

Claes Reit, Anne Bjørg Tveit og Palle Holmstrup

Etiske aspekter i tandlægens arbejdsfelt

Tandlæger skal i dag være parat til at føre etiske/moralske diskussioner på tværs af kulturgrænser uden en alment accepteret etisk målestok. Udviklingen har i øvrigt ændret det etiske virkefelt fra tidligere tiders udtalte paternalisme til nutidens fokusering på patientautonomi. Autonomi stiller imidlertid krav til patientens viden og forståelse, og ikke alle patienter har muligheder for at opfylde disse krav. Det gælder fx såvel for den sprogligt hæmmede som for den demente patient. Respekten for individets autonomi indebærer også andre konflikter, specielt når patientens ønsker går på tværs af sundhedshensyn.

Forskellig fortolkning af faglige og individuelle forhold indebærer en naturlig variation i behandlingsforslag, en variation, der undertiden kan vise sig at være meget betydelig. Tandlægens mulighed for at påvirke behandlingsvalget kan dog indebære, at irrelevante forhold påvirker behandlingen, og som resultat kan over- eller underbehandling tænkes at opstå.

I tilfælde, hvor vi opdager, at kolleger ikke lever op til de faglige normer, er det vigtigt at medvirke til forbedring af de berørte patienters situation. Det bør ske ved direkte kontakt til den pågældende kollega, men ikke i alle situationer er dette lige let.

Etiske spørgsmål har altid trængt sig på i sundhedssektoren, og bedømt på antal artikler i skandinaviske tandlægetidsskrifter i de sidste 10 år har etikken fået betydelig bevågenhed i odontologien (1–15). Etikken har naturligvis også en klar berettigelse i et temanummer om

fremme af sundhed i munden, og i denne artikel vil vi forsøge at beskrive enkelte aktuelle etiske problemstillinger, om end løsninger ikke altid er ligefor.

Det er sædvanligvis vanskeligt at skelne mellem etik og moral, men undertiden forsøges en skelnen. Som Inge Lønning (16) udtrykker det i sin artikel «Odontologisk etikk – fines den?»: «Hvis problemet er, at vi i en given sammenhæng ikke ved, hvad der er rigtigt og forkert, har vi et etisk problem. Hvis problemet er, at vi ikke handler eller er villige til at handle i overensstemmelse med det, vi ved, er rigtigt, har vi et moralsk problem.» Indholdet i begreberne etik og moral har ofte været diskuteret i litteraturen, men ved et ejendommeligt sammentræf opdager den ene af denne artikels forfattere i skrivende stund, at der i dagbladet Politiken netop denne dag, den 21. april, er en udmærket artikel med overskriften: «Etik eller moral» (17). I artiklen belyses de to begreber af en medarbejder ved Det Danske Sprog- og Litteraturselskab, Henrik Andersson. Det fremgår heraf, at «etik kommer af oldgræsk *ethos*, moral af latin *mos* (genitiv: *moris*). Grundbetydningen af *ethos* og *mos* er den samme, nemlig sædvane, så allerede her kan vi have en forklaring på, at ordene kan bruges med samme betydning. I dansk er ordet *moral* meget ældre end *etik*. *Moral* (eller *morale* som det hed indtil ca. 1750) er hjemlet første gang så tidligt som 1555. *Etik* kom først ind i dansk lidt ind i 1800-tallet» ... «*etik* og *etisk* er vundet frem på bekostning af *moral* og *moralsk*. At *etik* i dag har større prestige end *moral*, fremgår bl.a. af det faktum, at veletablerede gloser, der betegner gældende normer inden for noget så jordnært som arbejde, forretning og handel – *arbejds*moral, *forretnings*moral, *handels*moral – nu får konkurrence fra sammensætninger som *arbejds*etik, *forretning*setik, *handel*setik.»... «*Moral* udviklede omkring år 1800 en betydning, som *etik* aldrig har haft eller fået, nemlig evne til at holde sine handlinger og tanker i overensstemmelse med gældende normer; livsførelse, tænkemåde (specielt mht. det seksuelle), der tilfredsstiller gældende normer.» Mon ikke situationen for de to ord er nogenlunde den samme på de andre nordiske sprog? I det efterfølgende bliver der således ikke skelnet klart mellem betegnelserne etik og moral.

Forfattere

Claes-Erik Reit, professor. Afdeling for Endodonti og Oral Diagnostik, Odontologiska Institutionen, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Anne Bjørg Tveit, professor. Afdeling for Kariologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Palle Holmstrup, professor. Afdeling for Parodontologi, Tandlægeskolen, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Etisk refleksion

Etikken stiller det største af alle spørgsmål, det om, hvordan vi bør leve vort liv, om, hvordan vi skal forholde os til vore medmennesker. Specielt i denne sammenhæng: Hvordan skal vi som tandlæger forholde os til vore patienter og til vore kolleger? Hvad karakteriserer den gode tandlæge? Hvad kendetegner en moralsk rigtig handling? Hvad mener man, når man siger, at «ud fra en moralsk synsvinkel er handlingen forkert»? Spørgsmål af denne type har naturligvis fulgt mennesker igennem alle årene, men det er først i den senere tid, at der er opstået et behov for at kunne begrunde etiske ræsonnementer på en ikke-religiøs baggrund.

Dostojevskij lader en af sine romanfigurer i «Brødrene Karamazov» sige: «Hvis Gud er død, så er alt tilladt!» Hvordan skal normer kunne etableres og motiveres uden en fast målestok? Er etiske diskussioner overhovedet meningsfulde uden en absolut dømmende instans? Her kan vi bare nævne et af den moderne ikke-religiøse etiks grundproblemer: legitimiteten! På hvilken sandhedsbaggrund kan vi give ros eller ris af menneskers handlinger? Problemet bliver tydeligt, når vi betragter de åbenbare forskelle i værdier og menneskesyn, som findes mellem individer i de stadigt mere multikulturelle skandinaviske lande. En tandlæge må i dag være parat til at føre og forstå moralske ræsonnementer på tværs af kulturgrænser, men en definitiv og alment accepteret etisk målestok for at løse problemerne er i øjeblikket ikke tilgængelig.

Den kliniske hverdag vil trods alt kræve af os, at vi foretager moralsk stillingtagen, som skal synes velovervejet og relevant. Et forsøg på at strukturere den medicinske etiske refleksion blev givet af Beauchamp & Childress (18), som i 1979 præsenterede de såkaldte fire principper, snarere at betragte som fire grupper af principper. Deres forslag, som har vundet stor udbredelse, indebærer, at en etisk refleksion tager sit udgangspunkt i iagttagelse af respekt for autonomi (respekt for individets beslutningstagende kompetence), godhedsprincippet (at afbalancere nytte imod risici og omkostninger), ikke-skade-princippet (at undgå ad forårsage skader) og princippet om retfærdighed (at fordele nytte, resurser, risici og omkostninger retfærdigt). En moralsk konflikt kan herefter defineres som en situation, hvor to eller flere af disse principper kommer til at stå over for hinanden. I lang tid anså man godhedsprincippet for at være det vigtigste. Man mente, at tandlægen eller lægen havde den største viden om, hvordan patienten skulle behandles og derfor burde optræde som patientens «bonus pater» (paternalisme). Større diskussioner med patienten var ikke nødvendige. I dag er situationen anderledes. Patienterne kræver at blive involveret i de medicinske beslutninger. Man kunne se den medicinsk-etiske udvikling som en rejse fra udtalt paternalisme til patientautonomi.

Nye etiske problemer

I dag mener mange, at det måske vigtigste etiske princip er at respektere individets autonomi. Et antal nye problemer er derfor opstået. Hvordan håndterer man situationer, hvor patientens ønsker går på tværs af tandlægens opfattelse af, hvad der bedst tjener individets orale sundhed? Hvordan handler man, når patientens evne til autonomi er begrænset eller helt fraværende? Hvordan beskytter man individer med reduceret autonomi? Evnen til at tage autonome beslut-



Ud fra en juridisk synsvinkel er autonomien koblet til en persons alder. Ud fra en praktisk synsvinkel er det imidlertid indlysende, at mange individer kan og bør tillades at træffe helt selvstændige beslutninger, før de er fyldt 18 år.

ninger kan påvirkes på mange måder. Selv hos en person, der er fuldt ud i stand til at træffe beslutninger, kan evnen i visse tilfælde være begrænset. Et eksempel på dette kan være en person med tandlægeskræk i behandlingsstolen eller et individ med akutte tandproblemer, som skal tage beslutning om, hvorvidt den aktuelle tand skal bevares eller ikke.

At befinde sig i en fremmed kultur uden at kunne tale eller forstå deres sprog og måder er en anden anledning til, at et beslutningsdygtigt individ forhindres i at agere autonomt. Socialt udsatte individer har ofte svært ved at hævde deres autonomi og nås sjældent af det organiserede tandsundhedssystem, men er henvist til besøg ved akutte problemer og tandekstraktioner. Autonomien kan selvfølgelig også være permanent nedsat eller helt sat ud af spillet som ved demenssygdomme. I behandlingen af børn og unge mennesker møder man særlige problemstillinger. Ud fra en juridisk synsvinkel er autonomien koblet til en persons alder. Ud fra en praktisk synsvinkel er det imidlertid indlysende, at mange individer kan og bør tillades at træffe helt selvstændige beslutninger, før de er fyldt 18 år. Normalt kan forældrene betragtes som udset til at give udtryk for deres børns vilje. Det bliver imidlertid problematisk, hvor tandlægen får mistanke om, at denne funktion misbruges eller slet ikke udføres. Af ovenstående problempresentation fremgår det, at det kan være nyttigt at skelne mellem autonome personer og autonome beslutninger. Et individ kan altså forhindres i at udøve sin autonomi ved enten ikke at være i stand til det, eller ved at situationen medfører begrænsninger for at kunne hævde den.

Autonomi i fokus

Den øgede vægt på patientautonomi kan ses i den ændrede fortolkning af det «informerede samtykke». Begrebet startede i 1950'erne som en reaktion på de forfærdelige fakta, som afsløredes under Nürnberg-retssagerne, og indledningsvis påpegedes frem for alt behandlerens eller forskerens pligt til at give patienten omhyggelig information. I de senere år er fokus rettet mod patientens forståelse og samtykke. «Autonomi» er blevet fortolket på forskellige måder. En bredt accepteret måde at analysere begrebet på foreslår, at en person handler autonomt, hvis hun/han gennemfører sin handling og tager sit valg 1. frivilligt, 2. med indsigt og 3. uden nogen uvedkommende påvirkninger. Det første af disse tre vilkår er uproblematisk, en handling foretages enten frivilligt eller ufrivilligt. De to andre vilkår opfyldes i virkeligheden sjældent fuldt ud, men i forskelligt omfang. Handlinger kan således betragtes som et forløb fra fuldt autonome til helt ikke-autonome. For eksempel kan børn og ældre besidde forskellig evne til forståelse og mulighed for at handle frivilligt. Inden for tand- og sygepleje kan man næppe tænke sig, at en patient kan opnå fuldstændig forståelse eller vælge helt uden påvirkninger. Rent praktisk er dette dog ikke et større problem. Forståelse og uafhængighed i en medicinsk situation behøver næppe at overstige, hvad der er nødvendigt i andre væsentlige sammenhænge, som fx for at kunne foretage en investering, købe et hus eller vælge en uddannelse. Beslutningerne skal være åbenbart autonome, men ikke nødvendigvis fuldt ud autonome. Man kan således af gode grunde antage, at patienter sædvanligvis ønsker at blive informeret om deres odontologiske tilstand og eventuelle behandlingsmuligheder, men at en del patienter ikke vil deltage aktivt i at træffe den egentlige beslutning. Frem for alt gælder dette måske ældre mennesker og dem, som er meget syge. Et rimeligt forsvar for autonomibegrebet er her at understrege at patienten har ret til at deltage i beslutningen, men ikke pligt.

At forsvare individers autonomi i livets begyndelse og afslutning byder på særlige problemer. I dag er det ikke usædvanligt, at der oprettes såkaldte livstestamenter, et dokument, hvor et individ, der er rask og frisk, giver instruktioner om, hvordan hun/han ønsker at blive behandlet, hvis evnen til at tage beslutninger mistes. Man kan på denne måde forberede sig på en eventuel svær demens eller den pleje, man ønsker ved livets afslutning. Selv inden for tandpleje kan man være nødt til at tage stilling til et sådant dokument. En person kan fx udtrykke ønske om, at tandsundheden skal opretholdes, selv om man senere skulle modsætte sig tandpleje eller -behandlinger. Hvis livstestamentet skal følges, kan tandplejepersonalet blive stillet over for vanskelige situationer. I hvilket omfang er det på sin plads at bruge tvang? Et livstestamente er ikke juridisk bindende, og det er klart, at vi aldrig sikkert kan forudsige, hvordan vi oplever en situation, som vi ikke har været i. Idéen om et livstestamente forudsætter også en opfattelse af, at jeget og den personlige identitet ikke ændres i tidens løb. Man kan dog undre sig over, om ikke en person, der rammes af demens, ændrer sig så meget, at der egentlig er tale om to forskellige personer. Et centralt spørgsmål bliver det da, om person 1 har ret til på forhånd at give direktiver, eller hvordan person 2 skal behandles?

Respekten for børns autonomi handler for en stor dels vedkom-

mende om, i hvilken udstrækning de kan forstå og tilegne sig information. Allerede fra toårsalderen bør barnet informeres om, hvad der skal ske, og fra 12-årsalderen kræves respekten, at tandlægen også får barnets samtykke til de foreslåede tiltag. Der kan naturligvis opstå situationer, hvor forældre og barn ikke er enige om, hvilke tandbehandlinger der er fornuftige. I en sådan konflikt er tandlægens opfattelse af, hvad der tjener tandsundheden bedst, af stor betydning, men det er vigtigt at vide, at indtil barnet er blevet myndigt, har forældrene altid ret til at få indsigt i journaloplysningerne.

Autonomi ved konflikt

Det er klart, at patientens meninger og ønsker kan komme i konflikt med tandlægens mening om, hvad der er bedst for tandsundheden. I sådanne situationer er det væsentligt at have gennemtænkt og ført en diskussion om, hvilke værdier der frem for alt bør forsvares. Hvad er meningen med professionen? Hvilke værdier skal den fremhæve og stå vagt om? Er princippet om at respektere patientens autonomi af større vigtighed end fx godhedsprincippet? Et interessant forsøg på at rangordne netop tandplejens værdier er gjort af Ozar & Sokol (19). Man identificerer seks centrale værdier og ordner dem på følgende måde: 1) patientens liv og almensundhed, 2) patientens tandsundhed, 3) patientens autonomi, 4) tandlægens behandlingsfilosofi, 5) æstetiske værdier og 6) effektiviteten i anvendelse af resurser.

Accepterer man Ozar & Sokols (19) forslag, er det tydeligt, og for de fleste indlysende, at en tandlæge, som giver et behandlingsforslag, som, uanset hvor godt det tilgodeser den orale sundhed, medfører en betydelig risiko for patientens almentilstand, handler uetisk. Tandlægens omsorg for den orale sundhed, mener forfatterne, bør da overordnes respekten for patientens autonomi. Situationen kan opstå, hvis man ved ikke at følge patientens ønske, om fx ekstraktion af en tand uden en biomedicinsk diagnose, tror, at man tilgodeser patientens almene velbefindende. Det kan i sådanne tilfælde være fristende og langt lettere for tandlægen at acceptere patientens vilje med henvisning til, at han tager sin beslutning ud fra en større værdi, det almene velbefindende, end tandsundheden. I en sådan sammenhæng er det vigtigt at forstå, at enhver medicinsk profession kun er fokuseret på visse aspekter af det almene velbefindende, og at det er i disse aspekter, at den særlige kompetence ligger. Det synes altså rimeligt ikke at se respekten for autonomi som det altovervejende princip i Beauchamp & Childress' (18) forslag, men som et princip på samme niveau som de tre andre. I tilfælde af konflikt er det ikke altid netop det, som skal prioriteres.

Overbehandling i et etisk perspektiv

Tandlægens mulighed for gennem det informerede samtykke at påvirke patientens accept af en given behandling kan resultere i behandlinger, der ikke tjener patientens tarv. Det kan komme til udtryk ved overbehandling, hvilket betyder, at patienten får udført en behandling, han egentlig ikke har brug for eller ikke umiddelbart er interesseret i at modtage. I nogle tilfælde kan det således virke indlysende, at tandlægen kan tænkes at ville overbehandle for at opnå personlig økonomisk vinding. Dette er naturligvis i klar modstrid med de alment gyldige etiske regler for tandlæger.

Når det gælder operativ cariesbehandling, er sporene efter tand-

lægens indgreb lette at dokumentere. Med fokus på tandlægers grådige indgreb på tandsubstans og penge rejste en amerikansk journalist gennem 28 forskellige stater i USA og opsøgte 50 tandlæger (20). Han fortalte tandlægerne, at han netop var flyttet til den aktuelle stat, at han ville have ordnet sine tænder, men ikke var specielt optaget af æstetik, at han var færdigbehandlet hos sin tidligere tandlæge for mindre end et år siden, og at han havde en forsikring, som dækkede udgifter til behandlingen. Den sigende titel på artiklen «How Dentists Rip Us Off» siger vel alt om den opfattelse, journalisten havde om tandlæger efter sin rundtur. Fire måneder, 50.000 miles og 50 undersøgelser senere konkluderer han, at det at gå til tandlæge ikke er noget at grine af. «Dentistry is a stunningly inexact science.» Han skriver i oversættelse: «Nogle foreslog behandling for bare 500 USD, mens andre mente, at jeg behøvede behandling for 10, 20, ja op til 50 gange det beløb. Og alle kan jo ikke have haft ret.» Det hører med til historien, at journalisten havde været hos uafhængige «eksperter», før han påbegyndte sin rejse, og de mente, at hans behandlingsbehov var begrænset til en ny krone og to fyldninger eller omvendt. Det karakteristiske var, at når journalisten opsøgte tandlæger i de store byer, på de dyre adresser, blev der foreslået mange og dyre restaureringer, hvor porcelæn og æstetik havde hovedfokus. Af en repræsentant for den amerikanske tandlægeforening fik han at vide, at det var en god idé at få en «second opinion» ved større tandlægearbejder. Som Ecenbarger (20) siger: «Jeg fik 50 opfattelser, og jeg blev ikke beroliget.» I denne historie kan en stor del af overbehandlingen nok forklares med dårlig arbejdsmoral, men ikke den hele. Og selvfølgelig er der i USA, som i mange andre lande, forskellig opfattelse af, hvad der er sygdom, og hvor der er behov for operativ behandling.

Lignende historier kender vi, også i Skandinavien, fra mange avisartikler og tv-udsendelser, men det er sjældent, at variationerne i behandlingsforslagene er så store, for ikke at sige i så høje prislag. Et andet godt eksempel på, hvor forskelligt tandlæger kan se på behandling, er dokumenteret af Elderton og Nuttall (21) i 1983. 18 personer opsøgte 15 tandlæger for at få en undersøgelse og et behandlingsforslag med prisoverslag. I modsætning til de amerikanske tandlæger var disse vidende om, at de deltog i en undersøgelse. Man må derfor gå ud fra, at de ikke havde noget økonomisk motiv knyttet til behandlingsforslagene. Patienterne, som i dette tilfælde var unge tandlægestuderende, havde i gennemsnit ikke noget stort behandlingsbehov, men variationen i behandlingsforslagene var også her ganske stor. Udgifterne ved den behandling, der indebar flest operative indgreb, var 4–5 gange højere end den med færrest indgreb. I artiklen fokuseres der på, at årsagerne til variationerne findes i holdningen til operativ behandling kontra forebyggende indsats. Det vil med andre ord sige variationer i behandlingskriterierne for operativ cariesbehandling. Ifølge alment gyldige etiske regler for skandinaviske tandlæger skal en tandlæge udføre sit arbejde, som det ifølge videnskab og erfaring er ønskeligt, og tandlægen skal vedligeholde og opdatere sine kundskaber.

At revidere sine behandlingskriterier i henhold til de ændringer, der er sket med hensyn til cariesprævalens og ændringer i cariesbilledet, kan derfor siges ikke blot at være en faglig, men også en etisk problemstilling. Inden for enhver profession har man pligt til at

holde sig opdateret med de metoder og procedurer, som er gældende. Uddannelsesstederne skal til enhver tid sørge for, at undervisningen er forskningsbaseret, og at de kliniske rutiner, som indgår i undervisningen, tager udgangspunkt i det sygdomsbillede, man ser i befolkningen. Tandlæger må gennem kurser og videnskabelig litteratur holde sig ajour med de retningslinjer og kliniske rutiner, som til enhver tid er gældende. Vi ved, at der er store forskelle på tandlæger, og at der er sket en betydelig ændring i behandlingskriterierne i de seneste tiår (22). Eksempelvis angiver tandlæger forskellige kriterier for operativ cariesterapi, præpareringsteknik og fyldningsmaterialer for samme patienttilfælde (23–25). Ligeledes var der mange tandlæger, som i 1995 rapporterede, at de anvendte behandlingskriterier, der var almindelige i 1980'erne (23, 26). Dette skyldes som oftest, at nogle tandlæger ikke har ændret deres måde at behandle caries på, siden de blev uddannet, men det kan næppe udelukkes, at nogle bruger det som en bevidst strategi for at øge omsætningen.

Fejldiagnostik og -behandling

Cariesdiagnostik er baseret på metoder, som er behæftet med fejl og usikkerhed som ved alle diagnostiske test. Dette gælder, hvad enten man bruger traditionelle kliniske og røntgenologiske metoder eller mere moderne metoder som fx laserdiagnostik. Den type fejldiagnoser, som er lette at spore, og som er tandlægers skræk, er at overse et cariesangreb, som er så dybt, at det helt klart kræver fyldningsterapi, og som uden behandling fører til en pulpainfektion og rodfyldning inden for kort tid. Dette, som kaldes underdiagnostik, er et fænomen, der forekommer i større eller mindre grad afhængigt af operatørens kompetence, adfærd og sygdomsforekomsten i det patientmateriale, som tandlægen arbejder med. En anden type fejl, som kaldes overdiagnostik, hvor der konstateres caries på flader, som er intakte, forekommer også i større og mindre grad på baggrund af de samme faktorer. Når fyldninger bliver lavet på grundlag af sådanne fejldiagnoser, er beviset borte og «fejlen» er vanskeligere at opdage. Det er måske grunden til, at tandlæger ikke er så fokuseret på sådanne fejl sammenlignet med fænomenet «at overse caries». Inden for vores professionelle etik bør det være obligatorisk at vide noget om sin tendens til overdiagnostik og underdiagnostik og vurdere «omkostningerne» ved begge typer af fejl. Et eksempel: En tandlæge blev beskyldt for underbehandling, fordi han havde overset en del carieslæsioner. Hans stilling var truet, og der kom en retssag, hvor underbehandlingen var en del af sagskomplekset. En af forfatterne til denne artikel var sagkyndig og skulle sammen med andre vurdere tandlægens fejlprocent i forhold til de andre tandlæger, som arbejdede i samme distrikt med tilsvarende patientmateriale. De sagkyndige fremlagde et materiale, hvor både under- og overbehandling var repræsenteret. Det viste sig, at den aktuelle tandlæge ikke havde højere fejlprocent end de andre, men han havde større grad af underbehandling end af overbehandling. For mange af de andre var det omvendt. Konsekvenserne af begge typer «fejl» blev vurderet. Den aktuelle tandlæge blev samlet set ikke vurderet dårligere end de andre. Fokus havde været på underbehandlingen, og ingen havde faktisk tidligere vurderet mulige overbehandlinger.

Fyldningsterapi versus ikke-operativ cariesbehandling i et etisk perspektiv

Værdien af at beholde en frisk ubehandlet flade kontra ulempen ved at få udsat fyldningsterapien, indtil carieslæsionen er nær pulpa, er sjældent emne for diskussion. Det er værdien af at undgå fyldninger ved at give interseptiv cariesbehandling, dvs. instruktion i plakfjernelse og lokal fluorbehandling af små læsioner, frem for fyldningsterapi heller ikke. Vi ved, at alternativet til den reparative cariesbehandling, altså forebyggelse og interseptiv cariesbehandling, virker, men der har kun været begrænset fokus på at beregne de omkostninger, der er ved at standse udviklingen af caries og dermed undgå operative indgreb. En undtagelse er det ikke-operative cariesprogram, som blev gennemført i Nexø i Danmark (27). Men heller ikke her har man beregnet omkostningerne og effekten i et livsperspektiv. I en svensk undersøgelse fra 2003 (28) fandt man ud af, at det kostede 334 SEK pr. år for hver «sparet» flade, når man anvendte et forebyggende program, som inkluderede brug af Duraphat®. Omkostningerne blev beregnet i et treårs perspektiv. Varigheden af en fyldning og af en frisk tandflade blev ikke medtaget i beregningen. I regnestykket blev en ubehandlet tandflade vurderet til samme værdi som en fyldt flade, og disse resultater blev heller ikke vurderet i et langt livsperspektiv.

De omkostningsberegninger, som foretages, afspejler ikke, hvordan mennesker eller samfundet vurderer værdien af at have en frisk tandflade kontra en fyldning. Dette er en interessant etisk problemstilling.

Det er vigtigt at vurdere, om effekten af forebyggelse og interseptiv behandling faktisk kan have længere varighed end fyldninger, som vi ved kan være begyndelsen til reparationernes onde cirkel. Det at vælge fyldninger i stedet for ikke-operativ behandling af caries er derfor et etisk dilemma, som ikke kun bør være en del af den enkelte klinikers hverdag, men i højeste grad bør præge den offentlige tandbehandlings strategi over for børn og unge.

Handlinger ved overskridelse af etiske regler

Det er ofte vanskeligt at håndtere den situation, hvor vi som tandlæger konstaterer tegn på, at en kollega har overtrådt de professionelle normer, fx som følge af over- eller underbehandling. Skal vi gøre patienten opmærksom på det? Skal vi involvere tandlægeforeningen eller klagesystemet? Under hvilken form skal vi reagere, anonymt eller ikke?

Det er altid væsentligt at forhøre sig hos tandlægen, der har stået for den behandling, hvis resultat kan drages i tvivl, og der findes i nogle tandlægeforeningers etiske og kollegiale regler bestemmelser om, at den behandlende tandlæge skal kontaktes, før der indgives klage. På en nyligt afholdt temadiskussion om etik og tandlæger blev berettigelsen af denne bestemmelse imidlertid draget i tvivl, fordi den kan medvirke til, at klager tilbageholdes. Der blev således advokeret for anonymt angiveri («whistleblowing»), som middel til at få sagerne frem i lyset. Dette rejser imidlertid et andet etisk problem: Ønsker vi at leve i et samfund, hvor anonyme angivere på grundlag af mistanke kan få betydelig indflydelse på vort professionelle liv og dermed på hele vor dagligdag.

Allerede for mange år siden blev spørgsmålet om whistleblowing

diskuteret i American Dental Journal (29) og i British Dental Journal (30). Der har i mange år været og er i et vist omfang stadig i de fleste professioner en trang til beskyttelse af professionen og dens udøvere og dermed modvilje mod at eksponere kollegers fejltrin. Indbygget i de fleste er også et betydeligt ubehag ved at træde frem med noget sådant. Konsekvensen af en professions- og kollegabeskyttende adfærd er imidlertid, at patienter efterlades som tabere, og på lang sigt kan hverken patienter, samfund eller profession være tjent med dette. Der bør derfor findes en form, hvorved dårlig eller fejlagtig behandling kan eksponeres af kolleger. Der er mange hensyn at tænke på, fordi en række for sagen irrelevante forhold kan påvirke situationen. Udsigten til at vinde en patient fra en kollega kan tænkes at fremme tilbøjeligheden til at nedgøre kollegaens arbejde. Det er som bekendt ikke vanskeligt at hævde sig på andres bekostning, og i markedssituationen er der ikke tvivl om, at en sådan adfærd får et vist spillerum. Modsatrettede kræfter af lige så irrelevant karakter er dog også i spil. Hvis den kritisable behandling er udført af en kollega og ven i byen, vil tilskyndelsen til at eksponere behandlingen dæmpes bl.a. med udsigten til at blive stemplet som illoyal og måske miste en ven. Kommer problemet helt tæt på i den situation, hvor det kritisable arbejde er udført af en kollega i klinikfællesskabet, måske endda af ens chef, er der indlysende grunde til, at mange vil holde sig tilbage. Deri er der intet specielt for tandlæger. Der er ikke så mange, der stiller sig frem og med udsigt til repressalier kritiserer den overordnede. Situationen kan være tilsvarende for henvisningstændlæger, herunder specialtændlæger, der som grundlag for deres levevej modtager patienter til behandling. Hvis der i denne sammenhæng konstateres kritisable forhold, kan udsigten til at miste fremtidige henvisninger dæmpe tilbøjeligheden til at eksponere kollegers fejlttrin.

Der er grund til at holde sig for øje, at hensynet til den enkelte patient for den professionelle udøver af tandlægegerningen bør være overordnet i forhold til de ovenfor nævnte aspekter. Som tandlæge bør man oplyse en patient om sine egne fejltagelser, og man kan derfor spørge, hvorfor man så skulle skjule kollegers fejl. Det er imidlertid spørgsmålet, om anonymt angiveri er den rette løsning. En anden mulighed er vel som det første at kontakte den behandlende tandlæge og derved få belyst baggrunden for den udførte behandling. Derved kan en del irrelevant kritik formentlig bringes af vejen. Hvis kravet om at kontakte kollegaen, der står for kritik, holder kritikken tilbage, kan en proces med anonymt angiveri overvejes, men da bør man gøre sig klart, at en sådan procedure i de fleste tilfælde er begrundet med begrænset mod og personlig integritet, et forhold, som professionen kunne arbejde med ved at gøre det naturligt, at vi kontakter hinanden og taler sammen om disse forhold. Vanskeligt kan det naturligvis være, specielt hvis der er tale om mange gentagne fejltrin. Det bør vel også nævnes, at diagnostik og behandling ikke er sort-hvide størrelser, hvorfor forskellig opfattelse af faglighed kan være grundlag for kritik af kolleger. Sådanne temaer er ofte urimelige at eksponere for patienter og formentlig sjældent til gavn for nogen. Den tandlæge, der overvejer at kritisere en kollega over for en patient, bør derfor nøje overveje, om der alene er tale om fortolkningsforskelle, der kan omfattes af de faglige normer, eller om der er tale om behandling helt uden for disse normer.

English summary

Reit C, Tveit AB, Holmstrup P.

Ethical aspects in Dentistry

Nor Tannlegeforen Tid 2008; 118: 32–7.

Ethical issues are increasingly being debated in Nordic dental medical and journals, presumably because of increasing concern by society. Moreover, the complexity of ethical problems in daily dental practice has increased due to the growing multicultural composition of the Nordic populations. This ethical reflection is based on the basic principles of respecting the autonomy of the patient, judging benefit as opposed to risk, not causing harm, and acting in accordance with common justice. A major current issue is respect for the autonomy of the patient, which includes the informed consent of the patient as the background of treatment choice. This obviously includes a number of problems, for instance, related to patients, children or the mentally retarded, who are unable to make their own decisions. Another problem arises when the patient's opinion is in conflict with the dentist's professional view. Conflicting basic principles are common when judgements include one aspect that is considered to be more important than the other aspects. The dentist's possible influence on the patient's choice of treatment may result in treatments that are not the most favourable ones for the patient. Thus, the perspective of economic benefits for the dentist may play a role in the dentist's counselling of the patient resulting in over-treatment. The handling of offences against professional standards is another ethical issue, and recent discussions include «whistle blowing» as a method of exposing offenders. However, anonymous information about a colleague's professional misconduct includes major ethical concerns, and the most obvious solution for elucidating the problem is direct contact with the colleague.

Litteratur

1. Holmstrup P. Er der etiske problemer i tandlægens hverdag? *Tandlægebladet* 1997; 101: 400–10.
2. Holmstrup P, Rossel P. *Tandlægeetik i år 2000 – og fremover*. Odontologi 2000 København: Munksgaard; 2000: 23–38.
3. Pallesen U, Holmstrup P. *Æstetisk tandpleje – en etisk udfordring?* Odontologi 2003 København: Munksgaard; 2003: 189–208.
4. Heyden G. Estetik kontra överlevnad. *Tandläkartidningen* 2003; 95: 54–9.
5. Førde R, Thorleifsson E. Klinisk etikkomiteé ved sykehus – et nyttig forum eller fremmed fugl? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2603–5.
6. Pedersen R, Fredriksen S. Prioriteringer er mer enn å si nei. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2261–2.
7. Materstvedt LJ, Hegvik J-A. Organdonasjon, elektiv ventilasjon og etikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2501–3.
8. Klingberg G, Lundin S-Å, Dahllöf G, Erlandsson A-L, Grindefjord M, Hallström U et al. Etik i barn- og ungdomstandvården. *Tandläkartidningen* 2004; 96: 58–62.

9. Öwall B, Carlsson GE, Glimstedt B, Hermerén G, Nilner K, Scholander S. Estetik och kosmetisk tandvård. Nytt och unikt eller gamla metoder som vidareutvecklats? *Tandläkartidningen* 2005; 97: 46–52.
10. Hofmann B. Er bredt samtykke for medisinsk forskning mulig og nødvendig? *Tidsskr Nor lægeforen* 2005; 125: 2396.
11. Pedersen R, Førde R. Hva gjør de kliniske etikkomiteene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3127–9.
12. Hofmann B. Selvbestemmelse gjennom solidaritet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 790.
13. Nortvedt P, Pedersen R. Om døendes rettsstilling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1080.
14. Hermerén G, Carlsson GE, Nilner K, Öwall B, Glimstedt B, Scholander S. Etik och estetisk tandvård. *Tandläkartidningen* 2006; 98: 62–6.
15. Pedersen R. Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 209.
16. Lønning I. *Odontologisk etikk – finnes den? Odontologi'97*. København: Munksgaard; 1997.
17. Henrik Andersson. Etik eller moral? *Innlæg i Politiken* 21.04.2007.
18. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. Oxford University Press; 2001.
19. Ozar DT, Sokol DJ. *Dental ethics at chairside: professional principles and practical applications*. St. Louis, USA: Mosby; 1994.
20. Ecenbarger W. How dentists rip us off. *Reader's Digest*, marts 1997.
21. Elderton RJ, Nuttall NM. Variation among dentists in planning treatment. *Br Dent J* 1983; 154: 201–6.
22. Gimmetad AL, Holst D. Er det fortsatt endring i behandlingskriteriene for karies blant ungdom i Oslo? *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 90–4.
23. Tveit AB, Espelid I, Skodje F. Restorative treatment decisions on approximal caries in Norway. *Int Dent J* 1999; 49: 165–72.
24. Sundberg H, Mejåre I, Espelid I, Tveit AB. Swedish dentists' decisions on preparation techniques and restorative materials. *Acta Odontol Scand* 2000; 58: 135–41.
25. Espelid I, Tveit AB, Mejåre I, Sandberg H, Hallonsten AL. Restorative treatment decisions on occlusal caries in Scandinavia. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 21–7.
26. Espelid I, Tveit A, Haugejorden O, Riordan PJ. Variation in radiographic interpretation and restorative treatment decisions on approximal caries among dentists in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 26–9.
27. Ekstrand KR, Christiansen ME. Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. *Caries Res* 2005; 39: 455–67.
28. Oscarson N, Kallestal C, Fjelddahl A, Lindholm L. Cost-effectiveness of different caries preventive measures in a high-risk population of Swedish adolescent. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 169–78.
29. Baab DA, Ozar DT. Whistleblowing in dentistry: what are the ethical issues? *JADA* 1994; 125: 199–205.
30. Doyal L, Cannell H. Whistle blowing: the ethics of revealing professional incompetence within dentistry. *Br Dent J* 1993; 174: 95–101.

Adresse: Claes Reit, Endodonti med oral diagnostikk, box 450, SE-405 30 Göteborg, Sverige
E-post: Clas.Reit@odontologi.qu.se

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.