

# Barns autonomi i tannhelsetjenesten: Grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell

Regina Skavhellen Aarvik

## HOVEDBUDSKAP

- Grenser for informert samtykke og tillit til helsepersonell kan være vanskelig å identifisere
- Informert samtykke og tillit til helsepersonell er avgjørende for at helsepersonell kan gi helsebehandling
- Større bevissthet og refleksjoner knyttet til grenser for informert samtykke og tillit til helsepersonell kan forbedre behandlingen tannleger gir

## FORFATTER

Regina Skavhellen Aarvik, Postdoktor/Tannlege. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, Bergen

Korresponderende forfatter: Regina Skavhellen Aarvik, e-post: regina.skavhellen.aarvik@vlfk.no

Akseptert for publisering 22.07.2024

Artikkelen er fagfelleurdert

Artikkelen siteres som:  
Aarvik RS. Barns autonomi i tannhelsetjenesten: Grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell. Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1062-9.

**Bakgrunn:** Denne artikkelen diskuterer grenser for informert samtykke og tillit til helsepersonell gjennom et pasientkasus fra tannhelsetjenesten, med fokus på tannbehandling av barn.

**Material og metode:** En etisk refleksjonsmodell (SME-modellen) brukes til å analysere et kasus med en syv år gammel gutt som motsetter seg tannbehandling. Analysen følger fem trinn: identifi- sering av det etiske problemet (1), presentasjon av fakta (2), par- ters syn og interesser (3), gjennomgang av relevante verdier, prin- sipp, lover og retningslinjer (4), og utforsking av alternative handlinger (5).

**Resultater:** Analysen viser at informert samtykke og tillit på- virkes av kommunikasjon og relasjon, kontekst og pasientens tid- ligere erfaringer.

**Konklusjon:** Grenser for informert samtykke og tillit til helse- personell må vurderes individuelt. En balansert tilnærming til in- formasjon og tillitsbygging er nødvendig for å sikre etisk forsvar- lig helsehjelp og et tillitsfullt samarbeid mellom pasient og helsetjeneste.

## Introduksjon

Denne artikkelen diskuterer grenser for informert samtykke til helsehjelp og tillit til helsepersonell. Dette temaet er kompleks og

kan besvares på mange ulike måter, men belyses her ved hjelp av et pasientkasus fra tannhelsetjenesten. I første del presenteres bakgrunnsinformasjon om informert samtykke og tillit. Deretter presenteres pasientkasuset gjennom en etisk refleksjonsmodell. Til sist diskuteres grenser fra pasientkasuset knyttet til informert samtykke til helsehjelp og tillit til helsepersonell.

## Bakgrunn

Informert samtykke og tillit til helsepersonell er grunnleggende i klinisk praksis (1). Å tilpasse informasjonen og beslutningsprosessen til pasientens behov kan være utfordrende, og særlig komplekst kan dette bli når pasienten er et barn (2). En studie av Weithorn og Campbell sammenlignet barn i alderen 9, 14, 18, og 21 år med hensyn til deres evne til å gjøre et faktisk valg, trekke rimelige konklusjoner, gi rasjonelle begrunnelser, og forståelse basert på fakta (3). Resultatene viste at mens 9-åringene hadde lavere forståelsesnivå enn voksne, tok de likevel ofte lignende beslutninger. Videre viste det seg at 14-åringene hadde kompetanse på nivå med 18- og 21-åringene og gjorde tilsvarende valg.

Faden og Beauchamp definerer informert samtykke som «en autonom persons autorisasjon av helsepersonells profesjonelle handlinger overfor personen» (4). Dette betyr at en person gir helsepersonell tillatelse til å utføre handlinger som ellers ikke ville vært lovlig, som for eksempel at en tannlege borer i pasientens tenner. Tre krav må oppfylles for å sikre at man handler autonomt: pasienten må ha tilstrekkelig forståelse av tilstanden og behandlingen, ha kompetanse til å samtykke, og samtykket må gis frivillig (5). I Norge er informert samtykke regulert i loven, som understreker pasientens rett til medvirkning og informasjon (6). Voksne og ungdom over 16 år må samtykke til helsehjelp, og barn over 12 år har også visse rettigheter. Pasient- og brukerrettighetsloven fastsetter videre at når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal barnet få informasjon og anledning til å si sin mening før man avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp (6). Det skal legges vekt på hva

barnet mener i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener (6). Derfor er det verdifullt for helsepersonell å anvende Gawandes 5 spørsmål (se Faktaboks), som er utformet for å forbedre forståelsen av pasienters perspektiver og preferanser (7). Disse spørsmålene er spesielt effektive i å inkludere barn i beslutningsprosesser om deres egen helsebehandling, da de bidrar til å avdekke barns forståelse av sykdom, frykt for behandling, behandlingsmål, preferanser og hva de oppfatter som et vellykket behandlingsresultat (7).

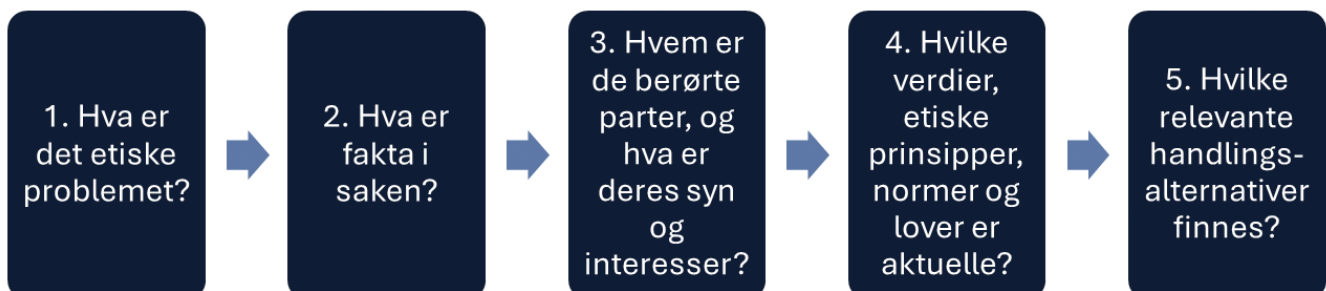
Tillit til helsepersonell er essensielt når helsehjelp skal mottas. Grimen beskriver tillit som en sårbarhet overfor andres makt (8). Tillit innebærer at man aksepterer en usikkerhet knyttet til potensiell skade i bytte mot fordelene av samarbeid (8). Grimen argumenterer for at tillit kan være frivillig eller tvunget på grunn av mangel på alternativer, men at tillit er nødvendig for å kunne stole på andre og bygge relasjoner. Når pasienter bruker helsetjenester, er de avhengige av helsepersonell for å få hjelp, noe som skaper en asymmetrisk relasjon til fordel for helsepersonell. Dette skaper en maktubalanse som fagpersoner bør være bevisste på i tillitsrelasjoner (9). Tillit er avgjørende for å kunne gi helsehjelp effektivt og for at pasienter skal føle seg trygge og ivaretatt. For å sikre barns autonomi og tillit, anbefaler Olszewski og Goldkind at helsepersonell kontinuerlig evaluerer situasjonen, forbedrer behandlingsmiljøet, tilpasser

## FAKTABOKS

### Gawandes 5 spørsmål

- Hva forstår du om sykdommen din?
- Hva er du redd for med tanke på behandlingen?
- Hvilke mål har du, og hva er mest viktig for deg?
- Hva kan du tenke deg å prøve av de ulike behandlingsalternativene, eventuelt ikke prøve?
- Hvordan ser et godt behandlingsutfall ut for deg?

Fra boken *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End* av Atul Gawandes 2014



Innholdet i en etisk refleksjonsmodell (SME-modellen).

**Tabell 1. Et pasientkasus fra tannhelsetjenesten presentert gjennom en etisk refleksjonsmodell (SME-modellen).**

2. Fakta i saken	3. Berørte parters syn og interesser	4a. Verdier og prinsipper	4.b Lover og retningslinjer	5. Handlings-alternativer
<p>«Anders» 7år:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dypt hull i en jeksel i det permanente tannsettet</li> <li>• Oppdages ved undersøkelse hos ny tannlege</li> <li>• Tidvis ising</li> <li>• «Anders» vil ikke ha tannbehandling, gråter</li> <li>• Ingen tidligere tannbehandling (eller annen helsebehandling)</li> <li>• Foreldre nylig skilt</li> </ul> <p>Øvrige forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tannklinikken ligger 6 måneder bak tidsplan</li> </ul>	<p>Pasient</p> <p>Foreldre (mor)</p> <p>Tannlege</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De fire medisinsk-etiske prinsipper: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velgjørenhet</li> <li>• Ikke-skade</li> <li>• Rettferdighet</li> <li>• Autonomi</li> </ul> </li> <li>• Pasientens livskvalitet</li> <li>• Pasientens tillit til helsepersonell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp</li> <li>• Pasient og brukerrettighetsloven §§ 3-2, 3-4, 3-5, 4-3 og 4-4</li> <li>• Helsepersonelloven § 4</li> <li>• Norges grunnlov § 104</li> <li>• FNs barnekonvensjon artikkel 3, 12 og 24</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La være å behandle</li> <li>2. Behandle samme dag, der man bruker tvang om nødvendig</li> <li>3. Smertelindring og samtidig systematisk tilvenning med mål om å utføre tannbehandling uten sedasjon</li> <li>4. Henvise for tannbehandling i narkose, tilvenning i ventetiden</li> <li>5. Tilvenning, deretter tannbehandling med sedasjon på lokal klinikk</li> </ol>

informasjon til barnets forståelsesnivå, og involverer familien i hele prosessen (10). Dette rammeverket bidrar til å sikre at barnets behov og preferanser blir ivaretatt gjennom hele behandlingsforløpet.

Denne artikkelen utforsker forholdet mellom informert samtykke og tillit gjennom et pasientkasus, og belyser hvordan disse prinsippene kan påvirke hverandre i klinisk praksis.

### Pasientkasus – SME-modellen

SME-modellen er en refleksjonsmodell som er et utbredt hjelpemiddel for å belyse etisk utfordrende situasjoner i klinisk praksis fordi den sikrer fremdrift under en refleksjonsprosess (11). Modellen er utviklet ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, se Illustrasjon 1. Det oppfordres til å benytte denne til etisk refleksjon innen tannhelse (12). For å sortere de ulike perspektivene og å få frem kompleksiteten i verdiene tillit og informert samtykke, presenteres pasientkasuset gjennom SME-modellen (Tabell 1).

#### 1. Det etiske problemet:

Bør barnet få helsehjelp under tvang?

Pasientkasuset er forenklet og redigert for å ivareta anonymiteten til pasienten. Utdraget fra journalteksten inkluderer hovedinnholdet, samtidig som alle identifiserende detaljer er utelatt. Pasienten har gitt sitt samtykke til å bli presentert.

7 år

Us, 2BW, instr solbobørste ocl molarer. Tannsteinsrens underkj. front. Dur.apl. Karies 46O.

Pas vil ikke ligge i stolen, synes det er for lyst, fått solbriller og lue og skjerf foran øynene, synes fortsatt det er for lyst. Brukt 20 min før jeg fikk penslet topocale, etter 10 min fikk jeg ta sprøyten inn i munnen uten å stikke, pas ville ikke mer, gråter. Pas er ikke moden for behandling, anbef dornicum. Gått over til tilvenning, vist bor, sig og GI

Sendt til brev pasienten. Tannbehandling med angstdempende midler

Pas kommer frisk og fastende sammen med sin mor, veier 33kg. Gitt 6,25 ml Midazolam mixtur 2mg/ml. Grei virkning. Stor gutt. Bruker bitekloss, mor og sekretær holder når jeg setter bedøvelse. Resten av behandlingen går greit uten bitekloss. Gråter en del underveis.

Ferdig behandlet

Utdrag fra tannhelsejournalen til pasienten, 7 år gammel.

Ifølge journalen har pasienten kommet til jevnlig kontroll på klinikken og det ser ut til å ha gått greit. Når «Anders» var 7 år gammel oppdaget tannlegen på en ordinær undersøkelse at han hadde et dypt hull i en tann. Det ble gjort forsøk på å behandle tannen samme dag. Se Illustrasjon 2 for et utdrag fra tannhelsejournalen til «Anders», 7 år.

### 3. Hvem er de berørte partene i denne saken?

De berørte partene i denne saken inkluderer «Anders», som er pasienten, foreldrene, med særlig vekt på moren, tannlegen og tannhelsetjenesten. Disse partene har alle en interesse og påvirkning i saken, enten gjennom direkte involvering eller gjennom forholdet til pasienten.

### 4. Hvilke verdier, etiske prinsipper, normer og lover er aktuelle?

Når det gjelder verdier, prinsipper, lover og retningslinjer, er de fire medisinsk-etiske prinsippene relevante:

1. *Velgjørhetsprinsippet*: Tannlegen kan ha tenkt at gutten ikke er moden nok til å forstå at hullet må behandles, men at det er for hans beste å gjøre det likevel. Hun støtter seg på velgjørhetsprinsippet og er opptatt av å gjøre godt ved å behandle sykdom.
2. *Ikke-skade-prinsippet*: Dette prinsippet handler om at helsepersonell ikke skal påføre pasienten unødig skade. Å ikke skade er en negativ plikt for helsepersonell, altså en plikt til å unnlate å gjøre noe som kan forårsake skade. I denne situasjonen virker det ikke som om tannlegen mener det er aktuelt å ikke gjøre noe, da hun er klar over konsekvensene av å ikke gi nødvendig helsehjelp. På den annen side velger hun i dette tilfellet å avbryte behandlingen og innkalle pasienten til ny time for behandling med premedisinering, kanskje for å hindre at han skal bli redd.
3. *Rettferdighetsprinsippet*: Dette prinsippet handler om at helsehjelpen skal fordeles rettferdig. Tannlegen ønsker nok å gjøre mest mulig på den tiden hun har, siden mange andre venter i køen. Derfor kan hun ha startet behandlingen før «Anders» var klar for det.
4. *Autonomiprinsippet*: Autonomiprinsippet handler om å respektere en persons rett til selvbestemmelse. For barn som «Anders» på 7 år, er denne retten situasjonsbetinget og avhengig av modenhet. I dette tilfellet vurderer tannlegen at «Anders» ikke er moden nok til å bestemme selv. I «Anders» sin situasjon, der han får tannbehandling mot sin vilje, skulle autonomiprinsippet innebære en grundigere vurdering av hans modenhet og evne til å forstå behandlingen. Bruk av Gawandes spørsmål (7) og et rammeverk, som Olszewski og

Goldkinds (10), som fremmer kontinuerlig evaluering og tilpasning, kunne ha hjulpet helsepersonellet med å bedre ivareta «Anders» sine behov og preferanser, og dermed styrket både hans autonomi og tillit til helsevesenet.

*Pasientens livskvalitet* må også vurderes. Langvarige tannsmarter kan forringe pasientens livskvalitet. Samtidig er *pasientens tillit til helsepersonell* viktig for at «Anders» skal ha et godt forhold til helse-tjenester i fremtiden. Dette prinsippet er også understreket som et av formålene med helsepersonelloven. Tillit til helsepersonell er avgjørende, særlig når barn er involvert. *Helsepersonelloven § 4* fastslår at helsepersonell har rett og plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Videre gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og 4-4* om samtykkekompetanse og samtykke på vegne av barn. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal barn fra 7 år informeres og få si sin mening før det avgjøres om de skal motta helsehjelp, og barnets mening skal vektlegges i samsvar med deres alder og modenhet. Med forbehold om at journalinformasjonen ikke gir hele bildet, kan situasjonen til «Anders» potensielt innebære et lovbrudd. For å inkludere barn som «Anders» i beslutningsprosessen kunne tannlegen ha brukt Gawandes 5 spørsmål. Dette ville gitt en bedre forståelse av hans perspektiv og bidratt til en mer barnesentrert tilnærming.

*Barnets beste* skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn, jf. Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon artikkel 3.

Barnekonvensjonen artikkel 12 gir barn rett til å si sin mening og bli hørt, og artikkel 24 gir rett til best mulig helse. Alle disse verdiene, prinsippene, lovene og retningslinjene må vurderes i denne situasjonen.

### 5. Hvilke relevante handlingsalternativer finnes?

For denne kliniske problemstillingen presenteres her forenklede utgaver av de vanligste handlingsalternativene, basert på diskusjoner i en gruppe med tannleger og barnetannleger:

1. Lytte til pasienten og ikke gi behandling:
  - Ikke realistisk da «Anders» er 7 år og hans avgjørelse ikke kan anses som informert. Selv om «Anders» har rett til å bli hørt, må hans mening vurderes ut fra alder og modenhet.
2. Gjennomføre tannbehandling med tvang:
  - Behandle «Anders» mot hans vilje, eventuelt holde ham fast ved behov.

- Mor kunne ha samtykket, men behandlingen var ikke akutt.
  - Risiko for å skade «Anders» sin tillit til tannlegen og tannhelsetjenesten.
3. Gi smertelindring og systematisk tilvenning:
    - Tilrettelegge for en tillitsfull relasjon mellom «Anders» og tannlegen.
    - Fokus på at «Anders» aksepterer og deltar i behandlingen.
  4. Henvise til tannbehandling i narkose:
    - Kostbart og ofte lang ventetid.
    - Retningslinjer krever som regel at tilvenning og behandling med sedasjon må prøves først.
  5. Gjennomføre behandling med sedasjon på lokal klinikk:
    - Forberede «Anders» i forkant og etablere en tillitsfull relasjon.
    - Behandlingen kan gjennomføres mot «Anders» sin vilje, men relasjonen bør repareres etterpå.
    - Alternativt kan behandlingen avbrytes ved motstand og tas opp igjen senere.

I «Anders» sitt tilfelle kom han tilbake med mor to uker senere for tannbehandling med sedasjon (Midazolam) på tannklinikken. Illustrasjon 3 viser journalutdrag ett år senere.

Når han er 8 år har han på nytt behandlingsbehov, som etter tilvenning ender med tannbehandling i sedasjon hvor han holdes fast både ved anestesi og konserverende behandling (Illustrasjon 3). Når han er 9 år fremkommer det av journalen at pasienten er tydelig engstelig og han henvises til slutt til pedodontist (Illustrasjon 4).

Dette kasuset illustrerer situasjoner som involverer samtykke til helsehjelp og tillit til helsepersonell. «Anders» sine utfordringer med tannbehandling kan ha flere årsaker, men her presenteres det han selv har fortalt, i voksen alder:

«Anders» sliter med dårlig tannhelse, unngår sosiale situasjoner, og er utenfor arbeidslivet. Han mener at mangelen på tillit til helsevesenet startet med negative opplevelser hos tannlegen. Under koronapandemien fikk han positiv støtte fra en sykepleier ved vaksinerings, noe som økte hans tillit til helsevesenet. Som følge av det har han søkt hjelp fra et spesialtilpasset tannhelsetilbud (TOO) og mottar nå tannbehandling etter å fått kognitiv atferdsterapi. Dette har ført til økt tillit

8 år

US: Pas er engstelig. Får ikke tatt rtg, vil ikke ligge bakover i stolen. Får ikke bruke treveissprøyte eller sonde. Får til slutt sett med bare spill når pas sitter på mors fang. Ser ut til å være karies 46 okkl, men får ikke sondere. Setter opp time for konsbeh. i dormicum. 2 x15 min tilvenning for å ligge i stol før det.
Pas kommer sammen med sin far. Vist stol uten pas oppi. Pas sitter alene i stolen. Kjørt stol til liggestilling og opp igjen flere ganger, går helt fint! Ser på treveissprøyte og sug. --- sier at neste gang skal vi se på pirken.
Tilvenning: Pas kommer sammen med sin mor. Øvd på å ligge i stolen bakover, kjøre opp for å skylle og tilbake igjen. Vist sug og treveissprøyte. Prøvd krøllsug i munn. Øvd på å sondere ulike tenner. 46O, heng.
Pas kommer frisk og fastende sammen med sin mor. Gitt 6,25ml Midazolam mixtur 2mg/ml pr os. Brukt 25 min på å få pas til å drikke medisinen
<b>Må bruke bitekloss og holde pas for å få satt anestesen.</b>
Glassionomerfylling. 1 flate, excav dyp karies. Vanskelige arb.forhold. Bruker bitekloss. <b>Mor og sekretær holder.</b>
Ferdig behandlet

Utdrag fra tannhelsejournalen til pasienten, 8 år gammel.

9 år

Tilvenning. <b>Trenger trinnvis info og vite hva som skal skje.</b> Sett m/speil. Tilvenning til BW. Avtalt ny time.
<b>Trenger tid før han setter seg i beh.stol.</b> Fikk holde spill mens jeg sonderte fronttenner. Renset tannsten buc ukj front. Avt time for rens ling uk.front og rtg 13/23. Gradvis tilnærming molarer.
<b>Var ikke klar</b> for rtg i dag. Forklart og vist på mor hvordan rtg gjennomføres. Tannstensrens ukj front lingualt. Liker å se i spill Avtalt ny time for rtg. Ønsker henvisning SFO.
<b>Har mange katastrofetanker rundt tannbehandling</b> og å ta røntgen ble for overveldende i dag. Vist og forklart hvordan det foregår å ta røntgen.
<b>Sendt henvisning til pedodontist</b>
Ferdig behandlet

Utdrag fra tannhelsejournalen til pasienten, 9 år gammel.



til helsevesenet, og han har også begynt å gå til psykolog. I tillegg er han i prosess med NAV for å komme ut i arbeid, med en drøm om å hjelpe vanskeligstilte ungdommer. Denne pasienthistorien viser ytterpunkter og mange faktorer har påvirket «Anders» sin situasjon. Retrospektivt kan det antydes at balansen mellom informert samtykke og tillit til tannleger har vært utfordrende i hans behandlingssituasjoner.

## Diskusjon

Denne artikkelen diskuterer grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell med utgangspunkt i et pasientkasus. Tillit kan påvirke informert samtykke og omvendt, og flere faktorer spiller inn. Fokuserområdene i denne diskusjonen er kontekst, kommunikasjon og relasjon, informasjon, krysspress og potensielle traumatiske livserfaringer.

Når man diskuterer informert samtykke og tillit, er kontekstens betydning uunngåelig. Konteksten påvirker alle aspekter av informert samtykke og tillit til helsepersonell, fra kultur og samfunn til respekt for autoriteter og selve behandlingssituasjonen. «Anders» mener at hans lave tillit til helsevesenet skyldtes negative opplevelser på tannklinikken.

Som voksen er han i en annen kontekst, med positive erfaringer fra helsevesenet. Nå kan han selv samtykke til behandling og er villig til å stole på at helsepersonellet handler med gode intensjoner (9).

En viktig del av diskusjonen om barns autonomi er om barnet ble godt nok informert om sin sykdom (karies) og de ulike behandlingsoalternativene. I «Anders» sitt tilfelle er det uklart om informasjonen som ble gitt var tilpasset hans alder, utviklingsnivå og bakgrunn. For at et barn skal kunne gi informert samtykke, må de ikke bare motta informasjon, men også forstå den godt nok til å kunne gjengi den med egne ord og skjønne hva valgene innebærer. Helsepersonell har ansvar for å sikre at informasjonen er forstått, og dette kunne trolig ha blitt bedre ivarett i «Anders» sitt tilfelle. Olszewski og Goldkinds rammeverk gir en strukturert tilnærming for helsepersonell som arbeider med barn (10). Rammeverket vektlegger kontinuerlig vurdering og tilpasning av den kliniske situasjonen for å fremme barnets velvære og deltakelse i beslutningsprosessen. Kommunikasjon og relasjon er essensielt for å gi god informasjon og for at pasienten skal ha tillit til helsepersonellet (1). Ifølge Kao og kollegaer utvikles tillit i langvarige forhold (13), og det faktum at tannlegen var ny for «Anders», kan ha påvirket situasjonen. Gilligan og kollegaer fant at opplevelsen av ekte interesse og medfølelse er viktig for at pasienter skal gi sin tillit (14).

Informasjonsbehovet varierer fra person til person og fra situasjon til situasjon. For voksne har Benbassat og kollegaer vist at de fleste ønsker informasjon om sin sykdom, men at det er stor varia-

sjon i ønsket om å delta i medisinske beslutninger (15). Høy tillit til behandleren kan redusere behovet for informasjon, mens lavere tillit øker behovet.

Pedersen og kollegaer understreker at det å overlate beslutningen til helsepersonell kan være legitimt og riktig for mange, så lenge de har tillit til helsepersonellet (5). Strull og kollegaer fant likevel at leger ofte undervurderer pasientenes ønske om å delta i

beslutningsprosessen (16). Derfor bør helsepersonell nøye kartlegge pasientens behov for informasjon og kommunikasjon for å bygge en tillitsfull relasjon. Samtidig kan for mye informasjon virke overveldende og skremmende for pasienten (16).

I «Anders» tilfelle ble tannbehandlingen gjennomført med tvang til tross for fravær av akutte smerter, noe som strider mot de nye (2022) retningslinjene i Tannbarn kapittel 7 som anbefaler skånsom tilnærming og gradvis tilvenning (17). Tvang skal kun benyttes etter at tilvenning, bytte av behandler og/eller sedasjon er forsøkt (17), og barnet skal informeres og få uttrykke sin mening (6). Tannlegen må vurdere om tvang er berettiget og dokumentere vurderingen grundig. I «Anders» situasjon ser det ut til at dagens retningslinjer og lovverk ikke ble fulgt. Bray og kollegaer fant at det er vanskeligere å samarbeide med barn som tidligere har mottatt helsehjelp mot sin vilje (18), og Svendsen og kollegaer fant at tvang i helsebehandling kan skade barns tillit til voksne (19). Tvang kan føre til generell angst, sykehusangst og redusert evne til å danne tillitsfulle relasjoner, med alvorlige konsekvenser som dissosiative lidelser (20). I voksen alder rapporterer «Anders» selv om alvorlige konsekvenser etter å ha opplevd tannbehandling med tvang.

Forskning viser at kognitiv adferdsterapi, alene eller kombinert med premedisinering, kan redusere tannbehandlingsangst (21). De sentrale behandlingselementene er relasjonsbygging, eksponering, fokus på kontroll, detaljert informasjon og gradvis progresjon. Dette er imidlertid tid- og ressurskrevende for tannhelsetjenesten, og forebygging av tannbehandlingsangst er derfor det beste både på individ- og systemnivå.

Agbayani og kollegaer fant at barn som får tilpasset informasjon opplever mindre redsel og smerter ved medisinske behandlinger, noe som øker tilliten til behandleren (22). Barn er spesielt sårbare for diskrepans mellom non-verbal og verbal kommunikasjon, noe som kan oppstå når helsepersonell balanserer informasjon til barnet og foresatte (23). Sørensen og kollegaer viste at anerkjennende kommunikasjon kan bidra til å bevare tilliten når barnet ikke vil samtykke til behandling (24). Samtidig må helsepersonell være bevisste på at barn kan føle seg mislykket etter medisinsk behandling og trenger bekreftelse på at de har mestret situasjonen (24). Det anbefales å snakke med pasienten og foreldre etter behandling for å

avdekke reaksjoner som bør følges opp videre, noe som burde vært gjort i «Anders» sitt tilfelle.

Krysspress er et annet element som kan påvirke tillit og informert samtykke. En tillitsgiver er sårbar overfor mottakerens vonde vilje, men også overfor en person med gode intensjoner og blandede motiver (9). Mellompersonen, som tannlegen, må ta hensyn til flere parter, noe som kan sette personen i et krysspress. Tannlegen kan ha ønsket å handle i «Anders» sin beste interesse, men hadde også vissheten om ressursmangel og lange ventelister hos tannhelsetjenesten. Rønneberg og kollegaer fant at tannbehandling av mindre barn er spesielt stressende for tannleger (25) og Chipcase og kollegaer fant at høyt stressnivå kan påvirke tannlegens evne til å ta gode beslutninger (26). Krysspress kan indirekte oppfattes av pasienten og rokke ved tilliten til behandleren (9). I slike tilfeller understreker Olszewski og Goldkind betydningen av å involvere andre disipliner ved behov for å gi helhetlig og koordinert omsorg, samt å stadig vurdere barnets evne til å delta i beslutningsprosessen (10).

Pasientens øvrige traumatiske opplevelser kan også påvirke tillit og informert samtykke. Det er ukjent hvorvidt dette gjelder pasientkasuset i denne artikkelen, men det er kjent at pasienter med overgrepserfaring kan ha store problemer med å gi tillit til behandlerne (27). Steine og kollegaer har funnet at det i Norge tar i snitt 17,2 år fra en person opplever overgrep til den forteller om det (28). I en tannhelsesetting kan personer utsatt for seksuelle overgrep ha vanskeligheter med å motta tannbehandling fordi situasjonen kan ha likhetstrekk med overgrepet. Grensen for informert samtykke og tillit til helsepersonell blir ekstra viktig i slike tilfeller.

Helsevesenet er avhengig av tillit, og tillit gjør det mulig for helsepersonell å ta medisinske beslutninger, helst i samråd med pasienten. Pedersen og kollegaer diskuterer hvordan det kan være legitimt å forsøke å overbevise en pasient om at en gitt handling er det beste alternativet basert på profesjonskunnskap, men at det er illegitimt å overtale eller manipulere pasienten ved å gi strategisk informasjon, misbruke sin autoritet eller gi pasientens behov util-

strekkelig plass i samtalen (5). Ved å følge prinsippene i Olszewski og Goldkinds rammeverk kan helsepersonell bedre støtte barns autonomi og velvære, samtidig som de styrker tilliten mellom barnet, familien og helsepersonellet (10). Dette rammeverket fremmer en helhetlig og barnesentrert tilnærming til medisinsk behandling.

### Konklusjon

I dagens tannhelsetjeneste ville «Anders» ha fått helsehjelp uansett, men den etiske utfordringen ligger i hvordan hjelpen blir gitt. Grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell må vurderes individuelt, spesielt når det gjelder barn der disse grensene kan være vanskelige å identifisere. Informert samtykke og tillit er avgjørende for medisinske beslutninger og samarbeid med pasienten. «Anders» autonomi kunne vært bedre ivaretatt ved å gi tilpasset informasjon om sykdom og behandlingsalternativer, og sikre forståelse ved å la ham gjengi informasjonen med egne ord. Ved å bygge en tillitsfull relasjon og gi «Anders» mer tid til å bli kjent med behandlingssituasjonen, kunne tannlegen redusert behovet for tvang og risikoen for angst. Etiske overveielser i tannhelsetjenesten handler om å fremme pasientens selvstendighet og trygghet, spesielt for barn som er mer sårbare og trenger ekstra omsorg for å føle seg trygge.

### Takk

Takk til bedømmelseskomiteen for min PhD-grad, Helge Skirbekk, My Blomqvist og Jesper Lundgren, for å ha gitt meg dette temaet til prøveforelesningen før forsvaret av min doktorgrad.

### Interessekonflikt

Forfatteren av denne artikkelen er styremedlem i Norsk forening for odontofobi. Dette kan potensielt utgjøre en interessekonflikt, da temaet for artikkelen er relevant for foreningens arbeid. Forfatteren har forsøkt å opprettholde en objektiv og upartisk tilnærming i analysen og konklusjonene som presenteres i artikkelen.

## REFERANSER

1. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2019.
2. Vaknin O, Zisk-Rony R. Including children in medical decisions and treatments: Perceptions and practices of healthcare providers. *Child Care Health Dev.* 2011;37(4):533-9. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01153.x
3. Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child dev.* 1589-1598. 1982.
4. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. Oxford: Oxford University Press; 1986.
5. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2007.
6. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
7. Gawande A. Being mortal: medicine and what matters in the end. New York: Metropolitan Books; 2014.
8. Grimen H. Hva er tillit. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
9. Grimen H. Tillit og makt—tre sammenhengar. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2001.
10. Olszewski AE, Goldkind SF. The Default Position: Optimizing Pediatric Participation in Medical Decision Making. *Am J Bioeth.* 18(3), 4–9. 2018. <https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1418921>
11. Magelssen M, Førde R, Lillemoen L, Pedersen R. Etikk i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.
12. Hofmann B, Moezzi M. Bruk av etisk refleksjonsmodell i klinisk praksis. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2023;133:972-8. doi: 10.56373/2023-12-3
13. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA.* 1998;280(19):1708-14. doi: 10.1001/jama.280.19.1708
14. Gilligan T, Raffin TA. Physician virtues and communicating with patients. *New Horizons (Baltimore, Md).* 1997;5(1):6-14.
15. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med.* 1998;24(2):81-8.
16. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA.* 1984;252(21):2990-4.
17. Helsedirektoratet. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år: Nasjonal faglig retningslinje. Kapittel 7. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>
18. Bray L, Snodin J, Carter B. Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nurs Inq.* 2015;22(2):157-67. doi: 10.1111/nin.12074
19. Svendsen EJ, Moen A, Pedersen R, Bjørk IT. Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC Pediatr.* 2015;15:190. doi: 10.1186/s12887-015-0508-3
20. Svendsen EJ. Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien.* 2018;106(71912):e-71912. doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.71912
21. Hauge MS, Storå B, Vassend O, Hoffart A, Willumsen T. Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi versus «Fire gode vaner»—bruk av midazolam En randomisert kontrollert studie av behandling av tannbehandlingsangst i primær tannhelsetjeneste. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2022; 132: 626-36. doi:10.56373/2022-8-4
22. Agbayani C-J, Fortier M, Kain Z. Non-pharmacological methods of reducing perioperative anxiety in children. *BJA Educ.* 2020;20(12):424. doi:10.1016/j.bjae.2020.08.003
23. Boggs KU. Communicating with children. In: *Interpersonal Relationships E-Book: Professional Communication Skills for Nurses.* 2019:346.
24. Sørensen K, Skirbekk H, Kvarstein G, Wøien H. Children's fear of needle injections: a qualitative study of training sessions for children with rheumatic diseases before home administration. *Pediatr Rheumatol.* 2020;18:1-12. doi: 10.1186/s12969-020-0406-6
25. Rønneberg A, Skaare AB, Hofmann B, Espelid I. Variation in caries treatment proposals among dentists in Norway: the best interest of the child. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017;18(5):345-53. doi: 10.1007/s40368-017-0298-4
26. Chipchase SY, Chapman HR, Bretherton R. A study to explore if dentists' anxiety affects their clinical decision-making. *Br Dent J.* 2017;222(4):277. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.173
27. Stalker CA, Russell BDC, Teram E, Schachter CL. Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: treatment considerations for the practitioner. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(9):1277-81. doi: 10.14219/jada.archive.2005.0344
28. Steine IM, Winje D, Nordhus IH, Milde AM, Bjorvatn B, Grønli J, et al. Langvarig taushet om seksuelle overgrep. *Tidsskr Nor Psykologforen.* 2016;53(11):888-99.

## ENGLISH SUMMARY

Aarvik RS.

**Children's autonomy in dental care: The limits of informed consent and trust in healthcare professionals**

*Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 1062-9.

**Background:** This article discusses the boundaries of informed consent and trust in healthcare professionals through a case study from dental care, focusing on treatment of children.

**Materials and methods:** An ethical reflection model (SME model) is used to analyze a case involving a seven-year-old boy who opposes dental treatment. The analysis follows five steps: identifying the ethical problem (1), presenting the facts (2), considering the perspectives and interests of the parties involved (3), examining the relevant values, principles, laws, and guidelines (4), and exploring alternative actions (5).

**Results:** The analysis demonstrates that informed consent and trust are influenced by communication and relationships, context, and the patient's previous experiences.

**Conclusion:** Informed consent and trust need to be assessed individually. A balanced approach to information and trust-building is essential to ensure ethically sound healthcare and a trusting collaboration between patient and healthcare provider.