

Dorthe Holst:

## Er det et problem at behandlere ikke er enige?

**I** Den norske tannlegeforenings Tidende nr. 11, 2004 presenterer Harald Eriksen og medarbeidere to pasienteksempler som viser at tannleger og siste års studenter ikke er enige om behandlingsforslagene. Er det bekymringsfullt? I den foreliggende situasjon fikk tannlegene og studenter modeller, fotos, røntgenbilder og generell informasjon om de to pasienter. Selv om forfatterne faktisk ikke konkluderer, men nøyer seg med å skrive at avvikene mellom forslagene til behandling er vanlige, så ligger det nært å anta at problemet egentlig ble tatt opp fordi forfatterne synes det er bekymringsfullt at tannleger utarbeider forskjellige behandlingsforslag, og det siste har jeg lyst til å kommentere. Situasjonen ligger nær det journalister har prøvd seg på både i Danmark og Norge. De sender pasienter ut til et antall tannleger og skriver deretter om hvor forskjellig pasientene ble mottatt og hvor forskjellige behandlingsforslag som ble gitt.

For det første er det meningsløst å lage behandlingsforslag uten å kunne samtale med den aktuelle pasienten. Det ville man aldri gjøre i virkeligheten. At dette ble gjort på basis av modeller, fotos og røntgen antyder at det finnes et objektivt, edruelig og etisk forsvarlig forslag, en faglig fellesnevner, som bør etterstrebtes. Den finnes trolig når det gjelder visse spesifikke diagnoser, men ikke for slitte tenner og fyllinger, spalter og behandlingsforslag.

Begrunnelsen er følgende: Et behandlingsforslag utvikler seg som en dialog mellom behandler og pasient og behandleren inkluderer de inntrykk han eller hun umiddelbart får av pasienten, både med hensyn til ønsker, kooperasjon og økonomiske muligheter. Men samtaler mellom pasient og tannlege har en annen karakter nå enn før. Før omfattet hovedparten av behandlingen hjelp i forbindelse med tannpine og diagnostikk og behandling av sykdom.

I dag viser norske tall en sterk forskyvning fra behandling av sykdom til reparasjon av reparasjonene, rekonstruksjon og forebygging. Nesten alle konsultasjoner omfatter undersøkelse med bruk av røntgenbilder og en tannrensing. Det betyr at tannbehandling forankret i sykdom utgjør en betydelig mindre del av det samlede behandlingsvolum enn før. Kan man da forvente at forskjellige tannleger skal bedømme den samme forbruker helt likt og skal gi samme råd? De aktuelle pasientkasus hadde fått utført mye reparativt arbeide. Det var også en stund siden forrige tannlegebesøk. Det er rimelig å forvente at det er faglig konsensus om diagnoser, sykdommers årsaker og sykdommers behandling. Men er det rimelig at det skal herske samme konsensus i forhold til dagens etterspørsel etter tannsjekk, kosmetisk, reparativ og rehabiliterende behandling?

Med utgangspunkt i sammensetningen av dagens behandlingsprofil kan vi diskutere hvilke ord vi skal bruke om pasientene. Pasientbegrepet er knyttet til behandling av sykdom, og i behandlingen av sykdommer setter pasienter pris på og innordner seg tannlegens og legens suverenitet. De vet mer om sykdommer og deres behandling enn pasientene. I dag er det en forbruker som fremsetter sine ønsker, og forbrukeren er blitt mer suveren. Asymmetrien er redusert, fordi det ikke lenger kun er et spørsmål om profesjonell kunnskap om diagnostikk, sykdomsårsaker og behandling. Pasienten er blitt forbruker, og forbrukeren er i stand til å vurdere, hvilken glede eller *nytte* han eller hun har av omgjøringer, innlegg og faste og avtakbare protetiske erstatninger. Den suverene forbruker kan avveie sitt forbruk av tannbehandling i forhold til nytte og utgifter og annet forbruk. Tannlegene har i virkeligheten allerede inntatt sin rolle som rådgivere. De vet at det er store variasjoner mellom hva

enkelte forbrukere verdsetter, og hvilken nytte de opplever av at få en ny hvit tann, ev. få skiftet ut amalgamfyllinger, få ekstrainnkallinger for sikkerhets skyld etc. Jeg synes derfor ikke at det er så merkelig at tannleger i dag gir forskjellige behandlingsforslag til tilsvarende forskjellig pris.

Noen vil kanskje beklage at tannpleien utvikler seg fra å være sykdomsforankret til forbruksforankret. Vi ser i våre befolkningsundersøkelser at folk flest er interessert i sine tenner og tannpleie. Slik jeg ser det, er det hensiktsmessig at profesjonelle har sammenfallende kunnskap om de vanligste sykdommers og tilstanders årsaker og kliniske bilde. Men å forvente at profesjonelle utøvere for det første skal lage behandlingsforslag uten brukerens medvirkning, og for det andre ha sammenfallende syn på behandlingsforslag i tannsett som de viste i artikkelen, er å lure seg selv og trolig også brukerne. Hvorfor var det forresten ingen som henviste til tannpleier?

*Adresse: Seksjon for samfunnsodontologi, UiO, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo*