

# Er der etiske problemer i tandlægens hverdag?

**Palle Holmstrup**

Etik er oppe i tiden, og der er nok at tage fat på. Mange etiske betragtninger kan synes selvfølgelige. Andre er sammensat af mere komplekse elementer. Det er formålet med artiklen at levere et diskussionsindlæg der kan medvirke til klargøring af bevæggrunde bag vore handlinger i det daglige kliniske arbejde. Som led i diskussionen angives stedvist forslag til løsninger på problemer med etiske islæt, men det fremgår at der sjældent er entydige svar på de diskuterede spørgsmål.

Etik står i dag på dagsordenen i en lang række sammenhænge. Vi læser om forretningsetik, arbejdsetik, miljøetik, dyreetik osv., og alt sammen kan opfattes som udtryk for »en tidens etiske bekymring« (1). Danskernes forhold til moral og etik er i filosofisk sammenhæng blevet sammenlignet med forholdet til tænderne og nationalfølelsen: »Når alt er normalt og i sin vante gænge, optager det os ikke. Så bruger vi tænderne efter hensigten og lever vort stille uforstyrrede liv i det nationale fællesskab. Men når den stikende smerte eller den udefra kommende magt krænker vort nationale liv, så tændes den indre advarselampe. Selv noget så ordinært som ens tænder kan blive genstand for opmærksomhed og overvejelse...«! (1). I sin bog »Det autentiske liv« fra 1994 kommenterer *Fonsmark* dette udsagn: »Den klient, der måtte være ramt af tandpine, er ikke tidstypisk ved at konfrontere sig selv med det spørgsmål, om han mon har gjort det rigtige for sine tænder? Han vil snarere begynde at spekulere over, om det ikke er tandlægen, der har foretaget sig noget forkert, fx givet en for overfladisk behandling blot for at tjene nogle nemme penge« (2). Etikken er oppe i tiden. Også for tandlæger. Det kan synes selvfølgeligt, og mange af de efterstående betragtninger er selvfølgelige. De er dog ofte uden klart svar.

De elementer der i dag er væsentlige iværksættere af etisk bevågenhed, er bl.a. samfundets hastige ændring, den teknologiske udvikling, etableringen af verdensomspændende informationssystemer, intensiveret mediebombardement med annoncer i tiltagende avancerede former og dannelsen af større og større virksomheder med økonomiske muligheder der rækker langt ud over det vi hidtil har set. Det er i øvrigt vanskeligt i en travl hverdag at fastholde et rum for refleksion. Hvis der ikke er plads til refleksion, er der risiko for tab af den etiske dimension.

Etikken er et grundlag for kritisk at granske menneskets måde at leve på, en måde som er i stadig forandring. Ny viden kræver ny stillingtagen, men den daglige indsats kan let miste den etiske dimension når der bestandigt i en lang strøm kræves problemløsninger. Der er ikke altid enkle etiske svar, men en konklusion bygger bl.a. på dialog med andre mennesker (3). Selv om etik er et aktuelt emne, og selv om etikken får ændret indhold med tiden er emnet også tidløst. Det indgår således i vores tradition, så langt vi kan følge den tilbage (4). Ordet etik kommer i øvrigt af det græske *êthos*, som betyder vane, sædvane, skik og brug, uskreven lov, og *êthicos*: standpunkt, indstilling, sindelag. Etik anvendes om den teoretiske overvejelse om menneskelige vurderinger og handlinger og om motiverne der ligger til grund. Etikken beskæftiger sig med vor opfattelse af rigtigt og forkert, om godt og ondt i vore relationer til andre og os selv. Moral vedrører menneskets

praktiske handlinger, og etik og moral er tæt forbundne begreber der påvirker vore handlinger. Det er nødvendige begreber for det kvalitative liv og for vor omgang med omgivelserne. Historien om etik og moral handler om at der er et liv der er rigtigt – og dermed også et liv der er forkert (2).

Nærværende artikel er et diskussionsindlæg der fremlægger en række problemer af etisk natur i tandlægens hverdag. Den forsøger ikke at give løsninger på alle etiske spørgsmål af odontologisk natur, men tilstræber at kaste lys over nogle af de felter der summer af etiske problemstillinger. Hvis læseren ønsker at trænge dybere ind i etiske problemer og deres natur, kan der henvises til en række nyere udgivelser (2-12).

Måske er det væsentligste ved den etiske bevågenhed at de implicit benyttede værdidomme kan afsløres for os selv og vore omgivelser. De kan gøres eksplicite, og ved at eksponere vore bevæggrunde kan der opnås bedre handlinger, mere konsekvens, retfærdighed og effektivitet og flere tilfredse patienter og – måske endda – flere tilfredse tandlæger. Et af de væsentligste formål med dette indlæg er således at medvirke til klargøring af bevæggrundene bag vore beslutninger, snarere end at levere sikre konkrete svar.

### **Det økonomiske mellemværende**

Der indgår væsentlige elementer af almen moralopfattelse i den etik der vedrører forholdet mellem behandler og patient. I vort samfund er der således få som rejser tvivl om pligten til at hjælpe mennesker der er ramt af sygdom eller ulykke. De allerfleste er desuden enige om at man ikke bør drage fordel af et andet menneskes svaghed, ikke må mishandle nogen eller misrøgte et sygt menneske (3). Menneskeværd, ligeværd og solidaritet er centrale begreber i vores almene moralopfattelse. Næstekærlighed og forpligtelse over for de svage er ligeledes centrale principper i vores almene moral. Den syge har således ret til hjælp med den begrundelse at hun/han ikke kan klare sig uden hjælp eller ikke på egen hånd kan genvinde sit helbred (13). Anerkendelsen af patientens ret til hjælp indebærer naturligvis også en forpligtelse for tandlægen til at hjælpe. Denne pligt følger i øvrigt også af at retten til at yde tandlægelig behandling er givet til dem der kan betegne sig tandlæger. Med retten følger pligten. En tandlæge skal altså, ligesom en læge, forsøge at hjælpe og må samtidig ikke skade patienten. Det fremgår som noget af det centrale i den hippokratiske ed, der helt op til vor tid har dækket forholdet mellem terapeut og patient. De fagligt definerede rammer afgrænser det rum hvori tandlægen kan handle. Det er imidlertid etikken der angiver målet og desuden afgør om metoderne er acceptable (13,14). I disse betragtninger ligger flere kilder til overvejelse.

### *Lige adgang til behandling*

Forpligtelsen til at hjælpe den svage rummer et klart problem når behandling er brugerfinansieret, således som en væsentlig del af den odontologiske behandling er. Det ligger uden for denne artikels rammer at præsentere en dybtgående diskussion af den samlede prioritering af de offentlige udgifter eller prioriteringen af sundhedssystemets samlede behandlingstilbud til borgerne. For en uddybende diskussion af prioriteringen inden for sundhedsvæsenet henvises til Etisk Råds publikationer desangående (6,7). Det er dog væsentligt i denne sammenhæng at klargøre værdigrundlaget for arbejdet i sundhedsvæsenet. I uprioriteret rækkefølge er det (6):

1. Bekæmpelse af sygdom
2. Lindring af lidelse fremkaldt af sygdom
3. Forebyggelse af sygdom
4. Øgning af befolkningens følelse af sikkerhed
5. Solidaritet med de svage i samfundet
6. Øgning af befolkningens velvære/livskvalitet
7. Lighedshensyn.

Traditionelt har hindring af død og helbredelse af sygdom været anset for sundhedsvæsenets vigtigste opgave, og de fleste danskere mener at hvis man har en sygdom og hvis den kan helbredes, bør det offentlige sundhedsvæsen påtage sig behandlingen. Denne holdning gør sig dog ikke gældende inden for alle områder. Det offentliges tilskud til tandbehandling af voksne er således ret beskedent (6). Det har i en årrække endda været voldsomt faldende, fra 47% af de samlede omkostninger i 1977 til 28% i 1996 (14), og er i realiteten dermed næsten blevet halveret. Det har for nylig givet anledning til debat i nærværende tidsskrift (15-17).

Nogle vil hævde at al behandling til syvende og sidst er brugerfinansieret. Brugere betaler også via skatterne for hospitalerne, men i et offentligt system er prioriteringen bare overladt til andre. Offentlige behandlingsinstanser kan dermed anskues som formynderiske og i strid med ønsket om det enkelte menneskes krav om autonomi.

I denne sammenhæng skal kun peges på nogle af de etiske problemer der opstår som konsekvens af at det odontologiske behandlingssystem i væsentlig grad hviler på et økonomisk mellemværende mellem patient og behandler. Dermed er der ikke lige adgang til behandling for alle, og derved adskiller tandlægelig behandling sig væsentligt fra lægelig behandling, der i almindelighed er omkostningsfri for patienten i Danmark. Odontologiske lidelser er ganske vist ikke i almindelighed livstruende, men de er dog af væsentlig betydning for velvære/livskvaliteten og dermed på lige fod med et stort antal af de sygdomme som sundhedssystemet i øvrigt tilbyder gratis behandling.

Som begrundelse for brugerfinansiering kunne det hævdes ►



at udviklingen af de to almindeligste sygdomme i mundhulen, caries og parodontitis, i væsentlig grad skyldes faktorer som er under patientens egen kontrol. Overvejelser om den enkelte patients ansvar for egen sygdomsudvikling i tænderne og deres omgivelser kan imidlertid ikke lægges til grund for en særstatus for mundhulens sygdomme da tilsvarende ikke gælder andre sygdomme. Som bekendt er der en sammenhæng mellem livsstil og talrige sygdomme, herunder mellem tobaksrygning og lungecancer og mellem alkoholindtagelse og levercirrhose. Mislykkede suicidalforsøg medfører også tilbud om behandling.

Brugerbetalingssystemet indebærer at tandlæger og patienter ofte kan komme i den situation at den for patienten bedste (læs: sundeste) løsning på et givet problem kræver økonomiske ressourcer der ligger uden for patientens rækkevidde, og dermed må den bedste løsning fraviges. Et eksempel er den patient der har behov for kirurgisk parodontalbehandling, som kun berettiger til begrænset dækning via sygesikringsoverenskomsten. I den situation kan patienten være tvunget til at opgive kravet om den korrekte behandling, og tandlægen kan være ude af stand til at yde denne behandling. De må dermed begge acceptere at fæstetabet kan fortsætte. Det etiske problem er her indlysende. Det er især klart fordi det vedrører en inflammatorisk tilstand der ultimativt indebærer tandtab, funktionshæmning eller eventuelt funktionsstab. Tilsvarende gælder for talrige andre odontologiske behandlingsformer, herunder behandling med kroner, broer og proteser.

Der er ingen indlysende løsning på det etiske problem i den givne situation. Samfundet har i nogen grad søgt at råde bod på problemet ved at give mulighed for offentlig hjælp til

tandbehandling via bistandsloven. Herved tilgodeses imidlertid kun marginale behov. Samtidigt åbnes igen for diskussionen af udgiftsprioriteringen idet der skal tages stilling til hvad samfundet kan acceptere som nødvendig betalingsværdig behandling da der ikke er ubegrænsede ressourcer.

### *Det ydelsesafhængige aflønningssystem – sundhedsvidenskabelig profession eller kommercialisme?*

Et relateret etisk problem er knyttet til aflønningsformen for tandlæger i privat praksis. Da der i det væsentlige er tale om en ydelsesafhængig aflønning, sammenlignelig med akkordløn, ligger der et incitament til på flest måder at maksimere sin indtjening. For det første bliver indtjeningen proportional med arbejdshastigheden. Som dokumentation for en påstand om at arbejdshastigheden kan være for høj, er det nævnt at subgingival depuration sommetider afsluttes på et suboptimalt niveau. Nogle er endda af den opfattelse at en af de hyppigste årsager til svigtende effektivitet af parodontalbehandling er insufficient subgingival depuration. Der er således ingen direkte kontrol med kvaliteten af det udførte arbejde. Dette aspekt hviler på den enkelte tandlæges evner og etiske holdning. Forudsætningen for at tandlægelig aktivitet kan varetages som sundhedsvidenskabelig profession under liberale erhvervsbetingelser på en for befolkningen acceptabel måde, er også professionens etik, således som den kommer til udtryk gennem Tandlægeforeningens holdninger og aktiviteter. Et af de uundgåelige spørgsmål i denne forbindelse er: Hvordan håndteres medlemmer der ikke lever op til professionens normer? Foreningen er i dette spørgsmål konfronteret med adskillige problemer, hvoraf mindst et er delikat: Skal vi holde alle under »paraplyen«, eller skal vi udelukke dem der ikke opfylder foreningens krav til professionens udøvere og derved skabe mulighed for martyroller? Et andet vanskeligt spørgsmål melder sig umiddelbart: I hvilken grad og hvor ofte skal foreningens normer være overtrådt før der reageres?

Det etiske problem er imidlertid ikke begrænset til ovennævnte forhold. Der kan også i kraft af aflønningsformen være en tilskyndelse til indtægtsmaksimering ved valg af behandlingsmetoder der er særligt indtægtsgivende. Som eksempler på sidstnævnte forhold kunne tilskyndelsen af patienten til at få udskiftet amalgamfyldninger og tilbøjeligheden til at anvende avancerede parodontalbehandlingsmetoder påvirkes heraf. Omvendt kan det modsatte forhold også tænkes i behandlingssystemer uden ydelsesrelateret indtjening. I sådanne systemer kan et manglende incitament til at arbejde effektivt medføre lav produktivitet, og avancerede behandlinger kan opnå en mere tilbagestående position hvorved patienterne kan blive forholdt muligheder for optimal be-

handling. Det fremgår således at begge systemtyper i væsentlig grad kræver stor personlig værdighed hos den enkelte tandlæge. Man kan derfor håbe at de præ- og postgraduate uddannelsessystemers holdningsbearbejdelse medvirker til at den enkelte tandlæge kan håndtere disse etiske problemer igennem hele den erhvervsaktive periode.

På længere sigt er det nok tvivlsomt om samfundet vil acceptere at det alene er overladt til den enkelte tandlæges etik at tage vare på de udførte behandlingsberettigelse og kvalitet. Tandlægenes foreninger kan i den forbindelse tænkes at spille en aktiv rolle, dels ved deres kursusaktivitet, dels ved at vise veje til åbent at dokumentere behandlersystemernes kvalitet. Det etiske grundlag for forholdet mellem læger/tandlæger og patienter er i vid udstrækning formuleret af behandlerne, men en stigende kritisk holdning i befolkningen har medført dannelsen af komitéer, råd og klagenævn der med islet af lægmænd er mere eller mindre uafhængige. Disse organer fritager dog ikke professionen for selv at etablere etiske fundamentet der kan medvirke til at bevare standens troværdighed.

### **Pligtetik og konsekvensetik**

I etikken findes to grundbegreber, pligtetik og konsekvensetik, der beskriver helt forskellige principper for de rette handlinger. Da vores handlinger i den daglige kliniske praksis i vid udstrækning kan henføres til disse to begreber, er en beskrivelse nødvendig.

*Pligtetik* er baseret på følgende princip: Det afgørende for de rette handlinger er at de er i overensstemmelse med generelle regler og principper, uanset konsekvenserne. En bestemt handling, fx at holde eller at bryde et løfte, er rigtig eller forkert i sig selv, uafhængigt af hvilket resultat den afstedkommer. Pligtetikken accepterer ikke at alting kan sammenlignes og sidestilles. Tværtimod anerkender pligtetikken det enkelte menneske som noget unikt. Pligtetikkenes fader, den tyske filosof *Immanuel Kant*, skelner i sin bog »Grundlæggelse af moralens metafysik« (1785) (18) mellem ting og fornuftsvæsener. Ting har således en pris, og de kan erstattes af noget ækvivalent. Fornuftsvæsener er derimod hævet over al pris, det har ingen ækvivalens, men det har værdighed. Dette indebærer fx at patientens autonomi respekteres, uanset om det gavner eller skader patienten. Styrken ved pligtetikken er at den ikke beror på beregninger der kan være vanskelige. Det er altid forkert at slå ihjel uanset hvor mange der kunne reddes derved (3,13,19).

*Konsekvensetik* er baseret på et andet princip: De rette handlinger er dem der medfører det gode og attråværdige. Det er således konsekvenserne af tandlægens handlinger der er afgørende for deres rigtighed. Princippet til at gøre dét der

gavner patienten mest muligt, om nødvendigt uden hendes/hans samtykke, er et konsekvensetisk princip.

En særlig form for konsekvensetik (utilitarisme) er baseret på at en handling er rigtig hvis dens konsekvenser er gode for flest muligt. Der ses her bort fra at handlingen kan være skadelig for enkelte personer, blot den samlede virkning er mere gavnlig end skadelig. Som eksempel kan nævnes vaccinationer, som medfører en risiko for yderst få (evt. hjerneskaide etc.), men er til stor gavn for langt de fleste. Styrken ved dette princip er at det indeholder et redskab til analyse og behandling af værdikollisioner. Svagheden er at det kan være vanskeligt at gennemføre en realistisk bedømmelse af forskellige handlingsalternativers konsekvenser (3,13).

### **Behandling af sygdom og kosmetisk behandling**

Der er ved at indtræde en ændring i opfattelsen af sygdom således at man i stedet for at fokusere på sygdom alene, i stigende grad fokuserer på sundhed som indebærer fysisk og psykisk velvære. Det er dog stadig den almindeligt accepterede holdning at sundhedsvæsenet først og fremmest skal tage sig af de menneskelige tilstande der kaldes sygdomme, og aktiviteter der ikke er rettet mod behandling, lindring eller forebyggelse af sygdomstilstande, er irrelevante for sundhedsvæsenet (6). Imidlertid fordrer visse opgaver uden for dette område medvirken af sundhedsvæsenet fordi de teknisk kun kan løses af den ekspertise der er til rådighed i sundhedsvæsenet. For tandlæger er denne problemstilling særdeles relevant idet en lang række af de behandlingsformer der beherskes af tandlæger, kan anvendes til opnåelse af kosmetiske mål.

#### *Skal tandlæger beskæftige sig med kosmetik?*

Tandlægens behandling kan i forbindelse med at skabe velvære naturligt indebære kosmetiske opgaver da en vigtig forudsætning for velvære kan være æstetisk. Hvis kapaciteten i behandlingssystemet tillader at kosmetiske behandlinger kan indgå i behandlingstilbuddene uden at behandling af sygdom må tilsidesættes, er det umiddelbart naturligt at fastholde muligheden. Der kan i øvrigt argumenteres for mange former for kosmetisk behandling ud fra ønsket om at undgå direkte psykisk traumatiserende tilstande. Skal en ung patient ikke tilbydes ortodontisk behandling hvis tændernes position virker psykisk belastende fordi de ikke giver social accept? Ligeledes: Skal en ung patient der opfatter et diastema i overkæbefrontregionen som belastende ikke kunne tilbydes en behandling med fyldninger der tillukker mellemrummet? En overvejelse er at såfremt patienten ønsker det, skal behandlingen udføres. Hvis behandlingen medfører at andre behandlinger af sygdom i mundhulen må tilsidesættes af ►



behandlingssystemet kan en utilitaristisk baseret konklusion indebære at behandlingen skal prioriteres lavt eller afvises. Det er imidlertid vigtigt for al kosmetisk orienteret behandling at behovet for behandling ikke etableres af tandlægen. Hvis en behandling skal gennemføres, er det naturligvis væsentligt at behovet er patientens. Vejen til tandlægens utroverdigehed er utrolig kort her. Det er nok i dette område man kommer tættest på konflikten mellem tandlægegerningen som sundhedsvidenskabelig profession eller som kommerciel aktivitet.

*Skal en tandlæge påtage sig kosmetiske behandlingsopgaver hvis de kan kompromittere sundheden i tænderne og deres støttevæv?*

En anden overvejelse vedr. ovennævnte patient har udgangspunkt i muligheden for at behandlingen kan medføre sygdom i tandens støttevæv eller rodresorption og ultimativt medføre risiko for tab af tanden. Denne overvejelse vil på konsekvensetisk grundlag kunne medføre afvisning af behandlingsønsket, men dette er i modstrid med det pligtetiske hensyn, og afvisningen har karakter af paternalisme, dvs. velmenende formynderi, ligesom forældre i forhold til deres børn. Problemstillingen er mere tydelig hvis patienten ønsker sine intakte fortænder behandlet med kroner for at ændre tandkronernes retning og/eller deres morfologi. Udsigten til pulpale komplikationer og parodontal skade vil her kunne medføre en afvisning på konsekvensetisk grundlag. Hvis patienten imidlertid frembyder tegn på psykisk belastning i form af ændret adfærd pga. tændernes udseende, er den konsekvensetiske konklusion formentlig den modsatte. Et vigtigt fundament for al kosmetisk behandling er således at tandlægen har

pligt til at oplyse om konsekvenserne og at sammenholde dem med problemets størrelse.

*Hvem skal betale?*

Kan det være samfundets opgave at finansiere behandlingsopgaver der er begrundet med kosmetiske hensyn? Dette spørgsmål er lettest at besvare hvis der ikke indgår elementer af hensyn til patientens sundhed og velvære. Det mest oplagte eksempel er tandstillingsproblemer der ikke er eller vil blive kompliceret af funktionsforstyrrelser. Det kan her diskuteres om et ønske om en snorlige tandrække bør udløse behandlingstilbud finansieret af det offentlige. For at begrænse dette problem har det offentlige imidlertid lagt grænser for antallet af børn og unge der skal have tilbudt ortodontisk behandling der er finansieret af det offentlige tandbehandlingssystem. Det er dog velkendt at kosmetiske problemer, som ovenfor nævnt, også kan være psykisk belastende, hvilket naturligvis bør være en fuldgældig behandlingsindikation. Vanskeligst er grænsetilfældene, og der kan her især være etiske problemer med at sikre ensartede behandlingstilbud på landsplan. Beslutninger skal helst samtidigt være i overensstemmelse med alment accepterede etiske normer og patientens egen værdiopfattelse, men heri kan undertiden også ligge en kilde til konflikt.

### **Valg af behandlingsmetode**

*Behandler-patient-forholdet*

Forholdet mellem behandler og patient er sædvanligvis ulige. Patienter er på forskellig måde underlegne eller står i et ensidigt afhængighedsforhold til deres behandler. Patienter er sædvanligvis mere afhængige af deres behandlere end behandlerne af deres patienter. Selvfølgelig er tandlægen afhængig af en vis tilfredshed hos sine patienter, men som aftagere af en behandlingsydelse er patienterne oftest uden viden om forudsætninger for og konsekvenser af en given behandling. Den forbrugersuverænitet der normalt gælder for et marked, har patienterne ikke i forhold til sundhedsvæsenets ydelser (5). Desuden er patienterne på udebane i tandlægestolen, ofte endda i liggende position med behandleren over sig – også bogstaveligt. Oftest ved patienterne ikke om de fejler noget, og hvad de fejler. Sædvanligvis har de kun ganske ringe mulighed for at vurdere om de ydelser de får, har tilstrækkelig kvalitet eller er nødvendige. Tandlægen kan i modsætning hertil sædvanligvis stille en diagnose, iværksætte en behandling og argumentere for den. Patienterne er således helt prisgivet tandlægens dømmekraft og etik. Det kunne være katastrofalt for patienterne, hvis sundhedsydelser blev købt og solgt på et frit marked, medmindre sundhedspersonalet af etiske grunde undlod at misbruge situatio-

nen. Tandlægen kunne fx bilde sine patienter alt ind og få dem til at købe en hvilken som helst behandling. Derfor er sundhedsvæsenet underlagt restriktioner med en vis offentlig kontrol. Der er dog stadig grund til at anse de nævnte behandler-patient-relationer for ømtålelige, og en af konsekvenserne kan ofte være at behandlerens rolle bliver paternalistisk. Det er velkendt at en del patienter trods detaljeret og klar information, stadig er rådvilde og derfor ender med at spørge tandlægen: »Hvilken behandling ville De foretrække hvis De var i min situation?«

#### *Fælles beslutningstagen – informeret samtykke*

Hvordan skal det under de givne omstændigheder besluttes hvilken behandling den enkelte patient skal have? Skal patienten blot overlade til tandlægen at træffe afgørelse herom, eller er der andre muligheder? Ud fra det etiske princip om selvbestemmelse for det enkelte menneske er det behandlerens rolle at forklare den foreliggende tilstand og dens prognose, de foreliggende terapeutiske muligheder, deres effekt og eventuelle bivirkninger samt omkostningerne forbundet med behandlingerne. Patienten må herefter have lejlighed til at vælge ud fra dét der passer bedst for den pågældende. Den formelle proces betegnes »det informerede samtykke«. Derved er det behandlerens rolle at fremlægge de relevante facts og respektere patientens valg (20). Det er imidlertid uhyre vanskeligt at fremlægge de forskellige muligheder uden samtidigt at videregive en holdning til hvad der vurderes som den bedste løsning. Information af patienten kan derfor næppe foregå uden samtidigt at præge patientens opfattelse. Selvfølgelig kan tandlægen udtrykke hvad hun/han mener er bedst, især hvis patienten ytrer ønske om det, og opgaven her er at skønne hvad der er bedst for patienten på grundlag af den foreliggende viden om patientens samlede forhold. Det er altså vanskeligt at undgå et paternalistisk islæt i behandler-patient-forholdet, men der er gode grunde til at søge at begrænse dette islæt (5).

For at kunne træffe afgørelse om en given behandling bør patienten have adgang til objektiv information om relevante alternativer og en passende del af deres konsekvenser. Desuden skal patienten have kompetence til at forstå informationen og vælge på baggrund heraf. Valget bør ske uden indflydelse af pression eller manipulation. En særlig form for manipulation foreligger i dag i kraft af medieomtale af nye behandlingsmetoders påståede effektivitet. Bag sådan medieomtale kan ligge producentønsker om at afsætte produkterne, men også forskeres ønske om at opnå prestige kan medføre medieomtale, som kan være i konflikt med det krav befolkningen har på forskningsformidling. Dette kan endda ofte foregå på tidspunkter i metodeudviklingen hvor doku-

mentationen er sparsom eller helt mangler. Resultatet af dette forhold er at patienterne ofte møder hos tandlægen med et præcist ønske om en given behandling, og tandlægen er dermed i en presset situation fordi der kan være risiko for at patienten vælger andre »græsgange« hvis behandlingen nægtes udført. De pligtetiske og konsekvensetiske overvejelser går her i modsat retning. Hensynet til patientens autonomi kunne byde tandlægen at udføre behandlingen, men konsekvenserne heraf kan være negative eller uoverskuelige, og dermed er det nærliggende at fravælge behandlingen.

Et andet interessant spørgsmål som er særdeles relevant for den praktiserende tandlæge, er: Hvordan afgrænser man de relevante alternativer som forudsættes for patientens selvbestemmelse? En patient vides at være uden større økonomisk formåen, men der er behov for erstatning af en del tænder. Er det da et krav at informere patienten om mulighed for en behandlingsløsning med implantatbårne broer der indebærer en udgift på 150.000 kr.? Når der skal vælges, er der principielt altid et næsten ubegrænset antal muligheder for handlinger. Den nævnte patient kan også vælge at rejse bort, så ingen ser ham, han kan gemme sig i sin bolig og beruse sig fra problemet osv. De nævnte muligheder virker ikke relevante, og det er ikke en forudsætning for selvbestemmelse at alle handlemuligheder skal tages i betragtning. Det er kun de relevante handlemuligheder der skal overskues. Ligeledes kræver selvbestemmelse kun information og kompetence om en passende del af konsekvenserne af de foreliggende valgmuligheder (5). Der er således i hvert tilfælde baggrund for at foretage skøn idet der ikke kan udstikkes faste, entydige regler for information om behandlingsmulighederne. Det er dog vigtigt at tandlægen nøje overvejer sine valg og baggrunden for at vælge at præsentere denne og hin behandlingsmetode mens andre fravælges.

#### *Patienter der ikke kan deltage i en fælles beslutningsproces*

Forudsætningen for at patienten kan deltage i en fælles beslutningsproces, er at patienten har kompetence til at forstå informationen og vælge på baggrund heraf. Visse patientgrupper er dermed unddraget muligheden for at deltage. Det gælder for børn, for psykisk handicappede, herunder demente, men også i nogen grad for patienter med nedsat syn eller hørelse. Disse grupper er naturligvis omfattet af de samme generelle etiske hensyn som andre, nemlig (21):

1. Gør ingen skade
2. Menneskelivets ukrænkelighed
3. Smertelindring
4. Ret til sandhed og værdighed
5. Beskyttelse af individets autonomi.

De nævnte gruppers vanskeligheder med at udtrykke de ►

res følelser og behov er indlysende årsager til at de lettere overses, ikke mindst i den hastigt udviklende verden omkring dem. En anden betydelig fare, for i hvert fald visse af grupperne, er omgivelsernes tilbøjelighed til stereotype opfattelser af de berørte patienter. Det er især vigtigt at den enkelte patient omfattes af den respekt og interesse som er nødvendig for at varetage de individuelle behov.

Som led i behandlingen for at hjælpe patienterne kan der opstå smerte, og det at udstå behandlingen kan i sig selv være en betydelig byrde. Der foregår derfor altid en overvejelse om fordele og ulemper ved indgrebet. Den etiske proces indebærer at patientens interesser forsøges varetaget, oftest ved inddragelse af familie eller andre nært relaterede i beslutningsprocesserne. Herved søges det paternalistiske element i tandlægens handlinger begrænset mest muligt og ansvaret fordelt på flere. I denne situation må de involverede naturligvis informeres på samme niveau som en beslutningskompetent patient for at deres medvirken kan få mening. Det er ikke sædvanligt at patienter på forhånd beslutter hvad der skal ske hvis evnen til selv at medvirke i beslutningsprocesserne går tabt. Det hensigtsmæssige i sådanne afgørelser er imidlertid nævnt i en nyudgiven lærebog i gerodonti (21). Spørgsmålet der kan stilles til patienten, er blot: Hvem ønsker De jeg skal konsultere angående Deres behandling hvis De selv bliver ude af stand til at udtrykke Deres ønsker om tandbehandling? Svaret kan da nedfældes i journalen. Eventuelt kunne det indgå i det spørgeskema som patienten rutinemæssigt udfylder på klinikken. En anden måde at ekstenere beslutningsgrundlaget på er at diskutere med patienten hvad der er den pågældendes ønsker for fremtidig behandling mens der endnu er beslutningskapacitet. Selv om dette kan virke omfattende og tidskrævende, kan det måske spare problemer på langt sigt (21). Der er ingen tvivl om at især behandling af ældregruppen der ikke er i stand til at tage vare på sig selv, lader meget tilbage at ønske i etisk henseende. Den indsats der umiddelbart er iøjnefaldende nødvendig, er at sikre sufficient mundhygiejne. Selv om et menneskes mentale og fysiske kapacitet er reduceret, er det ikke ensbetydende med at den orale funktion også skal tabes, men opgaven er stor og vanskelig, og den kræver betydelige ressourcer.

### *Dokumentation af effekt*

Som et af de væsentligste krav der må stilles til den informerende tandlæge, skal der kunne forelægges objektiv dokumentation for en behandlings effekt, herunder dens forudsigelighed. Dette krav er imidlertid ikke altid enkelt. Det forudsætter kendskab til langtidsvirkning, og navnlig er det afgørende at den informerende tandlæge har taget kritisk stilling til behandlingsmetoden og herunder er opmærksom

på effektparameter-problemet. Dette problem er især afgørende ved vurderingen af en ny behandling. Hvis en given parodontalbehandlings effekt skal gøres op, er det da tilstrækkeligt at bedømme inflammationen i gingiva? Svaret er indlysende nej. Ved en teknologivurderingskonference i Washington, organiseret af American Academy of Periodontology og National Institute of Dental Research, blev der fokuseret på dette problem. En del af de hyppigt anvendte parametre blev karakteriseret som *surrogate-measures* (22,23). Effekten af en parodontalbehandling bør måles i fæsteniveauets beliggenhed eller eventuelt i tandens livslængde. Det er navnlig sidstnævnte størrelse der har patientens interesse.

I samme sammenhæng: Styret vævsregeneration kan medføre fordele ved intraossøse defekter og ved inkomplette furkaturinvolvinger. Er det da meningsfyldt at tilbyde patienter behandling uden for indikationsområdet, for dog at forsøge noget. Er det etisk forsvarligt at præsentere en sådan behandlingsmulighed for en patient med udsagnet: »Hvis den tand overhovedet skal have en chance?«. Informationen til patienten bør betone den manglende mulighed for at opnå nydannet fæste i den pågældende situation. Der er ingen dokumentation der tyder på at behandlingen er en fordel. Alternativet er bristede forventninger og spildte penge – ofte endda mange.

### **Forskeres og underviseres objektivitet**

Såfremt forskning og præ- eller postgraduat undervisning udøves af personer der på den ene eller anden måde er knyttet til et produkt der direkte eller indirekte er relateret til deres faglige aktivitet, kan der opstå problemer med interessekonflikt og deraf følgende manglende objektivitet. Det er derfor klart at der må stilles særlige krav til forskeres og underviseres etik. Et minimumskrav kan fx være at personer der har tilknytning til visse produkter, må oplyse dette ved ansøgning om økonomisk støtte til forskning og i forbindelse med publikation eller undervisning. Strengere krav mhp. eksponering, eller bedre, eliminering af inhabilitet, bør overvejes. Som et eksempel ville det nok på de fleste mennesker virke uacceptabelt at en person der er ansat af det offentlige mhp. uhildet forskning og forskningsformidling, kan figurere på lønningslisten hos et firma der er relateret til den pågældendes aktiviteter. Med den tiltagende eksterne finansiering af det offentliges forskningsaktiviteter kan der tænkes at opstå bindinger eller modsætningsforhold mellem producenter og offentlige forskningsinstitutioner i et hidtil uset omfang. Selv om de involverede personer ikke har direkte personlig vinding ud af sådanne relationer, kan bindinger eller modsætningsforhold dog også opstå alene i kraft af et etableret samarbejde. Der bør derfor udarbejdes nærmere ret-

ningslinier for disse forhold således at troværdigheden også i fremtiden kan bevares og skandaler undgås.

Ved faglige konferencer i USA er det således blevet almindeligt at de der medvirker, udfærdiger etiske selvdeklarationer med angivelse af hvilke firmaer de pågældende har samarbejdet med. Boneloc-sagen er et godt eksempel på hvordan det kan gå uden kontrol. Som tandlæger lytter vi bestandigt til foredrag om nye behandlingsmetoder. Det er vort ønske at kunne tilbyde patienterne de sidste terapeutiske landvindinger så hurtigt som muligt. Det bringer os let i en situation hvor vores kritiske indre røst overdøves af udsigten til at kunne hjælpe vore patienter effektivt, billigt og hurtigt. Derved risikerer den foredragsholder der omtaler det sidste nye behandlingsmæssige tiltag, en svigtende kritik og opnår måske en større indflydelse på behandlingsvalget end berettiget. Intellectet er, som bekendt, viljens lejesvend.

### **Hensynet til den enkelte patient kontra hensynet til helheden**

Igennem 150 år har tandlæger behandlet patienter med amalgam. I kraft af forøget bevågenhed om kviksølvs uheldige indflydelse i naturen er det blevet besluttet at amalgam skal afvikles som restaureringsmateriale. Til trods for at dette materiale har bevist sin berettigelse til behandling af cariesbetingede defekter, idet det er enkelt at håndtere, langtidsholdbart og billigt, vælger man af miljøhensyn at afvikle brugen. Overvejsen der ligger bag, er konsekvensetisk. Det er de langsigtede miljøkonsekvenser der er årsag. Den samlede konsekvensetiske overvejelse af amalgamets afskaffelse er endnu ikke helt overskuelig. Hvilke langsigtede bivirkninger har således de alternative fyldningsmaterialer? Vi ved at nogle giver anledning til allergier hos tandlægerne (24). Der er også tekniske problemer med de nyere plastiske materialers kanttilslutning i approssimale kassepræparationer, sekundær caries er en forventet konsekvens. Men hvilke andre komplikationer venter os? Det kan vi ikke vide på nuværende tidspunkt. Denne situation er karakteristisk for en tid der kræver hastig udvikling af nye behandlingsmetoder. Konflikten er imidlertid ikke enkel. På den ene side er det i befolkningens interesse at der udvikles effektive behandlingsmetoder, og at patienterne får gavn af dem så hurtigt som muligt. På den anden side er risikoen for uoverskuelige konsekvenser på længere sigt stor hvis generel anvendelse af metoderne ikke udskydes til deres effekter er kendt i detaljer – også langtidseffekterne; igen kan der refereres til Boneloc-sagen.

Et relateret problem knytter sig til anvendelsen af antibiotika i behandlingen af marginal parodontitis. De fleste ved at der i visse situationer kan opnås i det mindste temporært

gode resultater ved at supplere den konventionelle behandling med et antibiotikum som tetracyclin. Imidlertid har dette præparat biologiske bivirkninger, herunder udvikling af bakteriel resistens, ikke bare mod tetracyclin, men også mod andre antibiotika. Bestræbelser for at gøre det bedst mulige for den enkelte kan indeholde et krav om at anvende præparatet hvor der kan opnås positiv effekt. Den videre konsekvensetiske konklusion er imidlertid restriktiv pga. udsigten til de biologiske bivirkninger der kan resultere i at livstruende tilstande ikke kan behandles som følge af resistens. Andre antibiotika med mindre tilbøjelighed til resistensudvikling kan overvejes, men indikationsstillingen må hver gang endevendes for at forhindre misbrug af antibiotika hvorved vi under alle omstændigheder kan risikere biologiske bivirkninger. Derfor bør brugen af antibiotika af konsekvensetiske grunde være restriktiv, og de bør kun anvendes til et meget begrænset antal patienttilfælde, nemlig til dem der ikke kan behandles uden. Disse overvejselser er naturligvis ikke de eneste der foretages i en situation af denne type. Andre forhold som sygdommens sværhedsgrad og risici samt præparatets toksicitet mv. indgår naturligvis også.

### **Patienter med særlig smittestatus**

Der har især tidligere været problemer med odontologisk behandling af patienter med blodbåren smitte. Navnlig har hiv-infektionen givet anledning til sådanne problemer idet tandlæger pga. usikkerhed ikke har set sig i stand til at modtage hiv-smittede til behandling. Det har medført at patienter der har oplyst om deres smittestatus, er blevet afvist. De forklaringer som patienterne er blevet mødt med, har været af typen: tandlægen kan ikke komme til telefonen; alle tider er optaget; andre kolleger har mere erfaring i netop dette; hensyn til andre patienter og til personalet osv. Dette har hensat en i forvejen stærkt lidende patientgruppe i en uheldig og for både den og tandlægestanden ganske utilfredsstillende situation. Det er oplagt at der ved fremkomsten af en ny sygdom kan opstå usikkerhed. For hiv-infektionens vedkommende følte mange sig usikre på om der kunne ske smitteoverføring til personalet og til andre patienter. Erfaringen har vist at dette ikke sker hvis de hygiejniske foranstaltninger mod overførsel af blodbåren smitte overholdes. Problemet er oplagt for en etisk diskussion. Diskussionen, som nu for længst har fundet sted i tandlægekredse, har klart konkluderet at hensynet til den smittede indebærer at patienten skal modtages i behandling uden tøven. Til syvende og sidst er der i øvrigt ingen der ved hvornår de har en ikke-erkendt hiv-smittet patient i stolen. Derfor anbefales det at de hygiejniske procedurer er tilrettelagt på en sådan måde at der ikke i noget tilfælde sker smitteoverførsel. Den etiske overvejelse kunne imidlertid, ►



hvis den var foregået tidligere, nemlig før der var sket hovsafvisninger, have forhindret den tidligere omtalte uheldige situation.

Et af de argumenter der undertiden blev nævnt, var at andre patienter ville forlade en praksis hvor hiv-inficerede patienter blev behandlet. Konsekvensen af en afvisning af de hiv-inficerede, nemlig at ingen længere oplyste om deres smittestatus, er unægteligt mere tankevækkende. Ikke fordi det har så stor betydning i tandlægepraksis, men fordi holdningen ville brede sig til mange andre sammenhænge.

### Information der skaber frygt

Der er modsatrettede hensyn at tage i forbindelse med information til patienter om alvorlige komplikationer til behandling og i forbindelse med information om alvorlig sygdom. På den ene side har patienten krav på information, på den anden side bør patienten også beskyttes mod unødigt frygt.

Skal en patient med radiologiske fund der tyder på nær relation mellem 3. molarer og nervus alveolaris inferior, informeres om risiko for nervelæsion i forbindelse med den kirurgiske fjernelse? Tilsvarende problemer gælder i talrige andre situationer. Patienten der skal have udført operationen, vil blive urolig ved oplysningen. På den anden side hører det med til et af de væsentlige forhold i forbindelse med patientens valg af at lade sig operere. Den patient der ikke er informeret på forhånd og som får nervelæsion, vil føle sig snydt uden oplysningen. I almindelighed bør der derfor informeres.

Det sker ikke så ofte at tandlægen skal oplyse patienter om tilstande der kan være livstruende. Det skærper kravet til eftertænkksomhed i den aktuelle situation fordi den rutine der under andre omstændigheder skaber professionalismisme, er begrænset. Erfaring fra patienter der er henvist til specialafdeling med tilstande under mistanke for malignitet, viser at der ofte er problemer med tandlægenes information til patienterne. Ikke sjældent er der fx faldet en bemærkning om at tandlægen ikke bør tage ansvaret for den givne tilstand. Resultatet kan være at patienten er rystende nervøs ved fremmødet på henvisningsklinikken. Da tilstande under suspicio ikke altid rummer reel grund til frygt, bør informationen til patienten begrænse betoningen af fare. Det kan fx ske ved at det oplyses til patienten at man ikke er klar over hvad diagnosen på den pågældende tilstand er, men at der kræves nærmere undersøgelse hos en specialist. Ved direkte spørgsmål om der kan være tale om cancer, skal der nok i almindelighed ikke svares benægtende hvis der er mistanke om en sådan tilstand. Patientens krav om information bør i de fleste tilfælde respekteres. På den anden side er det vigtigt at der ikke skabes unødigt frygt. Under henvisning til usikkerheden i den

kliniske diagnostik er det derfor hensigtsmæssigt at der også nævnes andre diagnostiske muligheder, herunder fx betændelse. Under alle omstændigheder er det afgørende at tandlægen bevarer roen, og at informationen gives med omtanke.

Et andet etisk spørgsmål der har været rejst (25), er information om mulig fremtidig cancerudvikling i forbindelse med oral lichen planus. Da der er konstateret udvikling af malignitet hos 1,5% af patienter fulgt i gennemsnit 7½ år med denne lidelse (26), kan man spørge om det bør give anledning til information om forøget risiko. Hensynet til det berettigede krav om information indebærer at der sædvanligvis bør informeres. Imidlertid er det vigtigt at betone at 1,5% ganske vist er hyppigere udvikling af oral cancer end det ses i befolkningen som helhed. Det indebærer dog at 98,5% af patienterne går fri. En sådan information kan de fleste patienter håndtere uden unødigt frygt.

En særlig situation knytter sig til patienter der mistænkes for ikke-erkendt hiv-infektion. Det er her vigtigt at præcisere at kun få kliniske tilstande berettiger til en sådan mistanke. Disse tilstande er: oral kandidose hos yngre patienter uden anden erkendt prædisponerende faktor, oralt Kaposi sarkom og nekrotiserende gingivitis/parodontitis hos patienter uden anden erkendt prædisponerende faktor. I disse tilfælde er det vigtigt at patienterne undersøges for hiv-infektion. Spørgsmålet er hvornår og hvordan patienten skal informeres. Skal patienten ud fra den pligtetiske overvejelse oplyses om tilstanden med det samme? Det bør her betænkes at der ikke i dag eksisterer kurativ behandling af denne infektion. Oplysning om hiv-infektion kan derfor af mange patienter opfattes som mere belastende end oplysning om cancer, der dog lader sig behandle i mange tilfælde. Hvis det drejer sig om en ny patient, til hvem man ikke har etableret noget tillidsforhold, er det nok ikke hensigtsmæssigt at informere om muligheden for hiv-infektion ved første undersøgelse da dette kan indebære at patienten udebliver derefter og derved unddrager sig yderligere undersøgelse og behandling. Konsekvensen af at informere ved et af de senere besøg på klinikken er at der kan ske unødigt hiv-smittespredning. Afvejningen af disse mulige konsekvenser falder nok i de fleste tilfælde ud til fordel for information af patienten ved et senere besøg hvor der er etableret tillid mellem behandler og patient. Hvad skal informationen indeholde? Igen bør hensynet til ikke at skabe unødigt frygt veje tungt. Derfor kan der informeres på den måde at den konstaterede tilstand kan ses i forbindelse med ændringer i de hvide blodlegemer. En af disse forandringer kan være hiv-infektion. Patienten bør derfor via egen læge eller hospital få gennemført undersøgelse af de hvide blodlegemer og hiv-test. Det skal her erindres at det ikke i medfør af forvaltningslovens (27) og straffelovens (28)

bestemmelser er tilladt uden patientens samtykke at videregive oplysninger til anden behandler eller behandlingsinstitution. Henvisning af patienten med henblik på udredning kræver altså patientens samtykke. Der kan i øvrigt henvises til Sundhedsministeriets publikation om lægers tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger (29).

### Forsikringsager

I forsikringsager kan der undertiden opstå den situation at tandlægen for at skabe den bedst tænkelige udgangsposition for patienten, føler sig tilskyndet til at beskrive de objektive fund og behandlingsforslag på en sådan måde at der anmodes om behandlinger som rækker ud over det der er direkte relateret til det pågældende forsikringsmæssige forhold. Der kan fx efter et traume fremsendes behandlingsforslag som indeholder en bro der har været indikation for at lave i en årrække pga. parodontal destruktion. En overvejelse kan her være at tandlægens rolle som patientens advokat bør række så langt at alle midler anvendes for at hjælpe patienten til gennemførelse af en behandlingsplan. Det pligtetiske krav om at hjælpe en patient kan imidlertid aldrig eksterenderes til brug af alle midler, herunder sandhedsfordrejning. I forsikringsager er der naturligvis de samme krav om ærlighed og redelighed som i alle andre henseender. Der henvises i øvrigt til lov om tandlæger § 13 om omhu og uhildethed ved udførelse af erklæringer (30). Det pligtetiske ansvar omfatter andre hensyn end hensynet til den enkelte patients behandling. Konsekvensen af et fordrejet forsikringsandragende er at andre skal betale for noget som ikke er berettiget ifølge indgåede aftaler.

### Kritik af kolleger

Det har for nylig været nævnt at tandlægestanden var lukket i forhold til omverdenen, og at tandlæger prøvede at undgå kritik af hinanden (31). Skal tandlæger åbent kritisere hinanden mere end de gør? Kravet om ærlighed og redelighed kan påbyde ét, hensyn til kolleger og patienter noget andet. Det er kendt af enhver at der naturligvis indimellem præsteres tandlægearbejde der ikke opfylder alle krav til optimal behandling. Herved adskiller tandlægearbejde sig ikke fra andre professioners præstationer. Med opfattelsen af tandlægestanden som sundhedsvidenskabelig profession er det vel ikke urimeligt at vore omgivelser forventer at hensynet til patienterne går i første række. Problemet er imidlertid at hensynet til en patient ikke er en objektiv størrelse. Der er som bekendt ikke nogen entydig sandhed om enhver form for behandling. Et vigtigt aspekt i den forbindelse er det manglende kendskab til de omstændigheder hvorunder et givet arbejde er udført. Det er dog væsentligt at advokere for åbenhed og gennem-

skuelighed. Baggrunden for en given behandlingsløsning bør kendes og vore egne motiver til at mene hvad vi mener, bør vi vel gøre os selv og vore patienter klart før vi konkluderer om kvaliteten af andres arbejde. En uheldig konsekvens af et krav om kollegakritik kunne være værre end den diskretion vi som stand bebrejdes: kollegakritikken kan blive en del af markedsføringen af egne fortræffeligheder. Dette fænomen der vist også er kendt af de fleste i andre menneskelige sammenhænge, kan i realiteten tænkes at medføre kritiske betragtninger uden tilfredsstillende sagligt grundlag. De nævnte betragtninger resulterer i fokusering på de metoder der anvendes i forbindelse med kollegakritik. Af Dansk Tandlægeforenings etiske regler og kollegiale vedtægt (32) fremgår: »En tandlæge må ikke fremhæve sin egen virksomhed eller kvaliteten af egne ydelser i forhold til kollegernes«, »En kollega, dennes arbejde eller metode må ikke omtales på en sådan måde, at det virker som unødigt kritik«, »Hvis en tandlæge sagligt vurderer, at han må tilråde en patient at klage over en anden tandlæges arbejde m.m., skal han forinden meddele dette til vedkommende tandlæge.« Og endvidere: »En tandlæge må ikke afgive erklæring om en kollegas arbejde, medmindre han er udpeget som sagkyndig, eller det falder ind under hans embedspligt.« Det er vist meget usikkert om en anden praksis for kollegakritik end den der er beskrevet heri, i realiteten ville være mere betryggende for patienterne.

### Konklusion

Som det fremgår, er der en lang række etiske problemer i tandlægens hverdag. Vurderingen af disse problemer kan ikke altid ende i entydige svar. Det er imidlertid vigtigt at både den enkelte tandlæge og tandlægenes faglige organisationer giver sig tid til etisk refleksion med det formål at klargøre bevæggrundene bag beslutninger, og derved opnå konsekvens og retfærdighed i dagligdagen. Etikken kan derved tilføre patientbehandlingen den ekstra dimension der sikrer professionens fortsatte troværdighed og respekt.

Tak til de kolleger der har bidraget med diskussioner og kommentarer: *Lena Bay, Dorthe Arenholt Bindslev, Preben Hørsted Bindslev, Carsten Bruun, Erik Dabelsteen, Finn Prætorius, Jesper Reinholdt, Kaj Stoltze og Jytte Westergaard*. Ingen af de her nævnte personer er ansvarlige for de i artiklen fremførte synspunkter der alene står for forfatterens regning.

### Litteratur

1. Dybkjær L, red. Er vi værdiløse? Moralske tanker mod år 2000. København: Hans Reitzels Forlag, 1992.
2. Fonsmark H. Det autentiske liv – En bog om etik. København: Børsen Bøger, 1994.
3. Haupt L. Etik – en introduktion. Oversættelse for Det Etske Råd. København 1995. ▶

4. Thomassen N. Etik – En introduktion. København: Gyldendals Filosofi serie, 1993.
5. Kappel, K. Medicinsk etik – En filosofisk diskussion af bioetiske grundproblemer. København: Gyldendals Filosofi serie, 1996.
6. Prioritering inden for sundhedsvæsenet. Et debatoplæg. Det Etske Råd, København 1995.
7. Prioritering inden for sundhedsvæsenet – en redegørelse. Det Etske Råd, København 1996.
8. Flex K. Prioritering og etik i sundhedsvæsenet – et arbejdspapir. Det Etske Råd, København 1990.
9. Holtug N, Kappel K. Anvendt etik. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1990.
10. Wulff HR. Den samaritanske pligt. København: Munksgaard, 1995.
11. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Medicinsk filosofi. København: Munksgaard, 1990.
12. Ozar DT, Sokol DJ. Dental ethics at chairside. St. Louis, USA: Mosby, 1994.
13. Mabeck CE. Lægen og patienten. København: Munksgaard, 1994: 63-82.
14. van Aarem R. Etik. In: Zimmerman M, van Aarem R, Bäckehed U, Bäckman N, Edwardsson S, Struve J, et al., editors. Hygien, smittskydd, etik i tandvården. Stockholm: Förlagshuset Gothia, 1995: 15-21.
15. Andersen M. Når regningen er over smertegrænsen. Tandlægebladet 1996; 100: 794-6.
16. Andersen M. Øje for sig og tand for sig. Tandlægebladet 1996; 100: 796-7.
17. Andersen M. Også dyre tandlæger får patienter. Tandlægebladet 1996; 100: 798-9.
18. Kant I. Grundlæggelse af moralens metafysik. 1785.
19. Kampmann JP, Jørgensen T, Dirksen A. Etik og jura. I: Dirksen A, Christensen E, Jørgensen T, Kampmann JP, Kjær P, red. Klinisk forskningsmetode. København: Munksgaard, 1996: 157-67.
20. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient practitioner relationship. Volume 1, Washington DC: US Government Printing Office, 1982.
21. Niessen LC, Wetle T, Wirthman GP. Clinical management of the cognitively impaired older adult. In: Holm-Pedersen P, Löe H, editors. Textbook of geriatric dentistry. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard, 1996: 248-59.
22. Koch GG, Paquette DW. Design and statistical considerations in periodontal clinical trials. 1996 Joint Symposium on Clinical Trial Design and Analysis in Periodontics. National Institutes of Health. January 30 – February 2 1996; Bethesda, USA. (Abstract).
23. Reddy MS. Use of periodontal probes and radiographs in clinical trials of diagnostic tests. 1996 Joint Symposium on Clinical Trial Design and Analysis in Periodontics. National Institutes of Health. January 30 – February 2, 1996; Bethesda, USA. (Abstract).
24. Munksgaard EC, Hansen EK, Engen T, Holm U. Self-reported occupational dermatological reactions among Danish dentists. Eur J Oral Sci 1996; 104: 396-402.
25. Nally FF, Twitchen MJ. Oral cancer and precancer – a dilemma. Br Dent J 1989; 166: 398. (Letter to the editor).
26. Holmstrup P, Thorn JJ, Rindum J, Pindborg JJ. Malignant development of lichen planus affected oral mucosa. J Oral Pathol 1988; 17: 219-25.
27. Forvaltningsloven. Lov nr. 571 af 19. dec. 1985, § 27 og 28.
28. Straffeloven. Lov nr. 573 af 19. dec. 1985, § 152.
29. Sundhedsministeriet. Lægers tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger. Betænkning nr. 1305. København: Statens Information. 1995.
30. Dansk Tandlægeforening. Håndbog 1. Lov om tandlæger. Afsnit I. 1.2 1996.
31. Willemoes A. Tandlæger har et dårligt image. Jyllandsposten 2.1.1997. (Journalistisk indlæg).
32. Dansk Tandlægeforening. Håndbog 1. DTF's etiske regler og kollegiale vedtægt. Afsnit I.2.2 1996.

### Forfatter

*Palle Holmstrup*, professor, dr.odont.

Afdeling for Parodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet