

Om etikk i tannhelsetjenesten: The honest t(r)ooth!

 MELODY MOEZZI

**I skrivende stund står denne jobbannonsen i Tannlegetidende:
*Ledig 50 prosent stilling fra nå av, med muligheter for utvidelse. Langtidsengasjement ønskes. Ingen tidspress eller inntjeningspress. Høye kvalitetskrav både med tanke på håndverk, hygiene og kommunikasjon/taushetsplikt. Søkere er velkommen til å sende sin CV til..***

Her presiserer innsenderen at på denne klinikken er det hverken tidspress eller inntjeningspress. Dette burde ha vært normen, men er det egentlig det? Hvor ofte vinner kommersialismen over profesjonalismen i privatpraksis?

Tannleger i dag står overfor en del etiske utfordringer, spesielt i de store byene der det er høy tannlegetetthet. Når det ikke er nok å gjøre og pasientbøkene er tomme tyr man til metoder for å lokke pasientene inn i klinikken. Noen tilbyr første undersøkelse helt ned til 199 kroner for nye pasienter. Det sier seg selv at det ikke vil være bærekraftig å utføre en undersøkelse på 30 minutter til denne summen, da disse pengene skal deles med praksiseier og deretter skattes av.

Noen assistenttannleger har svært dårlige kontrakter med sine praksiseiere. La oss si at det er en 40/60-prosentordning, som er en rimelig standardfordeling. Her sitter praksiseier igjen med 60 prosent av 199 kroner. Det betyr at assistenttannlegen tjener ca. 90 kr på denne undersøkelsen, før skatt. Det gir da en timelønn på ca. 160 kroner. Det er sannsynlig å tenke at assistenttannlegen i dette tilfellet opplever både tids- og inntjeningspress.

Som profesjon må vi være klar over de etiske fallgruvene. Vi bør rette oppmerksomheten mot dette og sjekke hvordan det egentlig står til i praksis. Da er tanken at vi skal bli bedre rustet til å håndtere de etiske dilemmaene, slik at vi kan bevare den tilliten pasientene våre har til oss. Uten tillit blir pasient-behandler-relasjonen umulig.

Noen etiske dilemmaer innen odontologi, og diskusjon

I Norge har tannleger tradisjonelt sett ikke vært en del av det offentlige helsesystemet. Utenom de prioriterte gruppene som får hjelp fra det offentlige betaler voksne pasienter sin egen tannbehandling og kjøper tjenesten i det private markedet (1).

Denne organiseringen setter private tannleger inn i en spesiell situasjon, hvor tannlegeprofesjonen kan komme i konflikt med det å drive forretning (2). I de senere årene har vi også sett en videreutvikling av denne konflikten. Økt konkurranse, dumping av priser, bruk av sosiale medier, aggressiv annonsering, bruk av kjendiser i reklame, Let's Deal og andre kupongløsninger, og store kjededannelser med andre enn tannleger som bedriftseiere (3). Dette er stort sett et storbyfenomen, men vi ser også at det har begynt også å komme i nabokommunene til de store byene.

Det blir dyrere og dyrere å drive praksis i de store byene samtidig som konkurransen er blitt større med økt tannlegetetthet og mindre behandlingsbehov. Det reklameres med undersøkelse og røntgen med rens helt ned til under 200-lappen. Assistenttannlegen som tradisjonelt sett har vært selvstendig næringsdrivende og jobbet slik en konsulent gjør, har fått økt konkurranse. Det har resultert i lave leiekontrakter med klinikeier og dårlige betingelser for denne gruppen. Leiekontrakter helt ned til 15 prosent er blitt klaget inn til Tannlegeforeningen. Noen praksiseiere krever flytende prosent etter omsetning. Dette setter et stort press på assistenttannlegen og stiller krav om en viss inntjening i måneden. Andre blir nødt til å utføre behandling til latterlig lave priser. Dette setter assistenttannlegen i en skvis og skaper en del etiske dilemmaer.

I tillegg ser vi at den generelle tannhelsen til befolkningen i Norge er blitt bedre. Med den konsekvens at det årlige antallet besøk per behandler gikk ned med 23 prosent fra 1992 til 2015. Videre ser vi at antall pasienter per behandler som fikk fyllinger, kroner, broer, proteser, rotfyllinger eller ekstraksjoner minsket med 50 prosent eller mer. Ut ifra denne studien som Grytten og Skau nylig har publisert i *International Dental Journal*, kan vi konkludere med at tannleger i Norge vil ha mindre å gjøre i fremtiden (4).

Kan det tenke seg at tannleger blir fristet til å finne noe å gjøre? Etter å ha utført en undersøkelse som ikke engang dekker utstyret som er brukt, kan det tenke seg at tannlegen går i overbehandlingssfellen?

Tannlegen kan tenke: *Hva lønner seg økonomisk her, for meg?* Og deretter foreslå en større behandling, for eksempel en krone fremfor en fylling.

Andre ganger kan kulturen på klinikken være konkurransepreget, og provisjonsmålet blir viktigere enn pasientens beste (5).

Aggressiv markedsføring har også dukket opp i Norge. Kjendiser som ekteparet Guro Fostervold og Håvard Tvedten besøker tannklinikken og utfører behandling mens det postes på Instagram. Andre klinikker bruker titler som «landets sterkeste fagmiljø innen tannhelse», «kompetansesenter» og lignende. Disse påstandene er ubegrunnede og drøye.

Det er ikke alltid pasientens behov og ønsker sammenfaller med hva som virker faglig riktig. Dette gjelder spesielt for kosmetiske behandlinger. Vi kan ikke lukke øynene for pasientens ønsker, men samtidig må man forsøke å ivareta en viss faglig standard (6). Pasientens autonome valg kan noen ganger vike for negative konsekvenser av det valget. I realiteten kan pasientens ønsker ikke være autonome, da de ikke er basert på kunnskap, rasjonell tenkning, frie valg og innsikt i konsekvensene av ønskene (6).

Et eksempel på dette er realitykjendis og influenser Melina Johnsen. Hun reiste til Tyrkia for å få et nytt smil (7).

Dette innebærer en omfattende tannbehandling med skallfasetter og de komplikasjonene det kan medføre (7).

I dette tilfellet blir pasienten ansett som en forbruker: Hun ønsker et nytt smil og kjøper produktet hos en klinikk i Tyrkia. Da kan man spørre seg selv, hvor mye makt skal en pasient ha? Er tannbehandling virkelig et produkt?

Ikke bare kan man kjøpe tannbehandling i utlandet, men dersom man faller inn under de 15 innslagspunktene kan man søke Helfo om refusjon i etterkant (8).

Vi finner også etiske problemstillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), spesielt ved behandling av eldre. Tannlegen vil da stå i et dilemma om hva som er optimal behandling og hva som er realistisk behandling. Det kan være faktorer som gjør at pasienten ikke kan få en optimal behandling, basert på generell helse, eller manglende pasientkooperasjon. I tilfeller med demens kan det være slik at pasienten selv ikke ønsker behandling, men at det er de pårørende som ønsker dette, da de ikke ønsker å se sin mor eller far uten tenner. Må man bruke tvang ved nødvendig tannbehandling på disse pasientene? Et annet etisk dilemma

her er hvem sine behov som skal dekkes? Pasientens eller de pårørendes?

Mange av disse pasientene faller også inn under DOT. Her får de kun tilbud om behandling som DOT har bestemt er tilstrekkelig for denne pasientgruppen. Dersom de for eksempel mister sine molarer får de kun tilbud om å la være å behandle, eller erstatte de tapte tennene med en protese. Det er en tredje løsning som det offentlige ikke tilbyr til denne pasientgruppen – nemlig implantater. Om det er manglende kompetanse eller økonomiske årsaker til dette er usikkert. Dersom pasienten ønsker denne type behandling må vedkommende oppsøke en privat klinikk og betale for behandlingen selv. I dette tilfellet mister pasienten all rett til Helfo-refusjon, selv om vedkommende i utgangspunktet faller inn under en av de 15 innslagspunktene (1).

Gjennomgang av aktuell forskning

Vi ser at etikk innen odontologi er noe Tannlegeforeningens etiske råd retter oppmerksomheten mot, blant annet med flere innlegg om temaet, men dessverre er det ikke blitt gjort særlig mye forskning på odontologi og etikk i Norge.

Internasjonalt ser vi at det er økt oppmerksomhet på temaet, med Alexander Holden i spissen. Holden er samfunnsodontolog. Han er førstelektor ved universitetet i Sydney og underviser i etikk, kommunikasjon og jus for odontologistudenter. I hans siste artikkel skriver Holden om temaet: *Hvordan klinikerer forholder seg til konflikten mellom kommersialisme og profesjonalisme er nøkkelen til videre forskningsprosjekter* (3). Mange etikere og akademikere mener de profesjonelle verdiene kolliderer med de kommersielle verdiene innenfor tannhelse, men det er dessverre ingen som tilbyr en forklaring, slik at tannlegene kan forstå dette bedre (3).

I en annen artikkel hevder Holden og hans samarbeidspartnere at overbehandling er underutforsket og ikke er blitt forsket særlig på. I denne studien utførte de intervjuer med 20 private tannleger i Australia, hvor de kom frem til at tannlegene følte inntjeningspresset fra praksiseiere (9). Tannlegene følte på et press om at de burde velge mer kostbare behandlinger for å imøtekomme inntjeningsforventningene (9). I denne studien ble det ikke skilt mellom praksiseiere som er utdannet tannlege kontra praksiseiere som ikke er tannleger.

Videre konkluderer Holden med at dette førte til et transaksjonelt forhold mellom pasienten som konsument og tannlegen som leverandør, i motsetning til et tillitsforhold basert på altruisme (9). Dette ser vi også i Norge etter Forbrukerrådets stikkprøver av

tannleger og opprettelsen av tjenesten «Hva koster tannlegen» hvor pris blir hovedkriteriet for valg av behandler (10).

Konklusjon:

Etikk handler om hvordan vi mennesker forholder oss til hverandre og læren, eller teorien, om hva som er riktig og galt. Den etiske ryggsekken enhver tannlege har legger føringer på hvor mye makt de opplever at det er riktig å bruke i en behandlingssituasjon.

Den hippokratiske ed avgis allerede under tannlegestudiet. Det skal etablere et etisk ideal for profesjonen, den er frivillig og ikke juridisk bindende (11). Eden er fra det femte århundre og tilskrives gjerne Hippokrates, medisinenes far. I og med at odontologi regnes for å være en tilhørende profesjon blir dette gjeldende også for tannleger. *Av og til helbrede, ofte lindre og alltid trøste.* Dette skal hjelpe nye tannleger til å forstå hvor deres etikk og solidaritet skal ligge.

Det er fire prinsipper i medisinsk etikk:

- *Velgjørenhet til pasientens beste*

Det vil si at man bør forebygge et onde eller skade. Man bør fjerne et onde og fremme det beste for pasienten.

- *Ikke skade, minimalisere smerte og ubehag*

Å ikke påføre skade er fundamentalt, men selv om tannleger på generell basis ønsker dette, kan det være tilfeller hvor dette kravet ikke blir møtt direkte eller indirekte. Iatrogenisk skade blir definert som skade påført av en tannlege. Dette kan være med intensjon, ved et uhell eller som følge av behandling gitt (12). Klinikeren må tenke over at en behandling kan føre til merbehandling eller gi uheldige konsekvenser (13).

- *Rettferdighet, plikt til å behandle alle likt*

Det må relevante forskjeller til for å behandle to tilfeller ulikt. Alle skal motta det de fortjener av behandling.

- *Autonomi, pasienten har rett til å nekte behandling, men ikke kreve*

Behandlingen som gis skal være fordelaktig for pasienten. Tannlegen skal respektere pasientens autonomi, ved å gi grundig informasjon om fordeler og ulemper ved ulike behandlingsoalternativer. Det er pasienten som skal ta et informert valg om hvilken behandling som skal gjennomføres (14).

Bruk av tvang er komplisert. Behandler har plikt til å iverksette tillitsskapende tiltak, men ikke plikt til å søke bistand i etiske dilemmaer.

Tannlegen har et profesjonelt ansvar ikke bare overfor pasienten, men også overfor kolleger og samfunnet generelt. Tannlegen plikter å holde seg oppdatert faglig, være nøktern og empatisk. Mot kolleger skal tannlegen legge til rette for et arbeidsmiljø med faglig vekst og integritet. Tannlegen skal forbedre og fremme tannhelse både på et individuelt og samfunnsmessig plan (14).

Eksemplene Let's Deal, ekteparet Tvedten og lignende markedsføring representerer en retning av tannlegeprofesjonen som kraftig heller mot tanker om stor konkurranse og profitjag fremfor behandling av sykdommer.

Man kan også begynne å lure – er ikke alt tannlegene foreslår til det beste for pasientene?

Jeg vil oppfordre alle kolleger til å gjøre slik som innsenderen av annonsen jeg nevnte innledningsvis. Reflekter over disse etiske dilemmaene og ta et bevisst valg om hvor du vil stå!

REFERANSER

1. Tannhelsetjeneste loven
2. Alexander C. L. Holden. Cosmetic dentistry: A socioethical evaluation. Bioethics. 2018;32:602-610.
3. Alexander C. L. Holden,*1 Lee Adam2 and W. Murray Thomson2. The relationship between professional and commercial obligations in dentistry: a scoping review. BRITISH DENTALJOURNAL | VOLUME 228 NO. 2 | JANUARY 242020
4. Jostein Grytten, Irene Skau. Improvement in Dental Health and Dentists workload in Norway, 1992 to 2015. International Dental Journal 000 (2021) 1-8
5. A. C.L. Holden1 . Consumer-driven and commercialised practice in dentistry: unethical professional problem? Medicine, Healthcare and Philosophy (2018) V.583-589
6. Halvor Nordby. Etiske hensyn i maktutøvelse. Arbeidsnotat nr. 216 / 2017. Høgskolen i innlandet.
7. Melina Johnsen: – Tannleger advarer: – Blir så provosert (dagbladet.no)
8. Helfo regler Takster for tannbehandling – Helsedirektoratet
9. Alexander CL. Holder 1, I Lee Adam 2, W. Murray Thomson 2. Overtreatment as an ethical dilemma in Australian private dentistry: A qualitative exploration. Community Dent Oral Epidemiol. 2021;49:201-208.
10. Behov for tannlege? Sjekk dine rettigheter! (hvakostertannlegen.no)
11. Krishna Prasad, et al.\ Philosophy and principles of ethics: Its applications in dental practice. Journal of Education and Ethics in Dentistry January-June 2011 • Vol. 1 • Issue 1
12. Ravi Varma Prasad 1, Sddharth Chincholi 2, Deepika V 1, Siyed Sirajuddin 3, Shriparna Biswas 3, Sandeep S. Prabhu 3 and Rakesh MP 3. Iatrogenic Factors affecting the periodontium : an overview. The open dentistry journal, 2015,9,(SUPPL 1: M8) 208-209
13. Prof. Dr. Krishna Kripal, Department of Periodontology, Rajaraj eswari Dental College and Hospital. Role of Iatrogenic Factors in Dentistry. The Open Dentistry Journal, 2015,9, (SuPPI V. MI) 181
14. Prasad D K, Hegde C, Jain A, Shetty M. Philosophy and principles of ethics: Its applications in dental practice. J Educ Ethics Dent. 2011 ; 1 :2-6