

ABSTRACT

Den tandlæge, der udfører en ortodontisk behandling, har det fulde ansvar for behandlingen, som patienten har accepteret på et oplyst grundlag.

Med et oplyst grundlag forstås:

- den foreslåede behandlings opnåelige mål, bivirkninger, komplikationer og prognose
- alternativer, også dem, man ikke selv kan forestå, men henviser for
- oplysning om, hvorvidt den foreslåede behandling forhindrer en eventuel senere udførelse af en alternativ behandlingsoption.

Enkeltstående tandflytninger eller tandflytninger alene i én kæbe har altid en indflydelse på den orale funktion; indflydelsen vil hyppigt være af negativ karakter, hvis ikke såvel forankring som funktion omhyggeligt vurderes i planlægningsfasen. En behandlingsplan uden disse overvejelser vil afstedkomme en kompromisbehandling og skal være fremlagt som en sådan for patienten.

En del af de ortodontiske behandlingssystemer, der er til rådighed i tandlægebranchen, tilbyder en behandlingsplanlægning uden tandlægens interaktion, men uagtet hvilken teknologi der anvendes til planlægning og behandling, er det den behandelende tandlæge, der har ansvaret.

EMNEORD Orthodontics | dentist | informed consent | dental legislation



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:

MARIANNE BOCKHOFF

MABC@STPS.dk

Ansvarsplacering for ortodontibehandling i privat praksis

MARIANNE BOCKHOFF, tandlæge og chefkonsulent i Styrelsen for Patientsikkerhed, København

MORTEN BORCHORST, specialtandlæge i ortodonti

► Accepteret til publikation den 22. juni 2022

Tandlægebladet 2022;126:706-9

SUNDHEDSVÆSNET ER OVER TID ÆNDRET FRA ET PATRIARKALSK SYSTEM, hvor det er sundhedspersonen, der ved, hvilken behandling der er bedst for patienten, til et system, der bygger på respekt for patientens autonomi. Ændringer der sikrer det enkelte menneskes frihed til at træffe beslutninger vedrørende sit eget liv. I starten af 1980'erne bliver patientens informerede samtykke en del af sundhedslovgivningen. Patientens selvbestemmelsesret bliver lovfæstet i 1990'erne med lov om patienters retsstilling og er i dag implementeret i sundhedslovens kapitel 5 (1). Implementering af ændringer i behandler-patient-forhold sker ikke i løbet af kort tid og er til stadighed under diskussion i faglige medier (2), men gældende regler er klart defineret i sundhedsloven (1) og er i dag en af grundstenene i sundhedsvæsnets.

I forbindelse med strukturreformen indførte man i 2005 autorisationsloven (3) som en samlelov for autoriserede sundhedspersoner. Loven indeholder både krav til og rettigheder for autoriserede sundhedspersoner, herunder tandlæger. I det kommende omtaler vi kun tandlæger, men både krav og rettigheder er gældende for alle autoriserede sundhedspersoner. Når en tandlæge får tildelt sin autorisation, tildeles tandlægen privilegier; herunder eneretten til at udføre forebyggelse af instrumentel og medikamentel art, diagnostik og behandling af anomalier og sygdomme i tænder, mund og kæber. Det er det, der hedder tandlægers forbeholdte virksomhedsområde, og er angivet i autorisationsloven § 49 (3). Men med tildeling af en autorisation følger der også forpligtelser. De fleste er beskrevet i autorisationsloven (3) med underliggende bekendtgørelser og vejledninger, men de patientrettigheder, som er indeholdt i sundhedsloven (1), udgør også forpligtelser, som tandlæger

skal efterleve. Overordnet er tandlæger ifølge autorisationsloven forpligtet til at udøve omhu og samvittighedsfuldhed (§17), uhildethed ved udfærdigelse af erklæringer (§ 20) og føre patientjournal over faglig virksomhed (§§ 21-25). I sundhedsloven (1) er der forpligtelse til at informere patienter om patienternes orale sundhedstilstand og eventuelle nødvendige behandlingsmuligheder, så patienterne på et oplyst grundlag kan afgive samtykke til behandling (§§15-21) – hvilket skal journalføres jævnfør journalføringsbekendtgørelsen §§ 17-18 (4).

Ændring af behandlerrollen medførte, at det ikke længere er behandleren, der foretager et valg mellem de til rådighed værende behandlingsmuligheder, men derimod patienten, der skal foretage valget. For at gøre valget muligt for patienten skal tandlægen oplyse patienten om det forventede behandlingsresultat, bivirkninger, komplikationer, eventuelle alternative behandlingsmuligheder samt prognose for behandlingsplanen. På baggrund af denne information kan patienten så vælge eller fravælge behandlingen (5).

Det stiller krav til behandlerens overblik over de relevante behandlingsoptioner; også dem, der ikke er til rådighed i behandlerens eget kliniske virke, men udføres efter henvisning. Den henvisende tandlæge har naturligvis ikke ansvar for det informerede samtykke til den henviste behandling. Det ansvar påhviler altid den udøvende tandlæge, men det er afgørende at have kendskab til og informere om det fulde relevante spektrum af behandlingsmuligheder.

EKSEMPEL

Patienten kan henvende sig med en relativt simpel problematik, fx to palatinalt forskudte og let roterede lateraler i overkæ-

Klinisk relevans

Tandlæger, der har ortodonti i deres portefølje af behandlingstilbud, har det faglige ansvar for korrekt indikationsvurdering, behandlingsplanlægning, at gennemføre behandlingsforløbet og for et forsvarligt resultat af behandlingen. Tandlæger, der korrigerer tandstillingsfejl med alternative behandlinger, fx facadebehandlinger, har et ansvar for at informere patienten om, at der findes andre og måske mere optimale behandlinger.

Tandlæger kan udføre en behandling, der medfører, at andre behandlingsmuligheder efterfølgende ikke kan lade sig gøre. Hvis en anden behandlingsmulighed end den udførte må regnes for mere optimal, og patienten ikke forinden er informeret om denne begrænsning, har tandlægen ansvaret for, at patienten ikke får den optimale behandling. Det er derfor nødvendigt, at tandlæger, der behandler ortodontiske problemstillinger, er bekendt med det fulde spektrum af relevante behandlingsmuligheder; også dem de måske ikke selv har kompetence til at udføre, men bør henvise for.

ben, som patienten finder æstetisk generende. Om tilstanden er ledsaget af en tilsvarende trangstilling i underkæben eller et forøget sagittalt overbid (og muligt læbefang) eller andre tandstillingsfejl, er ikke omfattet af patientens interesse. Problemstillingen kan angribes på følgende måder med iagttagelse af stigende kompleksitet i behandlingen. ►

Løsninger af en lettere trangstilling med stigende kompleksitet

Behandling	Fordele	Ulemper/risici
2+2 opbygges facialt med plast.	Patientens henvendelsesårsag attackeres.	Hvis patienten bliver så glad for løsningen, at patienten også gerne vil have løst en tilsvarende problematik i underkæben, er dette imidlertid ikke muligt, da den grundlæggende kontaktpunktsforskydning ikke er løst.
Der foretages ortodontisk pladsskabelse og alignment i overkæben.	Patientens henvendelsesårsag attackeres. Der er et mindre vedligeholdelsesbehov, da der ikke er bygget ud med plast, men nu er der et retentionsbehov.	Der vil formentlig være et forøget horisontalt overbid efter behandlingen med forøget risiko for læbefang og manglende incisal støtte.
Der foretages ortodontisk pladsskabelse og alignment i begge kæber.	Patientens henvendelsesårsag attackeres. Der etableres god funktion og stabilitet på langt sigt.	Der må forventes et langvarigt retentionsbehov.
Omfattende ortodontisk behandling muligvis med ekstraktioner og endog ortodontisk kirurgisk korrektion.	Alle aspekter af patientens malokklusion vurderes og søges behandlet optimalt.	Ofte langvarig behandling med krav til såvel psykologiske som økonomiske muligheder fra patientens side.

Table 1. Eksempler på, hvordan en lettere trangstilling kan forsøges løst med angivelse af fordele og ulemper.

Table 1. Examples on different treatment approaches to a minor anterior alignment discrepancy with advantages and disadvantages.

En del af de mulige relevante behandlingsoptioner er ikke tilgængelige i almen praksis, men i det omfang patientens malokklusion ikke behandles fuldt ud af behandlingstilbuddet i almen praksis, bør patienten være vidende herom som en del af den information, der skal ligge til grund for, at patienten på et oplyst grundlag kan give et samtykke (1).

Det er tandlægens pligt at oplyse patienten om, at en større undersøgelse er påkrævet, selvom patienten egentlig kommer med et ønske om alene at få flyttet to tænder. Det ligger i autorisationslovens § 17 om pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (3).

Da alle ortodontiske behandlinger har forankringsbehov ud over den tand, der ønskes flyttet, er en vurdering af de øvrige tænder en forudsætning for, at en behandling kan planlægges, og at patienten på et oplyst grundlag kan vælge eller fravælge behandlingen (1).

En behandling, der ikke sigter mod at løse alle de diagnostiserede malokklusionstræk, er principielt en kompromisbehandling. Der er intet odiøst eller forkert ved en kompromisbehandling, såfremt patienten er oplyst om kompromiset, så patientaccepten er indhentet på et oplyst grundlag; herunder naturligvis prognose, bivirkninger og komplikationer ved kompromiset (5).

Behandlinger, der ikke opnår de opstillede mål, er ikke kompromisbehandlinger. Naturligvis kan der opstå forhold, hvor de opstillede behandlingsmål ikke længere kan eller bør søges opnået. Hvis der fx under behandlingsforløbet konstateres apikale resorptioner af alvorlig sværhedsgrad, så bør behandlingsplanen og -målet formentlig revurderes, hvorfor patienten oplyses om komplikationerne, og en ny behandlingsplan udarbejdes, journalføres, og patientsamtykke hertil indhentes (1). Den reviderede behandlingsplan vil ofte have kompromisets karakter, og dette skal patienten vide for at kunne give et nyt informeret samtykke (5).

Det er inden for ortodontien vanskeligt at fastlægge grænsen for behandlinger, der iværksættes på kosmetisk indikation. De fleste behandlinger har en betydelig æstetisk komponent, og de fleste behandlinger har effekt på okklusionen ud over den æstetiske effekt. Det er derfor afgørende for kvaliteten af en behandling, at sideeffekter fx af forankringsmæssig art håndteres adækvat (3). Alignerbehandlinger, hvor kun den æstetiske problemstilling løses, eller som kun omfatter en kæbe, vil som tommelfingerregel kunne anses som kompromisbehandlinger og skal journalføres som sådan.

Niveauet for almindelig anerkendt faglig standard ved tandregulering sættes med baggrund i autorisationslovens krav om omhu og samvittighedsfuldhed (3). Denne regel er også gæl-

dende i alle andre henseender, når der skal tages eller fastlægges et ansvar. Hvis en tandlæge har ydet en behandling, som er under normen for almindelig anerkendt faglig standard, vil tandlægen kunne få kritik i en klagesag. I erstatningsmæssig sammenhæng vil en patient blandt andet kunne være berettiget til erstatning for at blive påført en merskade, hvis det udførte behandlingsniveau ikke lever op til et specialistniveau – det kalder man specialistreglen (6).

Alle tandlæger må udføre den faglige virksomhed, der defineres som tandlægers forbeholdte virksomhedsområde (3). Det gælder også den del af det virksomhedsområde, der omfatter tandlægenes to specialer. Udøvelsen af ortodonti er således ikke forbeholdt for specialtandlæger. Men det vil efter en konkret vurdering kunne være i strid med autorisationslovens regler om omhu og samvittighedsfuldhed (3), hvis man som tandlæge uden speciale foretager en behandling, som man ikke har den fornødne faglige kunnen til at udføre. Det er alene den ansvarlige tandlæges faglige kunnen, der afgør, om det vil være kritisabelt at udføre en behandling, som normalt udføres af en specialtandlæge. Leverer tandlægen uden speciale den samme kvalitet, som kan forventes af specialtandlægen, så har tandlægen behandlet patienten med omhu og samvittighedsfuldhed (3).

Valg af behandlingsmetode skal være fagligt velbegrunder. Inden for ortodonti vil kravene til omhu og samvittighedsfuldhed (3) skulle relatere til det vidensniveau, der findes hos specialtandlægerne. Det er derfor grundlæggende, at tandlæger, der vælger at korrigere tandstillingsfejl, har viden om de forskellige metoders muligheder og begrænsninger. Der er ingen mulighed for efterfølgende at frasige sig sit ansvar for et uheldigt behandlingsresultat, fordi man fx har valgt at anvende en særlig behandlingsteknologi til behandlingen. Det kunne være alignerteknologi og herunder anvendte softwareprogrammer.

Med udgangspunkt i den patient, der ønsker at få to palatinalt forskudte og let roterede lateraler i overkæben rettet, fordi patienten finder det æstetisk generende og behandlingen foretages i privat praksis af en tandlæge uden speciale, vil behandlingsansvaret altid ligge hos den udøvende tandlæge. Kvaliteten af behandlingsforløbet og resultatet bør være på samme høje niveau, som hvis en specialtandlæge i ortodonti udfører behandlingen. I princippet kan alle behandlinger udføres i privat praksis af en tandlæge uden speciale, så længe behandlingen foretages med omhu og samvittighedsfuldhed (3), samt at patienten accepterer behandlingen på et fuldt oplyst grundlag (1).

For læsere, som ønsker at fordybe sig i emnet, kan det anbefales at følge Yngre Lægers side herom (7). ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

RESPONSIBILITY FOR ORTHODONTIC TREATMENT IN GENERAL DENTAL PRACTICE

The dentist, when performing an orthodontic treatment must have the informed consent of the patient. Even so, the dentist retains full responsibility for the treatment.

An informed decision is based on:

- the expected goals, side effects, complications and prognosis of the suggested treatment
- treatment alternatives, including treatments that the clinician does not perform but refers to other dental professionals
- advice on whether the proposed treatment will exclude alternative treatment options.

Moving single teeth or tooth movements in only one jaw always influences the oral function; the influence will frequently be negative, if the treatment planning phase does not carefully include anchorage and functional considerations. Careful planning of the anchorage and functional considerations should be undertaken by the dentist and discussed with the patient.

Many of the orthodontic treatment systems available to the dental sector offer treatment planning without interaction with the dentist, but no matter what technology is involved in treatment planning and execution, the treatment remains the responsibility of the dentist.

LITTERATUR

1. SUNDHEDSMINISTERIET. Bekendtgørelse om sundhedsloven. LBK nr. 210 af 27/01/2022. (Set 2022 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>
2. Greco PM. Woulda, shoulda, coulda? Am J Orthod Dentofacial Orthop 2021;160:773.
3. SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedsper-
soner og om sundhedsfaglig virksomhed (Autorisationsloven). LBK nr. 731 af 08/07/2019. (Set 2022 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731>
4. SUNDHEDSMINISTERIET. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (Journalføringsbekendtgørelsen). BEK nr. 1225 af 08/06/2021. (Set 2022 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1225>
5. SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET. Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. VEJ nr. 161 af 16/09/1998. (Set 2022 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/1998/161>
6. SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET. Bekendtgørelse af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20 stk. 1. LBK nr. 995 af 14/06/2018. (Set 2022 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/995>
7. YNGRE LÆGER. Hvad er fælles beslutningstagning? (Set 2022 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.laeger.dk/node/6256>