbeidsområde. Allmenntannleger får tilstrekkelig og variert klinisk arbeid, og spesialisttannleger vil sannsynligvis øke i antall, slik at samfunnet får et bedre tilbud.

Helsefremmende og forebyggende arbeid blir satt i sentrum og styrket.

Dette vil forhåpentligvis føre til et løft i profesjonen, eller den utvidede profesjon, og til en forbedret tannhelsetjeneste.

Kap 15. Fremtiden uten endring/reformen i tannhelsetjenesten

Hvis ingen endring skjer med arbeidsdelingen i tannhelsetjenesten kan konsekvensene bli følgende:

- Misnøyen øker blant tannpleierne. Effektivitet og kvalitet i det utførte arbeidet synker.
- Noen slutter som tannpleiere og begynner å jobbe i andre yrker, for eksempel med som legemiddelkonsulenter.
- Noen tannpleiere starter selvstendig virksomhet. Dette er et mulig scenario som bør tas alvorlig, siden pasienters sikkerhet skal være sentralt. Kan dette være en fare for pasientene?
- Høyere krav stilles til den offentlige tannhelsetjenesten. Per i dag er det stilt høye krav til den offentlige tannhelsetjenesten som skal ta hånd om det prioriterte klientell, rusmisbrukende pasienter, fengselsinnsatte og psykiatriske pasienter. I tillegg skal det offentlige tjene penger gjennom det voksne, betalende klientell.

- Uten reform vil det trolig være vanskelig å finne løsninger på problematikken knyttet til uklar oppgavefordeling mellom for eksempel tannlege og tannpleier. Jeg viser til det som er omtalt tidligere i besvarelsen.

Ved dagens tilbud får pasienten sin første time for undersøkelse hos en tannpleier. Ved behov får pasienten time for behandling hos tannlege. Hvis pasienten trenger spesialisert behandling, blir han/hun henvist videre til en spesialist. Dette koster tid og penger, både for pasientene og for den offentlige tannhelsetjenesten.

Det er et klart behov for en reform av tannlegeyrket. Profesjonen bør styrkes ved at pasientene får mulighet til å forholde seg til en mer effektiv og spesialisert tjeneste. Likeså bør tannpleieryrket styrkes ved at det legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Kap 16. Mulige konsekvenser av reformen

I forbindelse med effektivisering av tannhelsetjenesten er det viktig å betone betydningen av en kortere og mer spesialisert utdanning. Det vil resultere i:

- Flere mennesker raskere ut i arbeidsmarkedet. Flere effektive skattebetalere.
- Billigere arbeidskraft med økt kompetanse: allmenntannleger vil trolig ha lavere lønn (og kortere utdanning) enn dagens tannleger, til tross for at de utfører de samme (men færre) arbeidsoppgaver.
- Flere tannleger vil bli spesialister pga fristende spesialiseringstilbud og muligheter for høyere lønn og bedre karriereutvikling.
- Frigjøring av kapital ved økt effektivitet og økt inntjening gir mulighet til å øke bemanningen og dermed kapasiteten. Økt kapasitet gir økt omsetning, dersom etterspørselen er høyere enn tilbudet i markedet.
- Økt konkurranse mellom private aktører vil medføre skjerpet oppmerksomhet på leveransens kvalitet. "Produktet" kommer i fokus, hvilket er bra for pasientene.

Reformen skal være positiv for tannlegespesialister, som vil få mer eksklusivitet i det området de er spesialisert i, trygghet for pasienten og et faglig løft i hvert enkelt område av odontologien.

Det vil bli et bedre tilbud for pasienter og økt tilgjengelighet til spesialisert tannbehandling enn hva dagens system tilbyr.

LEON- prinsippet står i sentrum når tannlegerressurser skal utnyttes optimalt.

Det vil bli mindre problemer knyttet til spørsmål om oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger.

Det fremlagte forslag til ny arbeidsdeling vil kunne gi større tilfredshet for personellet fordi arbeidsoppgavene og ansvarsområdene blir tydeligere definert. En slik tydeliggjøring vil øke trivselen for tannhelsepersonellet. Dette er i tråd med teorien om Maslows behovshierarki, som er behandlet ovenfor.

Det er veldig viktig at ansvarsområdet i tannhelsetjenesten er regulert slik at forsvarligheten og aktsomheten er sikret i tjenesten. I dag kan tannpleiere jobbe selvstendig og sette lokal bedøvelse på sine pasienter. Hva kommer tannpleiere til å få lov til å gjøre i fremtiden?

Gjennom reformen kan man velge utdanning etter det man har glede av og til slutt kommer alle til å tjene på det.

Tannpleiere foreslås kun å arbeide med helsefremmende og forebyggende arbeid. De som ønsker å jobbe med pasienter i klinisk arbeid, får også kortere og mer spesialisert utdanning enn dagens tannlegeutdanning.

Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid vil styrkes, formålet skal være å ta vare på den tannhelse befolkningen fødes med. Man skal bevare helse, støtte befolkningen slik at den kan ivareta og opprettholde den gode tannhelse som de fleste har fra starten av.

Dette kan føre til en bedre tannhelsetjeneste for befolkningens fremtidige behov.

Kap 17. Subjektive effekter av reformen

“Skal man lage omelett, må man knuse noen egg”

Sitat: Mao Tse Tung

Når utdannelsen av norsk tannhelsepersonell skal reformeres vil det med stor sannsynlighet være uunngåelig at det oppstår reaksjoner hos de som blir berørt, både direkte og indirekte.

Noen reaksjoner vil trolig være både sterke og følelsesladede, noe som trolig skyldes at forhold som berører arbeid, egen prestasjon, lønn/økonomi, status, anseelse, ja, egen identitet, utvilsomt setter følelser i sving.

Avhengig av hvor man er i livet med hensyn til alder, familie, utdannelsesnivå, økonomi med videre, vil de berørte parter trolig reagere ulikt.

Det er grunn til å anta at eldre tannleger, som i en menneskealder har utført sitt arbeid i privat sektor med høy rang og sosial status, og med god økonomisk avkastning, nærmest vil føle det som ”ekspropriasjon” eller et kommunistisk tiltak dersom stortinget skulle vedta en lov som gjorde det nødvendig å sette seg på skolebenken i en alder av 65 år for å kunne drive videre som før. Enkelte vil også kunne hevde at den lovgivning mitt reformforslag innebærer, vil være grunnlovsstridig, i det den kan føre til lovgivning som får tilbakevirkende kraft: fordi den griper inn i etablerte systemer, selv om loven kun gjelder fremover i tid.

Tannlegene og tannlegeforeningen vil allerede under komitébehandlingen av lovforslaget i Stortinget kunne søke støtte hos de borgerlige partier som tradisjonelt står for beskyttelse av kapital og eiendomsrett. De borgerlige partiene vil trolig engasjere seg i saken dersom den gir mulighet for publisitet rundt prinsipper partiene ønsker å få oppmerksomhet om. De samme politiske spilleregler gjelder for alle politiske partier. Jo nærmere valget forslaget kommer, jo mer vil trolig partiene engasjere seg.

I motsetning til høyrepartiene er de andre partiene mer opptatt av sosial utjevning, et rimelig og godt helsetilbud til alle uavhengig av geografisk beliggenhet og så videre. Disse partier er erfaringsmessig mindre opptatt av individets sosiale status og beskyttelse av privat eiendomsrett. De legger vekt på likebehandling, sosial utjevning og desentralisering. Ofte søker disse partier, som befinner seg på venstresiden i politikken, å finansiere tiltakene med skatter og avgifter, noe høyresiden normalt er mer skeptisk til

Selv om den eldre privatpraktiserende tannlegen føler at forslaget er uheldig, kan den jevnaldrende kollega i offentlig sektor sitte med en helt annen virkelighetsoppfatning. Hun har kanskje ikke opplevd den samme status knyttet til yrket for mens hun har reparert tennene til barn og unge, og psykisk utviklingshemmede. Hun har funnet glede og anerkjennelse i hvert barnesmil samtidig som den privatpraktiserende kollegaen har behandlet tennene til advokaten og direktøren, deres hustruer og barn, og halvparten av medlemmene i golfklubben. Opplevelsene og erfaringene til de to tannleger som ble uteksaminert fra samme kull på universitetet i 1970 kan derfor være svært forskjellige i 2010.

Den offentlig ansatte tannlegen har, gjennom et godt yrkesliv, sett effektene av forebyggende arbeid, opplevd viktigheten av sosialt samspill med øvrige ansatte, lært seg å delegere oppgaver med videre. Hun føler ikke eiendomsrett til pasienten og kundelisten på samme måte som sin privatpraktiserende kollega, og er godt fornøyd med rekkehuset og den 10 år gamle Mazdaen, selv om hun vet at hun kunne hatt stor villa og ny Volvo om hun hadde valgt et annet løp.

På universitetet begynner en ny tannlegestudent på tannlegestudiet samtidig som en seniorstudent er eksaminert etter 5,5 år med odontologi og Examen Philosophicum. For den nye studenten vil reformen være en gavepakke. Han kan regne med et kortere studium, færre eksamener, en raskere start i arbeidslivet og lavere studiegjeld. Seniorstudenten føler reformen som det reneste svik. Hun kommer ut i arbeidslivet til en lavere kompetanse enn om hun hadde vært uteksaminert året før. Selv om studenten ennå ikke er i gang med arbeidet vil det oppleves som urettferdig at inntektsmulighetene nærmest over natten blir litt redusert. For å opprettholde eller øke mulighetene for inntjening og sosial status og for å unngå følelsen av at man gjennom studielånet betaler for noe man er overkvalifisert for, kan den nyutdannede tannlegen gå i gang med spesialisering. Dette er imidlertid ikke så fristende, tatt i betraktning at vedkommende allerede i 5,5 år har slitt skolebenken med en drøm om å komme ut i arbeid.

For tannpleierne vil reformen trolig bli mottatt med ulikt sinn, avhengig av hva tannpleieren interesserer seg for. Tannpleiere som er glad i kliniske arbeidsoppgaver vil føle seg degradert, i det tannpleierne etter reformen kun skal arbeide med forebyggende arbeid. På den annen side vil enkelte av tannpleierne i denne gruppe se muligheten for å kunne videreutdanne seg til tannleger og således på en enklere måte nå en drøm som tidligere var fjern og uoppnåelig.

Det er grunn til å tro at tannpleiere (og tannleger) som allerede er i en situasjon der man har liten tidsmessig og økonomisk fleksibilitet, vil se det som vanskelig å kunne ta videreutdanning til henholdsvis allmenntannleger og spesialister. Når man har full jobb, flere barn, en inntekt og et altfor stramt budsjett, er det ikke så lett å finne tid og penger til å redusere arbeidstiden for å ta videreutdanning på deltid.

For de unge yrkesutøverne vil det muligens ikke ha gått så lang tid siden de sist satt på skolebenken, og terskelen for videreutdanning kan her være overkommelig. De vil kunne ta opp studielån og har fortsatt et helt yrkesaktivt liv foran seg til å nedbetale lånet. For en godt voksen tannpleier kan det være annerledes. Det er ikke så lett å sette seg på skolebenken etter 30 år i arbeid. Det er nok også mange som vil måtte regne på lønnsomheten av å ta opp nytt studielån med kort tid igjen til pensjonsalder.

Enkelte tannleger og tannpleiere vil føle seg misbrukt, lite verdsatt og degradert av samfunnet. Noen vil oppleve ordningen som et sosialt og økonomisk ran. Andre vil se reformen som en gylden mulighet for å klatre høyere på karrièrestigen, oppnå økonomisk gevinst og få mer spennende arbeidsoppgaver.

Avhengig av hvilket trinn man er på når reformen trer i kraft, vil derfor endringen kunne lede arbeidstakeren opp eller ned et nivå i Maslows behovshierarki.

For samfunnet og pasientene vil reformen likevel være et positivt bidrag. Tannbehandling blir trolig rimeligere, mer konkurranseutsatt, mer tilgjengelig – økonomisk og geografisk. I tillegg vil økt satsning og fokus på forebyggende arbeid kunne gi en svært positiv effekt på den generelle tannhelsen i riket.

Når alt kommer til alt er det pasientens interesser og behov som bør stå i sentrum. Det må knuses noen egg på veien til en god omelett.

Behov for en smidig overgangsordning /implementeringsfase

Som vist i forrige kapittel er det grunn til å forvente mange sterke reaksjoner på så vel menneskelig og følelsesmessig plan som på politisk plan dersom reformforslaget blir vedtatt.

Det er lett å ha sympati med eldre arbeidstakere i at det vil være en uønsket effekt om disse skulle oppleve en radikal forandring av sitt yrke og sin inntekt, kun få år før de pensjoneres. Det å ta etter- og videreutdanning i en slik fase fremstår nok også som urealistisk for en del i denne gruppen.

I dette kapittel vil jeg derfor peke på noen enkle muligheter for, for en periode, å dempe de mest utfordrende sider ved reformen.

a) Avtalefestet pensjon for personer født 1945 eller tidligere

Det kan innføres en mulighet for tidligere overgang til pensjonsalder for de eldste yrkesutøverne, for eksempel mulighet for avtalefestet pensjon fra fylte 65 år for den gruppen som ikke ønsker å ta ny utdanning i høy alder.

b) Tannleger og tannpleiere født tidligere enn 1953

Det kan gis dispensasjon for tannleger som har mindre enn 10 år igjen til pensjonsalder. Disse kan gis anledning til å utføre de samme kliniske oppgaver som tidligere mot dokumentert årlig deltakelse på et ajourføringskurs spesielt innrettet mot den aktuelle gruppe.

c) Yrkesaktive utenfor gruppe a og b

Det kan gis mulighet for alle yrkesaktive tannleger og tannpleiere med klinisk bakgrunn til videreutdanning til henholdsvis spesialister eller allmenntannleger. Utdannelsen bør kunne tas på heltid eller deltid over flere år. Det bør legges til rette slik at en del av undervisningen kan foregå nettbasert eller som brevkurs, og med halvårlige samlinger av to til tre ukers varighet for klinisk utdanning. Eksamen gjennomføres ved avslutning av hvert kurs. Det bør gis offentlige stipendordninger for de som kan dokumentere studieprogresjon tilsvarende den støtte som gis ved arbeidsfravær pga fødselspermisjon. Ansatt tannhelsepersonell bør i en overgangsperiode få lovfestet rett til permisjon uten lønn fra sin arbeidsgiver for å delta på ovennevnte kurs.

Hypoteser om hvordan reformen vil bli mottatt av forskjellige grupper:

Mange grupper vil bli berørt på forskjellige måte hvis reformforslaget i denne besvarelsen blir satt i verk i Norge.

Tannleger, spesialister, tannpleier, tannlegesekretærer, pasienter, odontologistudenter, tannpleierstudenter, lærerne på odontologiske fakulteter og lærerne på tannpleierutdanning. Disse blir direkte påvirket av reformen. Andre blir indirekte påvirket som for eksempel Staten, fylkeskommunene og samfunnet forøvrig.

Hypotetisk sett vil ulike tannleger reagere forskjellig. Enkelte vil ta forslaget i mot med åpent sinn, mens andre vil reagere negativt. Noen vil trolig reagere med blandede følelser.

Med reformen blir førstelinjetjeneste for pasientene ført tilbake til tannlegen. Tannlegene vil da få nok å gjøre! Dette er positivt for tannleger som ønsker seg flere pasienter. Dette gir også nye muligheter for nytenkning, for eksempel om å utvide klinikkens åpningstider eller om å utvikle større klinikker med flere profesjonelle som jobber i team. Pasientene vil merke et bedre tilbud og høyere kvalitet på tjenesten.

Det kan være gunstig for pasienter kun å bli undersøkt og kontrollert av samme tannlege med jevne mellomrom, og ha bare én person å forholde seg til. Spesielt er dette viktig når det gjelder pasienter med angst eller redsel for tannbehandling.

Enkelte tannleger trenger tid for å omstrukturere rutiner og klinikken. De har muligens allerede for mye å gjøre og noen var kanskje i godt samarbeid med en tannpleier tilstede på klinikken, som tok seg av de fleste pasientene for undersøkelse eller kontroll. Dersom tannpleieren for fremtiden blir avskåret fra å arbeide med kliniske arbeidsoppgaver kan det bli aktuelt med en nedtrapping av tannpleierens arbeid samtidig som man, for eks. ansetter en nyutdannet tannlege, som trenger erfaring og kunne ta over pasienter som står på venteliste, og de som skulle til tannpleieren.

Noen tannleger vil oppleve reformen som degraderende på tannlegenes renommé. Reformen gir mindre status til dagens tannleger, ved at den innebærer at de skal kalles allmenntannleger, samtidig som den skal stimulere til spesialisering. Det siste forsterker spesialister som en gruppe med høyere status og kanskje til og med høyere inntekt enn allmenntannlegene.

På den annen side kan det at allmenntannlegene hyppigere henviser, gjøre at pasientene føler seg tryggere og bedre ivaretatt. Det kan igjen gjøre at pasienter blir (mer) trofaste mot allmenntannlegene. Allmenntannlegene kan bli en parallell til dagens fastleger, personer som

tar det ”alminnelige”, men som i stor grad henviser til spesialister når noe mer teknisk krevende skal gjøres.

Reformen kan passe tannlegespesialister. De får mer å gjøre, altså høyere inntekter, og en tydeligere rolle som de faglige autoriteter.

Tannlegestudenter som brenner for et spesifikt fag i odontologien vil gjennom reformforslaget få bedre motivasjon til spesialisering enn ved dagens tilbud. Økt rekruttering vil på sikt øke tilgangen på spesialister. Dette vil i sin tur føre til muligheter for økt rekruttering av spesialister til de forskjellige kompetansesentra rundt omkring i landet. Tilgangen på spesialistkompetanse vil dermed kunne styrkes ved reformen.

Reformen vil påvirke tannpleieryrket sterkt. Den vil medføre en deling av profesjonen slik vi i dag kjenner den. De som trives med forebyggende arbeid og ikke ønsker å videreutdanne seg til allmenntannleger vil for fremtiden kunne fokusere på arbeid med helsefremmende og forebyggende virksomhet. For denne gruppen vil reformen være et steg i riktig retning.

For tannpleiere som i dag trives med å utføre kliniske arbeidsoppgaver vil reformen kunne bli oppfattet ulikt. Noen vil se reformen som en god mulighet for å kunne videreutdanne seg til allmenntannleger, mens andre vil se på kravet til videreutdanning som en byrde.

Vi skal se nærmere på dette nedenfor.

Tannpleiere som er i aktivt arbeid ved iverksettelsen av reformen får i realiteten tre alternativer:

1- Jobbe med noe annet

Et fenomen som allerede skjer i følge av studiet til Wang og Toven ”Tannpleiere i Norge - Yrkesaktivitet og arbeidsforhold”. Det er omtalt tidligere i besvarelsen at en tredjedel av autoriserte tannpleiere ikke var aktive i yrket og at lønn og varierte arbeidsoppgaver var de faktorer som flest tannpleiere har rapporterte som viktige for trivsel i yrket.

2- Jobbe med helsefremmende og forebyggende arbeid

Jeg fortsetter å referere til studien ovenfor av Wang og Toven ”Tannpleiere i Norge- Yrkesaktivitet og arbeidsforhold”. Der det anføres at tannpleiere er sentrale i utadrettet helsefremmende tannhelsearbeid og

at tannpleieres arbeid med dette i 2004 utgjorde mindre enn 10 % av tannpleierens arbeidstid, noe som kan tyde på at tannpleieres kompetanse på dette område kun utnyttes i begrenset grad og ikke i tråd med helsemyndighetens prioritering av helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid.

3- Videre utdanning til allmenntannlege

Tannpleiere som brenner for kliniske oppgaver med pasienter i form av undersøkelser, fyllingsterapi, bedøvelsesteknikk, og ønsker seg bedre lønn og mer varierte oppgaver, anbefales, etter det reformforslaget som ovenfor er lansert, å utdanne seg til allmenntannlege. Det gir en god avkastning, både faglig og økonomisk å utdanne seg i fire år for å bli allmenntannlege sammenlignet med å utdanne seg, som i dag, i tre år, for å bli tannpleier.

Tannpleiere som allerede er i arbeid, og ønsker å bli allmenntannleger, bør få muligheten til det. Odontologiske fakulteter bør forberede en type overgangsordning/omstrukturering for tannpleiere som i dag er autorisert og i arbeid, slik at de kan få en spesiell tilpasning i sin utdanning. På denne måten kan de utføre allmenntannlegens arbeid. Denne omstrukturering ville være midlertidig og av begrenset varighet, slik at de tannpleiere som ønsker seg tilbudet må bestemme seg for det. Etter hvert utfases denne gruppen ved naturlig avgang.

Fordi tannpleieryrket allerede eksisterer, har tannhelsetjenesten en unik mulighet til å oppnå optimal tannhelse for folk flest. Det er imidlertid viktig at muligheten ikke blir kastet bort.

Som nevnt tidligere i oppgaven, har befolkningen i dag mindre karies enn før. Hvis denne tannhelseutviklingen fortsetter, kan man tenke seg at allmenntannlegene klarer å ta hånd om kontrollene og behandlingene selv, mens behovet for å fremme helse og å forebygge sykdom alltid kommer til å eksistere.

Del V Konklusjon

Kap 18. Avslutningskapittel

Implementering av LEON-prinsippet

LEON-prinsippet er som skissert innledningsvis bygget opp på en idé om at sann effektivitet i helsevesenet forutsetter en løpende prosess, der man hele tiden skal søke å tilby helsetjenester på lavest mulig forsvarlige omsorgsnivå. Jeg har i oppgaven tatt utgangspunkt i tannklinikkers hierarkiske oppbygning og forsøkt å sette fokus på hvor lavt i hierarkiet det er mulig å oppnå forsvarlig tannbehandling.

Man kan si at LEON-prinsippet allerede er praktisert i norsk tannhelsetjeneste, ved at man har fått tannpleiere som utfører arbeider som tannlegen tidligere måtte utføre, dersom det skulle bli gjort.

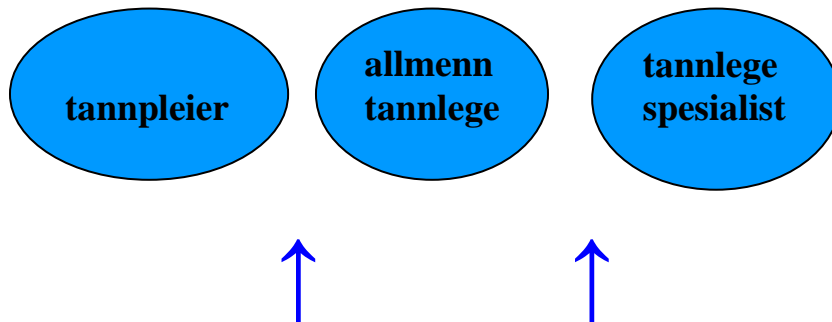
Jeg har i denne oppgaven diskutert hvordan arbeidsfordelingen og samspillet mellom tannleger og tannpleiere fungerer og om LEON-prinsippet i virkeligheten følges. Jeg spør blant annet om noen tjenester i dag ytes på et for lavt, altså et ineffektivt, omsorgsnivå.

Tilpasning til en riktigere LEON-fordeling av arbeidsoppgavene

Den egentlige tanken med denne besvarelsen har vært å vise hva LEON-prinsippet egentlig innebærer for tannhelsetjenesten. Jeg har således pekt på områder der det, slik jeg ser det, er mulig å få en bedre ressursutnyttelse enn man har i dag. under praktiseringen av LEON-prinsippet – på tannpleier og tannlegenivå.

Jeg har således i en figur (s.44) illustrert hvordan tannpleiere, tannleger og tannlegespesialister i det daglige arbeider i gråsoner der det forekommer overlapping mellom gruppenes virksomhet, en overlapping som ofte fører til dobbeltarbeid, usikkerhet og mistillit. Som et generelt svar på uklarheten i oppgavefordeling har jeg lansert en ny studie- og utdanningsmodell for tannhelsefeltet, en modell som skal skape klarere grensesnitt mellom de ulike yrkesutøverne. Modellen innebærer imidlertid også at de ulike yrkesgruppers identitet forskyves. Til dels kan man endog si at yrkesgruppene blir ”nye”.

Reformforslaget kan illustreres slik:



INGEN OVERLAPPING = IKKE DOBBELTARBEID

Ulike tolkninger av LEON

Jeg har forsøkt å trekke LEON-prinsippet ”litt lenger” enn den klassiske forståelsen av prinsippet.

Den klassiske forståelsen innebærer at man skal benytte så lavt kvalifisert personell som mulig uten at dette går på bekostning av omsorgens effektivitet, og der effektivitet forstås slik at det både omfatter volum og kvalitet. Prinsippet er slik også en advarsel mot levere tjenester på et for høyt, og dermed kostbart, omsorgsnivå.

Ved å benytte enkel ledelses- og organisasjonsteori har jeg forsøkt å vise hvordan økt trivsel, samspill, og følelsen av å fylle ens egne behov kan medføre intern effektivitetsøkning på det enkelte, lavest mulige (effektive) omsorgsnivånivå.

Jeg har videre forsøkt å vise hvordan en mer rasjonell ressursutnyttelse kan medføre billigere tjenester.

For lavt omsorgsnivå

Det er altså ikke slik at en implementering av LEON-prinsippet kun handler om høy effektivitet på et lavt omsorgsnivå. Det handler også om at omsorgsnivået som velges skal være forsvarlig. Jeg har forsøkt å betone denne delen av LEON-prinsippet ved å trekke frem praktiske eksempler

der pasienter er blitt skadelidende fordi omsorgsnivået har vært lavere enn det som var forsvarlig.

Jeg har forsøkt å vise at LEON-prinsippet kan virke mot sin hensikt dersom man i søk etter effektivitet senker listen så lavt at arbeid må gjøres to ganger i stedet for en gang, altså først på et for lavt nivå og så på det riktige nivået.

Jeg har også lagt vekt på hvordan en dobbeltbehandling, og i verste fall en feilbehandling, kan påvirke den ansattes selvfølelse og dermed effektivitet.

LEON er altså ikke bare et instrument for å oppnå effektivitet, men forutsetter i seg selv tilførsel av ”effektivitet” for å kunne fungere. Med dette mener jeg at den som skal anvende LEON-prinsippet, på forhånd må ha gjort seg opp en mening om hvorvidt det omsorgsnivå som velges vil være forsvarlig og effektivt – før behandling iverksettes.

Det er mitt ønske at denne oppgaven kan bidra til at man begynner å se på LEON-prinsippet med delvis nye briller, men først og fremst at den kan gjøre at man retter oppmerksomheten mot behovet for en reform i utdannelsen av tannhelsepersonell i Norge. Man kan egentlig si at LEON-prinsippet impliserer en reform av yrkesstrukturen i tannhelsetjenesten.

Referanseliste

- Norges offentlige utredninger 2005:11- Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet - Et godt tilbud til de som trenger mest.
- St. meld. nr.35 (2006/2007)- Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester.
- Wang NJ, Toven HV. Tannpleiere i Norge - Yrkesaktivitet og arbeidsforhold. Norsk Tannlegeforenings Tidende 2006:15:984-989.
- Abelsen B. Norut rapport- Nothern Research Institute, SF 12/2007. Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge.
- Statistisk sentralbyrå: G. Tannhelsetjenesten- nivå 3 Netto driftsutgifter tannhelse. Hele befolkningen, antall undersøkt/behandlet.
- Det odontologiske fakultet i Oslo. Programplan for studieprogrammet til Bachelorgrad i tannpleie vedtatt av Universitetsstyret 4. september 2002.
- Det odontologiske fakultet i Oslo. Programplan for studieprogrammet til Mastergrad i odontologi som ble vedtatt opprettet av Universitetsstyret 21. januar 2003
- Det odontologiske fakultet i Oslo. Programplan for studieprogrammet til Specialistutdanning er på det nåværende tidspunkt under behandling på universitetet sentralt.
- Holst D, Grytten J. Både barn og voksne har bedre tannhelse enn før. Nor Tannlegeforeningens Tidende 2001; 111 nr.11
- Taylor F W. Det vitenskapelige arbeidsledelsessystem
- Grytten J, Skau I, Holst D. Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge. Norsk Tannlegeforeningens Tidende 2006:116: 212-216.
- lov om tannhelsetjenesten LOV-1983-06-03-54, www.lovdata.no
- Sosial- og helsedirektoratets rapport IS-1098 Oppgavefordeling mellom yrkesgrupper i tannhelsetjenesten.

- St.meld. nr. 16 (2002-2003)- Resept for et sunnere Norge.
- Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo.
Arbeidsmarkedsundersøkelse blant alle tannleger.2004
- Abelsen B. Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge.
Norsk Tannlegeforenings Tidende 2008:118;15: 976-982.
- Bush, Johnsen og Vanebo, 2002 effektivitet -wikipedia.no
- Morten Emil Berg, Ledelse – en utfordring!, NKS forlaget 1987
- Filosofihistorie 1, Skirbekk og Gilje, 4 utgave, Universitetsforlaget 1987
- Filosofihistorie 2, Skirbekk og Gilje, 4 utgave, Universitetsforlaget 1987
- Filosofiens historie 2, Arne Næss, 6 utgave, Universitetsforlaget 1985
- Philip Kotler & Kevin Lane Keller, Marketing Management, 12th edition,
Pearson Education Ltd