

Bruk av tvang mot barn på sykehus

Kandidatnummer: 701 & 877
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne BSY-500

Antall ord: 8996
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

| | |
|--|--|
| Sammendrag | Lovisenberg diakonale høgskole 02.01.2024 |
| Bruk av tvang mot barn på sykehus | |
| <p><u>Innledning</u> Oppgavens tema er bruk av tvang mot barn på sykehus. Sykepleiere er helsepersonellgruppen som tilbringer mest tid med pasientene, og det er viktig at de utøver personsentrert sykepleie og handler til pasientens beste. Hensikten med denne litteraturstudien er å få innsikt i hvilke faktorer som påvirker sykepleiers yrkespraksis når barn motsetter seg behandling, og hvor sykepleier blir nødt til å bruke tvang for å kunne gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.</p> <p><u>Metode</u> En generell litteraturstudie med strukturerte søk i den vitenskapelige databasen Cinahl. Søkeordene ble basert på nøkkelbegreper fra problemstillingen og emneordene «child, hospitalized», «pediatrics+», «caregivers», «restraint», «nurs*» og «child*» ble kombinert med AND og OR. Søket er avgrenset til artikler publisert etter år 2013 og engelsk eller skandinaviske språk. Søket resulterte i 54 artikler, hvor 5 av artiklene ble inkludert i oppgaven etter inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene ble kvalitetsvurdert.</p> <p><u>Resultat</u> Funnene viser at deltakerne i de valgte artiklene ofte var involvert i bruk av tvang mot barn, som et resultat av at barn motsetter seg nødvendig behandling. Det ble brukt alle former for tvang i ulike grader, for å sikre forsvarlig helsehjelp og fremme best mulig helse. Deltakerne beskrev forebyggende tiltak som ble gjort uten hell i forkant av tvangsbruken. Flere av artiklene viste til at det burde være bedre tilbud om opplæring rundt bruk av tvang.</p> <p><u>Diskusjon</u> Tvang er etisk dilemma for enhver sykepleier i møte med barn på sykehus. Etter analysing av resultater, belyser diskusjonen fem faktorer som kan påvirke en sykepleiers utøvelse av tvang mot barn tilknyttet smertefulle prosedyrer på sykehus. Tvang som siste utvei, dårlig kunnskap og opplæring, foresatte som ressurs, kommunikasjon og tidspress. Tvang skal ikke brukes overflødig eller vilkårlig, og en sykepleier skal alltid handle til barnets beste.</p> | |

(Totalt antall ord: 298)

Forord:

Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i et forberedende arbeid gjort i emne BSY-402, der vi leverte inn en prosjektbeskrivelse som en eksamensbesvarelse med kandidatnummer 597 og 538. I denne bacheloroppgaven har vi bearbeidet egen tidligere tekst fra eksamensoppgaven i BSY-402 i bacheloroppgavens bakgrunn, metode og diskusjon. I tillegg er 2 av artiklene som vi benyttet i prosjektbeskrivelsen også inkludert i bacheloroppgaven. Det vil være likheter i presentasjon av disse 2 artiklene i matrisene benyttet i de to besvarelsene.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 2 |
| 1.2 | Sykepleiefaglig relevans | 2 |
| 1.3 | Hensikt og problemstilling | 3 |
| 1.3.1 | Avgrensninger og presisering av problemstilling | 3 |
| 2 | Bakgrunn | 4 |
| 2.1 | Begrepsavklaring | 4 |
| 2.2 | Kognitive og utviklingsmessige særtrekk hos førskolebarn | 4 |
| 2.3 | Barn på sykehus | 5 |
| 2.3.1 | Smertefulle prosedyrer | 6 |
| 2.3.2 | Familiesentrert omsorg..... | 7 |
| 2.4 | Tvang på sykehus..... | 8 |
| 2.5 | Sykepleiers funksjon, lovverk og etiske retningslinjer..... | 9 |
| 2.5.1 | Pasient-sykepleier relasjon..... | 10 |
| 3 | Metode | 12 |
| 3.1 | Generell litteraturstudie som metode | 12 |
| 3.2 | Søkeprosessen og utvelgelse av artikler | 12 |
| 3.2.1 | Tabell for søkehistorikk..... | 13 |
| 3.3 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalg av artikler..... | 14 |
| 3.3.1 | Tabell for inklusjons- og eksklusjonskriterier..... | 15 |
| 3.4 | Øvrige fag- og forskningslitteratur | 15 |
| 4 | Resultater | 16 |
| 4.1 | Presentasjon av artiklene i matrise..... | 16 |
| 4.2 | Syntese av resultatene..... | 19 |
| 5 | Diskusjon | 20 |
| 5.1 | Resultatdiskusjon..... | 20 |
| 5.1.1 | Tvang – siste utvei for å sikre faglig forsvarlig sykepleie | 20 |
| 5.1.2 | Kunnskap..... | 21 |
| 5.1.3 | Foresatte som ressurs | 23 |
| 5.1.4 | Kommunikasjon | 24 |
| 5.1.5 | Tidspress..... | 25 |
| 5.2 | Metodediskusjon | 26 |
| 5.2.1 | Generell litteraturstudie som metode | 26 |
| 5.2.2 | Litteratursøket | 26 |
| 5.2.3 | Utvelgelse av artikler..... | 27 |
| 6 | Konklusjon | 29 |
| | Referanseliste | 30 |

1 Innledning

I 2022 var 188 393 barn mellom 0-9 år innlagt på somatisk sykehus i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2023). Grunnleggeren av moderne sykepleie, Florence Nightingale, understreket viktigheten av å møte de spesielle behovene til barn allerede i 1859. Hun var bekymret for viktigheten av å pleie barn med den største omsorgen, fordi barn er mye mer utsatt for skadelig påvirkning enn voksne (Søbjerg et al., 2017, s. 3). Førskolebarn klarer ikke alltid å forklare hvordan de har det, som gjør det vanskelig å gjenkjenne et medisinsk problem og igangsette behandling raskt (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Barns umodenhet og akutte og/eller kritiske sykdommer er ofte komplekse og kan endre seg raskt. Dette krever høy profesjonalitet i krisesituasjoner og evne til individuelle og helhetlige vurderinger. Sykepleieren skal iverksette hensiktsmessige tiltak i prioritert rekkefølge, være i forkant av komplikasjoner, vurdere og gi pleie tilpasset hver enkelte individ (Søbjerg et al., 2017, s. 4-5).

I følge helsepersonelloven §4 (1999) skal helsepersonells utøvelse av arbeid være faglig forsvarlig, og helsepersonellet skal gi omsorgsfull helsehjelp. Tiden helsepersonell har til rådighet er en viktig faktor for å vurdere forsvarlighet. For eksempel må helsepersonell ofte handle raskt for å forebygge en alvorlig skade eller akutt sykdom som utgjør en alvorlig trussel mot pasientens liv eller helse (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg hevder de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at pasienten skal beskyttes fra krenkende handlinger og at bruken av tvang skal begrenses (Norsk sykepleierforbund, 2023). Bruk av tvang kan også komme i konflikt med barns rettigheter formulert i FNs barnekonvensjon (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75). Det er presisert at voksne alltid skal handle ut ifra barnets beste, at barn ikke skal skades eller misbrukes, og at de har rett til å bli hørt og motta behandling som sikrer god helse og livskvalitet (FNs barnekonvensjon, 1989).

Ulike studier viser at barn innlagt på sykehus opplever hyppig bruk av tvang. Dette som følge av prosedyrer barn anser som skumle eller ubehagelige (Rønningen & Eilertsen, 2023). Barn som innlegges på norske sykehus går gjennom ulike undersøkelser og prosedyrer som kan være ubehagelige eller smertefulle (Grønseth & Markestad, 2017, s.73). Førskolebarn som må gjennomgå ubehagelige prosedyrer og behandlinger på sykehus kan oppleve frykt og angst. Sykdom og sykehusinnleggelse er ofte ledsaget av usikkerhet, uforutsigbarhet, frykt,

engstelse, ubehag og smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). Dette kan automatisk aktivere fysiske og mentale overlevelsesmekanismer som skal hjelpe en når man opplever fare eller trussel (Dyregrov, 2010, s. 19), og kan føre til at barnet motstår behandling. Motsettelse av behandling kan føre til at barnets sykdomstilstand forverres og medføre bruk av tvang blant helsepersonell. Forskning viser at bruk av tvang kan være traumatisk og forårsake psykisk, sosialt og utviklingsmessig stress hos barn (Svendsen, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Førskolebarn blir ofte holdt fast mot sin vilje under undersøkelser og prosedyrer. Dette skjer som regel fordi det kan være vanskelig å oppnå forsvarlig behandling (Grønseth & Markestad, 2017, s.75), for eksempel å sette inn et perifert venekateter for å administrere medisiner. I løpet av ulike praksisperioder av studiet har vi observert situasjoner der barn motsetter seg nødvendig behandling, og sykepleiere blir nødt til å bruke tvang for å hindre agiterte barn i å skade seg selv eller andre (Büyüç, 2022), samt sikre forsvarlig helsehjelp. Temaet vi har valgt å diskutere og belyse i denne bacheloroppgaven er bruk av tvang mot barn på sykehus. Vi opplever at dette er et komplekst tema vi ønsker å lære mer om.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere er den gruppen i helsevesenet som tilbringer mest tid sammen med pasientene (Norsk sykepleierforbund, u.å.), og det er derfor viktig at sykepleiere jobber personsentrert og faglig forsvarlig. Personsentrert sykepleie handler om å ivareta hver enkelt pasients verdighet og integritet, inkludert retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenket (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Å lindre pasientens smerter, fremme opplevelsen av mestring og forebygge komplikasjoner under oppholdet er flere av de sentrale funksjons- og ansvarsområdene til sykepleiere (Kristoffersen, 2016, s. 217). For at pasienten skal få en gunstig prognose, må sykepleier sørge for at pasienten får nødvendig helsehjelp. Når et barn motstår behandling, kan sykepleier være nødt til å holde ned armene til barnet for å få utført nødvendige prosedyrer (Büyüç, 2022). Tvang blir med dette et sykepleiefaglig etisk dilemma for enhver sykepleier i møte med barn på sykehus, og det vil være sykepleiers oppgave å forhindre bruk av tvang så langt det lar seg gjøre.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne bacheloroppgaven vil være å få innsikt i hvilke faktorer som påvirker sykepleiers yrkespraksis når barn motsetter seg behandling og sykepleier blir nødt til å bruke tvang for å kunne gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

Med dette har vi formulert en problemstilling som lyder som følgende:

«Hvilke faktorer påvirker sykepleiers utøvelse av tvang mot barn i tilknytning til smertefulle prosedyrer på sykehus?»

1.3.1 Avgrensninger og presisering av problemstilling

Problemstillingen er avgrenset til å gjelde førskolebarn i alderen 2 til 6 som gjennomgår smertefulle prosedyrer på somatiske avdelinger på sykehus. Vi har valgt uspesifiserte somatiske avdelinger som kontekst, for å inkludere barn fra alle somatiske avdelinger. Dette fordi det utføres forskjellige prosedyrer på de ulike avdelingene. Barn med psykiske lidelser ble ekskludert, da bruk av tvang i psykiske helseinstitusjoner ikke er det samme som i somatiske avdelinger på sykehus. Enkelte barn kan eksempelvis ha besteforeldre eller fosterforeldre som lovlige verger, og vi vil derfor referere til disse voksne som «foresatte» i oppgaven. Vi har valgt å avgrense problemstillingen til å kun ta for seg sykepleiers perspektiv på faktorer som kan påvirke utøvelse av tvang, fordi det er mest relevant for det vi ønsker å undersøke. I en klinisk hverdag vil sykepleier benytte seg av flere av sine funksjoner, men i en skriftlig oppgave må vi avgrense til sykepleierfunksjonene som er mest relevant til problemstillingen vår. Vi har derfor valgt forebyggende og lindrende funksjon.

2 Bakgrunn

I dette kapitlet vil vi ta for oss relevante bakgrunns litteratur som vil bidra til å besvare problemstillingen vår. Først har vi noen begrepsavklaringer, deretter vil kognitive og utviklingsmessige særtrekk hos førskolebarn, barn på sykehus, smertefulle prosedyrer, familiesentrert omsorg og tvang på sykehus forklares. Tvang på sykehus vil inkludere lovverk rettet mot barns rettigheter rundt tvang. Til slutt vil vi forklare sykepleiers funksjon, lovverk og etiske retningslinjer og sykepleier-pasient-relasjon.

2.1 Begrepsavklaring

Tvang: “Tvang innebærer bruk av fysiske eller psykiske virkemidler mot noen, slik at vedkommende får begrenset sin bevegelses- eller handlefrihet” (Elden, 2022).

Smertefull: Når noe er smertefullt, betyr det at det er preget av smerte. “Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade” (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 23).

Prosedyre: “En fremgangsmåte for anvendelse innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg som kan bestå av flere trinn i bestemt rekkefølge eller som definerte sammensatte handlinger” (Nye Metoder, 2022). Prosedyrer kan eksempelvis være venepunksjon og sårstell.

2.2 Kognitive og utviklingsmessige særtrekk hos førskolebarn

Utviklingsmessige særtrekk hos førskolebarn er at de har kort oppmerksomhetstid, konkret tankegang, liten evne til å skille mellom konkurrerende stimuli og begrenset evne til å forstå sammenheng mellom årsak og virkning. De har ofte en egosentrisk tenkning, mangelfullt utviklet tidsbegrep og begrenset evne til å skille mellom fantasi og virkelighet (Grønseth og Markestad, 2017, s. 67). Mer spesifikt vil utvikling av særtrekk kunne deles opp enda mer.

Fra 2 årsalderen vil rutiner skape forutsigbarhet og klare grenser vil gi trygghet. Ved alderen 3-6 år fester barnet seg i enkelte karakteristika i situasjoner, eksempelvis helsepersonell, hvite frakker og sprøyter. Dette kan være med på å utvikle en frykt for nettopp dette i senere tid. Det vil være viktig å være lyttende, snakke og forklare med vennlig stemme og et forståelig språk. Ved barn i alderen 2-6 år vil det alltid være viktig å forklare at det som gjøres ikke er straff, og unngå å holde barnet lenger enn nødvendig ved undersøkelser og prosedyrer

(Grønseth og Markestad, 2017, s. 68). Barn vil få bedre forståelse for symptomer ved sykdommer og sammenhengen mellom sykdommen og hva som forårsaker dette i 4-5 årsalder. Likevel vil de ha vanskeligheter med å forstå sammenhengen mellom sykdom og behandling, som kan føre til frykt (Grønseth og Markestad, 2017, s. 65). Frykten oppstår ofte av misforståelser og fantasier. For eksempel kan et førskolebarn tro at sykepleieren tapper barnet for alt blod i kroppen ved blodprøvetaking (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73).

2.3 Barn på sykehus

Pasienter som blir innlagt på somatisk sykehus er som oftest akutt eller kritisk syke (Kristoffersen, 2016, s. 2017). En alvorlig sykdom utvikler seg ofte raskere til en farlig tilstand jo yngre barnet er, og endringer i symptomer og funn er vanskeligere å tolke. Akutt syke barn må vurderes raskt for å umiddelbart kunne igangsette eventuelle tiltak (Grønseth & Markestad, 2017, s. 51). De fleste sykdommene som kan oppstå i løpet av de første leveårene hos barn, kan forsinke barnets vekst og psykomotoriske utvikling. Det kreves riktig behandling for at barnet skal bli friskt og dets utvikling kan fortsette (Brunvand, 2022, s. 538). Helsepersonell bør ha en systematisk tilnærming når en vurderer et barns tilstand, basert på faktorer som endrer seg ved sykdom. Eksempelvis barnets atferd, temperatur, puls- og respirasjonsfrekvens, kroppsvekt og eventuelt blodtrykk (Grønseth & Markestad, 2017, s. 51).

Når et barn blir innlagt på sykehus vil ukjente omgivelser og opplevelsen av utrygghet medføre økt stressnivå hos barnet. Sykehus kan virke skummelt for barn, fordi de er omringet av masse utstyr, maskiner, lyder og fremmede mennesker. I tillegg blir barn undersøkt av fremmede uten å forstå hva som egentlig skjer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). Til tross for alt som kan virke skummelt, har gjerne barneavdelinger på sykehus malte vegger, barnevennlige dekorasjoner, barneaktiviteter og leker. Dette kan være med på å skape et tryggere miljø og ha stor innvirkning på pasientens opplevelse og helseutfall (Hamdan et al., 2016, s. 48-51). Som sykepleier vil det være essensielt å sette seg inn i pasientens situasjon, trygge og forklare det pasienten trenger å bli forklart.

Smertefulle prosedyrer kan virke ekkelt og skremmende for barn innlagt på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Sykepleier kan dermed oppleve å måtte bruke fysisk makt for å få utført en viktig prosedyre. Nedsatt evne til mobilitet, skader, blodprøver, venekatetre og sonder kan virke truende og gjøre barnet engstelig (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). Engstelsen kommer av mangel på kontroll og sykdomsforståelse (Grønseth &

Markestad, 2017, s.73). Sykepleiere har en stor rolle i å identifisere og iverksette tiltak mot pasientens smerte ved diverse prosedyrer (Grorud et al., 2021).

Ved alvorlige tilfeller vil barnet bli vekket for observasjoner, legemidler og undersøkelser. Dette kan medføre forstyrret søvn og redusert toleranse for stress. Stress kan blant annet gi følelsen av utrygghet, forsterke smerteopplevelse, forverre barnets medisinske tilstand og forsinke sårtilheling (Grønseth og Markestad, 2017, s. 64). Stress over tid kan medføre negative reaksjoner i etterkant av sykehusoppholdet, samt påvirke barnets helse, velvære og utvikling (Grønseth og Markestad, 2017, s. 63). Å forebygge og redusere stress og tilrettelegge mestring av barn, unge og deres foresatte vil derfor være et viktig helsefremmende tiltak (Grønseth og Markestad, 2017, s. 65).

2.3.1 Smertefulle prosedyrer

Smerte defineres som «det pasienten sier det er», da det er et subjektivt og komplekst fenomen som inkluderer fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Smertes subjektive karakter krever at vurderingen av smertegrad og effekt av lindrende tiltak baseres på pasientens egne erfaring. Barn har en begrenset evne til å dele sine smerteopplevelser. Dette kan gjøre smertevurdering og smertelindring svært vanskelig (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Hos førskolebarn må foresatte og sykepleiere vurdere barnets smertetilstand ut ifra atferd, kroppstilling, aktivitetsnivå og ansiktsuttrykk, da de ikke kan uttrykke seg med ord og ofte ikke klarer å lokalisere smerten (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168). Barn innrømmer ikke alltid at de er preget av smerter. Dette kan skyldes skrekk mot injeksjon, nåler eller stikkpille som i enkelte tilfeller kan føles invaderende (Reinertsen, 2008, s. 83).

I 1980- tallet ble det trodd at barn ikke kunne kjenne smerte, fordi nervesystemet deres ikke var ferdigutviklet. Når barnet skrek av smerte ble det oppfattet som at barna skrek av redsel, fordi de ble separert fra foreldrene sine (Reinertsen, 2008, s. 76). Det er i dag kjent at bevisste smerteopplevelser og strukturene for utvikling av hukommelse utvikles tidlig i fosterlivet. Derfor kan gjentatte og langvarig smertestimuli resultere i sterkere smerteopplevelser eller lavere smerteterskel senere i livet. Det kan også ha innvirkning på barnets stresshormonrespons og påvirke barnets relasjon til foresatte negativt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166).

Forskning har vist at små barn opplever mer smerte under venepunksjon og andre prosedyrer, enn eldre barn. Dette skyldes at yngre mennesker har mindre forståelse for hva som skjer, og derfor mer engstelige, og fordi de har mindre utviklede strategier for å håndtere smertene.

Barn tar lærdom av sine opplevelser av smerte, og tidligere negative opplevelser forsterker smerteopplevelsen. Barn venner seg ikke til smertefulle prosedyrer og undersøkelser, men opplevelsene kan tvert imot bli mer traumatiske over tid. Frykt, redsel og utmattelse forsterker smerter, og planlagte prosedyrer burde derfor gjennomføres når barnet er uthvilt (Grønseth og Markestad, 2017, s. 167).

2.3.2 Familiesentrert omsorg

Innleggelser på barneavdelinger er ofte akutte. Derfor vil det være vanskelig å forberede barnet og familien på forhånd. Ved sykehusinnleggelser kan det oppstå akutte reaksjoner fra både barnet, foresatte og søsken. Det vil derfor være aktuelt å informere og inkludere familien i planleggingen. Foresatte har egne følelser som gjerne overføres til barna i slike situasjoner, og det vil derfor være viktig å berolige hele familien. Når familien ikke viser tegn til redsel, bekymring og stress, vil barnet automatisk bli roligere (Rønningen & Eilertsen, 2023).

Foresatte til barn innlagt på sykehus vil spille en viktig rolle (Tveiten, 2012b, s. 21), fordi barnet og familien vil utgjøre en helhet (Tveiten, 2012b, s. 12). Det vil være hensiktsmessig å utøve personsentrert sykepleie til barnet, men også deres foresatte. Et viktig begrep vil derfor være familiesentrert omsorg. Ved å jobbe familiesentrert vil sykepleier indirekte styrke barns ressurser og støtte opp om hvordan familien fungerer. Sykepleier kan samarbeide med barnet, foresatte og andre faggrupper for å vurdere familiens og nettverkets ressurser og iverksette tiltak for å etablere eller opprettholde tilnærmet normal funksjon (Sjøbjerg et al., 2017, s. 7). Det vil være viktig å ta både barnets og foresattes rett til autonomi i betraktning (Tveiten, 2012b, s. 21).

Familiesentrert omsorg er en måte å arbeide på, som kan gjøre foresatte/familie til samarbeidspartnere i pleie- og behandlingsbeslutninger, samt i omsorg og oppfølging av barnet. Et likeverdig samarbeidsforhold mellom helsepersonellet og foresatte krever tillit til den andres kompetanse, respekt for ulike ønsker og behov og gjensidig utveksling og deling av relevant informasjon. Familiesentrert omsorg har vist seg å ha positive effekter som bedre kommunikasjon mellom foresatte og helsepersonell, bedre forståelse av pasientens situasjon, større tilfredshet med omsorgen som gis og bedre helse og livskvalitet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

2.4 Tvang på sykehus

Begrepet *tvang* innebærer bruk av makt mot en pasients vilje, og brukes ofte på små barn. Det finnes ulike typer tvang; fysisk, psykisk og medikamentell. Fysisk tvang betyr å fysisk holde fast eller begrense et barns bevegelse (Rønningen & Eilertsen, 2023). Fysisk tvang kan oppleves krenkende og truende, skape panikk og føre til at barnet blir traumatisert (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75). Psykologisk tvang er å overbevise, manipulere eller bestikke et barn. Å administrere beroligende medikamenter for at barnet skal samarbeide og administrere medisiner mot barnets vilje definerer medikamentell tvang. Bruk av tvang har flere årsaker; barnets alder og mangel på forståelse og samarbeid, akutte situasjoner, dårlige bemannede avdelinger, tidspress, vaner og ønsker fra foresatte (Rønningen & Eilertsen, 2023).

Mange barn gir uttrykk for at undersøkelser og prosedyrer er det verste med et sykehusopphold. Dette kan forårsake mye unødvendig frykt, angst og smerte hos barn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73-74). Barn er spesielt redd for nåler og sprøyter, fordi det ser skummelt og smertefullt ut. En dårlig opplevelse på sykehus kan føre til traumer i senere tid og barnet kan grue seg hver gang (Grønseth & Markestad, 2017, s. 74). Både i Grunnloven § 104 (1814) og i FNs barnekonvensjon artikkel 3 (1989), står det at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle avgjørelser som omhandler barn. Derfor skal tvang kun benyttes når det er til barnets beste. Å vite og vurdere hva som kan være det beste for barnet kan være et etisk dilemma for sykepleiere. De må selv finne ut om det er bedre å høre på barnet og dets motstand mot prosedyrer, eller ignorere dette og utføre den nødvendige prosedyren. Det etiske ikke-skade-prinsippet sikrer at barn og foresatte ikke utsettes for noe som kan skade, for eksempel med å behandle og hindre at sykdom utvikler seg, ved å velge de mest skånsomme metodene under en prosedyre og å smertelindre barnet så langt det lar seg gjøre i forkant av en prosedyre (Tveiten, 2012a, s. 207).

Et grunnleggende utgangspunkt i både tradisjonell nasjonal lovgivning og etter menneskerettighetene, er den enkeltes rett til selvbestemmelse over egen kropp (Østenstad et al., 2018, s. 5). Grunnloven § 104 (1814) påpeker at barn har rett til respekt for sin menneskelige verdighet, og i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1 (1999), er retten til selvbestemmelse en rettighet alle mennesker har. Dette understøttes av det etiske prinsippet om autonomi, som innebærer at pasienten har rett til informasjon og selvbestemmelse. Barns autonomi er imidlertid begrenset av loven, og påvirkes av barnets alder, utvikling og situasjon (Tveiten, 2012a, s. 206). Dette betyr at det bør arbeides for å sikre barnets rett til

selvbestemmelse og støtte deres beslutninger. Etterlevelse av dette kan være vanskelig, ettersom barn under 16 år ikke defineres som samtykkekompetente (Rønningen & Eilertsen, 2023). Når et barn er under 16 år, har foresatte lovlig rett til å gi samtykke på barnets vegne (Pasient- og brukerrettighetsloven, 199, § 4-4). Prosedyretillatelse blir dermed foresattes ansvar. Foresatte kan føle på at det er bedre å bare få prosedyren utført, uavhengig av gjennomføringsmetode, og hyppigheten av tvangsbruk kan derfor øke (Rønningen & Eilertsen, 2023).

2.5 Sykepleiers funksjon, lovverk og etiske retningslinjer

Sykepleiere har gitte funksjons- og ansvarsområder som teoretisk sett kan splittes opp i ulike funksjoner, men i praksis er en integrert helhet (Kristoffersen et al., 2016, s. 27). Noen av disse punktene rettes direkte mot pasienter og pårørende; helsefremmende, forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Tid, sted og situasjon avgjør hvilke aspekter ved sykepleierens funksjon som er mest synlig. Alle de ulike funksjonsområdene vil gå sammen mot et felles mål om et best mulig helse- og funksjonsnivå (Kristoffersen et al., 2016, s. 27). I denne oppgaven anser vi sykepleiers lindrende og forebyggende funksjon som mest relevant.

Formålet med sykepleiers forebyggende funksjon i denne konteksten er å forhindre eller forebygge påkjenninger hos barn på grunn av levekår, akutte- og/eller kroniske sykdommer. Disse aspektene ved sykepleie er spesielt viktige i det sårbare stadiet av livet som barn er i, hvor grunnlaget for personlighet, sosialisering og fremtidig helse legges (Søbjerg et al., 2017, s. 6). Målet med sykepleiers lindrende funksjon hos barn er å begrense omfanget og intensiteten av belastninger ved sykdom og sykehusopphold. Belastningene kan være fysiske, psykiske, sosiale og åndelige, som usikkerhet, angst, ubehag, smerte, lidelse og vonde og vanskelige opplevelser. Ved å redusere disse faktorene, kan barnets krefter heller brukes til helbredelsesprosesser, mestringsopplevelser og utvikling. Sykepleier skal systematisk forsøke å begrense omfanget av lidelse, smerte og traumatiske opplevelser. Foresatte vil være en viktig ressurs ved tolkning av barnets spesielle uttrykk og vil være barnets nærmeste for trøst og ivaretagelse av emosjonelle behov i ubehagelige situasjoner (Søbjerg et al., 2017, s. 6-7).

Sykepleie til barn skal utøves basert på kunnskap og ferdigheter. Sykepleier skal handle faglig forsvarlig, kjenne til og anvende faglige, juridiske og etiske retningslinjer (Søbjerg et al., 2017, s. 6). Sykepleier har ansvar for at egen praksis er faglig forsvarlig og etisk- og juridisk riktig. Det er også viktig at sykepleiere holder seg oppdatert på nyere forskning og kunnskap,

og anvender dette (Norsk sykepleierforbund, 2023). Helsepersonelloven innebærer at helsepersonell selvstendig skal vurdere om tvang mot et barn er berettiget, forsvarlig og til barnets beste under de aktuelle omstendighetene, og spesielt vurdere om slik tvang kan forsvares fra helsepersonellens plikt om å utøve personsentrert omsorg til barnet (Valle & Stey, 2018). Etter helsepersonelloven § 4 (1999) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999).

I tillegg til norske lover og regler har sykepleiere yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Dette er omtrent som en håndbok for hvordan enhver sykepleier skal utøve etisk sykepleiepraksis og inkluderer etiske verdier, det generelle ansvaret og faglige forpliktelser. De yrkesetiske retningslinjene hevder at sykepleiere er pliktige til å ivareta det enkelte individets verdighet og integritet, retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket. Ifølge punkt 1.7 i rammeverket, skal sykepleier «beskytte pasienten mot ulovlig og unødvendig retthetsbegrensning og tvang» (Norsk sykepleierforbund, 2023).

Sykepleiere må stadig etisk vurdere og reflektere rundt sine handlinger. En måte å reflektere etiske spørsmål som gjelder syke barn og deres familie på, er ved bruk av fire-prinsippetikken. De fire etiske prinsippene som sykepleier må følge i møte med pasienter er ikke-skade-prinsippet, autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Tveiten, 2012a, s. 206). De mest relevante når det kommer til bruk av tvang vil være autonomiprinsippet, som er pasientens rett til selvbestemmelse, ikke-skade-prinsippet, altså plikten fra å forårsake skade, og velgjørenhetsprinsippet, plikten til å gjøre godt mot andre. Dette betyr at helsepersonell alltid skal handle til barnets og foresattes beste, og balansere nytte mot risiko ved beslutninger (Tveiten, 2012a, s. 207).

2.5.1 Pasient-sykepleier relasjon

Gode mellommenneskelige relasjoner har stor betydning i sykepleie. Relasjonsbygging i sykepleie er ikke bare basert på fagkunnskap, men også på verdier (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 89). I personsentrert sykepleie vektlegges gjensidighet, samarbeid og deling for å sikre best mulig omsorg (Kim, 2015, s. 150). Sykepleiere utfører handlinger som har som hensikt å fremme pasienters helse og velvære, men som også kan skade og påføre lidelse. For eksempel når sykepleiere skal utøve en smertefull prosedyre. Som sykepleier må man derfor bygge opp tillit der det ikke er tillit (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90-91). Tidspress og

underbemanning kan ha negativ innvirkning på relasjonen en sykepleier må bygge med en pasient og pårørende for å sikre helsehjelp av god kvalitet og pasientsikkerhet (Lied et al., 2021).

Forholdet mellom sykepleier og pasient er sjelden helt symmetrisk, da sykepleier vanligvis har faglig kunnskap om sykdom og behandling, som ikke pasienten nødvendigvis har eller forstår. I tillegg til dette er pasientens spesielle sårbarhet som syk og hjelpetrengende en viktig årsak til ubalansen i maktforholdet mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 106). Et barn er avhengig av ivaretagende relasjoner gjennom det første leveåret. Svikt i tilfredsstillende omsorg i tidlig fase av livet kan medføre irreversible skader på kropp og person (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90).

3 Metode

I dette avsnittet vil generell litteraturstudie som metode og fremgangsmåten for gjennomført litteratursøk bli beskrevet, sammen med begrunnelser for valg av forskningsartikler. Artiklene er kvalitetsvurdert i en tildelt sjekkliste, som finnes under vedlegg.

3.1 Generell litteraturstudie som metode

Generell litteraturstudie består av en analyse og syntese av eksisterende forskning innenfor et relevant tema. I generell litteraturstudie vil analysering av resultater fra flere vitenskapelige studier for å utvide kunnskapen om et spesifikt tema stå sentralt. I en slik studie starter man med å formulere en problemstilling og deretter utføre et systematisk søk på ulike vitenskapelige databaser for å finne relevante fag- og forskningsartikler (Popenoe et al., 2021). Denne bacheloroppgaven er en generell litteraturstudie hvor litteraturen for å drøfte problemstillingen er innhentet fra eksisterende fag- og forskningslitteratur.

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

For å finne relevante forskningsartikler, benyttet vi oss av databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Under søket satt vi avgrensninger for at artiklene skulle være publisert etter år 2013, og at de var skrevet på Engelsk eller skandinavisk språk. Det ble stilt krav om at alle forskningsartiklene var fagfellevurdert og dette sjekket vi på hver enkelt artikkel på Cinahl, under *source* og deretter *peer reviewed*. Her stod det «Yes» på alle de valgte forskningsartiklene. Under søket benyttet vi oss av de relevante ordene for vår problemstilling som kom opp som *Major Headings (MH)*, hvor vi brukte funksjonen *Explode (+)* der det var mulig. Søkeordene som var tilgjengelige som *MH* var «Child, Hospitalized», «Pediatrics +» og «Caregivers». Utenom *MH* søkte vi relevante ord med *TI* for «Title» og *AB* for «Abstract» foran, slik at vi fikk opp artiklene som inneholdt relevante ord i deres tittel eller sammendrag. De resterende søkeordene ble derfor med *TI* og/eller *AB* foran. Alle ordene ble kombinert med AND og OR funksjonene, for å få et utvidet søk. Vi forsøkte å bruke synonymer for bruk av tvang, for eksempel «coercion», «force» og «restriction», men med dette ble søket for snevert og vi fikk ikke resultatene vi ønsket. Vi holdt oss derfor til ordet «restraint». Ved å benytte seg av trunkering «*» bak søkeord, vil ulike bøyninger av ordet bli inkludert. «Child*» ga resultater med artikler som inneholder både *child* og *children*, og «nurs*» ga resultater som inkluderer ordene *nurse*, *nurses* og *nursing*.

Søkeprosessen vises i detalj i tabell 1.

3.2.1 Tabell for søkehistorikk

Tabell 1:

| | |
|--|--|
| Database og dato for søk | CINAHL, 31.10.2023. |
| Søkeord og kombinasjoner | ((((TI (nurs*)) OR (AB (nurs*)) OR (MH "Caregivers")) AND (TI (restraint)) OR (AB (restraint)) AND (TI (child*)) OR (AB (child*)) OR (MH "Child, Hospitalized")) OR (MH "Pediatrics+")) |
| Avgrensinger i søket | Tid: Publisert etter år 2013 Språk: Engelsk eller skandinavisk språk Andre avgrensinger: Fagfellevurderte artikler |
| Antall treff totalt | 54 artikler |
| Antall gjennomleste titler | 54 titler |
| Antall gjennomleste abstrakt | 20 abstrakter |
| Antall gjennomleste fulltekstartikler | 10 fulltekstartikler |
| Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier | 5 artikler |
| Inkludert artikkel nummer 1 | Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. <i>Nursing Ethics</i> , 21(5), 608-620. |
| Inkludert artikkel nummer 2 | Kirwan, L. & Coyne, I. (2017). Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. <i>Journal of Child Health Care</i> , 21(1), 46-54. |
| Inkludert artikkel nummer 3 | Lombart, B., Stefano, C. D., Dupont, D., Nadjji, L., & Galinski, M. (2019). Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. <i>Nursing Ethics</i> , 27(1), 230-246. |
| Inkludert artikkel nummer 4 | Svensden, E. J., & Bjørk, I. T. (2021). Health care provider's responses to children's resistance to peripheral vein cannulation: A qualitative observational study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 30(9-10), 1325-1334. |

| | |
|-----------------------------|--|
| Inkludert artikkel nummer 5 | Svensden, 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. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 12(1), 1-11. |
|-----------------------------|--|

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalg av artikler

Søkeordene vi brukte ble spisset så mye som mulig, slik at resultatene ble mest mulig relevante. Vi satte enkle avgrensinger for selve søket, som beskrevet i tabell 1. Deretter benyttet vi oss av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å luke ut artikler som ikke var relevante for vår problemstilling, og som ikke hadde noen overføringsverdi. Først og fremst sjekket vi titler og sammendrag for å se hovedpoengene i artiklene. Vi sjekket om artiklene omhandlet barn i somatisk avdeling, og utelukket barn i psykisk helseinstitusjon.

Inklusjonskriteriet vårt for alder er barn i førskolealder, altså 2-6 år. Tre av de valgte artiklene omhandlet barn på 0-5 år, mens de to resterende gjaldt barn i alderen 6-12 år. Vi inkluderte likevel disse artiklene, da vi anså funnene i artiklene som like relevante. Resultatene i alle de valgte artiklene var tilsvarende, men hadde ulike fokus. Vi vurderte at disse ulikhetene i artiklene ville styrke oppgaven vår, ettersom noen fokuserte på sykepleieres opplevelser og erfaringer rundt tvang, mens andre fokuserte på hvordan sykepleiere mente tvang kunne unngås. Et eksklusjonskriterie vi satte oss var barn med psykisk utviklingshemming. Med dette mener vi barn med eksempelvis autisme eller hjerneskade, som kan gi særegne utfordringer utenom utfordringen med at barn i seg selv opplever frykt og dermed motsetter seg behandling. Noen av artiklene vi leste i fulltekst handlet om bruk av hjelpemidler i tvangen, slik som håndjern og belter. Dette ønsket vi ikke å inkludere.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier vises i tabell 2.

3.3.1 Tabell for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2:

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|-----------------------------------|
| - Barn innlagt i somatisk avdeling på sykehus | - Barn i psykisk helseinstitusjon |
| - Barn i førskolealder (2-6 år) | - Psykisk utviklingshemmede barn |
| - Sykepleiers erfaringer og perspektiver | |

3.4 Øvrige fag- og forskningslitteratur

Øvrig fag- og forskningslitteratur vi benyttet oss av har vi funnet gjennom pensumlistene for nåværende og tidligere emner. Vi gjorde også søk i Oria og benyttet oss godt av høyskolens bibliotek. Vi søkte og slo opp enkeltord og setninger rundt det vi trengte mer informasjon om, for å forklare de ulike delene av bakgrunnskapittelet. Vi var kildekritiske i valg av litteratur, og var opptatt av at forfatterne hadde nok kunnskap og at kildene var troverdige. Boken «Pediatri og pediatrik sykepleie» (Grønseth & Markestad, 2017), har vært en del av pensumlitteraturen gjennom hele studieforløpet og ble mye brukt i bachelorskrivingen. Vi benyttet oss også av boken «Sykepleie til barn», for å skrive om familiesentrert omsorg og etikk i forhold til barn (Tveiten et al., 2012). Begge bøkene tar for seg et bredt spekter av informasjon om sykepleie til barn, som er av stor relevans for valgt tema. «Grunnleggende sykepleie 1» (Kristoffersen et al., 2016) er også en velbrukt bok, som blant annet gir innsikt i sykepleiers ansvar- og funksjonsområder. Videre valgte vi å benytte oss av en av forskningsartiklene fra prosjektbeskrivelsen i innledningen vår, da vi så mer relevans i artikkelens bakgrunnskapittel enn resultatkapittel. Sykepleien Forskning har gitt oss gode og relevante artikler, som vi har brukt gjennomgående.

4 Resultater

I dette kapittelet vil de valgte artiklene presenteres i en matrise og deretter oppsummeres i form av en bearbeidet syntese.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

| Forfatter, årstall, land | Tittel | Hensikt | Design/metode | Funn | Kvalitetsvurdering med sjekkliste |
|--|---|--|--|--|-----------------------------------|
| Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014, England) | “Nurses’ perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care” | Beskrive sykepleieres erfaringer med bruk av tvang i somatisk pediatrik pleie. Det endelige målet var å utdype forståelsen av fenomenet tvang. | Kvalitativ studie med individuelle intervjuer. Dataen ble analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse. Det var 8 deltakere i studien. Alle deltakerne var sykepleiere med generell arbeidserfaring på 5-16 år i gjennomsnitt og 1,5-10 år i barnesykepleien. | Utførelse av tvang kan ifølge studien deles inn i fem kategorier. (1) Medisinering og blodprøvetaking er den vanligste situasjonen hvor bruk av tvang oppstår, på grunn av barnets smerter. Dette kan skape frykt og dermed vil helsepersonell være nødt til å bruke tvang. (2) Tvang kan forebygges ved å forberede, informere, og samarbeide. (3) Kjemisk, fysisk og psykisk tvang er tre ulike typer tvang som kom fram at ble brukt i studien. (4) Tvang brukes for å gi best mulig forsvarlig helsehjelp, for å lette arbeidet til sykepleierne eller som siste valg. (5) Å belønne barnet og debriefe sammen med barn og familie kan være lurt for å forebygge traumer. Sykepleierne kan reflektere og snakke om situasjonen imellom hverandre for å bli kvitt eventuell skyldfølelse. Til slutt nevnes det i resultatene at det er viktig å rapportere og dokumentere bruken av tvang, og at opplæring og kompetanse om bruk av tvang er nødvendig. | 9/9 (Vedlegg 1) |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|----------------------------|
| <p>Kirwan, L. & Coyne, I. (2017, Irland).</p> | <p>“Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices”</p> | <p>Avdekke hvor mange av de deltagende sykepleierne som oppfatter og erfarer bruk av tvang mot sykehusinnlagte barn.</p> | <p>Kvantitativ studie med selvadministrert spørreskjema. Spørreskjemaet bestod av spørsmål med en 3-punkts Likert-skala. Dataene ble analysert ved hjelp av en deskriptiv statistikk. Informasjon om studie ble tildelt fem ulike enheter ved et sykehus. Deltakerne i studien bestod av 43 sykepleiere og 7 ledere innenfor klinisk sykepleie.</p> | <p>Sykepleierne i studien rapporterte å ha prøvd andre muligheter før det blir brukt tvang, slik som å involvere foreldre, gi barnet forklaringer og lek. De ser størst behov for bruk av tvang i alderen 0-4 år, i forbindelse med kanylering og administrasjon av medisiner og for at ikke barnet skal rive ut intravenøse katetre. Fysisk og psykisk tvang ble rapportert som de formene for tvang som ble mest brukt. Resultatene viste at sykepleiere med mindre erfaring brukte tvang oftere enn erfarne sykepleiere. Kun 8 av 50 deltakere har fått opplæring i bruk av tvang på barn, og alle 50 var enige om at dette er noe som burde være obligatorisk.</p> | <p>8/9 (Vedlegg 2)</p> |
| <p>Lombart, B., Stefano, C. D., Dupont, D., Nadji, L., & Galinski, M. (2020, Frankrike)</p> | <p>“Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care”</p> | <p>Undersøke erfaringer og meninger til helsepersonell om bruk av fysisk tvang i en pediatrik avdeling.</p> | <p>Kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer. Det ble tatt videooptak av fokusgruppene for å inkludere kroppsspråk i analysen. Deltagerne bestod av 30 profesjonelle helsepersonell som bestod av sykepleiere, fysioterapeuter, helsepedagoger og barneomsorgspersoner fra 5 barneavdelinger fra 4 forskjellige sykehus i Frankrike.</p> | <p>Studien tar for seg årsaker til hvorfor tvang blir brukt, til tross for at det går imot plikten om å ikke krenke og å beskytte barns rettigheter. Deltakerne rettfærdiggjorde bruken av tvang ved å si at det var for best mulig helse, og de tok ikke motstridene etiske aspekter i betraktning. Resultatene av studien viste også at helsepersonellet legitimerer bruk av tvang, dersom prosedyren anses som nødvendig. De rapporterte å måtte se bort ifra at det er et barn, og fokusere på å få jobben gjort. Å bruke tvang ble sett på som siste utvei, når det ikke var andre måter å tilnærme seg barnet på.</p> | <p>9/9 (Vedlegg 3)</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|------------------------|
| <p>Svendsen, E., Bjørk, I.T. (2021, Norge)</p> | <p>“Health care provider’s responses to children’s resistance to peripheral vein cannulation : A qualitative observational study”</p> | <p>Utforske helsepersonel ls erfaringer og reaksjoner på førskolebarns motstand under PVK innsettelse.</p> | <p>Kvalitativ studie med et eksplorativt design. Datainnsamling ble gjort ved hjelp av videoopptak. Videoopptakene ble importert til Nvivo10®, som gjorde det mulig å se videoene parallelt og få en transkripsjon av opptaket. 8 sykepleiere og 7 leger deltok i studien.</p> | <p>Helsepersonellet håndterte barnas motstandsuttrykk i forbindelse med innleggelse av PVK fordelt i fire hovedtyper: anerkjenne barnet, distrahere barnet, overtale barnet og avvise barnet. Alle kategoriene ble brukt gjennom hele prosessen av prosedyren. Avvisning ble brukt dobbelt så mye i gjennomføringsfasen enn i forberedelsesfasen. Anerkjennelse, distraksjoner og overtalelse ble brukt allerede fra forberedelsesfasen, men bruken økte jo lenger man kom i prosedyren.</p> | <p>9/9 (Vedlegg 4)</p> |
| <p>Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A. & Bjørk, I. T. (2017, Norge).</p> | <p>“Exploring perspective s on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians.”</p> | <p>Utforske sykepleieres og legers perspektiver og erfaringer om bruk av tvang under kliniske prosedyrer på førskolebarn på sykehus.</p> | <p>Kvalitativ studie med et utforskende design. Det ble gjort observasjoner og semistrukturerte individuelle intervjuer. Det ble tatt videoopptak av forsøk i å sette inn en PVK. Etter observasjon av videoopptakene ble intervjuene transkribert og organisert i kategorier og underkategorier. 6 sykepleiere og 6 leger deltok i studien.</p> | <p>Resultatene tar for seg tre hovedtemaer. Første tema omhandler ulike syn på tvang og bruk av tvang. Det ble nevnt at å holde noen igjen for å legge en PVK ikke kunne bli ansett som tvang, fordi det var for barnets beste. Andre tema er måter å begrense bruk av tvang og dets konsekvenser. Deltakerne sa at de holdt igjen barnas ekstremiteter for å forhindre at de trekker tilbake bein og armer. Dette gjorde de for å unngå flere forsøk på å eksempelvis sette inn en PVK. Sykepleierne understreket også at bruk av tid til å forberede pasienten var praktisk. Helsepersonellet erfarte at foreldrenes rolle hadde mye å si i bruken av tvang. Foreldrenes følelser kunne smitte over til barnet og det kunne enten føre til at barnet ble hysterisk eller var rolig, avhengig av hvordan foreldrene var.</p> | <p>9/9 (Vedlegg 5)</p> |

4.2 Syntese av resultatene

Hovedessensen i artiklene er at deltakerne i alle de valgte artiklene ofte var involvert i bruk av tvang mot barn. Deltakerne anså tvang som siste utvei for å gjennomføre nødvendige prosedyrer, med hensikt om å sikre forsvarlig helsehjelp og fremme best mulig helse. Tvang var ofte et resultat av at barn motsetter seg behandling grunnet frykt, lite informasjon og lite tillit. Det ble i ulike grader brukt alle former for tvang; fysisk, psykisk og medikamentell. Deltakerne fortalte om forebyggende tiltak som god forberedelse og informasjon, distraksjoner, gode relasjoner, involvering av barn og pårørende og implementering av lek, og at tvang som oftest kun ble brukt når disse tiltakene ikke hjalp. Det kom fram i flere av artiklene at det burde vært bedre tilbud om opplæring rundt bruk av tvang, da dette vil kunne påvirke sykepleieres utøvelse av tvang.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi først diskutere og kritisk vurdere resultatene fra de valgte artiklene opp mot egen problemstilling ved bruk av den presenterte teorien fra bakgrunnskapittelet. Deretter vil vi vurdere styrker og svakheter ved generell litteraturstudie som metode, eget litteratursøk og utvelgelse av artikler. Styrker og svakheter ved inkluderte artikler vil også bli vurdert.

5.1 Resultatdiskusjon

Ved bruk av den presenterte teorien fra bakgrunnskapittelet vil vi i denne delen av kapittelet diskutere og kritisk vurdere resultatene fra valgte artikler opp mot egen problemstilling;

Hvilke faktorer påvirker sykepleiers utøvelse av tvang mot barn i tilknytning til smertefulle prosedyrer på sykehus?

5.1.1 Tvang – siste utvei for å sikre faglig forsvarlig sykepleie

Fire av artiklene omtaler hvordan tvang ble brukt som siste utvei. I studien til Kirwan og Coyne ble det rapportert at 47 av 50 sykepleiere involverte barnas foresatte, 45 av sykepleierne forberedte barna og 43 av sykepleierne brukte lek som forebyggende tiltak før tvang ble sett på som siste utvei (2017, s. 49). Deltakerne i studien til Lombart et al. nevnte at når de var tomme for tvangsforebyggende tiltak, hadde de ikke annet valg enn å bruke tvang. De mente at viktige prosedyrer krevde bruk av tvang når barnet viste tegn til motstand, var agitert eller nektet å samarbeide. Faren for at barnet skulle dø eller andre nødsituasjoner ble brukt som hovedargumenter for bruk av tvang. I tillegg var tidsbegrensninger noe som førte til at relasjonsbygging og samtaler ble nedprioritert (2020, s. 237). Studien til Kangasniemi et al. samsvarer med dette, hvor sykepleierne mente at tvang ble sett på som siste utvei når tvangsforebyggende tiltak ble vurdert, men ikke kunne bli iverksatt (2014, s. 614).

I artikkelen til Svendsen et al. kom det fram at sykepleierne oppfattet tvangsbruk litt annerledes. De mente at tvang for det meste ble sett på som nødvendig og unngåelig, fordi førskolebarn naturligvis ville motstå medisinske prosedyrer. Ene sykepleieren mente at det var feil at «å holde igjen barnet» skulle bli betegnet som tvang, fordi å legge en PVK var for barnets beste (2017, s. 5). En annen kilde støtter dette og sier at helsepersonell er uenige om hvilke handlinger som inngår i begrepet tvang. Noen mener at hvis prosedyrer anses som

nødvendig, noe de ofte er, så anses det ikke som tvang (Rønningen & Eilertsen, 2023). Enkelte deltakere i studien til Lombart et al. mente det motsatte. De mente at tvang ikke var bra, selv om det var for barnets beste interesse (2020, s. 236).

I tillegg påpeker Kangasniemi et al. at tvang kun skal brukes for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp og til pasienters fordel, velvære og behandling, og ikke brukes overflødig eller vilkårlig (2014, s. 614). Dette er i overensstemmelse med sykepleiers funksjons- og ansvarsområder om å sikre faglig forsvarlighet og gi god helsehjelp (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). En sykepleiers lindrende og forebyggende funksjon vil stå sentralt ved utøvelsen av tvang, da tvangsbruken som oftest forekommer ved gjennomføring av en nødvendig prosedyre. Det er en sykepleiers oppgave å behandle barnets sykdom eller skade, lindre eventuelle smerter, fremme helse gjennom å behandle sykdommen eller skaden og forebygge videreutvikling av eventuell sykdom, nye skader eller traumer hos barnet (Søbjerg et al., 2017, s. 6-7).

Bruk av tvang går imot sykepleiers forebyggende funksjon om å forhindre at barn får fysiske og psykiske påkjenninger under sykehusoppholdet. Det strider også imot sykepleiers lindrende funksjon om å begrense omfang og intensitet av belastninger ved sykdom/skade og sykehusopphold. Belastningene som skal begrenses kan være fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Herunder inngår usikkerhet, angst, ubehag, smerte, lidelse og vonde og vanskelige opplevelser (Søbjerg et al., 2017, s. 6-7). Dette strider imot sykepleiers yrkesetiske retningslinjer, som beskriver plikten til å gjøre godt mot andre og plikten fra å forårsake skade (Norsk sykepleierforbund, 2023). Tvang oppfattes av mange barn som en vanskelig og traumatiserende opplevelse (Svendsen, 2018). Det er derfor viktig at sykepleiere tenker over deres forebyggende og lindrende funksjon, forholder seg til de yrkesetiske retningslinjene og kun bruker tvang ved nødsituasjoner. I tillegg er det essensielt å prioritere en god dialog og relasjon med barnet og dets familie.

5.1.2 Kunnskap

Flere av artiklene viste at det var behov for bedre kunnskap om barn og tvangsbruk. I studien av Kirwan og Coyne, kom det fram at kun 8 av de 50 deltakende sykepleierne hadde fått opplæring i bruk av tvang mot barn på sykehus. De resterende deltakerne uttrykte at opplæring var nødvendig og burde være et obligatorisk kurs. Av deltakerne var det 29 sykepleiere som rapporterte at avdelingen deres hadde retningslinjer å forholde seg til rundt bruk av tvang, men kun 11 av sykepleierne visste hva retningslinjene var (2017, s. 50). Dette

forsterkes av Rønningen & Eilertsen (2023) som mener at i tillegg til å utarbeide retningslinjer for å redusere bruk av tvang, bør det på systemnivå også gis opplæring og undervisning rundt dette. Deltakerne i studien til Lombart et al. unngikk bruk av ordet «tvang», og brukte heller uttrykk som «sånne ting/ denne typen ting» (2020, s. 236). Dette ses også i artikkelen til Svendsen et al., hvor deltakerne mente at de heller brukte positive termer som «å holde» framfor ordet tvang, fordi de mente at det var veldig negativt ladd. I tillegg kom det fram at helsepersonellets manglende kunnskap og fellesforståelse om tvang kunne være forbundet med at tvang ikke var et omdiskutert tema blant sykepleiere og leger (2017, s. 5).

Kangasniemi et al. beskriver at en sykepleiers kunnskap og erfaring har mye å si for utøvelsen av tvang under prosedyrene. God kunnskap og kapasitet vil kunne hjelpe en sykepleier å oppdage og vurdere individuelle løsninger for hver enkelt pasient, og kunne bidra til å minske bruk av tvang. Eksempelvis vil et dehydrert barn trenge væske. Istedenfor å legge inn intravenøse katetre for å gi væske, hvor tvang kanskje kunne vært nødvendig, kan man heller sørge for at barnet får nok væske oralt (2014, s. 612). Dette understøttes av en annen kilde som mener at mangel på prosedyrer, lovverk, retningslinjer og kunnskap når det kommer til bruk av tvang på barn, kan føre til usikkerhet blant sykepleiere (Rønningen & Eilertsen, 2023). På individnivå har enhver sykepleier et ansvar for å holde seg oppdatert på nyeste forskning og kunnskap, for å sikre at egen praksis er faglig forsvarlig og etisk- og juridisk riktig (Norsk sykepleierforbund, 2023).

Det er viktig å tenke på at helsehjelp til barn ikke er lik helsehjelp til voksne. Det skjer stadig nye endringer i kroppen til førskolebarn, både fysisk og psykisk. En alvorlig sykdom utvikler seg til farlige tilstander raskest hos yngre barn, og endringer i symptomer er vanskeligere å tolke. Akutt syke barn må vurderes raskt for å umiddelbart kunne igangsette eventuelle tiltak som er nødvendige (Grønseth & Markestad, 2017, s. 51). Med dette kreves det god og riktig kompetanse. Fra barn er mellom 3-6 år vil de allerede klare å koble mellom sykehus, hvite frakker og sprøyter, som kan føre til frykt og traumer hvis de ikke får en gunstig opplevelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 68). Det er også viktig å ha nok kunnskap om smerter hos barn. Tidligere ble det antatt at nyfødte og spedbarn ikke kunne føle smerte like godt som eldre barn, fordi nervesystemet var umodent ved fødselen. Det var også en vanlig oppfatning at et barn glemmer den smerten det møter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166). Ifølge forskning opplever småbarn mer smerte ved venepunksjon og andre prosedyrer i forhold til eldre barn. Gjentakende innleggelser hvor barn ikke mottar personsentrert og forsvarlig

helsehjelp, vil føre til at barnet utvikler traumer og frykt relatert til sykehus. Dette vil igjen medføre at pasienten stresser og motstår helsehjelp neste gang de blir innlagt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63-64). Hvis sykepleiere ikke har nok kunnskap om hvordan man skal forholde seg til barn, kan det gjøre utøvelsen av personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie mer utfordrende.

5.1.3 Foresatte som ressurs

I flere av forskningsartiklene kom det fram at bruk av foresatte som ressurs ble sett på som en fordel. Studien til Kangasniemi et al. tar for seg viktigheten av å benytte seg av foresatte som ressurs for å forebygge bruk av tvang. Prosedyrene ble oftere ansett som suksessfullt dersom foresatte samarbeidet med helsepersonellet. Resultatene i studien påpeker at rollene til foresatte var å berolige og distrahere barnet under prosedyren, og trøste barnet i etterkant (2014, s. 612). Dette ses blant annet i studien til Svendsen og Bjørk hvor en av de foresatte deltok aktivt i gjennomføringsfasen, som førte til en vellykket prosedyreutførelse (2021, s. 1329). Helsepersonellet i både Svendsen og Bjørk (2021) og Kirwan og Coyne (2017) erfarte at bruk av foresatte som ressurs førte til mindre motstand fra barnet. Å inkludere foresatte i beslutninger rundt et barns pleie og behandling, vil skape en god dynamikk og samarbeid, og ha en positiv innvirkning på barnets helse og livskvalitet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

I motsetning til de andre studiene som mener at foresatte kun er en positiv ressurs, mener studien til Svendsen et al. at foresatte som ressurs både kan være en fordel og en ulempe. Foresatte kan være preget av egne følelser som smitter over til barna, da de lett lener seg på sine foresatte og påvirkes av deres reaksjoner (2017, s. 6). Dette kan være både positivt og negativt. Det ble observert at foresattes rolle var nøkkelen for å minimere bruk av tvang når barnet motstod behandling. Å inkludere og informere foresatte i forkant av en prosedyre, ble sett på som en fordel. Deltakerne i studien opplevde at trygge foresatte som forstod hvor viktig en prosedyre var for barnet, ville forholde seg rolige og forhindre en eskalerende situasjon hvor det vanligvis ville krevd bruk av tvang (Svendsen et al., 2017, s. 6). Dette støttes av en annen kilde som også skriver at rolige foresatte fører til rolige barn (Rønningen & Eilertsen, 2023). I tillegg vil foresatte være en av de viktigste ressursene til å kunne tolke barnets spesielle uttrykk og de vil være barnets nærmeste for trøst og ivaretagelse av emosjonelle behov i ettertid (Søbjerg et al., 2017, s. 6-7). På en annen siden kan emosjonelle foresatte påvirke barnet negativt og føre til at situasjonen forverrer seg, og at det oppstår

utfordringer ved utførelse av en prosedyre. Sykepleierne i studien Svendsen et al. mente at det var vanskelig å holde barna i sjakk når foresatte ikke var i stand til å samarbeide.

Helsepersonellet erfarte at foresattes sterke følelser som tårer, sinne, usikkerhet og tvil under en prosedyre, påvirket barnet til å speile de foresattes eksakte følelser (2017, s. 6). Bruk av foresatte som ressurs kan være et tvangsförebyggende tiltak, samt en faktor som kan påvirke graden av tvangsbruk i denne konteksten.

5.1.4 Kommunikasjon

Studien til Svendsen og Bjørk tar for seg at kommunikasjon kan være et virkemiddel for å bygge en bedre relasjon med pasienten. Gjennom ordvalg og trøstende uttrykk som «det går over snart», viste helsepersonellet i studien medfølelse for barnas motstandsuttrykk. Å motivere pasienten ved å bruke uttrykk som «du er så flink» eller «du er modig», kan også underveis redusere den traumatiske opplevelsen ved bruk av tvang. Dette er noe sykepleiere kan ha i bakhodet i utførelsen av prosedyrer der tvang er aktuelt (2021, s. 1329). Dette underbygges i en annen studie, hvor det blir anbefalt å bygge en relasjon til barnet i forkant av prosedyrer for å redusere behovet for bruk av tvang. En god relasjon kan bygges ved å jobbe på en barnevennlig måte, ved å samhandle med barnet og ta hensyn til barnets ønsker (Rønningen & Eilertsen, 2023).

Studien til Kangasniemi et al. beskriver viktigheten med å inkludere barnet så langt det lar seg gjøre, og å la de kunne ta egne valg og delta i beslutninger. Å informere og inkludere både barn og foresatte i situasjoner og prosedyrer kan redusere nødvendigheten for bruk av tvang. Dette vil derimot ikke være aktuelt ved akutte eller livstruende situasjoner (2014, s. 612). Ved kommunikasjon med barn er det viktig å tenke på deres kognitive utviklingstrinn.

Førskolebarn har kort oppmerksomhetstid og lite forståelse for sammenhengen mellom årsak og virkning (Grønseth og Markestad, 2017, s. 67). Derfor vil det være hensiktsmessig å forklare hvorfor ting gjøres. Det kan også være viktig å lytte, snakke og forklare med en vennlig stemme og å ha et forståelig språk. For eksempel ved å bruke metaforer istedenfor medisinske termer. Ved bruk av tvang vil det også være viktig å forklare barnet at det som gjøres ikke er straff, men at det er for barnets beste (Grønseth og Markestad, 2017, s. 68). I etterkant av en prosedyre, vil barn i førskolealder sette pris på belønning i form av en premie. Hos små barn vil trøst og trygging på en skånsom måte føles som belønning (Kangasniemi et al., 2014, s. 615).

Førskolebarn utvikler separasjonsangst, fremmedfrykt, og kan ha vansker med å uttrykke meninger og følelser på en forståelig måte (Grønseth og Markestad, 2017, s. 68-69). Det vil være vanskeligere å kommunisere med førskolebarn, og det krever god forståelse og nok kunnskap om kommunikasjon med barn. I tillegg har flere studier vist at barn utvikler posttraumatisk stresslidelse som følge av skremmende og smertefulle opplevelser på sykehus (Gjems & Diseth, 2011). Smerte er et subjektivt og komplekst fenomen som inkluderer flere aspekter enn det fysiske, og barns begrensede evne til å dele smerteopplevelser kan gjøre det vanskelig (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Smerte hos barn, må vurderes ut ifra kroppsspråk, aktivitetsnivå og atferd, da de ikke er like flinke til å lokalisere smerter og uttrykke seg med ord (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168). Det blir derfor essensielt å bruke tiden en har til rådighet til å kommunisere godt, inkludere barnet og bygge en god relasjon til både barn og foresatte.

5.1.5 Tidspress

To av forskningsartiklene omtaler hvordan tidspress kan forhindre sykepleiere i å utføre viktige oppgaver. Deltakerne i studien til Svendsen et al. la vekt på å bruke tid sammen med barnet for å få bedre kontakt og forberede barnet på opplevelsen og de ulike trinnene i prosedyren. Sykepleierne meddelte at dårlig tid med pasienten kunne hemme utviklingen av et godt trykghetsforhold (2017, s. 5-6). I samsvar med dette påpeker Kangasniemi et al. at diskusjoner og forhandlinger er metoder for å forebygge bruken av tvang, men at dette krever tid avhengig av barnets alder. Å jobbe med barn som pasient krever mye tid og tålmodighet. Bruk av god tid sammen med barnet vil bidra til å styrke sykepleier-pasient relasjonen. Tiden en ikke får brukt til å danne en god sykepleier-pasient relasjon, vil også påvirke evnen til å arbeide personsentrert (2014, s. 612). Deltakerne i Svendsen et al. legger til at en utilfredsstillende sykepleier-pasient relasjon kan føre til mistillit og utrygghet, som igjen kan føre til at sykepleier blir nødt til å holde igjen barnet mot dets vilje under en prosedyre (2017, s. 5-6).

Tidspress har ringvirkninger på viktige sykepleieroppgaver. Dokumentasjon av tvang kan være viktig i form av at helsepersonellet kan diskutere ulike metoder og gi gode råd rundt tvangsbruken. På grunn av tidspress vil ikke helsepersonell ha tid til å journalføre eller rapportere hver gang det blir brukt tvang under en prosedyre (Kangasniemi et al., 2014, s. 612). Sykepleiere har flere arbeidsoppgaver de ikke rekker å fullføre, grunnet tidspress. Utelatte arbeidsoppgaver ses gjennom inadekvat medisinadministrering, pasientinvolvering,

undervisning og manglende tid til å prate med pasient. Utelatelse av sykepleieroppgaver kan gå imot kvalitet- og pasientsikkerhet ved at tryggheten i helsehjelpen svekkes, og at pasienten selv føler seg utrygg (Lied et al., 2021, s. 246). At sykepleiere utelater viktige arbeidsoppgaver som følge av tidspress, er i strid med de juridiske og etiske prinsippene. Helsepersonell skal ifølge helsepersonelloven § 4 utføre arbeidet sitt i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og sykepleiehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Utelatelse av viktige oppgaver kan også gå imot de yrkesetiske retningslinjer en sykepleier skal forholde seg til. Blant disse er plikten til å ivareta hvert individs verdighet og integritet, retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2023).

Tidspress kan føre til en personlig belastning som hindrer utøvelse av god sykepleie. Tiden sykepleieren har til rådighet vil ikke være nok til å gi den hjelpetrengende helsehjelp som tilsvarer deres forventinger (Lied et al., 2021, s. 247). Det er viktig at sykepleier har god nok tid, slik at pasienten får et tilfredsstillende sykehusopphold hvor bruk av tvang begrenses.

5.2 Metodediskusjon

I denne delen av kapittelet vil vi vurdere styrker og svakheter knyttet til generell litteraturstudie som metode, eget litteratursøk og utvelgelse av artikler.

5.2.1 Generell litteraturstudie som metode

Generell litteraturstudie er en gunstig måte å få oversikt over eksisterende forskning på et tema. Ved litteraturstudier gjennomføres strukturerte søk på en slik måte at søkene lett kan gjenskapes. Hovedoppgaven til forfattere av litteraturstudier er å analysere resultatene av flere vitenskapelige studier for å beskrive kunnskapsstatus om et bestemt emne og deretter bruke kliniske blikk for å trekke konklusjoner (Popenoe et al., 2021).

5.2.2 Litteratursøket

I denne oppgaven hadde vi krav om å inkludere minst 4 artikler for å belyse problemstilling og tema. Vi ble rådet til å benytte oss av en av databasene Cinahl, Medline eller PsycINFO, da disse er de mest relevante og største innenfor helsetematikk og helsefagområde. De ulike databasene har hundretusenvís av forskningsartikler, og mange av dem overlapper. Alle har et medisinsk/sykepleiefaglig fokus, som er en styrke når vi skriver om et sykepleiefaglig tema.

For å gjennomføre søket vårt benyttet vi oss av databasen Cinahl. Dette er en database vi er godt kjent med, fra tidligere oppgaver på høyskolen. Cinahl er en god database for å finne sykepleiefaglig relaterte forskningsartikler, da det er en bibliografisk database og gir artikler hovedsakelig publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Thidemann, 2019, s. 86). Cinahl er anbefalt av høyskolen og biblioteket som et utgangspunkt for søk til bacheloroppgaven. Å utføre søk i kun én database kan være en svakhet ettersom det kan forårsake begrensninger i muligheter for å finne relevante artikler, men søket vårt resulterte i 54 artikler, som vi ser på som en styrke. Vi benyttet oss av søkeord som tok utgangspunkt i de meningsbærende enhetene i vår problemstilling, slik som ordene *children*, *pediatrics*, *nurses* og *restraint*. Alle søkeordene vi brukte var fra databasens egne emneordsystem, som vil være en fordel (Thidemann, 2019, s. 86). Vi kombinerte ordene ved bruk av den boolske operatøren OR, for å få et utvidet søk. Vi brukte AND-funksjonen for å knytte ordene sammen og spisse søket mot problemstillingen vår. Denne kombinasjonen ga oss resultater med artikler som inkluderte flere emneord vi så på som relevante for tema og problemstilling. Vi kunne lagt til flere ord og/ eller brukt synonymer for enkelte ord, men vi erfarte at dette ga oss færre resultater og utelot mange artikler vi anså som relevante. Søkeresultatet vårt forteller oss at søket er godt nok spisset og ikke gir for stort resultat, som kan gjøre det vanskelig å finne det relevante. Likevel er det nok artikler til å finne resultater med en eventuell overføringsverdi.

5.2.3 Utvelgelse av artikler

Å skrive bachelor i par kan både være en styrke og en svakhet. I forhold til utvelgelse av artikler gjorde det å være to det lettere å lese gjennom resultatene etter søket på en effektiv måte, og luke ut det irrelevante. Deretter fikk vi diskutert oss imellom og gjort en internkontroll av artiklene. Som to personer med ulike meninger og tanker, må en holde seg saklig, begrunne godt og vise forståelse. En av avgrensningene vi satt var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, som ga oss ny forskning som kunne relatere til hverandre. Vi endte med 10 artikler som vi leste i fulltekst, som vi gjorde faglige vurderinger av rundt relevans. Vi fordelte de 10 artiklene, leste de hver for oss, og satt igjen med til sammen 5 artikler som vi ble enige om at passet problemstillingen vår.

Styrker og svakheter ved de utvalgte artiklene

Selv om vi spesifiserte ordet «sykepleier» under søket, kom det artikler med studier gjort med all slags type helsepersonell som inkluderte leger, sykepleiere, fysioterapeuter og liknende. Vi valgte å inkludere en av disse, Lombart et al. (2020), hvor deltakerne bestod av sykepleiere,

fysioterapeuter, barnevernsarbeidere og - assistenter, helsepedagoger og andre barneomsorgspersoner. Selv om leger er de som skriver resepter og gir medikamenter til barna er det ikke de som utfører pleie og omsorg til barna, og de ble dermed ekskludert fra studien. Lombart et al. mente også at leger hadde kunnet påvirket hvordan barn og pårørende reagerer i situasjoner, og kunne endret måten de uttrykker seg på (2020, s. 240). Vi valgte å inkludere artikkelen fordi den ga gode resultater rundt årsak for bruk av tvang og den viste gode etiske dilemmaer og tanker rundt det etiske og juridiske rundt tvang. Vi så også at den største andelen av deltakerne var sykepleiere, som var det vi var ute etter. De andre inkluderte faggruppene hadde overføringsverdi gjennom at de alle utøvde pleie og omsorg til barna og møtte på tvang i situasjoner tilknyttet dette.

Når vi skulle velge ut artikler ut ifra de 10 artiklene vi leste i fulltekst, fant vi helt konkrete eksempler på ulike perspektiver rundt bruk av tvang mot barn, og noen av de passet ikke med vår kontekst og norsk lovverk. Eksempelvis fant vi en tyrkisk og en kinesisk artikkel som inkluderte hjelpemidler i tvang, i form av håndjern, belter og såkalt «enclosure bed». Vi var på utkikk etter artikler som omtalte tvang som å holde fast barn, uten å bruke fysiske hjelpemidler, og artiklene ble dermed ekskludert. Tre av de valgte artiklene er fra andre land enn Norge, men på grunnlag av at artiklene hadde tilsvarende resultater som de norske så valgte vi å inkludere de likevel.

Vi har valgt å inkludere forskningsartikler av både kvalitativ og kvantitativ metode. Ved å bruke forskningsartikler av kvantitativ metode, kan vi innhente større data basert på tall og statistiske analyser (Tuftes, 2018, s. 11). Kvalitative forskninger vil gi bedre forståelse og dybdekunnskap i ønsket tema, ved at deltakerne deler deres erfaringer og meninger (Leseth & Tellmann, 2018, s. 12). Problemstillingen vår omhandler faktorer som påvirker sykepleiers utøvelse av tvang, som blant annet baseres på personlige opplevelser. Fire av de fem inkluderte artiklene våre er av kvalitativt design, som åpner opp for beskrivelser av egne erfaringer (Tjora, 2021, s. 128). En ulempe ved kvalitative studier om egne erfaringer kan være at deltakerne ikke føler de kan svare ærlig, fordi temaet er for privat eller sensitivt (Tjora, 2021, s. 162). En blanding av begge metodene vil bidra til å styrke oppgaven vår, ettersom vi både får tall og statistikk og deltakeres erfaringer og meninger. De valgte artiklene ble kvalitetsvurdert ved bruk av en tildelt sjekklister, som kan finnes under vedlegg.

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvilke faktorer som kan påvirke en sykepleiers utøvelse av tvang mot barn i forbindelse med smertefulle prosedyrer på sykehus. Ved å analysere resultatene av selvvalgte forskningsartikler har vi kommet frem til fem faktorer som kan påvirke sykepleiers utøvelse av tvang.

Tvang ble brukt som siste utvei når tvangsforebyggende tiltak ikke var til nytte og barnet fortsatt motsatte seg viktige medisinske prosedyrer. En sykepleiers oppgave er å utøve faglig forsvarlig sykepleie og dermed kan bruk av tvang være aktuelt i tilfeller hvor barn motstår nødvendig behandling. Funnene viser at det er dårlig kunnskap og opplæring når det kommer til sykepleie til barn og tvangsbruk mot barn. Det er viktig å holde seg oppdatert på prosedyrer, lovverk og retningslinjer. Bruk av foresatte kan være med på å begrense bruk av tvang, men også resultere i at det må brukes mer tvang enn det i utgangspunktet trengtes. Dette kommer an på hvordan de foresatte forholder seg til barnet, helsepersonellet og behandlingen som utføres. Det kan være essensielt med god kommunikasjon og samarbeid med både barnet og foresatte. God kommunikasjon kan være en fordel for tillit- og relasjonsbygging og kan redusere nødvendigheten for bruk av tvang. Tidspress hos helsepersonell kan føre til at viktige arbeidsoppgaver til enhver sykepleier blir utelatt, eksempelvis pasienttilnærmende tiltak. Utilstrekkelig tid med barnet kan påvirke sykepleiers evne til å utøve god personsentrert sykepleie, og medføre tvangsbruk under utførelsen av prosedyre. Arbeid med barn krever god kunnskap, tid og tålmodighet, og dette er noe som må bli prioritert for å få tilfredsstillende resultater under sykehusoppholdet.

I praksis vil resultatene fortelle oss at det trengs mer kunnskap og opplæring rundt barn og bruk av tvang mot dem. Dette vil hjelpe sykepleiere med å være trygg i sin situasjon og ta riktige beslutninger. Det er viktig at sykepleier er faglig, juridisk og etisk oppdatert.

Tvangsforebyggende tiltak burde anvendes, og en bør alltid tenke over hva som kan være best for barnet og forhindre traumatiske opplevelser så langt det lar seg gjøre. Tid er en faktor som øker bruken av tvang og konsekvensen blir at behandling til pasienter blir ulik, ut ifra hvor travelt det er på jobb.

Referanseliste

- Brunvand, L. (2022). Pediatri. I S. Ørn & E. B.-. Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (5. utg., s. 537-546). Gyldendal Akademisk.
- Büyük, E. T. (2022). Knowledge, Attitudes and Practices of Pediatric Nurses in Turkey Towards the Use of Physical Restraints. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 7(5), 639-645. <https://doi.org/10.4274/cjms.2021.2808>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, 24. oktober. 2022). *A Child's Health is the Public's Health*. <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/features/children-public-health.html#print>
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere*. Fagbokforlaget.
- Elden, J. C. (2022). tvang. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/tvang>
- FNs barnekonvensjon. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Barne- og familiedepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Gjems, S., & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(9), 856-862. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/09/forebygging-og-behandling-av-psykologiske-traumer-hos-somatisk-syke-barn>
- Grorud, T. H., Tønne, M. B., & Onsager, E. L.-. (2021). Sykepleiere kan bruke avledning for å øke smertelindringen hos barn. *Sykepleien*, 109, Artikkel e-86797. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86797>
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>

- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Hamdan, A. B., AlShammary, S., Tamani, J. C., Peethambaran, S., Hussein, M., & AlHarbi, M. (2016). The Impact of Creating a Child-Friendly Hospital Environment in Pediatric Cancer Patients and Their Families in Comprehensive Cancer Center at King Fahad Medical City. *International Journal of Pediatrics*, 20(1 & 2), 47-54. <https://www.alliedacademies.org/articles/the-impact-of-creating-a-childfriendly-hospital-environment-in-pediatriccancer-patients-and-their-families-in-comprehensive-cancer.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018, 28. juni. 2018). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#paragraf-4-forsvarlighet>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kangasniemi, M., Papinaho, O., & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nursing Ethics*, 21(5), 608-620. <https://doi.org/10.1177/0969733013513214>
- Kim, H. S. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn- det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 142-155). Cappelen Damm Akademisk.
- Kirwan, L., & Coyne, I. (2017). Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 46-54. <https://doi.org/10.1177/1367493516666730>

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 193-253). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 89-132). Gyldendal Akademisk.
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Lied, I. B., Lindgren, M. L., & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk Sykepleje*, 35(3), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Lombart, B., Stefano, C. D., Dupont, D., Nadji, L., & Galinski, M. (2020). Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. *Nursing Ethics*, 27(1), 230-246. <https://doi.org/10.1177/0969733019833128>
- Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Utvikle helse- og omsorgstjenestene*. Hentet 29. november. 2023 fra <https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene>
- Nye Metoder. (2022, 15. november. 2022). *Sentrale begreper og definisjoner*. <https://nyemetoder.no/om-systemet/sentrale-begreper-og-definisjoner>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Reinertsen, H. (2008). Smerte hos barn. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 76-101). Gyldendal Akademisk.
- Rønningen, R. B., & Eilertsen, M.-E. (2023). Tvang på barneavdeling – en kartleggingsstudie. *Sykepleien Forskning*, 18, Artikkel e-91598. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91598>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, statistikkvariabel, år og kjønn* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- Stubhaug, A., & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-50). Gyldendal Akademisk.

- Svendsen, E. J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien*, 106, Artikkel e-71912. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>
- Svendsen, E. J., & Bjørk, I. T. (2021). Healthcare provider's responses to children's resistance to peripheral vein cannulation: a qualitative observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9-10), 1325-1334. <https://doi.org/10.1111/jocn.15681>
- 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), Artikkel e1363623. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>
- Søbjerg, I. L., Brandt, L. M., & Tunby, J. (2017). *Barnesykepleier - funksjons- og ansvarsområder*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 23. november. 2023 fra https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/barnesykepleier-funksjons-og-ansvarsomrader-2017_0.pdf
- Thidemann, I.-J. (2019). Litteraturstudie. I *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg., s. 81-99). Universitetsforlaget.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.
- Tveiten, S. (2012a). Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* (s. 205-2013). Gyldendal Akademisk.

- Tveiten, S. (2012b). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* (s. 11- 40). Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Valle, A. L., & Stey, K. S. (2018, 16. oktober. 2018). *Tvangsbruk overfor barn under 16 år som motsetter seg helsehjelp ved somatisk sykdom og skade*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasient-og-brukerrettighetsloven/Tvangsbruk%20overfor%20barn%20under%2016%20år%20som%20motsetter%20seg%20helsehjelp%20ved%20somatisk%20sykdom%20og%20skade%202018.pdf/_attachment/inline/5858026b-6a0e-4fb1-ab13-22f516c3103e:6d4801f142d059db9745bef1d65f877dfc8b8fce/Tvangsbruk%20overfor%20barn%20under%2016%20år%20som%20motsetter%20seg%20helsehjelp%20ved%20somatisk%20sykdom%20og%20skade%202018.pdf
- Østenstad, B. H., Adolphsen, C., Naur, E., & Aasen, H. S. (Red.). (2018). *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten- en kort innledning til boken*. Fagbokforlaget.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| | | | | |
|--|---|----------|-----|--------|
| Artikkel som vurderes: (Kangasniemi et al., 2014) | | | | |
| Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. <i>Nursing Ethics</i> , 21(5), 608-620. https://www.proquest.com/docview/1552846167?accountid=32877&parentSessionId=w33mzlp4ql4%2FLt1TdB4B8Q2Ps%2Bwlbu45phpnSzYCVYk%3D | | | | |
| | | JA | NEI | UKLART |
| 1. | Har artikkelen en klart formulert problemstilling? | X | | |
| 2. | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, en kvalitativ studie som beskriver og strukturerer sykepleiernes/deltakernes kunnskaper og levde erfaringer. | X | | |
| 3. | Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, problemstillingen ønsket sykepleieres erfaringer. | X | | |
| 4. | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? | X | | |
| 5. | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, alle deltakerne var registrerte sykepleiere på pediatrik somatisk avdeling med x antall år erfaring innenfor sykepleie og x antall år innenfor barnesykepleie. | X | | |
| 6. | Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, alle intervjuene ble transkribert ordrett, og det ble deretter brukt induktiv innholdsanalyse for å produsere en syntese av resultatene. | X | | |



| | | | | |
|----|--|----------|--|--|
| 7. | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, i tabell og i tekstformat med titler, undertitler og sitater fra sykepleierne selv. | X | | |
| 8. | Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja, enkelte deler kan brukes i praksis. Eksempelvis resultatene om metoder for å forhindre bruk av tvang. | X | | |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen oppsummerer resultatene og diskusjonen. | X | | |
| | Totalt antall poeng: **** | 9/9 | | |

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| Artikkel som vurderes: (Kirwan & Coyne, 2016) | | JA | NEI | UKLART |
|--|--|----------|-----|--------|
| Kirwan, L. & Coyne, I. (2016). Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. <i>Journal of Child Health Care</i> , 21(1), 46-54. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493516666730 | | | | |
| 1. | Har artikkelen en klart formulert problemstilling? | X | | |
| 2. | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, det er en kvantitativ studie basert på en spørreundersøkelse om sykepleiers erfaringer om tanker rundt bruk av tvang. | X | | |
| 3. | Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, det er deltakernes erfaringer og tanker rundt problemstillingen som etterspørres i spørreundersøkelsene. | X | | |
| 4. | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? | X | | |
| 5. | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, sykepleiere registrert som «childrens nursing» på et sykehus ble invitert til å delta i en spørreundersøkelse ved hjelp av et spørreskjema som ble anonymisert. | X | | |
| 6. | Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, statistisk analysemetode. Funnene ble deretter kategorisert under tre kategorier. | X | | |
| 7. | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? | X | | |



| | | | | |
|----|---|----------|--|----------|
| | Kommentar: Ja, i tabell, statistikk og tekstformat med undertitler. | | | |
| 8. | Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Delvis. Resultatene kommer fra en kvantitativ metode, og vil derfor være vanskelig å anvende i praksis. På en annen side kan man bruke tallene til å forbedre kvaliteten i tjenesten. | | | X |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen nevner hovedkomponentene fra resultatene og diskusjonen. | X | | |
| | Totalt antall poeng: **** | 8/9 | | |

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| Artikkel som vurderes: (Lombart et al., 2019) | | JA | NEI | UKLART |
|---|--|----|-----|--------|
| Lombart, B., Stefano, C. D., Dupont, D., Nadji, L., & Galinski, M. (2019). Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. <i>Nursing Ethics</i> , 27(1), 230-246. https://doi.org/10.1177/0969733019833128 | | | | |
| 1. | Har artikkelen en klart formulert problemstilling? | X | | |
| 2. | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, det har brukt kvalitativ metode. De lagde fem fokusgrupper med 5-7 deltakere i hver. Dette tok de videoopptak av som er en fin måte å få svar på problemstillingen på. | X | | |
| 3. | Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, deltagerne er erfarne helsepersonell: sykepleiere, barnehagearbeidere, fysioterapeuter etc. | X | | |
| 4. | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? | X | | |
| 5. | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, datasamlingen foregikk i akuttmottak, pediatrik- og kirurgisk avdeling i fire sykehus. Det er kvinnelige deltagere mellom 23 og 63 års alder. | X | | |
| 6. | Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, fokusgruppene ble tatt video av for å observere kroppsspråk til deltagerne. De har valgt ut sekvenser fra videoen som videre ble analysert. | X | | |
| 7. | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? | X | | |



| | | | | |
|----|---|-----|--|--|
| | Kommentar: Ja, med tabell og i tekstformat med undertitler. | | | |
| 8. | Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja, det er en kvalitativ studie basert på helsepersonells erfaringer. Resultatene kan føre til at unødvendig bruk av tvang i praksis minimeres. | X | | |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen tar for seg alle de ulike delene i studien. | X | | |
| | Totalt antall poeng: **** | 9/9 | | |

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| Artikkel som vurderes: (Svendsen & Bjørk, 2021) | | JA | NEI | UKLART |
|--|---|----------|-----|--------|
| Svendsen, E. J., & Bjørk, I. T. (2021). Health care provider's responses to children's resistance to peripheral vein cannulation: A qualitative observational study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 30(9-10), 1325-1334. https://doi.org/10.1111/jocn.15681 | | | | |
| 1. | Har artikkelen en klart formulert problemstilling? | X | | |
| 2. | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det er en kvalitativ studie hvor de har valgt å observere deltakerne gjennom videoopptak. | X | | |
| 3. | Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, studien er basert på 15 helsepersonell. De har også observert barnas og foreldrenes reaksjoner i studien for å få et helhetlig grunnlag for resultater. | X | | |
| 4. | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? | X | | |
| 5. | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, konteksten er på barnesykehus. Det var 15 deltakere hvor 8 var sykepleiere og 7 var leger. | X | | |
| 6. | Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, begge forfatterne av forskningsartikkelen sørget for at kun helsepersonells svar ble tatt med og ekskluderte foreldrenes reaksjoner. | X | | |
| 7. | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, i tekstformat og tabeller. | X | | |
| 8. | Kan resultatene brukes i praksis? | X | | |



| | | | | |
|----|--|-----|--|--|
| | Kommentar: Ja, resultatene omfatter helsepersonells måte å håndtere situasjoner hvor barna motstår en smertefull prosedyre, dette fordelt i 4 hovedtyper. Dette kan bidra til at helsepersonell anvender ulike metoder for å forebygge unødvendig bruk av tvang. | | | |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, studien konkluderer med at bruk av tvang ikke kan forebygges fullt, men at det kan begrenses. Det kan være en fordel å øke bruken av anerkjente måter å håndtere situasjonen på. | X | | |
| | Totalt antall poeng: **** | 9/9 | | |

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

| Artikkel som vurderes: (Svendsen et al., 2017) | | JA | NEI | UKLART |
|--|--|----------|-----|--------|
| 1. | Har artikkelen en klart formulert problemstilling? | X | | |
| 2. | Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, gjennom en kvalitativ metode intervjuet de både leger og sykepleiere. | X | | |
| 3. | Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, problemstillingen ønsket leger og sykepleieres erfaringer. | X | | |
| 4. | Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? | X | | |
| 5. | Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, de har fokusert på sykepleieres erfaringer ved bruk av tvang på barn i førskolealder ved hast i utførelsen av medisinske prosedyrer på sykehus. | X | | |
| 6. | Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, de transkriberte intervjuene og to forfattere gikk deretter gjennom dem og sammenliknet svarene for å finne hovedfunnene. | X | | |
| 7. | Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? | X | | |



| | | | | |
|----|--|-----|--|--|
| | Kommentar: Ja, i tekstformat med undertitler. | | | |
| 8. | Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Artikkelen tar for seg hvordan man kan begrense bruk av fysisk tvang, negative konsekvenser av dette og foreldrenes rolle i utøvelsen av tvang. Bruk av tvang er et omdiskutert tema, og resultatene fra artikkelen kan tas i betraktning i praksis. | X | | |
| 9. | Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen oppsummerer resultatene og diskusjonen. | X | | |
| | Totalt antall poeng: **** | 9/9 | | |

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.