



Bruk av tvang mot barn på sykehus

Kandidatnummer: 570
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9807
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.2019
<u>Tittel:</u> Bruk av tvang mot barn på sykehus	
<u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier forebygge og begrense bruk av tvang ved utøvelsen av smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus?	
<u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven begynner med presentasjon av juridiske og etiske retningslinjer, samt sykepleierens ansvars- og funksjonsområder. Videre presenteres teori om barns kognitive og psykososiale utvikling for å få kunnskap om barnet i oppgavens aldersavgrensning. Deretter blir teori om prosedyresmerter og bruk av tvang på sykehus presentert.	
<u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave der eksisterende kunnskap fra fag og forskning benyttes for å besvare oppgavens problemstilling.	
<u>Drøfting:</u> I drøftingen blir først begrepet ”tvang” problematisert og diskutert for å skape bevissthet knyttet til sykepleiers bruk av tvang mot barn på sykehus. Juridiske og etiske føringer, samt sykepleiers ansvars og funksjonsområder blir gjennomgående i drøftingen. Videre fremkommer det hvordan sykepleier kan forebygge og begrense bruk av tvang ved smertefulle prosedyrer gjennom ulike strategier og tiltak.	
<u>Konklusjon:</u> For å kunne forebygge og begrense bruk av tvang må sykepleier først bli bevisst at tvang forekommer på sykehus, samt hva tvang innebærer. Sykepleier kan deretter begrense bruk av tvang ved utøvelse av smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus ved å fremme et godt samarbeid mellom sykepleier og barnet gjennom ulike strategier og tiltak. Slike strategier kan innebære å sørge for en trygg atmosfære på avdelingen, å gi barnet opplevelse av kontroll, distraksjonsteknikker, individualisert tilnærming og involvering av foreldrene.	

(Totalt antall ord: 222)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Avgrensning	2
1.2 Oppgavens struktur	2
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Juridisk grunnlag	4
2.2 Autonomi, velgjørenhet og ikke-skade prinsippet.....	5
2.3 Sykepleiers forebyggende, behandlende og lindrende funksjon.....	7
2.4 Utviklingsmessige særtrekk.....	8
2.5 Barnets kognitive utvikling	9
2.6 Utvikling i en sosial og kulturell sammenheng.....	9
2.7 Opplevelse av prosedyresmerter	10
2.8 Tvang på sykehus.....	11
3. Metode	13
3.1 Litteratursøk.....	13
3.2 Kildekritikk.....	15
4. Presentasjon av forskningsresultater	18
5. Hvordan kan sykepleier forebygge og begrense bruk av tvang ved utøvelse av smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus?	21
5.1 Tvang eller bare holding?	21
5.2 Barnets rettigheter og reaksjoner.....	23
5.3 Et nødvendig onde.....	24
5.4 Konsekvenser ved bruk av tvang.....	24
5.5 Tiltak og strategier	25
5.6 Varm atmosfære og humor	26
5.7 Økt følelse av kontroll.....	26
5.8 Distraksjon.....	28
5.9 Individuell tilnærming.....	29
5.10 Foreldres deltakelse.....	30
6. Konklusjon	31
Referanseliste	32

1. Innledning

I 2018 var 197 146 barn mellom 0 og 9 år til behandling på somatisk sykehus (Statistisk Sentralbyrå, 2019). Mange av disse barna er redde for prosedyrer og behandling som kan være ubehagelig. Som et resultat av frykt kan barna motsette seg nødvendig helsehjelp (Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F., 2012). Når barnet motsetter seg behandling kan det resultere i at barnet må holdes fast mot sin vilje ved bruk av tvang (Svendsen, 2018). I følge Grønseth og Markestad (2017) blir barn i alderen 0 til 6 år ofte fastholdt under prosedyrer. Sykepleierne i studien til Svendsen, Pedersen, Moen & Bjørk (2017) var av blandet oppfatning hva gjaldt forekomsten av tvang på sykehus i Norge. Noen hevdet det var sjeldent, mens andre mente det skjedde daglig. Kirwan og Coyne (2017) viser i sin forskning at 76 % av deltakerne i studien regelmessig var involvert i bruk av tvang mot barn i klinisk setting på sykehus. Fysisk fastholding var den vanligste formen for tvang der 63 % av deltakerne hevdet det ble brukt noen ganger og 33 % hevdet det ble brukt ofte. Den vanligste årsaken til bruk av tvang var innleggelse av perifert venekateter (Kirwan & Coyne, 2017).

E. J. Svendsens fagartikkel ”Helsepersonells bruk av tvang mot barn” belyser manglende kunnskap blant helsepersonell om bruk av tvang mot barn på sykehus. Det finnes få studier på forekomst av tvang mot barn på sykehus, men de studiene som er gjort viser at tvang mot barn forekommer ved vanlige sykehusprosedyrer slik som innleggelse av perifer venekanyale, venepunksjon eller innledning til narkose (Svendsen, 2018). Definisjonen på tvang varierer i ulike paragrafer i lovverket (helsepersonelloven, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; psykisk helsevernloven, 1999; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det foreligger imidlertid ingen lover knyttet til bruk av tvang mot barn i pediatrien. Derimot er barns rett til å bli hørt lovfestet i norske og internasjonale lovbestemmelser. Fagartikkelen til Svendsen belyser utfordringer knyttet til bruk av tvang mot barn og hvordan sykepleiere kan forebygge bruk av tvang, samt viser til konsekvenser ved bruk av tvang. Bruk av tvang mot barn på sykehus kan oppleves svært traumatisk og barnet kan bli påført fysiske, psykiske, sosiale og utviklingsmessige utfordringer i etterkant (Svendsen, 2018).

Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å belyse en problemstilling knyttet til bruk av tvang mot barn på barneavdeling på sykehus. Gjennom sykepleierens behandlende og forebyggende funksjon gjennomfører sykepleier behandling og prosedyrer til disse barna. På barneavdeling

på sykehus vil det derfor være sykepleier som utfører de aktuelle prosedyrene og det vil være sykepleiers ansvar å forebygge bruk av tvang ved utøvelsen av prosedyrene. Gjennom sykepleierens lindrende funksjon vil det være relevant å forebygge ubehag og krenkelse knyttet til bruk av tvang. Sykepleieren har i følge de yrkesetiske retningslinjene ansvar for å ”yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2017). Av dette følger problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier forebygge og begrense bruk av tvang ved utøvelse av smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus?»

1.1 Avgrensning

Målgruppen for oppgaven er barn i alderen 3 til 5 år, dette basert på en inndeling innen utviklingsteori av E. Erikson (Håkonsen, 2014). Konteksten er barneavdeling på sykehus der barnet er innlagt som følge av elektiv behandling, enten kirurgiske eller medisinsk. Barna har i den forbindelse behov for behandling i form av prosedyrer som kan skape ubehag. Slike prosedyrer kan være innleggelse av perifer venekanyle, sprøytstikk eller innledning til narkose. Oppgaven vil kun ta for seg bruk av fysisk tvang ved fastholding. Barn med kroniske sykdommer, og dermed lang sykehushistorie, kan ha tilpasset seg rutine og prosedyrene på sykehuset. Jeg ønsker derfor å fokusere på barn som har lite eller ingen erfaring fra tidligere sykehusopphold. Jeg har valgt å avgrense til at det ikke foreligger en akutt situasjon, og sykepleier har dermed tid og mulighet til å forebygge og begrense bruk av tvang. Oppgaven vil ikke gå i dybden på medikamentelle tiltak, og heller ikke senvirkningene som kan følge av tvang. Som en følge av Forskrift om barns rettigheter i helseinstitusjon (2000) er foreldre tilstede ved behandling av barn på sykehus. Oppgaven vil derfor ta for seg hvordan foreldre kan delta i situasjoner der bruk av tvang kan bli nødvendig. Kommunikasjon og samhandling med foreldre utover slike situasjoner vil ikke bli omtalt i oppgaven.

1.2 Oppgavens struktur

Første del av oppgaven gir en presentasjon av temaet, begrunnelse for valg av tema, samt sentrale avgrensninger. Den teoretiske delen av oppgaven innebærer det teoretisk kunnskapsgrunnlaget som blir benyttet for å besvare den valgte problemstillingen. Oppgavens metode blir presentert ved en beskrivelse av søkene, en tabell for søkehistorikk og

kildekritikk. De valgte artiklene og resultatene blir presentert i en artikkelmatrise. Oppgavens drøfting tar for seg hvordan sykepleier kan forebygge og begrense bruk av tvang ved smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I henhold til Norsk Sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer (2016) og helsepersonelloven (1999) plikter sykepleier å handle ut fra kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis innebærer å benytte kunnskap fra forskning, erfaringer fra praksis og pasientens egne ønsker og behov (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleier plikter å handle etisk, juridisk og faglig forsvarlig i sin yrkesutøvelse. I det følgende vil jeg ta for meg lovverk, etisk grunnlag og sykepleiers funksjonsområde aktuelt for problemstillingen. Videre vil jeg ta for meg relevant teori om utvikling, smerte og bruk av tvang.

2.1 Juridisk grunnlag

Bruk av tvang er regulert i flere lover, blant annet pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven. Det er ingen lover som konkret regulerer bruk av tvang og fastholding av barn. I henhold til FNs konvensjon om barns rettigheter av 1989 artikkel 12, Grunnloven av 1814 § 104 første ledd, barneloven § 31 (1981) og pasient- og brukerrettighetsloven av 1999 § 3-1 har barn rett til å gi uttrykk for sin mening og rett til å bli hørt. Dette innebærer retten til å medvirke og medbestemme (Bendiksen & Haugli, 2018). Barn som er i stand til å danne egne synspunkter har rett til å uttrykke seg om sine synspunkter i alle saker som omhandler barnet. Barnets synspunkter skal vektlegges i samsvar med barnets modenhet og alder (FNs konvensjon om barns rettigheter, 1989). I henhold til barneloven (1981) § 31 skal barn på syv år få informasjon og mulighet til å si sin mening ved avgjørelser om personlige forhold. Barn under syv år skal ha samme rettigheter dersom de er i stand til å danne seg egne synspunkter (barnelova, 1981, § 31). Rett til å bli hørt betyr ikke nødvendigvis rett til å bestemme, men barnet har rett til være med å påvirke bestemmelsen (Bendiksen & Haugli, 2018). Videre skal informasjonen til barnet tilpasses barnets individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-1 og 3-5). Barn defineres som personer under 18 år i henhold til Barnekonvensjonen (FNs konvensjon om barns rettigheter, 1989). Før barnet fyller 16 år har foreldrene retten til å samtykke til helsehjelp (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Dette innebærer at barn ofte må gjennomgå prosedyrer mot sin vilje. Når barnet er under 16 år kan foreldrene samtykke til fastholding av barnet (Grønseth & Markestad, 2017).

Grunnloven (1814) § 104 andre ledd omhandler prinsippet om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som påvirker barnet. Det samme prinsippet er hjemlet i Barnekonvensjonen (1989) artikkel 3. Prinsippet om barnets beste er et av de mest sentrale barnerettslige prinsippene (Bendiksen & Haugli, 2018). Videre følger § 104 tredje ledd i Grunnloven (1814) som sier at ”barn har rett til vern om sin personlige integritet”. Integritet kan tolkes på flere måter, men et synonym kan være ”ukrenkelighet”. Ved denne loven følger et sterkere vern av barns individuelle rettigheter enn de generelle bestemmelsene i Grunnloven. Årsaken forklares ved at barns sårbarhet, avhengighet av voksne og behov for beskyttelse ikke tilstrekkelig blir ivaretatt av de generelle bestemmelsene (Bendiksen & Haugli, 2018).

Barns rettigheter på sykehus er hjemlet i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Av forskriften følger barns rett til å ha minst én av foreldrene til stede under hele sykehusoppholdet, også under prosedyrer. Videre sier forskriften at sykepleier som skal behandle barnet må ha kunnskap om barns utvikling og behov (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000), og av dette følger teori om barns kognitive og sosiale utvikling i oppgaven.

2.2 Autonomi, velgjørenhet og ikke-skade prinsippet

Prinsippene autonomi, velgjørenhet og ikke-skade prinsippet hører under de fire prinsippers etikk, sammen med rettferdighet. Hvert prinsipp kan defineres som en plikt (Brinchmann, 2016).

Autonomi innebærer plikten til å respektere personers beslutninger. Dersom pasienten er i stand til det skal vedkommende få bestemme over egen behandling eller pleie. Autonomi er både en etisk og juridisk rettighet ettersom pasienten har juridisk rett til medvirkning og informasjon (Brinchmann, 2016). Menneskers autonomi varierer gjennom livet blant annet basert på alder. Likevel er menneskeverdet og integriteten til mennesket konstant. Dersom pasienten ikke er i stand til å fatte autonome beslutninger knyttet til sin behandling skal fremdeles pasientens fysiske og mentale grenser respekteres. Ved sårbare pasienter blir det stilt høyere krav til sykepleiers opprettholdelse av pasientens autonomi og integritet (Braut, 2000). Fordi grad av autonomi varierer bør sykepleier være oppmerksom på forholdet mellom pasientens autonomi, sårbarhet og integritet. Dersom sykepleier må gripe inn og handle ut fra

pasientens beste, på tross av pasientens autonomi, må likevel målet være å unngå å krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2016). Barnets autonomi kan bli begrenset ved sykehusopphold ettersom foreldrene ofte må ta avgjørelser på vegne av barnet.

Opprettholdelse av autonomi kan derfor være en utfordring for sykepleieren (Tveiten et al., 2012).

Prinsippet om velgjørenhet handler om plikten til å gjøre godt mot andre (Brinchmann, 2016). En forståelse av velgjørenhetsprinsippet kan forklares som sykepleiers vilje og evne til å gjøre det beste for pasienten (Nortvedt, 2016). Velgjørenhetsprinsippet er hjemlet i Helsepersonelloven av 1999 § 4 ved kravet til faglig forsvarlighet og omsorg, samt i Grunnlovens § 104 om barns beste.

Av ikke-skade prinsippet følger plikten om å ikke skade andre (Brinchmann, 2016).

Prinsippet handler i stor grad om hva sykepleier ikke skal gjøre. Samtidig handler prinsippet om å beskytte pasientene mot dårlig sykepleieutøvelse. Videre følger det av prinsippet at sykepleier skal minimere smerte og ubehag hos pasienten. Derav utøve sykepleie på en så skånsom og varsom måte som mulig. Prinsippet innebærer å ikke utsette pasienten for unødig smerte og belastning ved utøvelse av sykepleien (Nortvedt, 2016).

Prinsippene er ikke absolutte, og i situasjoner der liv og helse står i fare kan prinsippene måtte vike (Brinchmann, 2016). De etiske konfliktene knyttet til bruk av tvang omhandler opprettholdelse av pasientens autonomi og integritet. Ved utøvelse av tvang mot barn på sykehus blir prinsippet om autonomi tilsidesatt for å gjennomføre behandling som anses som velgjørende. Bruk av tvang strider mot ikke-skade prinsippet ettersom barnet kan få fysiske, psykiske, sosiale eller utviklingsmessige skader som en konsekvens av bruken av tvang (Svendsen, 2018). Bruk av moderate mengder med tvang kan anses som å ta ansvar for pasientens beste ved at pasienten får behandling, men grensen går ved tvangsbruk som kan føre til komplikasjoner som kunne vært forhindret. For å løse slike etiske utfordringer vil det være nødvendig å balansere de motstridende interessene med hjelp av god kommunikasjon og empati. Å stå i etiske konflikter knyttet til bruk av tvang kan gi sykepleieren en følelse av avmakt ved å ikke kunne utøve sykepleie i tråd med de standardene som følger av fag og etikk (Nortvedt, 2016).

2.3 Sykepleiers forebyggende, behandlende og lindrende funksjon

På bakgrunn av barns begrensede evne og rett til selvbestemmelse stilles det krav til sykepleiers moralske standard og refleksjon ved sykepleie til barn. Sykepleiefunksjoner knyttet til direkte pasientkontakt med barn innebærer forebyggende, behandlende, lindrende, helsefremmende og rehabiliterende funksjoner (NSF, 2017).

Sykepleiers forebyggende funksjon handler om å redusere eller forhindre helsesvikt. På bakgrunn av barns umodenhet og utvikling er de sårbare for stress og traumatiske opplevelser. Av dette følger sykepleiers ivaretagelse av barnets individuelle behov, forebyggelse av komplikasjoner og utviklingskader som kan følge av undersøkelser og behandling (NSF, 2017). Forebyggende sykepleie er ikke kun i forkant av behandling, men også tiltak som foregår underveis i behandlingen for å unngå skade eller komplikasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016). Det vil være sykepleierens forebyggende funksjon å forebygge bruk av tvang, samt unngå komplikasjoner eller skade som følge av bruk av tvang.

Målet med sykepleiers behandlende funksjon er at barnet skal bli frisk, unngå skade knyttet til behandling eller oppnå best mulig funksjonsnivå. Den behandlende funksjon utøves på grunnlag av kunnskap, ferdigheter og holdninger, og skal ta utgangspunkt i barnets og foreldrenes opplevelser, behov og ressurser (NSF, 2017). Sykepleierens behandlende funksjon innebærer medisinsk utredning og behandling etter legens forordning, samt oppfølging av denne behandlingen (Nortvedt & Grønseth, 2016). Ved behandling av barn følger også foreldrene og deres rettigheter og ressurser. Foreldre skal få mulighet til å delta aktivt i behandlingen til barnet der det er til barnets beste og dersom barnets tilstand gjør det mulig (NSF, 2017). Hvorfor prosedyrene i problemstillingen blir gjennomført kan forklares med sykepleiers behandlende funksjonen der målet med prosedyren og behandling er at barnet skal bli frisk.

Sykepleierens lindrende funksjon har som mål å begrense omfanget og styrken av belastningen knyttet til sykdom og sykehusopphold, og å tilrettelegge for et trygt miljø. Belastningen på barnet kan være fysisk, psykiske, sosialt eller åndelig, slik som angst, smerte, lidelse og utrygghet (NSF, 2017). Sykepleieren må rette sin oppmerksomhet mot pasientens opplevelse og erfaring knyttet til opphold på sykehus for å ivareta sin lindrende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Det vil være sykepleierens lindrende funksjon å begrense belastningen på barnet ved utøvelsen av tvang ved behandling av barn på sykehus.

De yrkesetiske retningslinjene er idealer og verdier som konkretiserer hva gode praktiske og moralske handlinger er i sykepleie. Yrkesetiske retningslinjer bygger på prinsippet om velgjørenhet og verdiene barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Sneltvedt, 2016). I henhold til De yrkesetiske retningslinjene punkt 2 skal sykepleier ”ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”. Videre sier punkt 2.7 at pasienten skal beskyttes mot krenkende handlinger slik som unødvendig tvang. Av retningslinjene følger sykepleiers plikt til å ivareta barnets integritet ved å unngå den krenkelse som følger ved unødvendig bruk av tvang (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2016).

2.4 Utviklingsmessige særtrekk

Basert på alder følger utviklingsmessige særtrekk. I alderen 3-5 år vil aktuelle trekk i forbindelse med prosedyrer kunne være frykt for å miste kontrollen, for skader og for nåler (Grønseth & Markestad, 2017). Barnet kan motsette seg en prosedyre som følge av et naturlig behov for å stå imot noe barnet tror vil skape smerte eller ubehag (Tveiten et al., 2012). For barn i alderen 3-5 år er det vanskelig å forstå viktigheten av behandling. Dersom barnet ikke vil gjennomføre behandlingen eller er urolig kan fastholding benyttes (Grønseth & Markestad, 2017). Barn i alderen 0 til 6 år blir ofte holdt fast ved prosedyrer og undersøkelser, ofte mot sin vilje. Å sørge for barnets beste innebærer å beskytte barnets integritet ved å være bevisst barnets måte å håndtere ulike situasjoner. At barnet føler kontroll vil kunne være viktig for samarbeid med barnet (Söderback, 2016). For barn i aldersgruppen er rollelek viktig. Slik lek kan benyttes terapeutisk for å forberede barnet til en prosedyre (Grønseth og Markestad, 2017). Ved lek kan barnet få en følelse av kontroll over en situasjon som kan ha gjort at barnet følte seg maktesløs (Bunkholdt, 2000). Barnet kan videre ha manglende begrep om tid og fantasien kan være stor. Separasjonsangst er også sentralt for barna i aldersgruppen. De utviklingsmessige særtrekkene vil få konsekvenser for sykepleien til barnet (Grønseth & Markestad, 2017).

Barnets utvikling kan ses fra to ulike perspektiver. Jean Piaget (1895-1980) ser på utvikling fra en kognitiv vinkling, og Erik. H. Erikson (1902-1994) ser utvikling fra en følelsesmessig og sosial vinkling. Piaget vektlegger intellektuelle aktiviteter slik som problemløsningsevne.

Erikson fokuserer på følelsesmessige forhold som personlig trygghet, evne til nærhet, selvfølelse og lærelyst. Sammen kan de to teoretikerne danne et helhetlig bilde av barnets utvikling (Tetzchner, 2012).

2.5 Barnets kognitive utvikling

Professor i psykologi, Jean Piaget var den første til å utvikle teori om barns kognitive utvikling (Håkonsen, 2014). Piagets teori innebærer at barn gjennomgår fire utviklingsstadier fra fødsel og frem til 15-16-årsalderen. Gjennom disse fasene utvikler barnet seg fra å kun være styrt av sanser og reflekser til å kunne tenke fornuftig, logisk og abstrakt. Barn innenfor oppgavens aldersavgrensning, 3 til 5 år, inngår under Piagets preoperasjonelle stadiet. I dette stadiet blir barnet mindre avhengig av sansene for å tenke, deres logiske evner har begynt å utvikle seg og språk benyttes som kommunikasjonsmiddel. Barnet er fremdeles sterkt bundet til visuelle inntrykk og kan ha behov for å se det som omtales. For barna i dette stadiet er det viktig at voksne tar seg tid å snakke med dem slik at barnet kan oppfatte sammenhenger og årsaker, samt for å sortere inntrykk. Barn i dette stadiet er i følge Piaget "egosentrisk". Det innebærer at barnet ikke har mulighet til å sette seg inn i andres situasjon og synspunkter, og at barnet antar at andre mennesker deler deres oppfatninger, følelser og reaksjoner. Som følge av dette kan barnet tillegge seg selv årsaker til gode eller vonde ting som skjer, og barnet kan derfor ta på seg skylden for ulike hendelser. I det preoperasjonelle stadiet er barnet i en identifikasjonsprosess der det vil imitere personer, handlinger og situasjoner for å vurdere og teste nye muligheter. Rollemodeller vil derfor være viktig (Piaget, 1964/1992).

Piagets teorier har i senere tid blitt kritisert fordi teorien ikke tar hensyn til kulturelle og sosiale faktorer. Piagets forskning ble kun gjort på barn i den vestlige verden, og teorien kan dermed ikke benyttes universelt. En vanlig kritikk er Piagets undervurdering av yngre barn og deres evne til logisk innsikt. Videre kritikk knyttes til teoriens kliniske metode. Likevel er teorien fremdeles sentral ettersom det er den eneste helhetlige og detaljerte teorien om kognitiv utvikling (Tetzchner, 2012).

2.6 Utvikling i en sosial og kulturell sammenheng

Psykolog Erik H. Erikson setter menneskets utvikling inn i en sosial og kulturell sammenheng, samt vektlegger påvirkning av følelser. Erikson inndeler utviklingsforløpet i

biologiske faser der erfaring fra emosjonelle konflikter former personligheten til barnet (Håkonsen, 2014). Erikson hevder at barnet gjennomgår åtte psykososiale faser. Hver fase har karakteristiske konflikter og konfliktløsninger som vil bidra positivt eller negativt på den sosiale og følelsesmessige utviklingen. Den tredje psykososiale fasen er fra 3-5 år (Håkonsen, 2014). I denne fasen preges barnet av initiativ versus skyldfølelse. Barnet har et stort energioverskudd, de er nysgjerrige og initiativrike. I følge Erikson er barnet i denne fasen ivrig etter å lære, utforske og samarbeide. Barnet opplever stolthet og selvtillit som følge av mestring, som igjen inspirerer til videre læring. Samtidig er barnet fremdeles sårbart og vil trenge trygge omgivelser. Ved mange hindringer og nederlag kan det skape utrygghet, angst og sinne hos barnet. For å bearbeide slike vanskelige situasjoner hevder Erikson at lek kan benyttes. Erikson trekker derimot frem at grunnet et overskudd av energi så blir nederlagene fort glemt av barnet. Eriksons faser kan ikke ses isolert, og fase tre bygger på de tidligere fasene tillit versus mistillit og autonomi versus tvil og skam (Erikson, 1950/2000).

Eriksons teorier har blitt kritisert for å kun se på de nære sosiale relasjoner og ikke på det utvidede sosiale miljøet, slik som barnehager. Videre blir Erikson kritisert for å ikke være universell da andre kulturer kan ha andre behov enn de Erikson fremstiller. Teoriene til Erikson er likevel mye benyttet for å beskrive barnets sosiale utvikling (Tetzchner, 2012).

2.7 Opplevelse av prosedyresmerte

Ved innleggelse på sykehus vil det ofte være uunngåelig med prosedyrer og behandling som kan oppleves smertefullt for et barn. Mange barn opplever undersøkelser og prosedyrer som det verste med å være på sykehus. Nåler, stikk og sprøyter kommer frem som den største frykten (Grønseth & Markestad, 2017). Smerte er et sammensatt fenomen som består av fysiologiske og emosjonelle komponenter (Markestad, 2016). Opplevelse av smerte påvirkes av ulike faktorer. Dette kan innebære fysiologi og anatomi, omgivelsene, grad av kontroll, selvbestemmelse og forståelse, holdninger, smertens varighet, tidligere opplevelser, alder, angst og depresjon. Smerten kan bli betraktelig forsterket av frykt og redsel (Grønseth & Markestad, 2017). Grad av smerte kan tolkes basert på fysiologiske uttrykk, atferdsmessige endringer og barnets egne beskrivelser (Markestad, 2016).

Tidligere forskning kan tyde på at små barn opplever smerter som for eksempel ved innleggelse av perifer venekanyler mer intenst enn eldre barn. Dette kan forklares ved at de

små barna er mer engstelig ettersom de forstår mindre av det som foregår, samt at de ikke har gode nok mestringsstrategier til å håndtere smerte. Positiv oppmerksomhet kan derimot veie opp for den negative opplevelsen av den smertefulle prosedyren, for eksempel trøst, ros, berøring eller annen belønning (Grønseth & Markestad, 2017). Små barn vil ha liten forståelse for hvordan smerte vil oppleves, samt varigheten av smerten. Sykepleier må derfor være tydelig og konkret ved beskrivelse av smerten og prosedyren for å kunne skape forståelse og tillit (Markestad, 2016). Lipsker (2016) trekker frem hvordan kognitiv utvikling kan påvirke håndtering av smerter og ubehag. Hun benytter Piagets stadier i sin teori. I det preoperasjonelle stadiet fra 2 til 7 år vil barnet ha begrenset oppfatning av tid og begrenset oppmerksomhet. Fantasien kan være dominerende og barnet kan ha vansker med logisk tenkning. Derav kan barnet profitere på konkret lek og annen enkel fremstilling, samt begrensede mengder med informasjon. Sykepleierens språk må være enkelt og vennlig uten medisinske termer (Lipsker, 2016).

Smertehåndtering kan foregå ved hjelp av medikamentelle tiltak og ikke-medikamentelle tiltak. Tiltak som kan være med på å skape trygghet, forståelse, avledning og trøst danner grunnlaget for smertelindring. Smertedempende og angstdempende legemidler benyttes i ulik grad knyttet til grad av smerte og varighet av prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017). Ved blant annet planlagt innleggelse av perifert venekanyle er bruk av Emla-krem rutinemessig brukt. Dette er en lokalbedøvende krem som legges på huden og som virker etter ca. 60 minutter (Grønseth & Markestad, 2017). Et middel brukt ved sedasjon før prosedyrer er dexmedetomidin administrert ved nesenspray. Legemiddelet kan lindre smerte og angst, samt redusere uønskede bevegelser (Hugdahl, 2018).

2.8 Tvang på sykehus

Fastholding kan ses på som det motsatte av medvirkning og anerkjennelse. Både for barnet og foreldrene kan fastholding oppleves svært vondt (Tveiten et al., 2012). Barnet kan føle seg krenket, få panikk eller oppleve truet selvkontroll. Hvordan barnet reagerer på fastholdingen varier. Eksempelvis vil noen barn protestere eller forsøke å flykte, mens andre holder ut (Grønseth & Markestad, 2017). Motstand både fysisk og verbalt er et uttrykk for at pasienten ikke ønsker behandlingen (Nortvedt, 2016). Tvang kan forsterke den traumatiserende opplevelsen prosedyren innebærer og kan oppleves krenkende (Grønseth & Markestad, 2017). Samarbeid med foreldrene vil være viktig dersom barnet må holdes fast under en prosedyre

(Tveiten et al., 2012). At barnet får sitte på en forelders fang under prosedyren kan redusere barnets stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2017). I Tveiten et al. (2012) fremkommer det at foreldre ikke deltar i fastholdingen i praksis, men at deres medvirkning i tvangen begrenses til trøst og omsorg etter gjennomført prosedyre for å unngå skyldfølelse (Tveiten et al., 2012).

Dersom barnet må holdes fast skal det foregå på en skånsom måte med gode grep tilpasset barnets alder. Fastholdingen bør foregå med så lite makt som mulig og kun den delen av kroppen som må være i ro skal holdes fast (Grønseth & Markestad, 2017). Svendsen (2018) trekker frem fire kompetanseutfordringer i møte med tvang mot barn på sykehus. Disse knytter seg til manglende bevissthet rundt bruk av tvang, manglende kunnskap om konsekvenser, liten grad av medvirkning og lite fokus på tiltak og strategier som kan begrense bruk av tvang (Svendsen, 2018).

3. Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. I en litteraturstudie benyttes eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2018). Kunnskap fra skriftlige kilder blir systematisert og leseren vil få god og oppdatert forståelse av området problemstillingen belyser. I en litteraturstudie vil det komme frem hva som eksisterer av kunnskap, hva feltet mangler av kunnskap og hva som krever videre forskning. Leseren vil også få innsikt i hvordan kunnskapen er innhentet (Thidemann, 2017).

3.1 Litteratursøk

Faglitteraturvalget i oppgaven er basert på relevant litteratur fra pensumlisten til studiet, samt fra gjennomgang av litteraturlister til tidligere gode bacheloroppgaver. For å søke etter relevant forskning er CINAHL og PubMed anvendt. De første søkene var brede og hadde som formål å finne ut om det forelå tilstrekkelig forskning på temaet. PICO-skjema (tabell nr. 1) ble benyttet for å systematisere søket.

Tabell nr. 1:

Patient/problem (Hvem/hvilke)	Intervention (Hva)	Comparison (Alternativer)	Outcomes (Resultater)
Barn på sykehus.	Tvang ved prosedyrer.	Tillitsskapende tiltak.	Tvang kan få senkonsekvenser.
<ul style="list-style-type: none">• Child, hospitalized• Child, preschool• Pediatric patient	<ul style="list-style-type: none">• Restraint• Physical• Coercion• Holding• Invasive procedures	<ul style="list-style-type: none">• Distraction• Pain management• Nurse-patient relation• Trust• Communication	<ul style="list-style-type: none">• Anxiety• Facial expression• Stress

Ved hjelp av databasenes standardiserte emneordsystem, her MeSH, ble søkestrategien effektivisert. MeSH søk ble benyttet for å finne artikler innen samme tema som kunne ha andre emneord. MeSH søk ble gjort ved følgende ord "Child, Hospitalized", "Restraint, Physical", "Invasive Procedures", "Distraction", "Anxiety", "Coercion", "Pain Management", "Nurse-Patient Relations", "Trust", "Communication", "Stress" og "Anxiety". Disse MeSH

ordene ble kombinert med de boolske operatørene AND og OR. Søkene ble avgrenset til å gjelde fagfelleverdert forskning for å sørge for høy kvalitet på de aktuelle artiklene (Dalland, 2017). Artiklene ble videre gjennomgått for å kontrollere at de fulgte IMRaD-strukturen. Jeg valgte å avgrense litteratur og forskning til å være av nyere dato, henholdsvis 2013-2018. Søket ble gjennomført i oktober, november og desember 2018. I januar 2019 ble søkene gjennomgått på nytt uten endrede resultater, da med avgrensning 2013-2019. Dato for søkene, valg av database, søkeord, avgrensninger og treff blir beskrevet i tabell nr. 2.

Forskningsartiklene i denne oppgaven består av både kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode innebærer målbare data og eksakt faktakunnskap som gir objektive resultater. Kvantitative data vil kunne belyse forekomst av problematikken oppgaven belyser. Kvalitativ metode tar sikte på forståelse av et fenomen ved at en går i dybden på kunnskapen. Ved kvalitativ metode kan en undersøke meninger, erfaringer, holdninger og nyanser i utvalget. Dermed kan en finne meningssammenhenger (Thidemann, 2017).

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er benyttet for å tilpasse søkeresultatene til oppgavens problemstilling. I første omgang ble overskriftene i søkeresultatet som virket irrelevante for problemstillingen ekskludert. Videre ble abstrakter gjennomgått der overskriftene virket lovende. Der abstraktet ble vurdert som relevant ble artiklene gjennomgått og vurdert opp mot oppgavens problemstilling. Inklusjonskriteriene var at artikkelen skulle omhandle sykepleie til barn på sykehus og at problemstillingen skulle være knyttet til bruk av tvang og fastholding. Fagfellevurdering ble også sett på som et kriterium for inklusjon. Artikler publisert før 2013 er ekskludert i søket.

Tabell nr. 2:

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
07.11.18	PubMed	”Children” (MeSH) AND ”Pain Management” (MeSH)	2013-2018. Fullteksttilgang. Peer reviewed. Engelsk eller nordisk språk.	11	Leste fire abstrakter og valgte en artikkel: ”Experienced Nurses’ Use of Nonpharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain”. (Svendsen & Bjørk, 2014)

07.11.18	PubMed	"Facial expression" (MESH) AND "Children" (MESH) AND "Nurse patient relation"	2013-2018. Fullteksttilgang. Peer reviewed. Engelsk eller nordiske språk.	1	Leste ett abstrakt og valgte en artikkel: "Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study". (Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk, 2015)
10.10.18	Cinahl	"Child, hospitalized" (MESH) AND "Restraint, Physical" (MESH)	2013-2018. Fullteksttilgang. Peer reviewed. Engelsk eller nordiske språk.	5	Leste tre abstrakter og valgte en artikkel: "Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians". (Svendsen, Pederson, Moen & Bjørk, 2017)
07.11.18	PubMed	Fritekst: "holding restraint children"	2013-2018. Fullteksttilgang. Peer reviewed. Engelsk eller nordiske språk.	14	Leste seks abstrakter og valgte to artikler: 1: "Holding children and young people: identifying a theory-practice gap". (Page & McDonnell, 2015) 2: "Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perception of practices". (Kirwan & Coyne, 2017).

3.2 Kildekritikk

Å vurdere om en kilde er tilstrekkelig innebærer å gjøre en vurdering på om kilden er gyldig, relevant, holdbar og pålitelig. Stoffet som skal benyttes for å besvare den aktuelle problemstillingen bør en forholde seg kritisk til (Dalland, 2017). Ved hjelp av IMRaD-strukturen har jeg kunnet vurdere om de leste artiklene var forskningsartikler (Dalland, 2017).

Forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere er fra anerkjente vitenskapelige tidsskrifter og anses derfor som pålitelige. De valgte artiklene er publisert i helsetidsskrifter med fokus på

sykepleie og pediatri, samt et tidsskrift for kvantitativ forskning innen helse. Artikkene er alle ”peer reviewed”. Dette innebærer at artiklene er fagfellevurdert av eksperter på temaet før publisering. To av artiklene er ikke fra Skandinavia, men helseforholdene i Irland og Storbritannia anses som tilnærmet like norske forhold (Regjeringen, 2018; Regjeringen, 2019). Artikkene inkludert er fra de siste fem årene og det er rimelig å si at disse funnene er de nyeste om temaet. Artikkene er skrevet på engelsk og jeg tar høyde for at det kan forekomme misoppfatninger i oversettelsen (Dalland, 2017).

Det forelå lite forskning som knyttet seg direkte til problemstillingen, samt lite forskning som tok for seg pasientperspektivet. Forskning av Edel J. Svendsen i forbindelse med hennes doktorgrad fra 2017 belyser problemstillingen godt og tar for seg ulike perspektiver, slik som sykepleier-, pasient- og foreldreperspektivet. Flere av Svendsens arbeid vil derfor bli benyttet i denne oppgaven. Dette innebærer at de fem artiklene inkludert i oppgaven kun er skrevet av tre ulike forfattere og at det dermed foreligger færre ulike perspektiver. De andre forfatterne er tidligere publisert og arbeider ved anerkjente institusjoner. Dette gjør at forskningen oppleves som troverdig og bidrar til at jeg stoler på resultatene som presenteres (Dalland, 2017). Videre blir en fagutviklingsartikkel av Svendsen fra 2018 inkludert ettersom denne belyser utfordringer relatert til min problemstilling. Jeg anser derfor denne artikkelen som relevant for denne oppgaven.

Jeg har valgt å anvende en fagartikkel fra 2010 av Karen Jeffery publisert i tidsskriftet *Pediatric Nursing*. Artikkelen er en eldre artikkel, men jeg anser den som relevant ettersom den kommer med et konkret skille på støttende fastholding og tvang. Jeg har ikke funnet nyere litteratur som belyser dette. Videre har jeg også valgt å inkludere en fagartikkel av Geir Sverre Braut fra 2000. Denne artikkelen ble det referert til i Brinchmann (2016) for å forklare variasjoner i menneskers autonomi. Artikkelen er av eldre dato, men ettersom den ble benyttet av Brinchmann i en nyere bok kan det tyde på at den fremdeles er relevant.

Oppgaven baserer seg også på litteratur fra bøker, offentlige publikasjoner og lovdata. Disse kildene har blitt introdusert gjennom studiets pensum eller ved å søke i søkebasen Oria. Offentlige publikasjoner forteller noe om politikken innen fagfeltet og kan belyse problemstillingen i en større samfunnsaktuell sammenheng. Lovdata anvendes for å benytte de primære rettskildene (Dalland, 2017). Bøkene som blir benyttet er skrevet av anerkjente forfattere innen sine felt. Jeg har anvendt de nyeste utgavene av publikasjonene for at

litteraturen skal ha størst grad av gyldighet. Boken til Bunkholdt fra 2000 om utviklingsteori er en eldre bok. Jeg har likevel valgt å benytte den til å beskrive eldre utviklingsteorier da disse ikke har blitt endret i nyere tid. Boken til Bunkholdt er brukt som referanse i boken til Grønseth og Markestad fra 2017 og dette underbygger at boken fremdeles er aktuell på de gjeldende temaene.

Bøkene til teoretikerne Piaget og Erikson er inkludert i denne oppgaven på tross av at de dateres tilbake til 1964 og 1950. Teoriene har vært gjenstand for kritikk opp gjennom tidene, men har fremdeles vært med på å danne grunnlaget for forståelsen av barns utvikling på hver sin måte. Sekundærlitteratur er benyttet for ytterligere forståelse av Piaget og Erikson ettersom primærlitteraturen er lite tilgjengelig. I oppgaven har jeg ellers strebet etter å benytte primærlitteratur for å sørge for rett forståelse av innholdet i teksten (Dalland, 2017).

Jeg har ingen tidligere erfaring med å arbeide med barn eller på barneavdeling på sykehus. Derimot vil kunnskap jeg har opparbeidet meg gjennom teori og praksis i studiet om etikk, jus og sykepleierens ansvarsområder være relevant for oppgaven. I denne oppgaven vil jeg kun videreformidle min tolkning av litteraturen, og derfor er referering og kildehandtering særdeles relevant. En etisk utfordring kan oppstå ved uriktig kildeføring (Dalland, 2017). Jeg har i oppgaven vært nøye med å referere til kilder og ikke plagiert andres arbeid. Ettersom barn anses som en sårbar gruppe er det viktig å være bevisst de etiske vurderingene som har ligget til grunn for forskningen. Artikkelen inkludert har alle blitt godkjent av etiske komiteer.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet vil artikler relevante for oppgavens problemstilling bli presentert i en artikkelmatrise (tabell nr. 3). Artiklenes innhold blir kort presentert i dette kapittelet og vil bli diskutert i sammenheng med annen litteratur og teori i drøftingen i kapittel 5.

Tabell nr. 3:

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Edel J. Svendsen og Ida T. Bjørk (2014)	“Experienced Nurses’ Use of Non-pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain”.	Journal of Pediatric Nursing	Utforske erfarne sykepleieres bruk av ikke-medikamentelle tiltak ved lindring av smerter hos barn.	Kvalitativ metode. 14 erfarne sykepleiere fra tre avdelinger i Norge. Utvalget ble valgt basert på nettverksutvalg. Dataene ble samlet gjennom tre fokusgruppe-intervju som ble tatt opp på bånd.	Studien viste at ved å etablere samarbeid med barnet vil bruk av tvang bli redusert. Tre ikke-medikamentelle metoder ble presentert; tiltak som fremmet barnets kontroll, avdelingens atmosfære og distraksjon. Det ble rapportert at barna samarbeidet bedre ved individuelt tilpassede metoder.
2.	Edel J. Svendsen, Anne Moen, Reidar Pedersen & Ida T. Bjørk (2015)	”Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study”.	BMC Pediatrics	Utforske barns uttrykk og motstand ved innleggelse av perifer venekanyle der det kunne bli nødvendig ved bruk av tvang.	Studien er en del av en større kvalitativ studie. Studien er en feltstudie med observasjon av prosedyren ved hjelp av video, og intervju med sykepleiere, leger og foreldre.	Det ble funnet tre ulike reaksjoner ved innleggelse av PVK; protest, flukt og utholdenhet. Den vanligste reaksjonen var protest. Flukt var reaksjonen som kunne føre til bruk av tvang. Avvik mellom barnets og helsepersonellens perspektiver og følelser bør anerkjennes og være gjenstand for refleksjoner for å muliggjøre bruk av fastholding med forsiktighet.

3.	A. Page & A. A. McDonnell (2015)	”Holding children and young people: identifying a theory-practice gap”.	British Journal of Nursing	Å utforske antagelser og praksis knyttet til fastholding av barn under prosedyrer med hensikt å kunne utvikle teorier til bruk i sykepleie-utdannelsen.	Kvalitativ metode. Deltakerne i studien var 7 lærere og 11 studenter på sykepleiestudiet, samt 13 sykepleiere som var mentorer for studentene.	Grunnet manglende opplæring følte studentene at fastholding var et overgrep mot barna. Forskningen viser til at det er store variasjoner i praksis og at mange gjetter seg til hvordan terapeutisk holding skal gjennomføres. Det kan foreligge et gap mellom teori og praksis når det kommer til støttende fastholding. Videre fremkommer det at fastholding blir benyttet uten at en utforsker mulige alternativer.
4.	Lisa Kirwan & Imelda Coyne (2017)	”Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses’ perception of practices”.	Journal of Child Health Care	Undersøke sykepleiers oppfatning av tvang ved prosedyrer.	Kvantitativ metode. Spørreundersøkelse på fem avdelinger på et barnesykehus i Irland. 50 av 80 sykepleiere besvarte undersøkelsen.	Studien viste at tvang regelmessig ble brukt i hverdagen på sykehus med barn. Fysisk og psykisk tvang ble mest benyttet. Alder på barnet og hvilke prosedyrer som skulle utføres påvirket forekomsten av bruk av tvang. Foreldre bidro positivt til prosessen. Få sykepleiere hadde fått opplæring knyttet til bruk av tvang og mange ønsket slik opplæring. Studien viste at sykepleierne mente mer kunne bli gjort for å unngå bruk av tvang.

5.	Edel J. Svendsen, Reidar Pedersen, Anne Moen & Ida T. Bjørk (2017)	”Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians”.	International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being	Utforske sykepleiere og legers perspektiver på og resonnement om bruk av fastholdelse under medisinske prosedyrer til førskolebarn i somatisk sykehus.	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer ble tatt opp på video. Syv leger og åtte sykepleiere. Data samlet mellom mai 2012 og mai 2013 på et norsk sykehus. I artikkelen ble innleggelse av perifer venekanyle (PVK) benyttet som prosedyre.	Sykepleierne rapporterte at tvang forekommer på barneavdelinger i Norge. Det fremkom at sykepleierne manglet alternative måter å håndtere situasjoner der det ble benyttet tvang. Et funn viste til at foreldre kan være en ressurs som minimerer bruk av tvang. Videre forelå det stor variasjon i helsepersonells forståelse av begrepet tvang.
----	--	---	---	--	--	---

5. Hvordan kan sykepleier forebygge og begrense bruk av tvang ved utøvelse av smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus?

I dette kapittelet vil problemstillingen bli drøftet ved å knytte teori fra kapittel 2 opp mot resultater fra forskning fra kapittel 4. Drøftingen vil basere seg på de fire kompetanseutfordringene løftet frem av Svendsen (2018), samt sykepleierens forebyggende, behandlende og lindrende funksjon i en etisk utfordrende behandlingssituasjon. For å kunne forebygge og begrense bruken av tvang er det først nødvendig å bli bevisst på at tvang benyttes mot barn på sykehus og hvordan. Første del av drøftingen vil derfor ta for seg begrepet tvang, hvorfor tvang benyttes og konsekvenser som følge av tvang. Andre del av drøftingen vil omhandle tiltak og strategier som kan forebygge eller begrense bruk av tvang, samt videre utfordringer knyttet til bruk av tvang.

5.1 Tvang eller bare holding?

Svendsen (2018) hevder at for å kunne forhindre bruk av tvang så må sykepleier bli bevisst på at tvang brukes. Forskningen til Kirwan og Coyne (2017) viser at tvang mot barn forekommer på sykehus. I studien til Svendsen et al. (2017) var sykepleierne derimot splittet i sin oppfattelse av hvor ofte bruk av tvang mot barn ble benyttet. En mulig årsak kan knyttes til manglende kunnskap om hva tvang innebærer. Hva som ligger i begrepet ”tvang” kan for mange være uklart. Ofte hevder sykepleiere at tvang er noe som ”bare skjer” uten at de forholder seg til de kontroversielle aspektene knyttet til bruk av tvang (Svendsen et al., 2017). I studien til Svendsen et al. (2017) viste intervjuene at sykepleieren ikke hadde samme oppfattelse av hva begrepet ”tvang” innebar. Begrepet ”tvang” ble av mange ansett som svært negativt og sykepleierne kviet seg for å benytte det. Det vanligste begrepet som ble benyttet om fenomenet var ”holding”, uavhengig av graden av fysisk makt (Svendsen et al., 2017). ”Holding” kan oppfattes som omsorgsfullt eller som en nøytral handling. En slik forståelse av begrepet kan føre til at bruken anses som nøytral og ukontroversiell. Svendsen, Moen, Pedersen og Bjørk (2015) forsket på barns reaksjon ved innleggelse av perifer venekanyle. Basert på barnas uttrykk i videoopptak kan det tyde på at situasjoner med bruk av fastholding derimot ikke ble ansett som nøytral for barna. De reagerte med høye skrik, gråt, ansiktsuttrykk som viste frykt og kroppsbevegelser for å unngå de voksnes hender (Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk, 2015). Barnets autonomi ble tilsidesatt og barnets grenser ble ikke respektert. Begrepet ”holding” er derfor trolig lite dekkende for å omfatte en situasjon som

kan oppfattes påtrengende og krenkende for barnet. Forskningsartikkelen til Svendsen et al. (2015) er en kvalitativ studie med seks deltakere. Etersom det er få deltakere kan en derfor ikke generalisere og si at alle barn ville reagert likt, men resultatene gir likevel et bilde av hvordan barn kan reagere. I studien til Svendsen et al. (2017) hevdet sykepleierne at de aldri brukte mer makt enn nødvendig og at de tilpasset den fysiske makten etter barnet motstand. En fagartikkel av Jeffery (2010) skiller begrepene ”støttende holding” og ”tvang”. Støttende holding kan ses på som en måte å hjelpe barnet gjennom prosedyren, mens tvang defineres som bruk av makt for å kontrollere barnet når de er en fare for seg selv eller andre. Skillet mellom støttende holding og tvang går ved grad av makt som blir brukt og om hensikten er å overmanne barnet (Jeffery, 2010). I observasjonsstudiet til Svendsen et al. (2015) ble beinet til et barn holdt fast under prosedyren fordi barnet motsatte seg prosedyren ved kroppsbevegelser. Hensikten med fastholdingen var da trolig å overmanne barnet for å få prosedyren gjennomført, og i følge Jeffery (2010) vil en slik handling være tvang. I henhold til Grønseth og Markestad (2017) skal fastholding være skånsomt og med gode grep. Hva som legges i begrepet ”gode grep” er derimot uklart og dette kan medføre at sykepleier må gjette seg frem til hvordan fastholdingen skal utføres. Page og McDonnell (2015) trekker frem manglende undervisning og trening knyttet til hvordan sykepleiere kan utføre støttende holding til barn. Artikkelen viser at sykepleiere ikke er klar over de etiske dilemmaene knyttet til om de utfører støttende holding eller om de benytter tvang (Page & McDonnell, 2015). Forskningen til Svendsen et al. (2017) viser at diskusjoner om tvang var nesten ikke-eksisterende, og at manglende felles forståelse av begrepet kunne relateres til manglende diskusjon på sykehusavdelinger. Bruk av begrepet ”tvang” bør derfor lede til mer diskusjon og behov for regulering ettersom barnet selv trolig ikke opplever å bare bli ”holdt”. Ved diskusjon kan sykepleier bli bevisst på at det kan være tvang de benytter og de kan dermed se at det foreligger behov for strategier og tiltak for å forebygge og begrense bruk av tvang.

I forskningsartiklene og litteraturen kommer det frem flere utfordringer knyttet til manglende retningslinjer og prosedyrer, manglende rettslig grunnlag og manglende diskusjon i fagmiljøet. I forskningen til Kirwan og Coyne fremkommer det at 8 av 50 sykepleiere hadde fått opplæring i bruk av fastholding. På spørsmål om det var nødvendig med trening svarte samtlige sykepleiere bekreftende. 88 % av sykepleierne etterspurte et verktøy for å vurdere bruken av tvang i de enkelte pasienttilfellene. Artikkelen til Page og McDonnell (2015) etterspør opplæring knyttet til bruk av tvang og de har kommet med forslag til momenter i opplæringen. Et moment innebærer oppklaring av hva som er akseptabel bruk av fastholding

og hva som ikke er det. Videre hvor mye makt sykepleier skal benytte. Det neste opplæringsmomentet til Page og McDonnell (2015) innebærer samtale mellom sykepleierne om opplevelser og følelser knyttet til bruk av tvang. Slike samtaler kan bidra til at sykepleierne lærer av hverandres erfaringer og de kan oppleve støtte fra hverandre. Til slutt trekker Page og McDonnell (2015) frem at det er viktig med veiledning knyttet til hvordan informere og forberede foreldre og barn ved bruk av tvang. Disse momentene kan være veiledende ved diskusjon og ved utarbeidelse av verktøy sykepleier kan benytte der bruk av tvang kan bli aktuelt.

5.2 Barnets rettigheter og reaksjoner

I følge norske og internasjonale lovbestemmelser har barn rett til å medvirke ved avgjørelser som omhandler barnet, samt rett til å bli hørt (barnelova, 1981, § 31; FNs konvensjon om barns rettigheter, 1989, art. 12; Grunnloven, 1814, § 104; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Av disse rettighetene følger det at barnet skal få mulighet til å uttale seg om behandlingen. Det at barnet har rett til å medvirke og bli hørt innebærer derimot ikke nødvendigvis at barnet skal bestemme selv. Tveiten (2012) trekker frem medvirkning og anerkjennelse som det motsatte av tvang. I følge Grønseth og Markestad (2017) vil barn i alderen 3 til 5 år ha vansker med å forstå hvorfor behandlingen og prosedyren må gjennomføres, og foreldrene må ofte ta avgjørelser og handle på vegne av barnet med hensikt å få gjennomført behandling for barnets beste. Barnets opplevelse av tvang kan bli preget av panikk og følelse av å bli krenket eller ikke respektert (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleiers plikt til å unngå at barnet blir krenket følger av de yrkesetiske retningslinjene. På bakgrunn av sykepleiers lindrende funksjon må sykepleier strebe etter å opprettholde barnets autonomi og integritet så langt som det lar seg gjøre i en utfordrende situasjon. Dersom barnet blir utsatt for tvang under en prosedyre kan den traumatiske opplevelsen knyttet til prosedyren bli forsterket og barnet kan føle seg krenket (Svendsen et al., 2017). Som følge av de juridiske og etiske retningslinjer skal barnets autonomi og rett til medvirkning være grunnleggende ved behandling av barnet. På den andre siden kan disse retningslinjene helt eller delvis tilsidesettes dersom barnets beste avhenger av behandling mot barnet egen vilje (Brinchmann, 2016).

5.3 Et nødvendig onde

Sykepleiere uttrykte i studien til Svendsen et al. (2017) at de mente det var bedre å bruke tvang med makt enn å ha flere mislykkede forsøk på innleggelse av perifert venekateter. Dersom sykepleier ikke lykkes på første forsøk vil barnet bli nødt til å gå gjennom flere runder med den samme prosedyren og flere stikk som kan medføre smerte og ubehag. I henhold til Grunnloven (1814) § 104 og Barnekonvensjonen (1989) artikkel 3 skal barnets beste ligge til grunn ved handlinger som påvirker barnet. I tilfeller der barn motsetter seg behandling foreligger et valg mellom to onder der sykepleier må vurdere hva som er det beste for barnet. Handlingsalternativene er om barnet skal få behandling ved tvang eller om barnet ikke skal få behandling. Alternativene kan også diskuteres ut fra et etisk perspektiv. Spørsmålet blir da om prinsippet om velgjørenhet eller autonomi skal ilegges størst vekt. Prinsippet om velgjørenhet innebærer at sykepleier skal handle ut fra barnets beste, og det omfatter en vurdering av om tvang kan benyttes dersom det er til det beste for barnet (Nortvedt, 2016). Det vil være viktig at barnets selvbestemmelse respekteres der det er riktig, samtidig som sykepleier må utføre prosedyren som kreves for at behandlingen skal bli til det beste for barnet. Uavhengig av hvilket alternativ som velges så skal sykepleier sørge for at barnets verdighet og integritet blir ivaretatt. Gjennom sykepleiers behandlende funksjon skal sykepleier gi barnet den behandling barnet trenger (NSF, 2017). I situasjoner der barnets helse er avhengig av behandling og barnet motsetter seg behandlingen kan sykepleier bli nødt til å holde barnet fast. Det vil være sykepleierens forebyggende og lindrende funksjon å forebygge og begrense konsekvensene som kan følge av manglende behandling. Tvang blir derfor et nødvendig onde og kan i slike tilfeller anses som barnets beste i et velgjørende perspektiv. Likevel bør bruk av tvang kun bli sett på som siste utvei når alle forsøk på samarbeid med barnet har mislyktes.

5.4 Konsekvenser ved bruk av tvang

Svendsen (2018) belyser gjennom sin fagartikkel at sykepleiere mangler kunnskap om hvilke konsekvenser bruk av tvang kan medføre. Gjennom sykepleiers forebyggende og lindrende funksjon skal sykepleier redusere eller forhindre de negative konsekvensene som følger av bruk av tvang (NSF, 2017). Slik forebygging skal være integrert i forberedelsene før prosedyren som kan medføre bruk av tvang, samt underveis i utøvelsen av prosedyren. Forebyggingen av skade kan gjøres ved at fastholding ved tvangsbruk blir gjort på en så skånsom måte som mulig. På tross av forebyggende sykepleie kan det oppstå situasjoner som

gjør at bruken får konsekvenser for barnet. Sykepleierne i Svendsen et al. (2017) sin forskning hadde ulikt syn på konsekvensene ved bruk av tvang ved innleggelse av perifer venekanyle. Noen mente at det var en liten prosedyre som raskt ble glemt av barnet, men de fleste hadde en oppfatning om at tvang har negative konsekvenser og at det derfor burde begrenses (Svendsen et al., 2017). I følge teorien til Erikson (1950/2000) blir nederlag hos barn i alderen 3 til 5 år raskt glemt grunnet et stort overskudd av energi. Svendsen (2018) trekker derimot frem fysiske, psykiske, sosiale og utviklingsmessige konsekvenser som følge av bruk av tvang mot barn på sykehus. En konsekvens kan for eksempel være at barnet kan sitte igjen med en følelse av skyld ettersom barnet kan tillegge seg selv årsaker til at vonde ting skjer, her som følge av bruk av tvang (Piaget, 1964/1992). Det foreligger dermed ulike syn på konsekvenser som følge av bruk av tvang. Å forstå hvilke konsekvenser tvangsbruk kan medføre vil kunne være med på å øke bevisstheten om bruk av tvang. I artikkelen til Svendsen (2018) blir det trukket frem at sykepleiere kan føle seg maktesløse når de møter konsekvensene som følger ved bruk av tvang. Det er derfor viktig å øke kunnskapen om alternative strategier for å forebygge og begrense bruk av tvang.

5.5 Tiltak og strategier

Basert på sykepleiers forebyggende og lindrende funksjon skal sykepleier redusere eller forhindre skade, samt redusere belastning knyttet til sykdom og sykehusinnleggelse (NSF, 2017). Av dette følger sykepleiers oppgave med å forebygge og begrense bruk av tvang mot barn på sykehus i forbindelse med smertefulle prosedyrer. Frykt og redsel kan forsterke barnets opplevelse av smerte og det er derfor viktig å begrense barnets frykt og redsel ved utøvelse av prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017). For å forebygge eller begrense bruk av tvang må sykepleier få barnet til å samarbeide om gjennomføringen av prosedyren (Svendsen & Bjørk, 2014). Rammefaktorer som kan være av betydning ved utøvelse av prosedyrer kan være begrenset tid eller at sykepleier ikke har gode nok kunnskaper og erfaring med utøvelsen av prosedyrer til barn. Konkrete forebyggende tiltak i forkant av en prosedyre kan innebære å få en erfaren sykepleier til å gjennomføre prosedyren. En observasjon fra Kirwan og Coyne (2017) viste at sykepleiere med mindre enn 6 års erfaring oftere var involvert i bruk av tvang. Det kan tyde på at sykepleierens erfaring kan ha en påvirkning på om tvang benyttes. Likevel betyr ikke dette at sykepleiere med mindre erfaring ikke skal få slippe til, men at de for eksempel kan samarbeide med sykepleiere med mer erfaring for å redusere bruken av tvang og for å øke sykepleierens kompetanse.

Ikke-medikamentelle tiltak kan i følge Svendsen og Bjørk (2014) benyttes for å etablere og opprettholde samarbeid med barn med hensikt å få gjennomført en prosedyre. Artikkelen til Page og McDonnell (2015) hevder at sykepleierne i studiet ofte benyttet fastholding uten å utforske andre alternativer. Derimot viser Kirwan og Coyne (2017) i sin forskning at sykepleiere ofte benytter andre intervensjoner før eventuell bruk av tvang. 90 % av sykepleierne forklarte prosedyren for barna i forkant og 86 % av sykepleierne benyttet lek i forbindelse med prosedyren. Svendsen og Bjørk (2014) trekker frem tre forskjellige ikke-medikamentelle tilnæringer for å skape samarbeid mellom sykepleier og barn.

5.6 Varm atmosfære og humor

Svendsen og Bjørks (2014) første tilnærmingen handler om å oppmuntre, skape kontakt og sørge for gode holdninger på avdelingen. Dette kan oppnås ved å være lekende, ha en positiv tone med barnet og foreldrene, samt bruk av humor. Sykepleierne som deltok i forskningen til Svendsen og Bjørk (2014) fortalte at det var viktig å ikke alltid være så seriøs og at stemningen kunne bli lettere med bruk av humor. Humor har en positiv effekt på barn slik at ikke alt blir så tungt. Sykepleierne ønsket at barna skulle oppleve en varm atmosfære, samt føle seg rolig og trygg mellom prosedyrene ettersom det fremmet samarbeidet mellom barn og sykepleier (Svendsen & Bjørk, 2014). Erikson (1950/2000) hevder barn i 3 til 5 årsalderen er sårbare, og som følge av dette har de behov for trygge omgivelser. Positiv oppmerksomhet slik som trøst, belønning og ros kan veie opp for de negative følelsene barnet opplever under og etter prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017). I følge Svendsen og Bjørk (2014) vil en positiv og lekende atmosfære på avdelingen kunne gjøre omgivelsene rundt prosedyren mindre negative og skremmende for barnet. Det vil derfor være viktig for sykepleier å være bevisst sine holdninger slik at barnet kan få en så positiv opplevelse som mulig i en ellers utfordrende situasjon.

5.7 Økt følelse av kontroll

Basert på utviklingsmessige særtrekk er barna i alderen 3 til 5 år redde for å miste kontrollen (Grønseth & Markestad, 2017). Den andre tilnærmingen til Svendsen og Bjørk (2014) handler om å gi barnet kontroll over situasjonen. I henhold til Söderback (2016) er følelsen av kontroll viktig for å etablere et samarbeid mellom barn og sykepleier. Økt kontroll kan innebære å la

barnet ta ledelsen og at barnet får ta egne valg basert på alternativer (Svendsen & Bjørk, 2014). Grønseth og Markestad (2017) underbygger dette ved å si at der det er mulig bør barnet få være med å bestemme, ta valg og delta da dette øker barnets samarbeidsevne og følelse av kontroll. Et eksempel kan være å la barnet få ta av bandasjen selv. Selv om barnet bruker ti minutter der sykepleier hadde gjort det på ti sekunder så vil dette kunne fremme et fremtidig samarbeid med barnet. Et annet alternativ er at barnet kan få velge farge på bandasjen. Ved at barnet får en følelse av å ha kontroll kan barnets opplevelse av tvang bli redusert (Svendsen & Bjørk, 2014).

At barnet får mulighet til å ta pauser kan øke barnets opplevelse av kontroll (Svendsen & Bjørk, 2014). Utmattelse kan forsterke opplevelsen av smerte. Derfor er det viktig at barnet får mulighet til å ta pause og hvile dersom barnet blir sliten, og at planlagte prosedyrer foregår når barnet er uthvilt (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleier må respektere at barnet har grenser og ta tilstrekkelige pauser hvis barnet trenger tid til å hente seg inn igjen (Lipsker, 2016). Å la barnet få ta pauser vil kunne være en enkel måte å gi barnet følelse av kontroll uten at det går utover behandlingen ettersom prosedyrer ofte består av flere steg. Før prosedyren kan sykepleier sammen med barnet bli enige om når sykepleier skal ta pause i prosedyren slik at barnet kan få en opplevelse av kontroll og forutsigbarhet.

Forutsigbarhet og tilstrekkelig informasjon kan øke barnets opplevelse av kontroll. Dersom barnet forventer smerte kan dette påvirke barnets evne til å samarbeide, uavhengig av hvor vond prosedyren er (Svendsen & Bjørk, 2014). I alderen 3 til 5 år kan fantasien til barnet være stor og de kan tillegge ord og begreper andre meninger (Grønseth & Markestad, 2017). Grunnet disse utviklingsmessige særtrekkene kan det være utfordrende å få barnet til å forstå hva som skal skje ved en prosedyre. I følge Piagets (1964/1992) teori har barnet behov for visuelle hjelpemidler for å forstå hvordan en situasjon vil kunne oppleves. Derav kan det være lettere for barnet å få leke prosedyren i forkant. Barn i aldersgruppen 3 til 5 år kan gjennom lek oppnå en følelse av kontroll i situasjoner det de ellers føler seg maktesløse (Bunkholdt, 2000). For eksempel kan sykepleier ved hjelp av sykehusmusen Rasmus illustrere hvordan en prosedyre vil foregå (Lorentzen & Moen, 2018). Slik lek vil kunne gi barnet en følelse av kontroll fordi det skaper forutsigbarhet. Dette støttes videre av Piaget (1964/1992) som hevder at barn i 3 til 5 årsalderen har behov for å identifisere seg med handlinger og situasjoner. Erikson (1950/2000) trekker også frem lek i sin teori og hevder at lek kan benyttes for å bearbeide situasjoner barnet kan oppleve som vanskelig.

Sykepleierne i studien til Svendsen et al. (2017) understrekte viktigheten av å tilbringe tid med barnet i forkant av prosedyren. Denne tiden kunne benyttes til å skape en tilknytning til barnet og til å forberede barnet på prosedyren. For barn i Piagets (1964/1992) preoperasjonelle nivå vil det være viktig at sykepleier tar seg tid til å forklare hva som kommer til å skje slik at barnet får mulighet til å sortere inntrykk og sammenhenger. Grunnet manglende forståelse av hvordan smerte kan oppleves for barn må sykepleier være tydelig og konkret ved forberedelse før prosedyrer for å kunne skape forståelse og samarbeid med barnet (Markestad, 2016). Dette innebærer å forklare hvordan smerten kan oppleves, samt varigheten av smerten. Informasjonen til barnet må formidles på en enkel og vennlig måte uten medisinske termer for at barnet skal kunne forstå og ha mulighet til å samarbeide om prosedyren (Lipsker, 2016). Forberedelse ble sett på som en sensitiv prosess ettersom en må balansere mellom å trygge barnet samtidig som en ikke skal undervurdere ubehaget prosedyren innebærer Svendsen et al., 2017). I Kirwan og Coyne (2017) kommer det frem at 18 % av sykepleierne aldri og 56 % noen ganger skaffet samtykke fra barnet i forkant av en prosedyre der tvang ble benyttet. 58 % av sykepleierne snakket noen ganger med barnet om tvang i forkant av prosedyren, mens 14 % aldri gjorde det. Ved at barnet ikke får mulighet til å forberede seg kan sykepleieren miste muligheten til et godt samarbeid med barnet fordi barnet ikke har oversikt eller kontroll over situasjonen (Svendsen et al., 2017). I henhold til Eriksons (1950/2000) utviklingsteori er barn i alderen 3-5 år ivrige etter å lære og samarbeide. Barna søker mestring og de er derfor lærevillige. På den andre siden er disse barna også sårbare for hindringer og nederlag. Ved manglende følelse av mestring kan barnet bli utrygt, engstelig eller sint (Erikson, 1950/2000). Forutsigbarhet og tilstrekkelig informasjon er derfor viktig for å øke grad av kontroll hos barnet.

5.8 Distraksjon

Den tredje tilnærmingen til Svendsen og Bjørk (2014) innebærer å flytte fokus vekk fra situasjonen ved hjelp av distraksjon. Distraksjon i ulike former er de mest brukte tilnærmingene (Svendsen & Bjørk, 2014). Distraksjonsteknikker kan være nyttig for barn i alderen 2-7 år ved håndtering av smerte (Lipsker, 2016). Ved kortvarig smerte har distraksjon god smertelindrende effekt på førskolebarn da barnets oppmerksomhet blir rettet bort fra prosedyren. Eksempler på distraksjonsteknikker kan være bruk av såpebobler, dataspill eller å lese bok. Kognitive strategier, slik som fantasireiser og fortellinger der en benytter fantasien

for å distrahere, kan også flytte oppmerksomheten bort fra prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017). Hvilke avledningsmetoder som benyttes bør være tilpasset barnets alder og interesseområde (Tveiten et al., 2012). På den andre siden hevder Svendsen og Bjørk (2014) at bruk av distraksjon kan være komplisert og risikabelt. I deres forskning kommer det frem at kun barn som opplever kontroll over situasjonen har fordel av distraksjon. Dersom sykepleier distraherer et barn som ikke har kontroll over situasjonen kan barnet føle seg lurt. Sykepleierne opplevde det vanskelig å distrahere barnet samtidig som de skulle opprettholde et tilfredsstillende nivå av forutsigbarhet og kontroll. Dersom barnet føler seg lurt av sykepleieren kan samarbeidet dem imellom bli truet (Svendsen & Bjørk, 2014). Ved bruk av distraksjon kan sykepleier få gjennomført prosedyren uten bruk av tvang, men tilliten mellom barn og sykepleier kan bli ødelagt dersom barnet føler seg lurt. Distraksjon kan derav benyttes dersom sykepleier ikke er opptatt av videre samarbeid med barnet og målet bare er å få gjennomført prosedyren, eller dersom barnet har kontroll over situasjonen. På bakgrunn av disse momentene må sykepleier være bevisst sin bruk av distraksjon og veie fordelene opp mot ulempene i de individuelle situasjonene.

5.9 Individuell tilnærming

Felles for de tre tilnærmingene til Svendsen og Bjørk (2014) er at de individuelt må tilpasses det enkelte barnet. For eksempel kan det være lite hensiktsmessig å benytte distraksjon på et barn som er svært redd. At informasjon skal være tilpasset barnets alder og forutsetninger er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5. Sykepleiere kan benytte ulike strategier for finne ut hvilken tilnærming som passer for det enkelte barnet. For eksempel kan sykepleier se på hint slik som øyekontakt og kroppsspråk eller ved å undersøke barnets nivå av kontroll og dermed evne til å samarbeide (Svendsen & Bjørk, 2014). Av De yrkesetiske retningslinjene følger det at sykepleiere skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Selv om det følger utviklingsmessige særtrekk til aldersgruppen 3 til 5 år vil barn kunne ha ulike forutsetninger og ressurser for å håndtere situasjoner. Sykepleier må derfor se hvert barn som et unikt individ med ulike forutsetninger ved å individuelt tilpasse informasjon og tiltak for å opprettholde barnets verdighet og integritet.

5.10 Foreldres deltakelse

Der det er mulig skal foreldre få mulighet til å delta aktivt i behandlingen til barnet (NSF, 2017). Svendsen (2018) trekker frem lav grad av medvirkning fra foreldrene som en kompetanseutfordring ved bruk av tvang. For barn i alderen 3 til 5 år kan separasjon fra foreldre være skremmende og foreldrenes tilstedeværelse anses som viktig for barnet (Lipsker, 2016). I henhold til Forskrift om barns rettigheter på sykehus har barn rett til at en forelder er tilstede ved utøvelsen av prosedyren. Kirwan og Coyne (2017) viser at i 94 % av tilfellene ble foreldrene spurt om de ønsket å være tilstede under prosedyren og at 98 % av de spurte valgte å delta. Her ser vi at de fleste foreldre ønsker å være med barnet sitt ved prosedyrer. Spørsmålet er i hvilken grad foreldre skal medvirke ved nødvendig bruk av tvang. Svendsen et al. (2017) viser at de fleste sykepleierne mente at foreldrenes rolle var å holde barnet på fanget under prosedyren. Noen hevdet likevel at det ikke var foreldrenes oppgave å holde barnet dersom det ble nødvendig med hard fastholding, men at det da var sykepleierens oppgave. Andre sykepleiere mente at foreldrenes deltakelse i fastholdingen signaliserte viktigheten av prosedyren til barnet (Svendsen et al, 2017). Fra foreldrenes synspunkt kan medvirkning ved bruk av tvang mot barnet føre til skyldfølelse hos foreldrene. For å unngå følelse av skyld kan foreldrenes rolle begrenses til trøst og omsorg etter prosedyren (Tveiten, et al., 2012). Her kan vi se at det foreligger ulik oppfatning av hva som er det beste både for barnet og for foreldrene. Forskingen til Svendsen et al. (2017) impliserer at foreldre til barn som nylig har blitt innlagt på sykehus opplever det som vanskelig å balansere rollene som innebærer å være den som trøster, den som gir samtykke til behandlingen og den som utfører fastholdingen. Her må sykepleier komme inn som en støtte for foreldre i en vanskelig situasjon. Kirwan og Coyne (2017) trekker frem at 58 % av sykepleierne opplevde at foreldres deltakelse bidro positivt. I Svendsen et al. (2017) kommer det frem at foreldrenes rolle kan være avgjørende for om tvang blir nødvendig. Dersom foreldrene forholdt seg rolig og samarbeidende kunne tvang i noen situasjoner unngås. Hvis foreldrene ikke samarbeidet ble det sett på som umulig å få barnet til å samarbeide. Tiltak som fremmet rolige og samarbeidende foreldre var informasjon knyttet til hvorfor det var viktig med perifer venekanyle, stegene i prosedyren og hva barnet kunne oppleve under de ulike stegene (Svendsen et al., 2017). Det er derfor viktig å ha en åpen og klar kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre, samt forberede og undervise foreldre der det kan bli nødvendig med fastholding.

6. Konklusjon

Basert på litteratur og forskning kan en se at bruk av tvang mot barn på sykehus forekommer regelmessig, og at barn som utsettes for bruk av tvang reagerer med frykt og redsel. For å forebygge og begrense bruk av tvang ved smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus er det flere faktorer som spiller inn. For det første så må sykepleier være bevisst sin bruk av tvang. Som en kan se ut fra momentene i oppgaven fremkommer det ulike oppfatninger knyttet til hvor ofte sykepleier benytter tvang, samt hva som ligger i begrepet ”tvang”. Å eliminere bruk av tvang mot barn kan anses som en utopi ettersom nødvendig behandling av barnet i noen tilfeller må gjennomføres ved bruk av tvang. Derfor vil sykepleierens oppgave være å begrense og forebygge bruk av tvang der det er mulig å få barnet til å samarbeide om gjennomføringen av prosedyren og behandlingen. Bruk av tvang bør kun benyttes som siste utvei der tiltak for å få barnet til å samarbeide ikke har nådd frem. For å forebygge og begrense bruk av tvang, og dermed redusere konsekvensene bruk av tvang kan ha, kan sykepleier benytte ulike strategier og tiltak for å fremme samarbeid med barnet. Tvang kan anses som det motsatte av samarbeid og medvirkning, og strategiene og tiltakene retter seg derfor mot samarbeid mellom sykepleier og barnet, samt med barnets foreldre. Bruk av tvang ved smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus kan forebygges eller begrenses ved å få barnet til å samarbeide om prosedyren gjennom å ha en trygg atmosfære, en følelse av kontroll, individuell tilnærming og støtte og trygghet fra foreldrene.

Forskningsartiklene benyttet i oppgaven belyser alle at det er nødvendig med mer forskning på feltet. Det ble etterspurt mer forskning på hvordan bruk av tvang kunne kommuniseres bedre mellom helsepersonell, foreldre og barn, samt forskning på grensene mellom frivillig behandling og tvang. Videre ble det etterspurt forskning knyttet til flere måter å bedre samarbeidet med barnet og hvilke ikke-medikamentelle tiltak som er mest effektive. Basert på litteratur og forskning er det behov for mer åpenhet, bevissthet og debatt for å utforske effektive tiltak og strategier for å forebygge og begrense bruken av tvang ved utøvelsen av smertefulle prosedyrer mot barn på sykehus.

Referanseliste

- Barnelova. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7>
- Bendiksen, L. R. L. & Haugli, T. (2018). Sentrale emner i barneretten (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Braut, G. S. (2000). Verdigrunnlaget for medisinen i komande tider. *Tidsskriftet den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2000/12/tema/verdigrunnlaget-medisinen-i-komande-tider>
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. Utg., s. 81-95). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (2. Utg., K. V. Krogh, Overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (Utgitt 1950 med tittel: *Childhood and Society*.)
- FNs barnekonvensjon. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (1999). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (LOV-1999-07-02-61-§3-6). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Grunnloven. (1814). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Hugdahl, L. (2018). På St. Olavs hospital beroliges barn med nesespray før plagsomme prosedyrer. *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/06/pa-st-olavs-hospital-beroliges-barn-med-nesespray-plagsomme-prosedyrer>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Jeffery, K. (2010). Supportive holding or restraint: terminology and practice. *Nursing Children and Young People*, 22(6), 24-28.
<https://doi.org/10.7748/paed2010.07.22.6.24.c7841>
- Kirwan, L. & Coyne, I. (2017). Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perception of practices. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 46-54.
<https://doi.org/10.1177/1367493516666730>
- Lipsker, C. W. (2016). Betydelsen av kognitiv utveckling för handtering av vårdprocedurer och relaterat obehag. I S. Lundeberg & G. L. Olsson (red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. (1. utg., s. 48-55). Lund: Studentlitteratur.
- Lorentzen, T. & Moen, J. (2018, 13. desember). Rasmus på Riksen er Årets navn. *Dagbladet*. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/nyheter/rasmus-pa-riksen-er-arets-navn/70551446>
- Markestad, T. (2016). *Klinisk Pediatri* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk sykepleierforbund. (2017). *Barnesykepleie – funksjons- og ansvarsområder*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3515259/264424/Temahefte---Barnesykepleierens-ansvar-og-funksjonsomraade>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie*. (5. utg., bind 1, s. 17-40). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Page, A. & McDonnell, A. A. (2015). Holding children and young people: identifying a theory-practice gap. *British Journal of Nursing*, 24(8).
<https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.8.447>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Piaget, J. (1992). *Barnets psykiske utvikling* (M. Uhrskov og J. P. Jensen, Overs.). København: Hans Reitzels Forlag. (Utgitt 1964 med tittel: *Six Etudes de Psychologie*.)
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen. (2018, 28. november). Irland. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_irland/id2428570/#helse

- Regjeringen. (2019, 2. februar). Storbritannia. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_uk/id2417495/
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-95). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, kjønn, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel og år* [Datasett]. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
- Svendsen, E. J. (2018). *Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn*. *Sykepleien*, 2018, 106(71912)(e-71912).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>
- Svendsen, E.J., & Bjørk, I.T. (2014). Experienced Nurses' Use of Non-pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain. *Journal of Pediatric Nursing* 29(4), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.015>
- Svendsen, E. J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I. T. (2015). Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC Pediatrics*, 15(190).
<https://doi.org/10.1186/s12887-015-0508-3>
- Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A. & Bjørk, I. T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 1363623. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>
- Söderback, M. (2016). Bemötande av barn och unga i vårdsituationer. I S. Lundeberg & G. L. Olsson (red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. (1. utg., s. 57-68). Lund: Studentlitteratur.
- Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.