
Tilpasset behandling

GUNHILD VESTERHUS STRAND

Innen moderne pasientbehandling kan en lett forvirres av alle de forskjellige typer „behandling“, for eksempel evidensbasert -, kvalitetssikret -, alternativ -, midlertidig -, semi-permanent -, nødvendig -, faglig forsvarlig behandling osv. Det skulle derfor ikke være noen grunn til å fokusere på enda et begrep, nemlig (individelt) *tilpasset behandling*. Mange vil dessuten hevde at dette aspektet er inkludert i alle de ovennevnte typer for behandling. Men i blant vil en måtte ty til ukonvensjonelle behandlingsprinsipper fordi en finner disse optimale ut fra pasientens tilstand og situasjon, selv om tilsvarende behandling hos „gjennomsnittspasienten“ vil kunne karakteriseres både som utilstrekkelig og tvilsom. Forutsatt at tannlegen har den nødvendige kunnskap og fører jevnlig tilsyn med pasienten, må en kunne hevde at en slik behandling har sin legitimitet så lenge den er faglig indisert og basert på hensynet til pasientens beste.

Evidensbasert behandling

Evidensbasert behandling defineres gjerne som *kunnskapsbasert praksis*¹. Den evidensbaserte odontologi og medisin (EBM) innebærer at diagnostikk og behandling skal være begrunnet i vitenskapelig dokumenterbar erfaring. Dersom evidens fra randomiserte kontrollerte forsøk og meta-analyser viser at en ny behandling eller teknikk er bedre enn andre alternativer, så bør denne implementeres til erstatning for eksisterende praksis. Slik skal

pasientene føle sikkerhet for at våre handlinger er valgt utfra den best tilgjengelige kunnskap.

Det eksisterer mye viten om variasjoner i klinisk atferd, om usikre beslutningstakere og om mangelfulle kliniske rapporter². Vi vet for lite om effekten av mye av det vi gjør, og vi bruker det vi vet for dårlig og for tilfeldig. En lederartikkel i *British Medical Journal* (1991) oppgis ofte som utgangspunkt for EBM – tankegangen³. I denne blir det hevdet at bare om lag 10-20% av medisinske intervensjoner er underbygd av solid vitenskapelig evidens. Å forsøke å underbygge våre handlinger med dokumentasjon av deres effekt, er derfor både nødvendig og logisk. EBM -filosofien har dessuten vært et fremskritt med hensyn til å bevisstgjøre helsepersonell til å benytte den beste viten som til enhver tid finnes.

Imidlertid synes det som om det har utviklet seg en retorikk omkring EBM som impliserer at „ikke-EBM“ er dårlig praksis. Mange advarer mot den autoritative status som EBM er i ferd med å få og som innebærer at „best mulig behandling“ ikke lenger er overlatt til den profesjonelle autonomi⁴. En har sett at lister over behandlingsprosedyrer er blitt et verktøy for beslutningstakere innen helsetjenesten for å regulere praksis. En kan således spekulere i om EBM ikke bare er et ønske om å utvikle en medisin/odontologi med bedre vitenskapelig grunnlag, men også et ønske om å imøtekomme krav om dokumentasjon overfor styresmakter og andre finansieringskilder. Kostnadskontroll kan lett koples til standardiserte prosedyrer og en vil kunne oppnå en normering av behandling basert på eksplisitte kriterier. I enkelte land planlegger en at kun pasientbehandling basert på EBM skal refunderes fra det offentlige⁵. Det er nesten så en kan forestille seg at både helsetilsyn, jurister, industri og andre kan anklage helsepersonell dersom det ikke handles i samsvar med det „hellige evangelium om evidence-based medicine“⁶.

At det er et samfunnsmessig behov for kontroll av praksis, er forståelig. Likeledes er det et profesjonspolitisk behov for å legitimere praksis. Men det er ikke uten videre gitt at en bedre legiti-

mert praksis i alle tilfelle også er en bedre praksis. Kunnskap vunnet ut fra begrepslig forståelse er en ting; *praktisk – moralsk handlingsklokskap* noe ganske annet⁷. I en praktisk yrkessammenheng er situasjonene mangfoldige, kompliserte og nyanserte. Det viktigste i noen situasjoner er ikke nødvendigvis bevis, men heller innlevelse, overveielser og klokskap. Mange føler derfor at det som oppfattes som empirisk kontroll **av** praksis, er problematisk, – til forskjell fra empirisk forskning **på** praksis som en jo har holdt på med lenge. Det er en vesentlig forskjell mellom å hevde at klinisk praksis skal være forskningsbasert – og å undersøke hva det vitenskapelige grunnlaget for praksis er.

EBM gjelder strengt tatt kun gjennomsnittspasienten. Men i en tannlegepraksis finnes det mange typer pasienter med varierende psykologiske og sosiale særtrekk. En type behandling som ikke kom ut statistisk signifikant bedre i kontrollerte forsøk, kan likevel vise seg optimal under praktisk kliniske forhold – og motsatt; en behandling som er påvist å være statistisk signifikant best i kontrollerte gruppestudier, vil i enkelte konkrete praktiske behandlingssituasjoner være overbehandling. Og; siden evidensen baseres på kontrollerte kliniske forsøk, betyr det at personer med dårlig „compliance“ ekskluderes som forsøkspersoner. En gruppe mennesker som gjerne utviser mangelfull „compliance“, er de psykisk syke. Å legge opp til en tannbehandling basert på EBM for personer med nedsatt „compliance“ vil i mange tilfelle være kontraindisert. Et annet eksempel er vårt ofte store problem med å behandle sykdommen karies. Dette skulle da ikke være noen kunst på bakgrunn av all vår evidensbaserte viten om kost, hygiene, saliva og fluor? Problemet er å få den enkelte pasienten til å akseptere vår terapi – og til dette kreves en helt annen type menneskelig kunnskap.

Kvalitetssikret behandling

Kvalitetssikring innebærer at tjenestens kvalitetsnivå skal kunne

måles i forhold til en „gylden standard“⁸. Men å oppnå en „gylden standard“ vil i visse situasjoner være urealistisk. I andre tilfelle finnes det ingen standard. For overgangen mellom dokumenterte og udokumenterte behandlingsformer er slett ikke sylskarp. Veien fra udokumentert til dokumentert behandling er en trinnvis prosess der man beveger seg fra at en metode er totalt udokumentert, via en viss dokumentasjon, til at man kan kalle behandlingsformen for etablert. Det kan være grunn til å minne om at alt som i dag kalles god odontologi, på et eller annet tidspunkt var både udokumentert og uvitenskapelig. Et viktig aspekt som skiller den seriøse kliniker fra den useriøse, er imidlertid at den seriøse benytter en selvevalueringsmetode for slik å kontrollere kvaliteten av utført arbeid. Gjennom sine observasjoner, sine mislykkete og lykkete forsøk og gjennom å reflektere over dette oppnås en erfaring som skal føre til opprettende atferd. Dette er særlig viktig dersom en benytter en tilpasset behandling med prosedyrer eller materialer som ikke helt (foreløpig?) tilhører den „etablerte“ odontologi. I Norge er kvalitetskontroll av eget arbeid lovpålagt⁹.

Faglig forsvarlig behandling / nødvendig tannbehandling

Begrepet „faglig forsvarlig“ står sentralt i de fleste lover og retningslinjer som regulerer den faglige delen av virksomheten, og er derfor noe praktiserende tannleger og tannpleiere må forholde seg til daglig. Det er imidlertid vanskelig å si noe enkelt og konkret om hva som er faglig forsvarlig tannbehandling, og hva som ikke er forsvarlig¹⁰. Evidensbasert viten, lærestedenes undervisning, retningslinjer fra helsemyndighetene og profesjonsetiske bestemmelser vil være normsettende. I visse situasjoner ville det være ønskelig at disse begrepene ble definert relativt entydig i den forstand at de ikke endrer seg med pasientens tilstand og situasjon. For eksempel viser undersøkelser fra Norge at landets

sosialkontor har ulikt syn på hva som er nødvendig/faglig for-
 svarlig behandling og derfor blir bestemmelsene om tilskudd til
 tannbehandling praktisert svært ulikt¹¹. Det er selvfølgelig uhel-
 dig dersom det er tilfeldig hvilken tannbehandling som får støtte,
 slik at en får store kvalitetsforskjeller i den innvilgede behan-
 ling. Likeledes må politikerne ha visse retningslinjer for fordeling
 av midler til tannhelseformål. Men det er på den annen side farlig
 å låse fast begrepene i strenge kriterier fordi dette i noen tilfelle
 kan føre til over- eller underbehandling.

Synet på hva som er faglig forsvarlig har endret seg gjennom ti-
 dene og vil nok alltid være emne for diskusjon. Årsaken til at det
 har vist seg vanskelig å klart definere kriterier for dette, er nok
 det faktum at valg av behandling både har en faglig og en mo-
 ralsk side. En måte å omgå problemet er å enes om overordnede
 tannhelsemål. F.eks.¹²:

En skal sørge for at den enkelte:

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene
- har tilfredsstillende tyggefunksjon.

Tilpasset behandling

Vitenskap er en viktig premissleverandør for kliniske vurdering-
 er, men må ikke bli totalt normgivende for klinisk praksis. I så til-
 felle blir tannlegen en passiv leverandør av behandling uten at
 pasienten blir tatt med på råd. Klinisk praksis foregår på et annet
 plan enn det vitenskapelige. I klinisk praksis er det ofte ikke fakta
 eller generelle kunnskaper en mangler. Tvert om er en ofte så
 overmettet av (til dels motstridende) kunnskap at dette i seg selv
 kan gjøre det vanskelig å foreta en beslutning. Hvis det objektive
 behandlingsbehov effektueres fullt ut, risikerer en at det overbe-
 handles. På den annen side løper man en risiko for å underbe-
 handle hvis alene det subjektive behandlingbehov tilgodeses.

Den gode kliniker ser pasienten innenfor en helhet som forener odontologiske, somatiske, psykiske, sosiale, kulturelle så vel som økonomiske faktorer. Slik avveies ideelle odontologiske krav mot hensynet til pasientens livskvalitet. Dette er utførlig beskrevet av Størksen¹³: Har behandlingen verdi for pasienten? Hva tenker pasienten om dette problemet? Hvordan mestres det? Tåler pasienten behandlingen fysisk og mentalt? Ko-opererer vedkommende? Kan pasienten møte til flere behandlingsseanser – hva med transport og eventuelt følge? Kan det ferdige resultat på noen måte vedlikeholdes? Kan den valgte løsning lett omarbeides, eventuelt utvides ved ugunstig utvikling? Hvordan er kostnadene i forhold til varighet og verdi for pasienten? Hva med livstidsperspektivet? pasientens alder? kariesaktivitet? periodontale forhold? bitt? munnhygiene? Behandlingsutkastet skal uansett være basert på god diagnostikk og kan gjerne som et utgangspunkt være rent faglig basert. En veier deretter alle fakta omhyggelig og vurderer så om forslaget er egnet og/eller realistisk? Gitt samme odontologiske tilstand kan således forskjellige pasienter motta alt fra ingen behandling til svært omfattende behandling. Hos en syk 70-åring med et redusert tannsett kan midlertidige fyllinger, temporær rebasering eller munnstell være adekvat terapi. Et tilsvarende tannsett hos en frisk men begynnende dement 70-åring, ville kanskje kreve rask intervensjon med total ekstraksjon og implantatterapi. I den tilpassete behandling prioriteres hensynet til pasientens helse først og fremst. Dette innebærer at alvorlige infeksjoner og/eller smerte elimineres. Deretter skal en bevare en tilfredsstillende funksjon eller om mulig reetablere slik funksjon. Til sist skal estetiske behov ivaretas.

En kan også komme i en situasjon der offentlige ressurser er begrenset og der behandlingen må tilpasses for å bremse opp for grenseløse krav og ønsker som vil gå på bekostning av andre. For klinikerens kan dette være vanskelig fordi barmhjertighetsprinsippet kommer i konflikt med rettferdighetsprinsippet.

Alternativ behandling

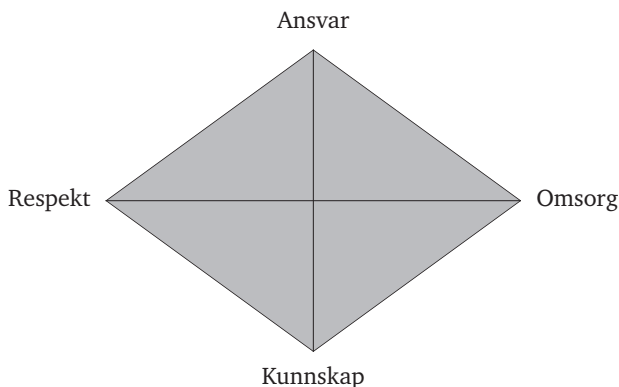
Verdens helseorganisasjon definerer alternativ medisin som alle former for helsearbeid som vanligvis ligger utenfor skolemedisinen og den offisielle helsesektoren¹⁴. Tilpasset behandling kan nok befinne seg i en gråsoner når det gjelder evidens, men det er ikke riktig å karakterisere den som en alternativ tannbehandling i forhold til den offisielle odontologi, – da heller som et supplement. Alternativ behandling vil dessuten for mange gi uheldige assosiasjoner til for eksempel kvakksalveri og betegnelsen alternativ tannbehandling bør derfor unngås i denne sammenheng.

Midlertidig behandling

Deler av den tilpassete behandlingen vil kunne passe inn under denne beskrivelsen. Imidlertid er det for eksempel respektløst overfor et døende menneske å fremføre at en i denne konkrete situasjonen velger å gjøre en midlertidig behandling. Motivet i en slik situasjon er nemlig ikke midlertidigheten, men å gjøre mennesket vel.

Etiske aspekter ved valg av behandling

Tanken på at vitenskapen alene skal diktere hvilken praksis som skal gjelde, er umulig. På den annen side, hvordan skal en kunne legitimere en behandling som ikke er vitenskapelig dokumentert? Og hvordan skal en kunne fastholde og ivareta hensynet til det moralsk gode, riktige og rettferdige i skiftende og ofte uoversiktlige handlingssituasjoner? En etisk dimensjon som det er enkelt å forholde seg til når det gjelder praktisk handling, er „den etiske diamant“¹⁵. I denne modellen flettes de fire begrepene ansvar, respekt, omsorg og kunnskap sammen:



Ansvar betyr å svare overfor noen dvs. å ha en „respons-ability“. Dette innebærer å lytte og reagere på andres behov. Men ansvar kan ha mange ansikter og tjene ulike interesser. Ved å se ansvar i forhold til begrepene omsorg, respekt og kunnskap gis en ramme som sikrer at ansvaret settes inn i en god sammenheng. Med omsorg menes „å-bry-seg-om“ i positiv forstand. Begrepsmessig har en person omsorg for en annen når han investerer av seg selv i vedkommende. Respekt betyr egentlig å se det unike ved den andre dvs. å se på pasienten som en person med absolutt og ukrenkelig verdighet. Kunnskap er nødvendig for å vite hvordan man kan gi omsorg og yte respekt til andre. Ansvar uten kunnskap er tyngende. Respekt uten omsorg er verdiløs fordi det innebærer unnløstelse. Omsorg uten respekt er krenkende¹⁵. Dersom de verdiene som er nedfelt i den etiske diamant er retningsgivende i behandlingssituasjonen, vil dette i de fleste tilfelle være med på å legitimere de valg som er gjort – om de enn kan fremstå som utradisjonelle!

Informert samtykke er et selvfølgelig krav på bakgrunn av pasientens rett til nødvendig informasjon og prinsippet om at all behandling skal være basert på frivillighet. Den etiske utfordringen ligger i at det ikke bare er et spørsmål om hva behandler sier, men også om hva mottaker forstår. I de tilfellene tannlegen velger å utføre en behandling som kan karakteriseres som utradisjonell

eller tilpasset, må kravet til grundig informasjon og journalføring være ivaretatt. Å vise til pasientens uttrykte ønske og/eller et skriftlig samtykke fratrar ikke tannlegen ansvaret for behandlingen.

Konklusjon

Forestillingene om den evidensbaserte odontologi er et stort fremskritt for faget. Men mye tyder på at det i visse miljøer har utviklet seg en ideologi der all „ikke-EBM basert behandling“ betraktes som useriøs. Det kan være grunn til å advare mot dette fordi en slik innstilling blant annet vil kunne føre til overbehandling.

Det virkelige liv er ganske annerledes enn det en finner i kontrollerte kliniske studier. En tilpasning til virkeligheten der faktorer som pasientens helse, tannsettets prognose som følge av alder, evne og vilje til å følge opp behandlingen samt økonomiske forhold, vil kunne medføre at en handler utradisjonelt i forhold til vedtatte normer¹⁶. En slik behandling er legitim så lenge den profesjonelle tannlege eller tannpleier handler utfra hensynet til pasientens beste. Det viktigste i mange situasjoner er således ikke bevis, men *praktisk-moralsk handlingsklokskap*. Evidens kan kun brukes til å underbygge den enkeltes behandlingsvalg. Evidens avgjør ikke valget¹⁷.

LITTERATUR

- 1 Jokstad A. EBM, evidensbasert medisin – relevant for tannleger? Nor Tannlegeforen Tid 1999;109:548-51.
- 2 Kay EJ, Nuttal NM, Krill-Jones R. Restorative treatment thresholds and agreement in treatment decision-making. Community Dent Oral Epidemiol 1992;20:65-8.
- 3 Smith R. Where is the wisdom? ... the poverty of medical evidence. Br Med J 1991;303:789-99.

- 4 Ekeland TJ. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsk Nor Psykfor* 1999;36:1036-47.
- 5 Dick WF. Evidencebased medicine at any cost? *Anesthesiologie und intensiv Medizin* 1998;39:133-6.
- 6 Rosenberg W, Donald A. Evidencebased medicine: an approach to clinical problemsolving. *Br Med J* 1995;310:1122-6.
- 7 Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Tano/Universitetsforlaget, 1997:146-59.
- 8 Sikring av kvalitet i helsetjenesten (Helsedirektoratets utredningsserie 4: 1991). Oslo: Helsedirektoratet, 1991.
- 9 Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999.
- 10 Den norske tannlegeforening: Hva er egentlig nødvendig tannbehandling? *Nor Tannlegeforen Tid* 1997;107:820-1.
- 11 Stenvik R. Sosialstønad til tannbehandling i 1995. *Nor Tannlegeforen Tid* 1998;108:18-9.
- 12 Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid. Veiledningshefte 1/99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
- 13 Størksen K. Når standardløsningene ikke finnes. *Nor Tannlegeforen Tid* 2001;111:142-9.
- 14 Alternativ medisin. NOU, Norges offentlige utredninger 1998: 21.
- 15 Ims KJ. *Informasjonsetikk i praksis*. Oslo: Tano, 1992.
- 16 Knutsson K, Rohlin M. *Vad vet vi om tandläkares behandlingsbeslut*. Odontologi 2001. København: Munksgaard, 2001.
- 17 Olesen F, Lus J. *Cochrane samarbejdet og evidensbasert medicin, kritisk belyst. I: Medisinsk årbog*. København: Munksgaard, 1999:43-51.