



Til pasientens beste !(?)

Aktuelle etiske regler

§ 1 Pasientens helse

En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å verne om sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må lede vedkommendes virke og være overordnet andre hensyn.

§ 6 Om behandlingen

En pasient har krav på tannlegens råd og veiledning, og skal tilbys den behandling som fra indikasjonssynspunkt og nøktern vurdering anses riktig. Tilbørlig hensyn må tas til pasientens allmenntilstand, økonomi og tid. Behandlingen bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.

Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted. Det må heller ikke benyttes behandlingsmetoder som utsetter pasienten for unødig risiko.

§ 7 Henviser kompliserte tilfeller

Krever undersøkelser eller behandling kunnskaper eller metoder som tannlegen ikke behersker, skal det så vidt mulig sørges for at pasienten kommer under tilsyn av annen med større kynighet på angjeldende felt.

§ 10 Ivareta pasientens økonomiske rettigheter

Tannlegen skal så vidt mulig hjelpe sine pasienter til å oppnå rettigheter og ytelser sikret ved lovgivning eller gjennom trygder.

Tannlegen skal overfor institusjoner som dekker helseutgifter medvirke til at pasienten ikke skaffes uberettiget økonomisk eller annen fordel.

Pasientens helse, hva er sykt og hva er normalt?

Klassifisering av sykdom og helse innen tannhelsetjenesten kan være et problem, og har både faglige og etiske sider. Standarddefinisjonen på

sykdom er funksjonsavvik. Med funksjon menes «bidrar til overlevelse og reproduksjon» og avvik sees på bakgrunn av «normal» (statistisk 95 %).

Grensene for hva pasienten anser som normalt flytter seg hele tiden. For dagens generasjon er kanskje kritthvit perlerad normalt, for foreldregenerasjonen var normalen amalgam i alle tenner, mens for besteforeldrene var proteser i konfirmasjonspresang ikke uvanlig. Grensene flytter seg på grunn av endret teknologi og påvirkning fra dem som er rundt oss.

Ansvar

Alle individer har et privat ansvar for egen tannhelse. Når pasienten oppsøker tannlegen, har denne ansvar for å verne om pasientens helse, og gi råd, veiledning og behandling ut i fra det som etter nøktern vurdering anses som riktig. Her er det viktig å trimme det faglige blikk både moralsk og etisk sett. Enhver pasient er unik. Hvor godt berettiget er vi til å vite hva som er det riktige for pasienten?

En god kollega av meg takler dette elegant. Når en pasient kommer med et problem som brukket kusp, mistet fylling eller andre problemstillinger, spør hun alltid pasienten hva han/hun tenker om denne tannen før hun selv foreslår type behandling. Pasientens svar vil gi en pekepinn både om økonomi, behov for estetikk og funksjon. Der krone er førstevalg hos en pasient, kan ekstraksjon være førstevalg hos en annen.

Vi har også ansvar for at pasienten får den støtte han/hun har krav på fra samfunnet. For noen år siden ble ansvar for vurdering av trygderefusjon i sin helhet lagt på våre skuldre. Dette ansvaret må vi ta alvorlig. Det har dessverre vært tilløp til overbruk av enkelte diagnoser som for eksempel attrisjon/erosjon. Vi har i Tidende sett

eksempel på en pasient, uten egentlige problemer, som ble foreslått bekronet fra øre til øre. Signaler fra HELFO er at denne muligheten til refusjon kan bli fjernet eller kraftig redusert, da de ved kontroller har oppdaget mange tilfeller av feilbruk.

Forholdet til pasienten

Paternalismens tid er forbi, tannlegens ord er ikke lenger lov og pasienten vet mye mer om tannbehandling enn før. Ofte har de vært inne på nettet og undersøkt og både vet og forlanger mer. Faren er at dokumentert kunnskap ofte blir brukt feil, og hvor langt skal du strekke deg før du kompromitterer din faglighet? Det ideelle bør være en jevnbyrdig samhandling mellom behandler og pasient, noe som avspeiles i et «informert samtykke». Når det gjelder informasjon og kommunikasjon, har de fleste av oss et betydelig potensiale til forbedring.

Interessekonflikter helse/butikk?

Tannlegen har, på godt og vondt, fortsatt en stor påvirkningskraft til å overtale pasienten til å gjøre det vi vil. De fleste pasienter sitter inne med gode, gamle dogmer som: «bedre å gjøre enn ikke gjøre», «nytt er bedre enn gammelt», «dyrt er bedre enn billig», «stort er bedre enn lite», «raskt er bedre enn langsomt».

- Er rådene våre bare til pasientens beste?
- Er all behandling nødvendig? Er alle undersøkelser nødvendige? (Årlig OPG?) Gagner det pasienten eller tannlegen mest?
- Skal vi foreslå behandling til en pasient som ikke mener å ha noe problem? Eksempler kan være bleking av tenner, skifte ut velfungerende, men «stygge» amalgamfyllinger til hvite fyllinger eller kroner, estetisk kjeveortopedi på voksne, lukke tannluker, eller

-
- bekrone tenner med moderate attrisjoner?
- Er implantatbehandling løsningen på alle problemer? Bør alle tenner erstattes? Kan målet nås med konvensjonell broprotetikk?
 - Er det «å se muligheter» bra for profesjonen på sikt?
 - Hvor langt skal vi gå for at pasienten kan beholde «dubiose» tenner?
 - Gjør vi tidvis undersøkelser/ behandlinger for å sikre oss selv juridisk?
 - Faglig forsvarlighet? Henviser vi nok av de vanskelige kasus? Undersøkelser har vist at 50 prosent av avgjørelser som gjøres i medisin ikke er basert på vitenskapelig dokumentert kunnskap.

Sisle Eide

Medlem av NTFs råd for tannlegeetikk

Tidende har som mål

- Å være et organ for odontologisk etterutdanning som bidrar til tannlegenes faglige vedlikehold og fornyelse
- Å bidra til odontologisk forskning og utvikling av faget
- Å bringe aktuelt stoff og nyheter fra tannhelsefeltet og områder som ligger nær dette feltet
- Å fremme debatt innenfor temaer som engasjerer tannlegene og andre som har sitt virke innenfor og tilknyttet tannhelsefeltet
- Å være medlemsblad for Den norske tannlegeforening