

Judith Jenny Johanne Kapstad, Trond Storesund og Gunhild Vesterhus Strand

## Bruk av tvang ved tannbehandling – Lov eller ikke?

Denne artikkelen omhandler tannpleie til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg tannhelsehjelp – og hvordan tannhelsepersonellet i slike tilfeller kan nå frem med lovfestet bruk av tvang for å gi nødvendig behandling. Lovreguleringen av bruk av tvang i tjenesteytingen ble iverksatt i 2009 da Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 A ble innført.

Det presenteres funn fra en spørreundersøkelse som ble utført blant tannleger og tannpleiere i de tre vestlandsfylkene Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Resultatene viser at kunnskapen om loven er mangelfull, at det er betydelig usikkerhet om grensene for bruk av tvang og at saksbehandlingen ikke er tilstrekkelig kjent. Undersøkelsen indikerer at det foreligger en underrapportering av tvangsbruk i tannhelsetjenesten.

**H**ovedregelen i lov om pasient- og brukerrettigheter er at all helsehjelp skal være basert på frivillighet og at helsehjelp bare kan gis med pasientens informerte samtykke (1,2). For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (faktaboks 1). Ifølge lovverket har personer over 16 år samtykkekompetanse. Men samtykke kan bortfalle dersom pasienten på grunn av for eksempel senil demens, psykisk utviklingshemning eller ulike former for hjerneskade, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva et samtykke omfatter (Faktaboks 2).

Før 1. januar 2009 var det i prinsippet ikke lovlig å bruke tvang for å gi nødvendig tannbehandling til pasienter

som manglet samtykkekompetanse, og som motsatte seg behandling. Dette endret seg da man innførte et nytt kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven (3–4). Loven gir strenge føringer og vilkår for at et vedtak om bruk av tvang kan gjøres. Et absolutt vilkår er at bruken av tvang skal være til pasientens beste, hvilket innebærer at å unnlate å gi helsehjelp vil gi vesentlig helseskade. Tvangstiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelpen, og tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt først. For vedtaksprosessen og krav til dokumentasjon – se faktaboks 3.

Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. For en tannlege vil det være naturlig å samarbeide med personer som kjenner vedkommende godt – for eksempel annet helsepersonell eller pårørende. Det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen, vanligvis en lege eller en tannlege, kan fatte vedtak om bruk av tvang. Den som fatter vedtak, må være faglig kvalifisert til å vurdere alle konsekvenser av tvangen. Før det fattes vedtak, skal det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende. Dersom det skal fattes vedtak om alvorlig inngrep, treffes dette alltid i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Loven nevner eksempler på hva som utgjør et alvorlig inn-

### Faktaboks 1

For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen:

- automatisk uten å be om det.
- tilstrekkelig til å få innsikt i helsetilstand og innhold i helsehjelpen.
- om risiki og bivirkninger.
- tilstrekkelig for å kunne avgi samtykke.
- tilpasset mottakerens forutsetninger
- på en hensynsfull måte.
- særlige krav ved stor risiko for skade eller komplikasjoner.
- helsepersonell må forsikre seg om at informasjonen er forstått og nedtegnet i journalen at informasjonen er formidlet.

#### Forfattere

Judith Jenny Johanne Kapstad, tannlege. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdeling Sogn og Fjordane

Trond Storesund, tannlege, PhD. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdeling Rogaland

Gunhild Vesterhus Strand, professor, dr.odont. Tannhelsetjenesten i Hordaland, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge

## Faktaboks 2

Pasientens beslutningskompetanse kan bortfalle i relasjon til den konkrete helsehjelpen dersom det er overveiende sannsynlighet for at vedkommende ikke er i stand til å enten:

- forstå nødvendig informasjon relevant for beslutningen,
- fastholde informasjonen inntil beslutningen er tatt,
- anerkjenne aktualiteten av informasjonen for sin egen situasjon,
- resonnere på bakgrunn av informasjonen med tanke på å treffe et valg, herunder bruke og veie informasjonen i sin egen situasjon
- uttrykke et valg.

## Faktaboks 3

Saksbehandling i forbindelse med vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

Følgende forutsetninger gjelder:

1. Pasienten er over 16 år.
2. Pasienten mangler samtykkekompetanse.
3. Pasienten motsetter seg helsehjelp.
4. Tillitsskapende tiltak i tilstrekkelig grad er forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve.
5. Det er gjort tannhelsefaglige vurderinger av om tannhelsehjelpen kan gjennomføres med tvang.

Benytt skjema tilgjengelig hos Helsedirektoratet:

<http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx#vedtaksskjema>

- Skjemaet fylles ut elektronisk før det skrives ut.
- Les veiledning på slutten av skjemaet før du fyller det ut.
- Unngå bruk av stikkord.
- Pasienten skal om mulig underrettes om vedtaket.
- Pårørende skal underrettes om vedtaket, og bør få en kopi av dette (se punkt 13 i skjemaet).
- Det må undersøkes i egen organisasjon hvem som er overordnet faglig ansvarlig. Kopi sendes til vedkommende.
- Kopi sendes til fylkesmannen i fylket.
- Kopi av vedtaket må journalføres.
- Gjennomføringen av tvangstiltaket må journalføres utførlig og nøyaktig.
- Ring til fylkesmannen for veiledning dersom du er usikker på noe.

Fylkesmannen går gjennom alle vedtak, og gir tilbakemelding dersom dette er nødvendig. Fylkesmannen kan også oppheve vedtaket. Ved vedtak som varer lenger enn tre måneder blir det foretatt en obligatorisk kontroll etter tre måneder. Fylkesmannen vil i forkant av dette innhente utfyllende informasjon om pasienten og om gjennomføring av vedtaket så langt. Pasient og pårørende har klagerett på vedtaket..

grep, så som bevegeshindrende tiltak, inngrep i kroppen og bruk av reseptbelagte midler. Det er verdt å merke seg at helsehjelp omfatter alle handlinger som har diagnostiserende, undersøkende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller habiliterende formål samt pleie- og omsorgsformål. Helsehjelpen

skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Forhold vedrørende tannpleiernes vedtakskompetanse, utdypes i et brev fra Helsedirektoratet (5): «Tannpleiere kan ha vedtakskompetanse etter parlr. § 4 A-5. etter en konkret vurdering i det enkelte tilfelle. Forutsetningen er at tannpleieren er den som er ansvarlig for gjennomføring av den aktuelle helsehjelpen, for eksempel klinisk undersøkelse av tannhelsestand eller gjennomføring av munnhygiene. Tannpleieren vil altså ikke kunne fatte vedtak om helsehjelp som en tannlege er ansvarlig for. Videre er det en forutsetning at tannpleieren har de faglige forutsetninger for å vurdere alle konsekvenser av vedtaket, for eksempel hvilke konsekvenser bruk av fysisk makt (holding og lignende) kan ha på pasientens helsestand for øvrig. Direktoratet anser imidlertid at vedtak om å gi sederende legemidler i forbindelse med tvungen tannbehandling, skal treffes av lege eller tannlege. Dette må gjelde selv om annet helsepersonell, for eksempel tannpleier, administrerer legemiddelet».

Forekomsten av demente i Norge er stadig økende og utgjør nå ca 80 000 personer. Av disse er 97 % over 65 år. I sykehjem har mellom 75–80 % en alvorlig demensdiagnose (6). Det er utfordrende å stille diagnosen psykisk utviklingshemning. På bakgrunn av ICD-10 klassifikasjonen skal det i Norge være cirka 60 000 personer med en slik diagnose (7,8). Flere av disse kan selv sagt ha en begrenset samtykkekompetanse – og mange lar seg behandle uten motstand. Det høye antallet tilsier likevel at de aller fleste offentlige tannleger og tannpleiere fra tid til annen må ta stilling til om det skal brukes tvang i behandlingssituasjonen – da dette er pasientgrupper de ofte møter fordi de har prioritet i følge Lov om tannhelsetjenester (9).

Det kan være flere grunner for å bruke tvang for å opprettholde en god munnhelse (10). En god oral helse er viktig for ernæring, velvære og sosialt samvær. God munnhelse har også betydning for den generelle helsen – spesielt for individer som er fysisk svekket og har et redusert immunforsvar. I disse tilfeller kan dårlig munnhygiene i ekstreme tilfelle være livstruende. Bakterier fra munnhulen kan trekkes ned i luftveiene eller spres via blodbanen. Dette kan i neste omgang gi opphav til systemiske sykdommer som pneumoni, endokarditt, sepsis og aterosklerose (11). For få år siden ble det publisert et norsk kasus der en infisert tann førte til en svært alvorlig nekrotiserende fasciitt (12).

Ifølge tilsynsrapporter fra Helsetilsynet (13–15) er det ved flere anledninger avdekket mangelfull lovanvendelse, noe som er alvorlig både for pasienter og helsepersonell. Ved tilsynet har man spesielt vektlagt: At motstand mot helsehjelp blir identifisert og at samtykkekompetansen til pasienten blir vurdert, at tillitsskapende tiltak blir prøvd før somatisk helsehjelp blir gitt ved tvang, og at det blir gjort helsefaglige vurderinger av om den aktuelle somatiske helsehjelpen kan gjennomføres med tvang. Det har ikke vært foretatt tilsyn som undersøker om pasienter uten samtykkekompetanse har fått tannbehandling mot sin vilje uten at vedtak er fattet på forsvarlig vis. Tidligere undersøkelser

fra andre deler av helsevesenet har imidlertid vist at bruk av tvang er ganske utbredt (16).

Målet med denne undersøkelsen var å undersøke i hvilken grad tannleger og tannpleiere på Vestlandet har kunnskap om pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A og om intensjonen bak lovverket etterleves.

## Materiale og metode

### Spørreskjema

Høsten 2013 ble det sendt et spørreskjema per e-post til alle tannleger (n=300) og tannpleiere (n=94) som arbeidet i Den offentlige tannhelsetjenesten i de tre vestlandsfylkene: Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. (Seksten personer var i permisjon og ble ikke kontaktet). Spørreskjemaet ble utviklet av forfatterne for å belyse respondentenes kunnskap om pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4 A. I tillegg til informasjon om yrkesgruppe består skjemaet av 14 spørsmål. Skjemaet ble i forkant testet på tannleger og tannpleiere og justeringer foretatt etter tilbakemeldinger. Teksten på de enkelte spørsmål og svarkategorier er gjengitt i tabell 1 og 2. Studien ble vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og deretter godkjent av de tre fylkestannlegene som var behjelpelig med å sende ut spørreskjemaet elektronisk (Questback). Det ble foretatt to påminnelser til personer som ikke hadde svart ved første henvendelse – dette administreres automatisk av programmet. Alle data er anonyme, og det er derfor ikke mulig å gjøre bortfallsanalyser eller sammenligninger på fylkesnivå. Informasjon om antall skrevne vedtak som er sendt myndighetene (2009–2013), ble innhentet ved henvendelse til fylkesmannens kontor i de tre fylkene.

### Statistiske metoder

Innsamlede data ble analysert ved hjelp av SPSS Statistics 20 (IBM). Responsen fra tannleger og tannpleiere er gjengitt separat. Spørsmålene i tabell 1 er analysert med fullt datasett. I tabell 2 er datasettet begrenset til responsene fra personer som har

svart «ja» på spørsmålet: «Har du skrevet vedtak om bruk av tvang på pasienter?»

De enkelte fordelinger er beskrevet med frekvenser av responser samt manglende svar (missing data) og prosentandeler av samme.

Gruppeforskjeller ble testet med hele datamaterialet for Tannlege versus Tannpleier. Tilsvarende gruppeforskjeller ble også testet innen gruppene for Mann versus Kvinne med datamaterialet for tannlegene og for Aldersgrupper med datamaterialet for henholdsvis tannlegene og tannpleierne. I analysen av alders-

Tabell 1. Spørsmål om tvangsbruk og fordeling av svar blant tannleger (N=196) og tannpleiere (N=64) i region vest

Variabel	Svarkategorier	Tannlege		Tannpleier	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kjønn	Mann	51 (26)	2 (3)		
	Kvinne	143 (73)	66 (97)		
	Ikke besvart	2 (1)	0 (0)		
Alder	< 30	32 (16)	12 (18)		
	30–50	104 (53)	27 (40)		
	> 50	60 (31)	29 (42)		
Kjenner du til loven om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 A?	Ja	156 (80)	56 (82)		
	Nei	27 (14)	5 (8)		
	Ikke besvart	13 (6)	7 (10)		
Hvor har du fått informasjon om dette lovverket?	Kurs	78 (40)*	28 (41)*		
	Informasjon fra NTF	44 (22)*	7 (10)*		
	Informasjon fra Helsetilsynet	58 (30)*	25 (37)*		
	Annet	78 (40)*	25 (37)*		
	Ikke besvart	35 (18)*	11 (16)*		
Behandler du pasienter som mangler samtykkekompetanse?	Ja	132 (67)	36 (53)		
	Nei	47 (24)	23 (34)		
	Ikke besvart	17 (9)	9 (13)		
Vurderer du pasientens samtykkekompetanse før behandling?	Ja	173 (88)	51 (75)		
	Nei	6 (3)	9 (13)		
	Ikke besvart	17 (9)	8 (12)		
Hva legger du i begrepet «tvang»?	Overtalelse	10 (5)*	1 (2)*		
	Ledelse/ føring ved hånd	39 (20)*	6 (9)*		
	Premedisinering	84 (43)*	24 (35)*		
	Holde pasients hender	163 (83)*	57 (84)*		
	Behandling under narkose	104 (53)*	22 (32)*		
	Annet	25 (13)*	6 (9)*		
	Ikke besvart	18 (9)*	7 (10)*		
Er du kjent med skjema som skal fylles ut i forbindelse med bruk av tvang?	Ja	150 (77)	48 (71)		
	Nei	26 (13)	13 (19)		
	Ikke besvart	20 (10)	7 (10)		
Gir du tannbehandling dersom du må bruke «tvang»?	Ja, ≥ 6 ganger per år	22 (11)	1 (2)		
	Ja, ≤ 5 ganger per år	86 (44)	14 (20)		
	Nei	67 (34)	46 (68)		
	Ikke besvart	21 (11)	7 (10)		
Har du skrevet vedtak om bruk av tvang på pasienter?	Ja, ≥ 6 ganger per år	6 (3)	1 (2)		
	Ja, ≤ 5 ganger per år	86 (44)	9 (12)		
	Nei	84 (43)	52 (77)		
	Ikke besvart	20 (10)	6 (9)		

\*Kan krysse av flere alternativ

grupper, ble de to aldersgruppene < 30 og 30–50 slått sammen. Denne analysen tester således forskjeller mellom respondenter henholdsvis over og under (eller lik) 50 år. Svarkategorien «Ikke besvart» ble ekskludert ved testing av gruppeforskjeller.

For enkelte spørsmål kunne respondentene krysse av for flere svaralternativer. Her er opptalt antall responser for hver enkelt kategori. Ettersom det kan være krysset av for flere alternativer, blir summen av n og prosentandelene derfor betydelig høyere enn henholdsvis N og 100. Responsene på de enkelte svarkategorier innen disse variablene er også testet for mulige gruppeforskjeller. Grunnlaget for slike tester er da om fordelingen av responsene mellom gruppene er signifikant forskjellig fra fordelingen av responsene mellom gruppene for hele materialet.

Chi kvadrat test ble anvendt for å teste forskjeller mellom grupper i spørsmål med tre kategorier. Der forventet n ikke tilfredsstilte de formelle krav for bruk av Chi kvadrat testen, ble grupper slått sammen. Slike og øvrige 2 x 2 tabeller ble testet med Fisher's exact test.

Independent-Samples T-test er brukt for å teste forskjeller i tidsforbruk mellom gruppene.

Et 5% signifikansnivå ble satt for alle statistiske analyser.

## Resultater

Totalt responderte 264 av de tre fylkenes til sammen 394 aktive offentlige ansatte tannleger og tannpleiere (67%). Fordelt på de to yrkesgruppene responderte 196 av 300 tannleger (65%) og 68 av 94 tannpleiere (72%). Av respondentene var 74% tannleger

og 26% tannpleiere. Totalt antall skrevne vedtak i de tre fylkene og andelen tannbehandlingsrelaterte vedtak fremgår av tabell 3.

## Fordeling

Detaljert fordeling av responsene for henholdsvis tannleger og tannpleiere fremgår av Tabell 1 og 2.

Tannpleierne var nesten utelukkende kvinner, mens 73% av tannlegerespondentene var kvinner. De fleste respondentene (50%) befant seg i aldersgruppen 30–50 (tabell 1).

Hva angår samtlige respondenter svarte 16% at de ikke kjente til lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 4, – mens 4% ikke besvarte spørsmålet.

Førti prosent av alle respondentene hadde fått informasjon om loven gjennom kurs. Nesten like mange (39%) var blitt informert på annen måte.

Samlet sett behandler 64% pasienter som mangler samtykkekompetanse. På spørsmål om vurdering av samtykkekompetanse før behandling svarte 85% at de gjør en vurdering før behandling, mens 15% enten svarte nei (6%) eller unnlot å svare på spørsmålet (9%).

Om begrepet «tvang» ble det gitt varierende svar. De aller fleste respondentene (83%) mente at å holde pasientens hender måtte defineres som tvang, men 21% definerte også kategoriene «overtalelse» og «ledelse og føring ved hånd» som tvang. Bruk av narkose ble av 48% vurdert som en form for tvang.

Skjemaet som skal fylles ut i forbindelse med bruk av tvang, var enten ukjent eller spørsmålet ble ikke besvart av 25%.

Noe under halvparten av respondentene (47%) ga tannbehandling under tvang. Andel respondenter som hadde skrevet vedtak om bruk av tvang, var 39%.

Av sistnevnte tannhelsearbeidere hadde 68% samarbeidet med kolleger i tannhelsetjenesten og 61% med kommunens øvrige helsearbeidere (tabell 2). En noe høyere andel (69%) samarbeidet med de pårørende. (Flere svaralternativ kunne benyttes).

Nær halvparten av respondentene (49%) hadde enten ikke fått tilbakemelding/oppfølging fra Fylkesmannen på vedtak – eller de besvarte ikke spørsmålet.

Andel vedtak som ble skrevet, ble hevdet å være i samsvar med kravet som ligger i lovens bestemmelser var 38%, mens 54% ikke visste om så var tilfelle.

De aller fleste (88%) svarte at de henviste pasienter uten samtykkekompetanse til narkosebehandling.

Tabell 2. Spørsmål om tvangsbruk og fordeling av svar blant tannleger (N= 92) og tannpleiere (N=10) i region vest som har erfaring med å fatte tvangsvedtak

Variabel	Svarkategorier	Tannlege n (%)	Tannpleier n (%)
Hvem samarbeider du med når du skriver vedtak? (Kan krysse av flere alternativer)	Andre kolleger i tannhelsetj.	64 (70)*	5 (50)*
	Andre helsearb. i kommunen	60 (65)*	2 (20)*
	Pårørende	67 (73)*	3 (30)*
	Ingen	2 (2)*	0 (0)*
	Varieser	9 (10)*	2 (20)*
	Ikke besvart	2 (2)*	2 (20)*
Har du fått tilbakemelding/oppfølging fra Fylkesmannen på vedtak?	Ja	48 (52)	4 (40)
	Nei	42 (46)	4 (40)
	Ikke besvart	2 (2)	2 (20)
Er antall vedtak du skriver i samsvar med kravet som ligger i pasient- og brukerrettighetsloven?	Ja	35 (38)	4 (40)
	Nei	4 (4)	0 (0)
	Vet ikke	52 (57)	3 (30)
	Ikke besvart	1 (1)	3 (30)
Henviser du pasienter uten samtykkekompetanse til narkosebehandling?	Ja, ≥ 6 ganger per år	4 (4)	1 (10)
	Ja, ≤ 5 ganger per år	81 (88)	4 (40)
	Nei	6 (7)	2 (20)
	Ikke besvart	1 (1)	3 (30)
Hvor lang tid bruker du på å skrive et vedtak?		42 min. (SD = 31,5, maks. – min = 180–3)	28 min. (SD = 16,9, maks. – min = 60–15)
*Kan krysse av flere alternativ			

Medgått tid for å skrive vedtak varierte sterkt. For tannleger var gjennomsnittet 42 minutter (SD = 31,5, maksimum - minimumsverdi: 180 - 3 minutter). For tannpleierne var gjennomsnittet 28 minutter (SD = 16,9, maksimum - minimumsverdi: 60 - 15 minutter).

#### *Signifikante forskjeller mellom tannleger og tannpleiere*

Andelen tannleger som vurderte pasientenes samtykkekompetanse var høyere enn tannpleierne (88 % vs 75 %, P = 0,003).

Svarfordelingen på spørsmålet om respondentene ville behandle pasienter uten samtykkekompetanse med tvang, avvек fra forventede verdier (P < 0,001), både ved at flere tannleger enn tannpleiere behandlet pasienter med tvang (75 % vs 38 %) og at flere tannleger enn tannpleiere behandlet slike pasienter oftere enn seks ganger per år (13 % vs 2 %).

Flere tannleger enn tannpleiere rapporterte at de hadde skrevet vedtak om tvang (52 % vs 16 %, P < 0,001).

Flere tannleger enn tannpleiere henviste til narkose for disse pasientene (89 % vs 48 %, P < 0,001).

Betydelig flere tannleger enn tannpleiere samarbeidet med andre kolleger i tannhelsetjenesten (88 % vs 12 %, P = 0,010), andre kommunale helsearbeidere (91 % vs 9 %, P = 0,002) og pårørende (96 % vs 4 %, P < 0,001).

#### *Signifikante forskjeller mellom mannlige og kvinnelige tannleger*

Flere kvinner enn menn vurderte pasientens samtykkekompetanse før behandling (99 % vs 90 %, P = 0,006).

Flere kvinner enn menn skrev vedtak (57 % vs 38 %, P = 0,027).

Færre kvinner enn menn rapporterte at det antall vedtak de hadde skrevet var i samsvar med loven (36 % vs 47 %, p = 0,007).

#### *Signifikante forskjeller mellom aldersgrupper*

Flere kvinner enn menn var under 50 år (79 % vs 41 %, P < 0,001).

Flere i den eldste aldersgruppen (> 50) enn den yngste (≤ 50) kjente til loven om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 og var kjent med skjemaet som skal fylles ut ved bruk av tvang (66 % vs 34 %, P = 0,022).

Flere enn forventet i den eldste aldersgruppen hadde fått informasjon om lovverket gjennom kurs (43 % vs forventet 31 %, P = 0,034). Likeledes hadde flere enn forventet i den eldste aldersgruppen fått sin informasjon fra Helsetilsynet (52 % vs 31 %, P = 0,005).

#### **Diskusjon**

Denne undersøkelsen viser at ca 20 % av respondentene (offentlig ansatte tannleger og tannpleiere) i de tre vestlandsfylkene ikke kjenner til eller har god nok kunnskap om pasient- og brukerrettighetsloven kap 4 A. Det må i tillegg være lov å anta at en del av de (33 %) som ikke har respondert på studien, trolig også har mangelfulle kunnskaper om lovverket. Dette kan bero på at

lovverket ikke har vært kommunisert godt nok eller at de praktiske konsekvensene av loven er vanskelige å tolke.

Et tilsvarende antall (25 %) var ikke kjent med skjemaet som skal fylles ut når det skal gjøres vedtak om bruk av tvang. På samme måte er det bekymringsfullt at 15 % svarte nei eller unnlot å besvare spørsmålet om de gjør en vurdering av pasientens samtykkekompetanse. At henholdsvis 57 % og 30 % av de deltagende tannleger og tannpleiere i tillegg oppgir at de er usikre på om antallet vedtak de skriver er i samsvar med kravene i loven, understøtter funnene.

Trolig skyldes mye av usikkerheten fortolkningen av hva som regnes som tvang (17, 18). Holding av pasientens hender ble av 80 % av tannlegene og tannpleiere vurdert som tvang, mens 25 % av tannlegene og 11 % av tannpleierne svarte at overtalelse og ledelse/føring ved hånd er tvang. Loven er ganske klar på at alle tiltak som baserer seg på å omgå motstand, er tvang. Typiske eksempler er holding av hender og føtter ved stell, sengehest som hindrer en ønsket fri bevegelse, belter, låste dører, tvungen vasking eller bading og gjemning av medisiner i mat. Ledelse og føring av hånd kan føre til handling og vil normalt ikke betraktes som tvang, selv om pasienten gjør motstand - så lenge en unngår lukkede grep og bruker minimalt med krefter.

I odontologisk sammenheng vil tvang (av jurister ofte kalt «omsorgstvang») hovedsakelig være aktuelt i forbindelse med tannpuss eller fjerning av proteser; det vil si en situasjon som inngår i stellet. I disse tilfellene er det pleiepersonellet som skal gjøre vedtaket (19,20). Dette gjelder også vedtak i forbindelse med premedisinering dersom dette må benyttes for å tvinge pasienten av gårde til undersøkelse/behandling hos tannlege eller tannpleier. Kun 43 % av tannlegene og 35 % av tannpleierne definerer premedisinering som tvang. Men dersom bruk av reseptpliktige medikamenter benyttes for å overvinne motstand hos pasienten, skal dette alltid dokumenteres og vedtaksfattes. For tannleger eller tannpleiere (21) skal vedtakene kun gjøres i forbindelse med tvangsbruk ved undersøkelse eller behandling. Dette fordi et vedtak bare kan inneholde de elementene i gjennomføringen av helsehjelpen som den vedtaksfattende står ansvarlig for (det vil si som vedkommende selv skal utføre eller har myndighet til å delegere og instruere annet personell til å gjøre). En typisk situasjon er at pleiepersonellet (eventuelt fastlegen) vil stå ansvarlig for å gjennomføre premedisinering og transport, mens den behandlende tannlege eller tannpleier må fatte vedtak om den helsehjelpen som skal utføres. Dette vil innebære at det trengs to vedtak (22). Ordningen med vedtak er basert på etterfølgende kontroll, og vedtakene skal således ikke forhåndsgodkjennes. Men fylkesmannen gjennomgår alle vedtakene og kan oppheve dem etter en selvstendig vurdering (23).

Flertallet rapporterer at de har ansvar for behandling av pasienter med manglende samtykkekompetanse. Over 50 % av tannlegene svarte at de årlig er i en behandlingssituasjon der en må bruke tvang under tannbehandling, men færre oppgir at de skriver vedtak. Svarene etterlater dessuten en usikkerhet om hvorfor det skrives så få vedtak som informasjonen fra fylkesmennene tilsier (tabell 3). Forklaringen kan være at en unnlater å gjøre

behandling ved motstand – eller at en utfører behandling under tvang, men unnlater å skrive vedtak.

Resultatene viser stor variasjon i bruk av tid på å skrive vedtak, med et gjennomsnitt på 42 minutter blant tannlegene. Kravene til å fatte et vedtak kan føles for omfattende i forhold til den behandling som skal utføres, og man kan fristes til «å hoppe over» prosedyren. Et slikt tidsforbruk har også en kostnadsside. Kanskje er dagens lovverk urealistisk krevende, noe som bidrar til underreportering. På den annen side er hensikten med loven nettopp å beskytte pasientene mot unødig bruk av tvang. Det skal være absolutt siste utvei og ingen lettvinnet løsning. Sikring av helsehjelp samtidig som man ivaretar rettssikkerhet, er en balansekunst. Spørsmålet er om det er mulig å gjennomføre forenklinger. I tannhelsetjenesten foretas det regelmessige undersøkelser, med gjentakelser år etter år. Et vedtak kan ikke vare lenger enn ett år, og skal deretter fornyes. Enkelte pasienter uten samtykkekompetanse har en stabil funksjon over mange år, og i slike tilfeller kunne en kanskje vurdere å tillate en prolongering av vedtak. At eventuelle tvangstiltak skal journalføres, er en selvfølge.

Ved å sammenligne svarene fra tannleger og tannpleiere, viste det seg at tannlegene oftere vurderte samtykkekompetanse, skrev flere vedtak og i større grad henviste til narkosebehandling enn tannpleierne. Denne forskjellen kan skyldes at tannlegene er ansvarlig for de mer invasive behandlingene og derfor i de fleste tilfellene må påta seg ansvaret for vurdering, skriving av vedtak og eventuelle henvisninger til narkose. Videre viste undersøkelsen at kvinner fulgte lovverket i større grad enn menn. Samtidig hadde kvinner en større oppfatning av at de ikke tilfredsstilte kravene i loven enn menn. Det kan videre synes som om respondentene er mer kjent med kravet om vedtak når det henvises til narkosebehandling. Dette stemmer med opplysninger fra fylkesmennene i de respektive fylkene, som viser at de fleste vedtak som blir gjort i tannhelsetjenesten er vedtak som angår pasienter i narkosebehandling. Resultatene viste ellers en forskjell mellom aldersgruppene vedrørende definisjonen av tvang. De yngste hadde lavere terskel for å definere tiltak som tvang enn de eldste.

Forskjellene mellom aldersgruppene viste også at de eldste respondentene var bedre kjent med lovverket. De fleste har svart at de ikke har fått tilbakemelding fra fylkesmannen på innsendt vedtak, noe som enten kan forklares med at fylkesmannen ikke har fulgt sine rutiner om å gi tilbakemeldinger etter tre måneder, eller at skrevne vedtak har vært engangsvedtak som ikke skal følges opp av fylkesmannen.

Undersøkelsen viser at det er mye usikkerhet og mangelfull lovanvendelse blant tannleger og tannpleiere på Vestlandet. En årsak kan være at den informasjonen som er formidlet hovedsakelig har blitt gitt av jurister uten særlig kjennskap til hvordan lovverket kan implementeres i den tannhelsefaglige virkelighet. Det er imidlertid høyst usikkert om funnene fra denne undersøkelsen er representative for alle tannleger og tannpleiere i Norge. På den annen side, så oppga en stor del av respondentene at de hadde fått kunnskap om emnet fra nasjonale kilder (NTF og Helseilsynet).

Tannbehandling er en selvfølgelig og viktig del av helse- og omsorgsarbeidet for pasienter som ikke lenger klarer å se sine egne behov, og som er avhengige av andres hjelp for å ha et godt og verdig liv. Manglende behandling vil ofte føre til en negativ tannhelseutvikling, smerter og i mange tilfeller vedvarende infeksjoner. Behandleren blir derfor nødt til å avgjøre om en behandling bør utføres mot pasientens vilje. Slike avgjørelser kan være vanskelige, for eksempel å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, grad av motstand, hvilke tillitsskapende tiltak som skal forsøkes, om undersøkelse og behandling er så nødvendig at bruk av tvang kan forsvares, om behandlingen i det hele tatt kan la seg gjennomføre og eventuelt hvilke tvangstiltak som skal benyttes. Lovverket reiser således utfordrende faglige, rettslige og etiske problem (23,24). Vilårene for bruk av tvang er både skjønnsmessige og verdibaserte. Dette forutsetter en bred kompetanse fordi kompetanse gir faglig trygghet i handling og et grunnlag for etiske vurderinger.

Tvang berører menneskers autonomi, virker krenkende og invaderende og truer verdighet – men kan vanskelig helt unngås.

Tabell 3. Innhentede opplysninger fra fylkesmennene i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland om antallet vedtak i forbindelse med tvangsbruk (pasient – og brukerrettighetsloven kapittel 4 A) i de respektive fylkene.

Fylke	Rogaland (n=452000)					Hordaland (n=505000)					Sogn & Fjordane (n= 109000)				
	År	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012
Tot. antall rapporterte tvangsvedtak	195	160	145	188	215	173	147	180	196	259	32	50	54	54	48
Tannbehandlingsrelaterte vedtak (% av totalt antall)	21 (11 %)	32 (20 %)	19 (13 %)	25 (13 %)	30 (14 %)	20 (12 %)	42 (29 %)	54 (30 %)	45 (23 %)	57 (22 %)	2 (6 %)	2 (4 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	4 (8 %)
Antall tannbehandlingsrelaterte tvangsvedtak pr. 100.000 innbyggere	4,7	7,1	4,2	5,5	6,6	4,0	8,3	10,7	8,9	11,3	1,8	1,8	0	0,9	3,6

Denne studien viser mangler knyttet til kunnskap og forståelse av tvangsbruk. Dette innebærer at den odontologiske profesjonen i større grad må ta debatten om implikasjonene av lovverket og sørge for at grunnlaget for denne debatten er kjent for alle. Mens vi før gjerne lukket døren ved bruk av tvang, må vi nå nemlig åpne den – og være i stand til å rettfærdiggjøre våre handlinger.

## English summary

*Kapstad JJJ, Storesund T, Strand GV*

### Coercion in Dentistry – permitted or not?

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 328–34

This article concerns dental treatment for patients who are not competent to give informed consent and who object to treatment – and how the dental team in such cases can use statutory coercion to provide necessary treatment. Provisions governing the use of coercion in treatment were implemented in 2009 through the Patients' Rights' Act.

Responses to a questionnaire sent to dentists and dental hygienists in the three western counties Sogn og Fjordane, Hordaland and Rogaland are presented. The results indicate insufficient knowledge of the above act, considerable uncertainty regarding the limitations for use of coercion and a lack of familiarity of proper procedure if executed. This study indicates that the use of coercion in dental service is under-reported.

## Referanseliste

1. Kjønstad A, Syse A. Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang. 5. utg. Kap. 10. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
2. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). [www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html](http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html) (27.01.2013).
3. Helsedirektoratet. E-læringskurs: Samtykke til helsehjelp (CD) og Lov om pasientrettigheter Kapittel 4A (CD). [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
4. Lov om pasientrettigheter. Kapittel 4 A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Rundskriv IS-10/2008. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Publikasjoner/rundskriv-lov-om-pasientrettigheter.pdf> (27.01.2013).
5. Helsedirektoratets brev av 09.06.2009. <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx#uttalelser>
6. Selbaek G, Kirkevoold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 843–9.
7. Sosial- og helsedirektoratet (2005a). Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. ende revisjon. ICD-10. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
8. Lorentzen E. Psykisk utviklingshemming – hvordan stille diagnosen? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2008; 128: 201–2.
9. LOV-1983-06-03 nr. 54 – om tannhelsetjenesten. Oslo 1984. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>. (27.01.2013)
10. Strand GV. Tenner for hele livet. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2011; 121: 104–9.
11. Sewerin I. Dødsfald med relation til behandling i tandlægepraksis. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2008; 118: 844–53.
12. Galteland P, Moen O, Mesic H, Skjelbred P. Fra nekrotisk tann til tap av halve ansiktet. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2009; 119: 222–4.
13. Oppsummeringsrapport – Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven, kap. 4A – 2009–2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/) oppsummering\_pasrl\_4a\_internserien3\_2011.pdf (27.01.2013).
14. Tal og fakta. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/Tall\\_Fakta\\_2011.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/Tall_Fakta_2011.pdf) (27.01.2013).
15. Tilsynsmelding 2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2013. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf) (17.11.2013).
16. Kirkevoold Ø. Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2005; 125: 1346–8.
17. Ravitsky V, Wendler D. Dissolving the dilemma over forced treatment. *Lancet*. 2005; 365: 1525–6.
18. Nordhus IH, Skjerve A, Aasen HS. Demens, samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse – utfordringer ved behandling og forskning. *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter*. 2006; 24: 362–72.
19. LOV 2011-06-24 nr. 30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) – kapittel 9. [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_9](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_9) (27.01.2013)
20. Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R et al. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Sykepl Forsch*. 2010; 5: 294–301.
21. Strand GV, Hede B. Behandling under tvang? I: Holmstrup P, ed. *Aktuel nordisk odontologi*. 2012. København: Munksgaard, 2012; 211–21.
22. Helsedirektoratet – brev av 30.08.2012. <http://www.google.no/url?sa=t&trct=j&eq=ftescrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fhelsedirektoratet.no%2Flover-regler%2Fpasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a%2FDocuments%2Fansvar-og-opp-gavefordeling.pdf&ei=4055U-yvJYrFPK-fgegM&usq=AFQjCNEGnbDWNkmpLbIFG98HxEK0I2OhkA&bvwm=bv.66917471,d.ZWU>
23. Syse A. Omsorgstvang – av hensyn til hvem? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013; 133: 1905
24. Pedersen R, Hem MH, Gjerberg E et al. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013; 133: 1935–9.

Adresse: Judith Jenny Johanne Kapstad, Vassenden tannklinikk, 6847 Vassenden. E-post: [Judith.Jenny.Johanna.Kapstad@sjf.no](mailto:Judith.Jenny.Johanna.Kapstad@sjf.no)

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

*Kapstad JJJ, Storesund T, Strand GV. Bruk av tvang ved tannbehandling – lov eller ikke? Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 328–34*