

Eline Sund og Oda Storlien

## «Sykepleier – hvorfor holder du?»

Bruk av fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus ved gjennomføring av prosedyrer

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Siri Gunn Simonsen

Mai 2019



Eline Sund og Oda Storlien

## «Sykepleier – hvorfor holder du?»

Bruk av fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus ved gjennomføring av prosedyrer

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Siri Gunn Simonsen  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	«Sykepleier – hvorfor holder du?» Bruk av fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus ved gjennomføring av prosedyrer.	Dato: 16.05.19
Deltaker(e):	Eline Sund & Oda Storlien	
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Fysisk tvang, barn, somatisk sykehus, prosedyre	
Antall sider/ord:	41/10868	Antall vedlegg: 0
<b>Bakgrunn:</b> Bruk av fysisk tvang mot barn, for å få gjennomført prosedyrer, forekommer i dag på norske sykehus. Dette kan medføre fysiske og psykiske konsekvenser for barn.		
<b>Formål:</b> Undersøke hvorfor sykepleiere benytter fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus ved gjennomføring av prosedyrer.		
<b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie, hvor vitenskapelige forskningsartikler benyttes. Publikasjoner med både kvalitativ og kvantitativ metode er inkludert. Databasene CINAHL, Medline Ovid og EMBASE ble benyttet til søk.		
<b>Resultater:</b> Forskningsresultatene avdekket gjentakende årsaker til hvorfor sykepleiere benytter fysisk tvang mot barn ved gjennomføring av prosedyrer. Funnene deles inn i kategoriene dogmatisme, legitimering av fysisk tvang, retningslinjer, imøtekomme omgivelsene, kompetanse og øyeblikkelig hjelp. Sykepleiere kan basere ikke-evidensbaserte påstander som grunnlag for yrkesutøvelsen. Videre legitimeres bruk av fysisk tvang blant annet ved å benytte mildere benevnelse, fraskrive seg ansvar eller har holdninger om at tvang kan være legitimt med bakgrunn i type prosedyre eller barnets alder. Sykepleiere går i mot egne holdninger og verdier for å imøtekomme andre. Retningslinjer og kompetanse påvirker også sykepleiernes tilbøyelighet for å benytte fysisk tvang. Det benyttes fysisk tvang i akutte tilfeller, noe som vil være juridisk korrekt dersom behandlingen er «påtrengende nødvendig».		
<b>Konklusjon:</b> Sykepleiere vil bli utfordret i situasjoner hvor barn gjennomgår prosedyrer. Å håndtere situasjonen med bruk av fysisk tvang kan bli sett på som en løsning. Sykepleiere må ha evne til etisk refleksjon, i tillegg til god kjennskap til gjeldende lovverk. Med tanke på hvilke konsekvenser slike handlinger kan ha for barnet, bør økt bevissthet blant sykepleiere sikres, slik at veloverveide og kunnskapsbaserte beslutninger tas.		

## ABSTRACT

Title:	«Nurse – why are you holding?» Use of physical restraint against children admitted to general hospital in order to carry out procedures.	Date: 16.05.19
Participants:	Eline Sund & Oda Storlien	
Supervisor(s)	Siri Gunn Simonsen	
Keywords (3-5)	Physical restraint, child, general hospital, procedures	
Number of pages/words:	41/10868	Number of appendix: 0
<p><b>Background:</b> The use of physical restraint against children, in order to carry out procedures, takes place today in Norwegian hospitals. The use of restraint against children can result in both physical and psychological consequences.</p> <p><b>Purpose:</b> Examine more closely why nurses use physical restraint against children admitted to general hospital in order to carry out procedures.</p> <p><b>Method:</b> The assignment is a literary study, where scientific articles are used. Publications with both qualitative and quantitative methods are included. The databases CINAHL, Medline Ovid and EMBASE were used for searches.</p> <p><b>Results:</b> The research results revealed recurring reasons why nurses use physical restraint against children in order to carry out procedures. The findings are divided into the categories dogmatism, legitimacy of physical restraint, guidelines, accommodating the environment, competence and immediate help. Nurses can use non-evidence-based claims as a basis for the professional practice. Furthermore, the use of physical restraint is legitimized, among other things, by use of more moderate terms, disclaiming responsibility or having attitudes that restraint may be legitimate based on the type of procedure or the child's age. Nurses go against their own attitudes and values to accommodate others. Guidelines and expertise also affect the nurses' inclination to use physical restraint. Physical restraint is used in acute cases, which will be legally correct if the treatment is urgently needed.</p> <p><b>Conclusion:</b> Nurses will be challenged in situations where children undergo procedures. Managing the situation with the use of physical restraint can be seen as a solution. Nurses must be capable of ethical reflection, in addition to good knowledge of current legislation. Given the implications of such actions for the child, increased awareness among nurses should be ensured so that well-considered and knowledge-based decisions are taken.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
<i>1.1 Introduksjon til valg av tema</i> .....	4
<i>1.2 Problemstilling</i> .....	5
<i>1.3 Avgrensning</i> .....	5
<i>1.4 Sentrale begrep</i> .....	5
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
<i>2.1 Relevant lovgiving og konvensjoner</i> .....	7
<i>2.2 Etikk</i> .....	9
<i>2.3 Veiledere og retningslinjer</i> .....	10
<i>2.4 Barns utvikling</i> .....	11
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>12</b>
<i>3.1 Litteraturstudie som metode</i> .....	12
<i>3.2 Søkestrategi</i> .....	12
<i>3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	13
<i>3.4 Søkedokumentasjon</i> .....	14
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>16</b>
<i>4.1 Resultatpresentasjon</i> .....	16
<i>4.2 Analyse av valgte artikler</i> .....	17
<i>4.3 Sammenfatning</i> .....	22
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>23</b>
<i>5.1 Dogmatisme</i> .....	23
<i>5.2 Legitimering av fysisk tvang</i> .....	24
<i>5.3 Retningslinjer</i> .....	28
<i>5.4 Imøtekomme omgivelsene</i> .....	29
<i>5.5 Kompetanse</i> .....	31
<i>5.6 Øyeblikkelig hjelp</i> .....	32
<b>6.0 Kritisk vurdering av litteratur og bakgrunn</b> .....	<b>34</b>
<b>7.0 Konklusjon</b> .....	<b>35</b>
<b>8.0 Litteraturliste</b> .....	<b>37</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon til valg av tema

Jentungen hylte. Det var sent – rundt midnatt – og det nærmet seg vaktskifte på avdelingen. Første forsøk på å sette perifer venekanyle mislykkes. Andre også. Og tredje. Barnet var åpenbart livredd. Moren var engstelig. Kanylen måtte inn. Sykepleierne forsøkte å gi jenta noe beroligende, men også dette motsatte hun seg kraftig. Så var det vaktskifte. En ny lege kom inn. På fjerde forsøk gikk det. (Svendsen, referert i Tidsskriftet Sykepleien, Bergsagel, 2018).

Det meste av litteraturen knytter begrepet fastholdelse til bruk av tvang mot voksne (Brenner, 2007). Det er lite forskning på bruk av fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus, noe som bidrar til at perspektivene deres uteblir (Bray, Carter og Snodin, 2016). Dette fører til lite fokus på utvikling og endring i hvordan helsehjelp til barn gis. Likevel har bruk av tvang mot barn fått større fokus i media den siste tiden. En pasienthistorie, der en gutt blir holdt nede av fire helsepersonell, ble omtalt i media (Bergersen, 2018). I Tidsskriftet Sykepleien påpekes det at helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn, og at man må våge å snakke om dette (Bergsagel, 2018; Svendsen, 2018).

Bruk av fysisk tvang mot barn, for å få gjennomført prosedyrer, forekommer i dag på norske sykehus (Svendsen *et al.*, 2017). Dette til tross for at det finnes ulike verktøy og hjelpemidler som kan benyttes for å unngå bruk av fysisk tvang, slik som bedøvelseskrem, forberedelsesstrategier, metoder for avledning, stoppskilt som sikrer at barn har kontroll over situasjonen, lystgass og andre sederende midler (Grønseth og Markestad, 2017; Lindheim, 2017; Hernæs, 2018). Det skal legges til at lystgass og sederende midler kan gå under definisjonen kjemisk tvang, men dette er utenfor temaet på denne oppgaven (Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014). Pasienters rettigheter står i en særstilling i Norge, det er nedfelt at pasienter har rett til medvirkning og informasjon, samt rett til å samtykke før helsehjelp gis - dette gjelder også for barn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-1 til 4-9).

Sykepleiere kan forvente å møte barn som pasienter dersom de for eksempel arbeider i akuttmottak eller på en barneavdeling. Både gjennom selvstendig arbeid og i team arbeides



det for å oppnå best mulig pasientbehandling. Gjennomføring av ulike prosedyrer vil være et ledd i dette arbeidet. Skal man komme frem til en løsning for hvordan man kan redusere bruk av fysisk tvang ved gjennomføring av prosedyrer, ser vi det som viktig å utforske hvorfor fysisk tvang blir benyttet. Formålet med denne oppgaven vil derfor være å se nærmere på hvorfor sykepleiere benytter fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus ved gjennomføring av prosedyrer.

## **1.2 Problemstilling**

Hvorfor benytter sykepleiere fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus for å få gjennomført prosedyrer?

## **1.3 Avgrensning**

Vi velger å fokusere på hvorfor sykepleiere benytter tvang mot barn for å få gjennomført prosedyrer. Derfor vil andre involverte parters perspektiver i mindre grad vektlegges, slik som barnas, foreldrenes og andre yrkesgruppers. Dermed vektlegges heller ikke tema som forskjell i kultur hos pasienter og deres foresatte. Videre kan tvang deles inn i ulike typer tvang, slik som kjemisk og psykisk tvang. I denne oppgaven vil kun sykepleiernes perspektiver rundt bruk av fysisk tvang bli diskutert. Det er ikke satt en begrensning i barnas alder, men med tanke på at barn er myndige i helsespørsmål ved 16 års alder, vil det være naturlig at oppgaven favner barn og unge opp til 16 år.

## **1.4 Sentrale begrep**

### ***1.4.1 Tvang og fastholdelse***

Tvangsbegrepet kan oppfattes og benyttes ulikt. Det finnes ikke et eget lovverk som spesifikt omhandler tvang og fastholdelse av barn innlagt på somatisk sykehus. I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) § 9-2 blir tvangsbegrepet definert som tiltak pasienten motsetter seg ved behandling. I denne oppgaven vil tvang være når et barn motsetter seg en behandling, og behandlingen blir gjennomført til tross for dette. Det benyttes også forskjellige begrep for fysisk tvang, blant annet fastholdelse, klinisk fastholdelse og fysisk tvang. Vi velger i denne oppgaven å benytte begrepene fastholdelse og fysisk tvang.

#### ***1.4.2 Samtykke***

Samtykke defineres i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-2 som helsehjelp pasienten godtar. Samtykke kan innhentes i uttrykkelig form eller stilltiende. Stilltiende samtykke kan forekomme da det anses som sannsynlig, ut ifra pasientens handlemåte og omstendigheter, at personen godtar helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

#### ***1.4.3 Prosedyre***

Ulike samlebetegnelser for prosedyrer blir benyttet i de akademiske artiklene, slik som medisinsk prosedyre, nål-relatert prosedyre og klinisk prosedyre. Samlebetegnelsen *prosedyre* vil konsekvent bli benyttet i denne oppgaven. Det vil innbefatte vanlige prosedyrer som utføres på sykehus, som for eksempel innleggelse av perifert venekateter, nedleggelse av nasogastrisk sonde, blodprøvetaking og radiologiske undersøkelser (Grønseth og Markestad, 2017).

## 2.0 Bakgrunn

Barn kan oppleve mye frykt knyttet til usikkerhet og hjelpeløshet rundt gjennomføring av prosedyrer på sykehus. Når barn opplever angst relatert til smerter kan de reagere med å gjøre motstand under prosedyren (Söderbäck, 2012; Bray *et al.*, 2018). Motstand som å protestere eller å unngå situasjonen er barnets måte å vise misnøye og uenighet på (Svendsen *et al.*, 2015). Når barn blir holdt mot deres vilje kan dette skape angst og stress (Brenner *et al.*, 2014; Bray, Carter og Snodin, 2016; Bray *et al.*, 2018).

Bruk av tvang mot barn kan forverre barnets opplevelser og være til potensiell skade (Snyder, 2004; Brenner, 2007). Dette kan medføre både fysiske og psykiske konsekvenser. Det er blant annet rapportert skader som bloduttredelser og ødemer i etterkant av at barn har blitt fastholdt (Demir, 2007). Når barn blir holdt mot sin vilje føler de tapt kontroll over seg selv, og deres autonomi blir begrenset (Bray, Carter og Snodin, 2016). Barn opplever mistillit til helsepersonellet på grunnlag av at de ikke føler seg sett eller hørt (Svendsen *et al.*, 2015). I ytterste konsekvens kan barn utvikle posttraumatisk stresslidelse eller dissosiativ lidelse (Gjems og Diseth, 2011).

En sykepleier forteller i Svendsen *et al.* (2017, s. 5) at hun noen ganger føler hun er deltagende i overgrep. Funn fra studier viser at tiltak som veiledning, støtte og distraksjon ikke vil fungere når tvang mot barn blir benyttet. (Söderbäck, 2012; Svendsen og Bjørk, 2014). Når barn motsetter seg prosedyren vil samarbeidsvilkårene svekkes, som igjen kan føre til at prosedyren mislykkes (Svendsen *et al.*, 2015).

Med grunnlag i dette ser vi at bruk av fysisk tvang har mange negative konsekvenser. Selv om det finnes en del tiltak, blir det allikevel benyttet fysisk tvang mot barn. Vi vil videre i oppgaven ha fokus på hvorfor dette skjer til tross for at denne informasjonen finnes. I tillegg vil grunnlaget for bruk av tvang drøftes opp mot relevant lovgiving og yrkesetiske retningslinjer.

### 2.1 Relevant lovgiving og konvensjoner

Europarådet (Council of Europe, 1996) har utarbeidet en rekke tiltak som har som formål å fremme barnas rettigheter, og er et minstekrav for alle medlemsland. FN vedtok i 1989 Barnekonvensjonen, som gir barn en spesiell juridisk status (Barnekonvensjonen, 2003). I

denne konvensjonen vektlegges blant annet at alle barn har rett til å bli hørt og tatt hensyn til i saker som angår dem. I tillegg er barnets beste et grunnleggende prinsipp. Landene som har sluttet seg til konvensjonen, plikter å følge den. Barnekonvensjonen ble i 2003 vedtatt gjeldende som norsk lov (Regjeringen, 2019). Her legges det også til grunn at barnets mening skal vektlegges, samt at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som berører dem (Grunnloven 1814, §104).

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 har barn, som kan danne egne synspunkter, rett til å få informasjon og bli hørt. Selv om barn under 12 år, og til dels barn mellom 12 og 16 år, ikke har samtykkekompetanse jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-3, har de en rett til, i samarbeid med de nærmeste pårørende, å få medvirke i behandlingsforløpet. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-4 kan ikke de som har foreldreansvaret ta en avgjørelse, i samråd med helsepersonellet, uten å trekke barnet med i beslutningsprosessen. Informasjon og rett til medvirkning skal samsvare med barnets alder og modenhet, og er viktig for at barnet skal kunne ivareta sine egne rettigheter.

Helsepersonell skal utføre sine oppgaver i samsvar med faglig forsvarlighet, og ut fra de forventede kvalifikasjonene jf. Helsepersonelloven (1999) § 4. Dersom foreldre samtykker til en prosedyre som barnet sterkt motsetter seg, skal helsepersonellet vurdere hva som vil være faglig forsvarlig å gjøre. Samtidig skal, ifølge Helsepersonelloven (1999) § 7, «nødvendig helsehjelp» gis dersom det antas at helsehjelpen er «påtrengende nødvendig». Dette gjelder selv om pasienten ikke er i stand til å uttrykke samtykke, eller at pasienten motsetter seg behandlingen. Videre nevnes det at nødvendige undersøkelser skal være utført på forhånd slik at det er grunnlag for å si at helsehjelpen umiddelbart må igangsettes.

I Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §2-2, forpliktes spesialisthelsetjenesten å tilrettelegge slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er faglig forsvarlig. Det vil blant annet si at det skal tilrettelegges slik at helsepersonellet som yter tjenesten skal ha mulighet til å følge lovpålagte plikter.

## **2.2 Etikk**

### ***2.2.1 Yrkesetiske retningslinjer***

I tillegg til de lover og regler det norske helsevesenet er pålagt å følge, har sykepleiere yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. De yrkesetiske retningslinjene bygger på et fundament av etiske normer og med respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Under blir relevante deler av retningslinjene presentert.

Sykepleieren og profesjon:

Sykepleiere har et ansvar for å passe på at egne handlinger og vurderinger i utøvelsen er faglig og etisk begrunnet. Det innebærer at en som sykepleier har et ansvar for å anvende de yrkesetiske retningslinjene, og bidra til refleksjon over handlinger i hverdagen. Ledere av sykepleietjenesten har et ansvar for å tilrettelegge for dette (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Sykepleieren og pasienten:

Sykepleierne har i oppgave å sikre at pasientens integritet og verdighet ivaretas. Pasienten har rett til medbestemmelse, og unngå å bli krenket. Sykepleierne skal derfor blant annet beskytte pasienten slik at handlinger som medfører bruk av tvang eller begrensninger av rettigheter, ikke oppstår. Det er viktig at sykepleiere gir tilpasset og riktig informasjon, slik at pasienten kan opprettholde sin medbestemmelsesrett (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Sykepleieren og medarbeidere:

Sykepleiere skal vise respekt for kolleger, og i tillegg være støttende i vanskelige situasjoner. Det innebærer blant annet å fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

### ***2.2.2 De fire etiske prinsipper***

De fire prinsippers etikk er utarbeidet av Beauchamp og Childress, og er mye brukt innen medisinsk etikk, både internasjonalt og i Norge. Dette rammeverket er derfor praktisk relevant for sykepleiere. Det består av de fire prinsippene velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2016). I denne oppgaven er prinsippene velgjørenhet og ikke-skade mest relevant.

Velgjørenhetsprinsippet handler om plikten til å gjøre godt mot andre, mens ikke-skadeprinsippet handler om plikten til å ikke skade andre (Brinchmann, 2016). Det som oppleves godt og velgjørende vil være en individuell opplevelse. Sykepleieren må derfor til enhver tid reflektere og finne argumenter for hva som oppleves som godt og ikke-skadende for den enkelte. Prinsippene er likeverdige, men dersom det oppstår en konflikt mellom dem, må de veies opp mot hverandre. Det som virker rett ved første øyekast, altså *prima facie*-prinsippet, kan fravikes dersom situasjonens betingelser tilsier det (Brinchmann, 2016).

## **2.3 Veiledere og retningslinjer**

### ***2.3.1 Royal College of Nursing: Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people – Guidance for nursing staff***

Royal College of Nursing (2010) har laget en veileder som har til hensikt å beskytte barn og unges rettigheter ved situasjoner der bruk av tvang kan oppstå. Veilederen krever at gode beslutninger blir tatt når barn mottar behandling, dette for å skape omsorg og opprettholde respekt for barnas rettigheter. Under presenteres et utdrag av retningslinjene som er av størst relevans:

- ❖ Bruk av fysisk tvang eller terapeutisk fastholdelse, uten barnets samtykke, skal kun skje som en siste utvei.
- ❖ Helsepersonell skal bli hørt om de er uenige i en beslutningsprosess.
- ❖ Om det ikke er en nødssituasjon, skal alle andre alternativer være vurdert først.
- ❖ Alltid skaffe samtykke både fra barnet og barnets omsorgsperson før en prosedyre finner sted.

### ***2.3.2 Barnelegeforeningen: Veileder i pediatri***

Generell veileder i pediatri (Helsebiblioteket, u.å.) er utarbeidet av medlemmer i Norsk barnelegeforening, hvor målet er å skape en veileder som tar for seg tilnærmingen av de vanligste sykdommene hos barn. Veilederen tar for seg prosedyrer før og etter undersøkelser eller inngrep. Det vektlegges at barn må forberedes – man må sørge for at barnet føler seg trygg i situasjonen, og at det vurderes hvilke undersøkelser som er nødvendige og ikke.

## **2.4 Barns utvikling**

God kjennskap til barns psykososiale, kognitive og emosjonelle utvikling er viktig for å kunne møte hvert enkelt barn ut fra deres ståsted (Grønseth og Markestad, 2017). På den måten innehar man kunnskap om hva som er normale og avvikende reaksjoner for alder, og hvordan man best mulig kan tilnærme seg barnet ved gjennomføring av prosedyrer. Frykt, engstelse for smerte og stress relatert til en prosedyre, kan være eksempler på reaksjoner. Det vil være stor forskjell på hvordan man håndterer barn ut fra alder, men også jevnaldrende barn har ulike behov (Grønseth og Markestad, 2017).

## **3.0 Metode**

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

For å besvare en problemstilling, kan ulike metoder for systematisk innhenting av informasjon og kunnskap anvendes (Thidemann, 2015). Denne oppgavens rammer tilsier at metoden litteraturstudie skal benyttes. I en slik studie besvares problemstillingen ved at et utvalg eksisterende forskningslitteratur på en kritisk og systematisk måte innhentes og sammenfattes (Forsberg og Wengström, 2016; Thidemann, 2015). I denne studien er vitenskapelige publikasjoner av både kvantitativ og kvalitativ metode inkludert. Ved kvantitativ metode innhentes informasjon fra større tallfestede datasamlinger gjennomført med for eksempel spørreskjema. Fra kvalitativ forskningsmetode fremkommer dybdekunnskap gjennom subjektive refleksjoner hvor eksempelvis intervjuer benyttes (Forsberg og Wengström, 2016).

### **3.2 Søkestrategi**

I begynnelsen ble ustrukturerte søk i blant annet CINAHL, Medline Ovid, EMBASE, SweMed+ og Google Scholar gjort. På den måten fikk vi et overblikk over forskning på området, og vi kunne vurdere om det var tilstrekkelig og relevant forskning tilgjengelig innen valgt tema. I tillegg dannet dette grunnlaget for oppgavens vinkling og videre valg av problemstilling. Etter å ha fått oversikt over tilgjengelig forskning, begynte vi med strukturerte søk. Vi benyttet databasene CINAHL, Medline Ovid og EMBASE, fordi vi så at disse databasene hadde mest relevante og varierte treff relatert til valgt problemstilling. I tillegg gjennomførte vi manuelle søk. Søkeprosessen strakte seg fra februar 2019 til april 2019. Benyttede databaser, søkeord og -kombinasjoner fremkommer senere i oppgaven.



### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ut fra problemstillingen ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier som hadde til hensikt å avgrense søketreff. Disse kriteriene ble brukt som et hjelpemiddel i prosessen med å kritisk vurdere publikasjonene.

Tabell 1:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vitenskapelig artikkel</li><li>• Enkeltstudie</li><li>• Engelsk eller skandinavisk språk</li><li>• Studier fra land som er sammenlignbare med norsk helsevesen</li><li>• Barn innlagt i somatisk sykehus</li><li>• Prosedyre</li><li>• Bruk av fysisk tvang</li><li>• Sykepleiers rolle og perspektiver</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ikke vitenskapelig artikkel</li><li>• Review artikkel</li><li>• Andre språk</li><li>• Studier som er lite sammenlignbare med norske helsevesen</li><li>• Studier på voksne</li><li>• Barn innlagt i psykisk helseinstitusjon</li><li>• Foreldreperspektivet</li></ul>

### 3.4 Søkedokumentasjon

Artiklene i tabell 2 er nummerert i samme rekkefølge som presentert i tabell 3. Det ble benyttet MeSH-termer med unntak av der det står «keyword» i parentes bak søkeordet.

Tabell 2:

Artikkel nr.	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Treff
Artikkel 1	CINAHL	1. Restraint, physical	1	3 871
		2. Holding (Keyword)	2	5 345
		3. 1 OR 2	3	9 165
		4. Child	4	573 068
		5. Medical procedure (Keyword)	5	289
		6. Clinical procedure (Keyword)	6	225
		7. 5 OR 6	7	510
		3 AND 4 3 AND 4 AND 7	1 049 9	
Artikkel 2	CINAHL	1. Restraint, physical	1	3 871
		2. Holding (Keyword)	2	5 345
		3. 1 OR 2	3	9 165
		4. Child	4	573 068
		5. Nursing Care	5	283 805
		6. Decision making	6	105 283
		3 AND 4 AND 5 3 AND 4 AND 5 AND 6	127 12	
Artikkel 3	Medline (Ovid)	1. Restraint, physical	1	9 341
		2. Holding (Keyword)	2	17 360
		3. 1 OR 2	3	26 637
		4. Child	4	984 380
		5. Nursing Care	5	70 200
		6. Nurse's Role	6	39 233
		7. 5 OR 6	7	99 304
		3 AND 4 3 AND 4 AND 7	1557 56	
Artikkel 4	Medline (Ovid)	1. Restraint, physical	1	9 341
		2. Holding (Keyword)	2	17 360
		3. 1 OR 2	3	26 637
		4. Child	4	984 380
		5. Medical procedure (Keyword)	5	696
		3 AND 4 AND 5	4	

Artikkel 5	EMBASE	1. Pediatric nursing 2. Restraint (Keyword)	1 2  1 AND 2	12 173 22 952  23
Artikkel 6	EMBASE	1. Pediatric nursing 2. Restraint (Keyword)	1 2  1 AND 2	12 173 22 952  23
Artikkel 7	Medline (Ovid)	1. Restraint, physical 2. Holding (Keyword) 3. 1 OR 2  4. Child 5. Clinical procedure (Keyword)	1 2 3  4 5  3 AND 4 AND 5	9 341 17 360 26 637  984 380 774  7
Artikkel 8	Medline (Ovid)	1. Restraint, physical 2. Holding (Keyword) 3. 1 OR 2  4. Child 5. Clinical procedure (Keyword)	1 2 3  4 5  3 AND 4 AND 5	9 341 17 360 26 637  984 380 774  7

Da søkene ga en overkommelig mengde treff, ble artiklene gjennomgått manuelt. Først ble artiklenes overskrifter lest, og de som virket interessante relatert til oppgavens tema, ble valgt ut. Deretter ble sammendragene i artiklene lest, slik at man fikk en bedre oversikt over hva artiklene handlet om. Videre ble aktuelle artikler skimlest. Artiklene som fremdeles ble ansett som aktuelle ble så analysert. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble aktivt benyttet i prosessen for valg av artikler.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Resultatpresentasjon

Tabell 3:

Artikkel og tittel	Publiseringsår og tidsskrift	Forfattere	Land og deltakere	Metode	Studiens mål/hensikt	Resultater
Artikkel 1: "Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered"	Research in nursing and health, 2016	Lucy Bray, Bernie Carter og Jill Snodin	England 22 helsepersonell, 21 foreldre og 4 barn.	Kvalitativ metode	Utforske hva som skjer når barn gjennomgår kliniske prosedyrer i et akuttsykehus, med fokus på bruk av fastholdelse ved gjennomføring av prosedyrer.	Fagpersonell må være bevisst sine grenser når man starter eller fortsetter en prosedyre dersom barnet gir uttrykk for ubehag. Det er viktig med tilretteleggelse og forberedelser med barn og foreldre før, under og etter prosedyrer.
Artikkel 2: "Nurses' Perceptions of the Practice of Restricting a Child for a Clinical procedure"	Qualitative Health Research, 2014	Maria Brenner, Margaret Pearl Treacy, Jonathan Drennan og Gerard Fealy	Irland 20 sykepleiere med ulik kompetanse.	Kvalitativ metode	Beskrive hvordan tvang mot barn blir brukt ved kliniske prosedyrer.	Behov for større utforskning av praksisen for bruk av tvang på organisasjonsnivå, samt at sykepleiere har et økt behov for medvirkning, slik at de kan opptre som barnas advokat.
Artikkel 3: "Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians"	Qualitative Studies on Health and Well-being, 2017	Edel Jannecke Svendsen, Reidar Pedersen, Anne Moen og Ida Torunn Bjørk	Norge 8 sykepleiere og 7 leger.	Kvalitativ metode	Utforske sykepleiernes og legenes perspektiv rundt bruk av tvang ved prosedyrer på førskolebarn som nylig har vært innlagt på somatisk sykehus.	Mangel på retningslinjer og oppmerksomhet rettet mot tvangsbruk, kombinert med motstridende interesser og verdier hos helsepersonell, kan resultere i usikkerhet, individuell dogmatisme og mangel på delt diskusjon, språk og terminologi.
Artikkel 4: "When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures"	Paediatric nursing, 2008	Michael Lloyd, Gary Urquhart Law, Alison Heard og Biza Kroese	England 8 sykepleiere og 2 leketerapeuter i individuelle intervju, 2 fokusgrupper med 5 avd. ledere og 4 sykepleiere.	Kvalitativ metode	Utforske sykepleiernes opplevelser ved tilrettelegging av invasive prosedyrer, når barn motsetter seg dette.	Felles for flere deltakere var at de ble opprørt og stresst i forbindelse med prosedyrer, enten fordi barnet eller foreldrene ble opprørt, eller fordi prosedyren på en eller annen måte gikk galt.

Artikkel 5: “Nurses’ perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care”	Nursing Ethics, 2014	Mari Kangasniemi, Oili Papinaho og Anne Korhonen.	Finland 8 sykepleiere.	Kvalitativ metode	Beskrive sykepleiernes syn på bruk av tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus.	Man så at bruk av tvang forekom daglig. Ifølge studien brukte sykepleierne tvang uten spesiell planlegging på forhånd. Tvang ble ikke brukt som en siste utvei, men som den eneste utveien.
Artikkel 6: “Nurses’ perspectives on supporting children during needle-related medical procedures”	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 2014	Katarina Karlsson, Ingela Rydström, Karin Enskär og Ann-Charlotte Dalheim Englund.	Sverige 14 sykepleiere.	Kvalitativ metode	Beskrive sykepleiernes erfaringene rundt det å støtte barn ved nål-relaterte prosedyrer.	Sykepleierne bør se barna som enkeltindivider, og ut fra dette vurdere hvordan de best mulig kan støtte barna ved nål-relaterte prosedyrer.
Artikkel 7: “Holding children for procedures: An international survey of health professionals”	Journal of Child Health Care, 2018	Lucy Bray, Bernie Carter, Karen Ford, Anette Dickinson, Tineke Water og Lucy Blake	Australia (477), New Zealand (237) og Storbritannia (158). 651 sykepleiere, 159 leger og 53 annet helsepersonell.	Kvantitativ metode	Innhente et internasjonalt perspektiv på helsepersonells praksis rundt fastholdelse av barn ved prosedyrer.	Signifikant forskjell på nivået av fastholdelse ut fra faktorer som land, profesjon, hvor lenge man har jobbet og tilgjengelige ressurser. Å fastholde barn ved kliniske prosedyrer er en internasjonal praksis.
Artikkel 8: “An exploration of the practice of restricting a child’s movement in hospital: a factorial survey”	Journal of Clinical Nursing, 2015	Maria Brenner, Jonathan Drennan, Margaret Pearl Treacy og Gerard M. Fealy	Irland 105 sykepleiere.	Kvantitativ metode	Identifisere de rapporterte kjennetegnene i praksisen rundt fastholdelse av barn ved prosedyrer på sykehus.	Større sannsynlighet at sykepleierne bruker tvang dersom de har kunnskap om sikker fastholdelse, leketerapeut ikke er tilgjengelig, barnet trenger behandling med kanyler, eller at barnet er under 5 år.

## 4.2 Analyse av valgte artikler

Det er kun blitt brukt primærartikler. Alle artiklene har en klar IMRaD-struktur, noe som gjør artiklene mer oversiktlige. Etisk godkjenning for forskningen er også innhentet i valgte artikler, og dette fremkommer klart i teksten. Utvalgte studier ble gjennomført i land med et helsevesen som er sammenlignbart med norsk helsevesen. Dette ble ansett som viktig da oppgaven drøftes opp mot det norske helsevesenet. Noen av artiklene har samme førsteforfatter, men vi har allikevel valgt å inkludere dem, da henholdsvis kvalitativ og kvantitativ metode blir benyttet. Dette gir forskjellig funn.

#### ***4.2.1 Artikkel 1: Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered (Bray, Carter og Snodin, 2016)***

I denne studien ble det innhentet kvalitative data gjennom observasjon av 31 kliniske prosedyrer, hvor det i etterkant ble gjennomført semistrukturerte intervjuer. Av intervjuet helsepersonell var seks sykepleiere, i tillegg var andre helseprofesjoner representert. Studien ble gjennomført på et regionalt barnesykehus i England. Data ble innhentet gjennom hele døgnet. På den måten kunne man observere eventuelle ulikheter i bruk av tvang relatert til blant annet variasjon i bemanning. Studien hadde fokus på hva som skjedde når barn gjennomgikk prosedyrer i et akuttisyekehus, med et spesielt fokus på bruk av fastholdelse under prosedyren. Funnene ble delt inn i de to hovedkategorier gjennomføring av prosedyrer til tross for at barnet motsatte seg prosedyren, og gjennomføring av prosedyrer på barns premisser. Til tross for at studien også tok for seg intervjuer med foreldre, barn og andre helseprofesjoner, så vi artikkelen som aktuell da den gikk i dybden på hvordan blant annet helsepersonell reflekterte og handlet ved gjennomføring av prosedyrer. Videre ble funn fremstilt i tabeller og figurer, noe som bidro til en mer oversiktlig fremstilling.

#### ***4.2.2 Artikkel 2: Nurses' Perceptions of the Practice of Restricting a Child for a Clinical Procedure (Brenner et al., 2014)***

Denne artikkelen har som mål å beskrive praksisen for bruk av tvang mot barn ved gjennomføring av prosedyrer. Dette ble gjort gjennom bruk av kvalitativ metode, hvor deltakerne ble delt inn i tre fokusgrupper. Deltakerne var sykepleiere som oppfylte studiens inklusjonskriterier. Studien ble gjennomført på et stort barnesykehus i Irland. En temaguide ble brukt som grunnlag for diskusjon. Under gruppediskusjonene skrev moderatoren notater rundt faktorer som ikke ble fanget opp gjennom lydinnspilling. Analyseprosessen er nøye beskrevet, og man får et godt innblikk i hvordan funnene ble systematisert. Funnene ble fremstilt i en figur, med det overordnede temaet «spenning i pleien» som kjerne, og videre delt inn i de to motpolene «anerkjenne fastholdelse» og «den eneste måten å håndtere dem på». Funn fra de to underkategoriene ble videre fremstilt i egne tabeller, samt ved hjelp av sitater fra fokusgruppene. Synet på bruk av tvang, hva som er tvang og hvorfor det blir brukt, er temaer som ble diskutert og analysert. Det var først og fremst den interessante overskriften som fanget vår interesse, da den inneholdt ordet tvang, og viste at den hadde et sykepleieperspektiv. I tillegg opplyses det at studien ikke mottok finansiell støtte. Dette øker artikkelens troverdigheten, da studien ikke ble gjort på grunnlag av økonomisk gevinst.

#### ***4.2.3 Artikkel 3: Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians (Svendsen et al., 2017)***

Artikkelen er basert på data fra et større forskningsprosjekt utført i Norge. Data fra studien ble samlet fra en pediatrik avdeling på et somatisk sykehus. Åtte sykepleiere og sju leger deltok i studien. Det ble utført 14 videoopptak, hvor innleggelse av perifert venekateter på barn 3-5 år ble forsøkt gjennomført. Artikkelen fattet interesse da den blant annet handlet om sykepleiernes perspektiv på bruk av tvang mot pasienter i relevant målgruppe og kontekst. Ettersom studien ble gjennomført i Norge, vil antakelig funnene samsvare med praksis og erfaringer generelt i norsk helsevesen. Dermed anså vi den som relevant for oppgaven. Studien benyttet kvalitativ forskningsmetode, og det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer. På den måten kunne deltakerne snakke mer fritt innenfor de fire forhåndsbestemte temaene: vilkårene som deltakerne bruker som begrunnelse for bruk av tvang, perspektivene rundt barnas forberedelsesstrategier, foreldrenes opplevelse av situasjonen og rolle under prosedyren, og samarbeidet mellom kollegaene. Studiens resultater ble delt inn i tre hovedkategorier: deltakeres syn på tvang og tvangsbruk, måter å begrense bruk av fysisk tvang og dets negative konsekvenser, og opplevelser rundt foreldrenes rolle og deres påvirkning av tvangsbruk. Studiens forskningsspørsmål er tydelig konkretisert, og besvares gjennom diskusjon og konklusjon på bakgrunn av funn gjort i studien. Dette gjør studien oversiktlig.

#### ***4.2.4 Artikkel 4: When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures (Lloyd et al., 2008)***

Deltakere i studien ble hentet fra et Universitetssykehus i England, og hadde bakgrunn innen pediatrik omsorg. Et av inklusjonskriteriene for å delta i studien, var at deltakerne hadde vært med på situasjoner hvor det ble benyttet fysisk tvang mot barn for å få gjennomført invasive prosedyrer. Overskriften vekket interesse da den viste tydelig hva studien ville omhandle. Studien hadde et klart formål som ble presentert tidlig, dette viste seg å ha stor relevans for denne oppgavens problemstilling. Kvalitativ metode ble benyttet med intervjuer uten bestemt struktur. Data ble innhentet både gjennom individuelle intervjuer og i fokusgrupper, slik at et bredere spekter av perspektiver eventuelt kunne avdekkes. I fokusgruppene ble konklusjonen fra de individuelle intervjuene brukt som grunnlag for diskusjon og refleksjon. Resultatene ble presentert i tabeller og figurer, og videre utdypet i tekstform. Dette gjorde resultatpresentasjonen oversiktlig. En del av artikkelens innhold var

ikke av relevans for valgt problemstilling, men det var viktige funn angående retningslinjer og bruk av tvang. Disse vil trekkes videre inn i drøftingsdelen.

#### ***4.2.5 Artikkel 5: Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care (Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014)***

Åtte sykepleiere med 1,5-10 års erfaring innen pediatrik omsorg deltok i studien. Artikkelen overskrift beskriver tydelig hva studien setter fokus på. Studiens mål ble presentert klart i sammendraget, noe som ga et innblikk i hva artikkelen handlet om. Dette var faktorer som vekket interesse for akkurat denne studien. Det ble benyttet kvalitativ metode, og dette begrunnes med at det var mangel på tidligere informasjon om temaet. Under intervjuene ble det benyttet tre åpne spørsmål tilhørende hvert sitt tema. Dette ble presentert i en tabell, og gir dermed leseren god oversikt. Om nødvendig ble det også supplert med tilleggsspørsmål, noe som kan ses på som relevant fordi dette får frem deltakernes helhetlige synspunkter. Intervjuene ble gjennomført individuelt, og forfatterne begrunnet dette med at tematikken, som tas opp i forskningsspørsmålene, kan være utfordrende. Etter intervjuene ble innholdet transkribert og grundig analysert på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Prosessen beskrives i klartekst i artikkelen. Viktige funn fra forskningen ble presentert i en tabell og gjør det oversiktlig for leseren. Ulike grunner for hvorfor sykepleiere benytter fysisk tvang fremkommer i artikkelen, og er funn som vil bli vektlagt i drøftingsdelen. Artikkelen tar også for seg kjemisk og psykologisk tvang, dette vil ikke bli vektlagt i oppgaven, da det ikke er relevant for problemstillingen. Studien mottok ikke finansiell støtte, dette øker troverdigheten på forskningen, da studien ikke ble utført av økonomiske årsaker.

#### ***4.2.6 Artikkel 6: Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures (Karlsson et al., 2014)***

Denne svenske kvalitative forskningsartikkelen ble publisert i 2014. 14 sykepleiere deltok i studien, seks av disse gjennomførte to intervjuer hver, og til sammen ble det utført 20 intervjuer. Studien foregikk på ulike enheter, blant annet på sykehus og på helsestasjon. Selv om denne oppgavens problemstilling tar for seg barn innlagt på somatisk sykehus, anså vi artikkelen som relevant. Etersom invasive prosedyrer gjennomføres både på sykehus og på helsestasjon, vurderte vi funn fra primærhelsetjenesten som overførbare til sykehus. Studien hadde klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, dette sikret at deltakerne hadde relevant erfaring knyttet opp mot studiens problemstilling. Forskerne brukte metoden *reflective lifeworld research*, som har til hensikt at intervjueren ved hjelp av åpenhet, sensitivitet og



uten fordommer, lettere kan forstå og sette seg inn i deltakernes situasjon. På den måten ble funnene hentet inn på en mest mulig objektiv måte, og resultatene kan ses som mer pålitelig. Data fra intervjuene ble fenomenologisk analysert, og studiens resultater blir presentert i kategoriske og oversiktlige spalter. Deltakerne i artikkelen presenterte gode refleksjoner rundt egne erfaringer ved blant annet bruk av tvang – noe vi ønsker å trekke inn i drøftingen.

#### ***4.2.7 Artikkel 7: Holding children for procedures: an international survey of health professionals (Bray et al., 2018)***

Denne artikkelen tar for seg helsepersonellens perspektiv på bruk av tvang mot barn ved gjennomføring av prosedyrer internasjonalt. Involverte deltakere var sykepleiere, leger og annet helsepersonell som arbeidet med barn under 16 år. Artikkelen fattet vår interesse da den hadde en interessant overskrift og et oversiktlig sammendrag. Det kom tydelig frem i overskriften hva artikkelen skulle omhandle – fastholdelse av barn ved gjennomføring av prosedyrer. Dette anså vi som relevant for vår problemstilling. Kvantitativ metode ble brukt i form av at statistisk data ble samlet inn via et elektronisk spørreskjema med 16 lukkede spørsmål og tre scenarier med bruk av tvang som tema. Studien har beskrevet klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, noe som viser at studien har tydelige kriterier for forskningen. Fremgangsmåten for hvordan data ble hentet inn beskrives grundig, noe som bidrar til å gjøre artikkelen mer troverdig. Spørsmålene tok blant annet for seg hvilke faktorer som påvirker helsepersonellens beslutning om å bruke tvang. Av viktige funn var hvem som i størst grad utførte tvang, tilgjengelighet på ressurser og i hvilken grad samtykke ble innhentet. Vi anså også denne artikkelen som relevant på bakgrunn av at kvantitativ metode ble benyttet. På den måten vil funnene i større grad kunne generaliseres. Den kan også brukes til sammenligning opp mot de kvalitative studiene som er inkludert. Det opplyses at studien ikke mottok finansiell støtte. Dette øker artikkelens troverdighet, da studien ikke ble utført av økonomiske årsaker.

#### ***4.2.8 Artikkel 8: An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: a factorial survey (Brenner et al., 2015)***

Den åttende artikkelen er en kvantitativ studie gjort i Irland. Sammendraget var informativt og oversiktlig, og ga grunnlag for at artikkelens innhold ville være relevant for vår problemstilling. Studien hadde som mål å identifisere hvilke faktorer som bidrar til at barn blir fastholdt ved gjennomføring av prosedyrer. For å hente inn data ble det utarbeidet et spørreskjema med ti tekstbaserte case, hvor sykepleierne skulle vurdere sannsynligheten for

om de ville holdt fast barnet på en skala fra en til ti. Dette er en interessant måte å hente inn data på, som samtidig gjorde resultatene klinisk relevant. Studien inkluderte et eksempel på et case. I caset ble det gitt informasjon om hvilke faktorer som ble byttet ut for hvert case, slik som barnets alder, type prosedyre, antall forsøk og tilgjengelig personale. Dette gir leseren et godt inntrykk av hvordan casene ble bygd opp. Videre svarte deltakerne også på et demografisk spørreskjema. Dermed kunne data basert på faktorer som utdanning og alder, trekkes ut og sammenlignes opp mot sannsynlighet for bruk av tvang. Studiens pålitelighet ble også sjekket gjennom en test-retest-prosedyre, hvor ti prosent av deltakerne ble spurt om å svare på samme case to uker i etterkant av studien. Slik fikk de sjekket om det var signifikante forskjeller i svarene ved første og andre runde, og validiteten ble godkjent av fagpersoner innen forskningsmetode. Studien mottok ikke økonomisk støtte, dette øker troverdigheten da studien ikke ble utført på grunnlag av økonomiske gevinster.

### **4.3 Sammenfatning**

Sykepleiere balanserer mellom å møte barnet på deres nivå og å ha et ansvar for at nødvendige prosedyrer blir gjennomført (Karlsson *et al.*, 2014). Det kan dermed være utfordrende å vurdere hvordan man skal håndtere situasjoner hvor barn motsetter seg en prosedyre. Det viser seg at bruk av fysisk tvang benyttes for å få gjennomført prosedyrer. Vi vil gjennom drøftingsdelen forsøke å finne svar på hvorfor sykepleiere benytter tvang mot barn ved ulike prosedyrer, basert på resultater i valgte forskningsartikler. Gjennom analysen kom vi fram til gjentakende kategorier, med årsaker til hvorfor sykepleiere velger å benytte fysisk tvang mot barn for å få gjennomført prosedyrer. De seks gjentakende kategoriene er dogmatisme, legitimering av fysisk tvang, retningslinjer, imøtekomme omgivelsene, kompetanse og øyeblikkelig hjelp. Kategoriene vil videre bli drøftet og knyttet opp mot teori som er lagt til grunn for oppgaven.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Dogmatisme

Det kan se ut til at sykepleiere noen ganger handler på bakgrunn av ikke-evidensbaserte påstander, såkalt dogmatisk tankegang.

De kan være seks eller sju år gamle og de skriker og sparker og slår og biter – det er en jobb som bare må gjøres, er det ikke? (Bray, Carter og Snodin, 2016, s. 35)

Bray, Carter og Snodin (2016) fant i sin studie at i mange tilfeller holder helsepersonell fast barn til tross for at de viser motstand, og dermed ikke samtykker. Når et barn blir opprørt før eller under en prosedyre, viser det seg at helsepersonell blir stresset og får fokus på å fullføre prosedyren så raskt som mulig, i tro på at dette er til barnets beste. Bruk av fysisk tvang slik at barnet ikke får beveget seg, blir ofte sett som løsningen (Bray, Carter og Snodin, 2016). At et barn blir opprørt indikerer at det er stresset, engstelig og ønsker å komme seg vekk fra situasjonen (Grønseth og Markestad, 2017). Når sykepleiere ikke stopper en prosedyre, men fortsetter til tross for at barnet tydelig viser motstand, anerkjennes ikke barnets følelser og integritet. Over tid kan denne prosessen, hvor barnet er opprørt og sykepleieren utfører fysisk tvang, bli en kultur for hva som er rett praksis. Behovet for refleksjon, og behovet for endringer, vil dermed ikke bli oppfattet (Bray, Carter og Snodin, 2016).

Lignende funn beskrives også i Brenner *et al.* (2014) og Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) hvor sykepleiere hevder at fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus er en del av avdelingens kultur. Dette fører til at sykepleierne ofte ikke reflekterer over at de utøver en praksis som ikke er faglig begrunnet. Når fysisk tvang blir en naturlig del av arbeidshverdagen, kan det medføre at man glemmer at det faktisk er fysisk tvang man holder på med (Brenner *et al.*, 2014; Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014). I Svendsen *et al.* (2017) forteller sykepleiere at fastholdelse er noe som «bare skjer», og at det blir sett på som en nødvendighet som sjeldent er oppe til diskusjon. En slik dogmatisk tankegang kan medføre at man ser på bruk av fysisk tvang som rett, og refleksjon rundt temaet er fraværende. Samtidig er det nærliggende å anta at manglende refleksjon over praksis kan medføre at dogmatismen opprettholdes – man «gjør det som alltid har blitt gjort». Samlet sett

kan det dermed se ut til at påstander og læresetninger som ikke er kunnskapsbasert blir grunnlaget for den utøvende sykepleien. Sett utenfra, kan dette oppfattes som en ukultur.

Å basere yrkesutøvelsen på slike dogmatiske påstander, som beskrevet i de to foregående avsnittene, står i sterk kontrast til hvordan man på sykepleierstudiet i Norge lærer at man skal utøve sitt yrke. Det legges vekt på Kunnskapsbasert praksis og at man gjennom yrkeslivet skal holde seg faglig oppdatert (Kunnskapsdepartementet, 2008; Nortvedt *et al.*, 2012). Dette vektlegges også i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Det kan dermed stilles spørsmål ved om sykepleierne yter faglig forsvarlig helsehjelp jf. Helsepersonelloven (1999) § 4 dersom ikke-evidensbaserte påstander benyttes som grunnlag for yrkesutøvelsen.

Selv om sykepleierne har et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert, plikter også arbeidsgiver å tilrettelegge for dette (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). I tillegg påpekes det i de yrkesetiske retningslinjene at ledere av sykepleietjenester har et spesielt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Ved å skape en arena for systematisk refleksjon over praksis kan ledere legge til rette for holdningsendring og integrering av ny kunnskap.

Ved å integrere kunnskap fra forskning med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, vil man arbeide etter prinsippene for Kunnskapsbasert praksis (Nortvedt *et al.*, 2012). På den måten vil en kunne utvikle faget og forbedre arbeidet. Når dette tilrettelegges fra arbeidsgiver, samtidig som den enkelte sykepleier er sitt ansvar bevisst, vil endring være mulig – og arbeidet vil være i tråd med faglig, etisk og juridisk forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2; Norsk Sykepleierforbund, 2016). Å følge rutiner, som er utviklet ubevisst i praksis, vil ikke anses som tilstrekkelig, og barna får i slike tilfeller ikke den helsehjelpen de har krav på jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 2-1b.

## **5.2 Legitimering av fysisk tvang**

I noen tilfeller forsøker sykepleiere å legitimere situasjoner hvor bruk av tvang benyttes. Dette kan blant annet være gjennom ufarliggjøring av tvangsbruken med bruk av mildere benevnelser (Brenner *et al.*, 2014; Svendsen *et al.*, 2017), ansvarsfraskrivelse (Brenner *et al.*,

2014; Karlsson *et al.*, 2014; Svendsen *et al.*, 2017) og rettferdiggjøring av situasjon og handling (Brenner *et al.*, 2014; Brenner *et al.*, 2015; Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014; Karlsson *et al.*, 2014; Bray, Carter og Snodin, 2016; Svendsen *et al.* 2017). I tillegg blir innhentning av samtykke neglisjert (Bray, Carter og Snodin, 2016; Bray *et al.*, 2018).

Data i Brenner *et al.* (2014) sin studie indikerer at det er forskjellig forståelse av terminologien tvang. Begrep som *fysisk tvang*, *fastholdelse*, *terapeutisk fastholdelse* og *klinisk fastholdelse* blir i dag benyttet av sykepleiere for å beskrive hva som skjer i en situasjon (Royal College of Nursing, 2010; Brenner *et al.*, 2014; Svendsen *et al.*, 2017). I Brenner *et al.* (2014) og Svendsen *et al.* (2017) konkluderer de fleste sykepleierne med at blant annet begrepet fastholdelse kan være mindre problematisk å bruke – sett i en etisk og faglig kontekst. Begrepene fastholdelse og terapeutisk fastholdelse anses som nøytrale eller omsorgsfulle ord (Brenner *et al.*, 2014; Svendsen *et al.*, 2017). Tvang er definert tidligere i oppgaven som når et barn motsetter seg en behandling, og behandlingen blir gjennomført til tross for dette (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9-2). Å benevne en situasjon, der fysisk tvang blir benyttet, for noe annet enn hva det er, vil være å neglisjere situasjonen. Svendsen *et al.* (2017) konkluderer i sin studie med at sykepleiere har lettere for å benytte fysisk tvang mot barn ved gjennomføring av prosedyrer når de kan benevne det som fastholdelse. Det høres da ut som at prosedyren blir utført på en mer omtenksum og god måte, i motsetning til når benevnelsen fysisk tvang benyttes. Ettersom fysisk tvang ikke blir sett på som politisk korrekt, vil det å omtale handlingen med det milde begrepet klinisk fastholdelse kunne bidra til legitimering av handlingen (Brenner *et al.* 2014). Det viser seg at det å velge hvilket begrep som skal benyttes er en mulighet sykepleierne har, og kan videre være med å påvirke hvordan andre forstår en handling.

Mange deltakere i studien til Brenner *et al.* (2014) uttrykker negative synspunkter rundt bruken av fysisk tvang, men svært få indikerer at de ønsker å gjøre noe med det. En sykepleier forteller i studien at hun måtte forlate rommet på grunn av bekymringer overfor et barn: Legen utførte en lumbalpunksjon og var på sitt femte forsøk da sykepleieren ikke klarte å være til stede lengre på grunn av egne reaksjoner. Sykepleieren forlot rommet kun for å la en annen sykepleier overta den fysiske tvangen som ble utført mot barnet (Brenner *et al.*, 2014, s. 1086). Ifølge studien til Svendsen *et al.* (2017, s. 5) blir fraser som «jeg ble bare kastet inn i det» brukt som en begrunnelse for at deltakerne hadde vært med på bruk av fysisk tvang. I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleierne unngå unødvendig bruk av

tvang (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Det kan virke som at sykepleierne bruker unnskyldninger og uvitenhet som begrunnelser for å ta i bruk fysisk tvang. Svendsen *et al.* (2017) viser også til at deltakerne unngikk å snakke om den omdiskuterte tvangsbruken, dette fordi de ikke ønsket å bli ansvarliggjort. Dette kan ses på som en ansvarsfraskrivelse – noe som ikke er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene. Det er forståelig at man havner i en vanskelig situasjon dersom noe uforutsett oppstår og man ikke får tid til refleksjon. Allikevel plikter sykepleierne å inneha kompetanse til å kunne vurdere og løse etiske problemstillinger (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

At prosedyren blir vellykket gjennomført, blir i noen tilfeller bruk til å rettferdiggjøre barnas opplevelse av å være opprørt i en kortere periode (Bray, Carter og Snodin, 2016). Forsinkelser, avbrytelser eller manglende fullføring av en prosedyre, som følge av at barnet ble opprørt, blir i studiet til Bray, Carter og Snodin (2016) sett på som negativt. Det blir sett på som bortkastet tid, og noe som forårsaker at barnet blir mer opprørt. Når et barn oppfordrer til å avbryte prosedyren eller gir andre tegn til motstand, bør sykepleiere anerkjenne dette og vurdere om handlingen er til det beste for barnet. Når et barn blir opprørt før eller under en prosedyre kan det tenkes at sykepleieren blir stresset og får fokus på å fullføre prosedyren så raskt som mulig (Bray, Carter og Snodin, 2016). I mange av de utvalgte studiene mener deltakerne at bruk av tvang kan benyttes som et verktøy for å oppnå god sykepleie (Brenner *et al.*, 2014; Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014; Bray, Carter og Snodin, 2016; Svendsen *et al.*, 2017). Det ser ut til at sykepleiere i visse tilfeller anser bruk av fysisk tvang som å være til barnets beste. En sykepleier i studien til Karlsson *et al.* (2014) beskriver på sin side at å avbryte prosedyren kan være nødvendig – da kan barnet reise hjem og forberede seg til en neste anledning. Barn er blant annet engstelige fordi de ikke vet hva som skjer og dermed redde for å miste kontroll. Det å sette av tid til å støtte barnet under en prosedyre er av stor betydning (Karlsson *et al.*, 2014). På den annen side argumenteres det for at man ikke kan diskutere med barnet i all evighet når et barn motsetter seg en prosedyre. En sykepleier innrømmer at for sin egen del er det enklere å bare gjøre prosedyren fort slik at man blir ferdig (Karlsson *et al.*, 2014). Sykepleiere rettferdiggjør altså bruk av fysisk tvang med at prosedyren blir vellykket, og gjerne raskt utført. Det stilles spørsmål ved om dette er faglig godt nok, da det er flere hensyn en skal ta enn kun det å få gjennomført prosedyren.

Studien til Brenner *et al.* (2015) viser en klar indikasjon på at det er større sannsynlighet for å benytte fysisk tvang ved gjennomføring av prosedyrer på barn under fem år, enn barn over

fem år. Brenner *et al.* (2014) begrunner dette med at yngre barn mangler evnen til å forstå hvorfor en prosedyre skal gjennomføres. Sykepleiere skal møte barn ut ifra barnets erfaringer, alder og modenhet (Barnevernkonvensjonen, 2003; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1; Karlsson *et al.*, 2014). I Svendsen *et al.* (2017) kommer det derimot frem at bruk av fysisk tvang blir sett på som nødvendig da små barn naturlig motsetter seg prosedyrer. En sykepleier forklarer det slik:

...du forklarer så for barnet hva du skal gjøre, men all forklaring i verden kommer ikke til å få barnet til å samarbeide med deg, la oss si at man skal gi en stikkpille til dem. Mens et eldre barn vil samarbeide med deg, du trenger ikke begrense dem men det yngre barnet, du må holde dem nede for å utføre prosedyren (Brenner *et al.*, 2014, s. 1085)

Sykepleiere skal alltid forsikre seg om at bruk av fysisk tvang blir brukt som en siste løsning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9-5), og at helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig jf. Helsepersonelloven (1999, § 4). Det er forståelig at det kan virke vanskelig å gi gode forklaringer som får yngre barn til å forstå hensikten med en prosedyre (Brenner *et al.*, 2014). Men, å møte barn med en dogmatisk tankegang om at de ikke forstår, og at det derfor ikke er vits i å forklare, kan medføre at man velger å bruke fysisk tvang som «eneste løsning» (Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014).

Innleggelse av perifert venekateter (PVK) er den faktoren deltakerne i Brenner *et al.* (2015) mener i størst grad kan medføre bruk av fysisk tvang mot barn. Innleggelse av PVK kan ses på som en smertefull og ubehagelig prosedyre, og er i tillegg en vanlig prosedyre i somatisk sykehus (Brenner *et al.*, 2015; Svendsen *et al.*, 2017). Det er viktig at prosedyren blir gjennomført når det er et behov, og det er viktig at prosedyren blir vellykket slik at man unngår å måtte stikke på nytt og eventuelt påføre mer skade (Svendsen *et al.*, 2017). Det å holde et barn mot dens vilje, nettopp fordi prosedyren er smertefull, strider imot det etiske prinsippet om velgjørenhet (Brinchmann, 2016). Det er likevel forståelig at sykepleiere ønsker å minimere antall forsøk på å legge inn PVK ved å holde barnets hånd, slik at man unngår at barnet trekker hånden vekk. Dermed legitimerer sykepleiere bruken av tvang på bakgrunn av prinsippet om ikke å skade, og vektlegger dette i større grad enn velgjørenhetsprinsippet (Brinchmann, 2016).

### 5.3 Retningslinjer

Ulike holdninger og verdier blant sykepleierne kan være problematisk da det skaper vilkårlige handlinger. Svendsen *et al.* (2017, s. 8) påstår at manglende retningslinjer kombinert med ulike holdninger og verdier kan skape individuelle dogmatismer, mangel på felles diskusjon og terminologi. Det som gjenspeiles i mange av de vitenskapelige artiklene er en oppfatning om at mangel på retningslinjer kan øke forutsetningene for bruk av fysisk tvang (Brenner *et al.*, 2015; Karlsson *et al.*, 2014; Bray, Carter og Snodin, 2016; Svendsen *et al.*, 2017; Bray *et al.*, 2018). Retningslinjer er basert på vitenskapelige og kunnskapsbaserte råd og anbefalinger, og er foreslåtte tiltak som bidrar til veiledning for blant annet sykepleiere i en beslutningsprosess (Helsedirektoratet, 2012).

Resultater fra studien til Bray, Carter og Snodin (2016) indikerer at sykepleiere må kjenne til de grenser som er satt av yrkesetiske retningslinjer og lovverk, slik at en prosedyre blir utført faglig forsvarlig. Mange sykepleiere rapporterer om mangel på kunnskap rundt nasjonal lovgivning. Dette medfører at sykepleierne er usikre og i tvil om bruk av fastholdelse er lovlig (Karlsson *et al.*, 2014; Bray, Carter og Snodin, 2016; Svendsen *et al.*, 2017). Mangel på denne kunnskapen kan føre til en usikkerhet blant sykepleiere angående hvordan man bør møte situasjoner der barn motsetter seg en prosedyre. Det kan tenkes at individuelle holdninger og verdier hos sykepleierne vil være medvirkende faktorer i en beslutningsprosess, noe som kan føre til ulike praksis (Svendsen *et al.*, 2017). Antakeligvis kan utilstrekkelig kompetanse om lovverk føre til unødvendig bruk av tvang mot barn. Som følge av utilstrekkelig kompetanse vil refleksjonen kunne bli mangelfull. Som nevnt i 5.2, er ofte hovedfokuset å få gjennomført prosedyren, fordi det anses å være til barnets beste. Dette kan også bli gjeldende når det er mangel på retningslinjer, fordi sykepleiere handler ut fra egne holdninger og verdier, og ikke på grunnlag av gjeldende lovverk. Det kan derfor tenkes at spesifikke retningslinjer i en travel hverdag vil kunne sikre at sykepleierne jobber faglig forsvarlig (Bray *et al.*, 2018), og at barna dermed mottar helsehjelpen de har krav på.

I studien til Lloyd *et al.* (2008) virker det som at sykepleierne som deltok, jobber etter en protokoll som gjelder for avdelingen. Denne protokollen har regler om hvordan prosedyrene skal utføres. Om barnet viser ubehag eller smerter ved en prosedyre, blir ikke dette lagt vekt på fordi sykepleierne utfører prosedyren i henhold til protokollen – som blir sett på som en handling til barnets beste (Lloyd *et al.*, 2008). Selv om retningslinjene vil kunne sikre at



sykepleierne jobber faglig forsvarlig, ser det ut fra funn i Lloyd *et al.* (2008) at svært klare retningslinjer, med fokus på teknisk gjennomføring, skyggelegger faktorer som angår barnets reaksjon på prosedyren som gjennomføres. Dette kan medføre mangel på egne refleksjoner. Alle barn er individuelle og ingen situasjoner er like, og dette krever derfor faglig refleksjon slik at behandlingen kan tilpasses den enkelte (Karlsson *et al.*, 2014). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleierne ansvar for å sette seg inn i egne plikter for å kunne arbeide etter etisk, juridisk og faglig standard (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Mangel på retningslinjer kan se ut til å ikke være et problem i seg selv, da sykepleiere plikter å ha kunnskap om lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Lover og retningslinjer som allerede finnes burde dermed kunne gi et adekvat grunnlag for refleksjon om hvordan man skal forholde seg til barn og bruk av tvang.

#### **5.4 Imøtekomme omgivelsene**

Sykepleiere kan gå på akkord med egne verdier og holdninger for å imøtekomme omgivelsene. Det kan handle om å ta i bruk fysisk tvang for å imøtekomme andre yrkesprofesjoner (Brenner *et al.*, 2014; Svendsen *et al.*, 2017) eller barnets foreldre (Bray, Carter og Snodin, 2016), men også som følge av rammene sykepleierne arbeider innenfor (Brenner *et al.* 2015; Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014).

Data i Brenner *et al.* (2015) viser at «ordre fra en lege» er rangert som femte høyest ut fra 25 ulike faktorer brukt for å predikere sannsynligheten for om sykepleiere vil benytte tvang. Med det kan man forstå at sykepleiere har en økt sannsynlighet for å benytte tvang mot barn, dersom dette er en ordre fra legen. Det kan stilles spørsmål ved hvorfor sykepleiere bøyer seg for legens ordre, og benytter tvang (Brenner *et al.*, 2015). Brenner *et al.* (2014) fant at sykepleierne ikke utfordret legenes beslutninger knyttet til bruk av tvang – til tross for at de så beslutningen som unødvendig. Sykepleiere føler også at de ikke har makt til å påvirke til endring. Det kan altså se ut til at det er en ubalanse i maktforholdet mellom sykepleiere og leger, slik at samarbeidet ikke blir optimalt. I den sammenheng kan motstridene interesser og verdier føre til usikkerhet relatert til bruk av tvang (Svendsen *et al.*, 2017) – de snakker ikke samme språk. Mens legene ofte er mer oppgavefokusert (Brenner *et al.*, 2014), har sykepleierne holismen – å se hele mennesket – som en grunnpilar i sin yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I Karlsson *et al.* (2014) vektlegges sykepleierens oppgave som barnets advokat. Ettersom sykepleierne arbeider pasientnært, og til enhver tid ser hvordan

barna har det, er sykepleierne i en posisjon hvor de kan dele relevante og viktige observasjoner med legen. Dermed kan sykepleierne blant annet bidra til at unødvendige prøver ikke bestilles (Karlsson *et al.*, 2014). På den måten avverges også unødvendig lidelse for barnet, samt situasjoner hvor bruk av tvang kan blitt et utfall. Allikevel er det slik at legen til sist står ansvarlig i medisinske beslutninger jf. Helsepersonelloven (1999) § 4, og dermed kan overprøve sykepleierens vurderinger. Samtidig har legene en pediatriveileder å forholde seg til, som blant annet vektlegger at forberedelse er viktig ved gjennomføring av prosedyrer (Helsebiblioteket, u.å.) – og kan ses som relevant for å unngå bruk av tvang. Oppsummert kan man altså forstå at det er en ubalanse i maktforholdet mellom yrkesgruppene, som gjør at sykepleiere lettere bøyer seg for hva legen sier. Å fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold anses å være god yrkesetikk (Sykepleierforbundet, 2016). Det kan derfor se ut til at et gjensidig samarbeid bør ligge til grunn, slik at optimal behandling blir resultatet.

Foreldrenes meninger og påstander kan også påvirke sykepleierne i situasjoner hvor bruk av fysisk tvang kan oppstå. I Bray, Carter og Snodin (2016) kommer det blant annet frem at foreldre var pådrivere til at prosedyren skulle gjennomføres raskt, i den mening at det var til barnets beste. Det ble derfor sett på som akseptabelt av foreldrene å benytte fysisk tvang. Flere sykepleiere i Bray, Carter og Snodin (2016) ga uttrykk for at de ble påvirket av foreldrenes handlinger og samspill med sine barn, og at de følte egne grenser ble krysset. Foreldre kunne komme med kommentarer om at barna alltid ble opprørt og skreik, og at det var best å bare fortsette prosedyren, slik at man ble raskt ferdig (Bray, Carter og Snodin, 2016). På en side er det fint at sykepleierne hører på foreldrenes synspunkter, men samtidig har sykepleierne ansvar for å handle faglig forsvarlig jf. Helsepersonelloven (1999) § 4. Dermed bør man som sykepleier vurdere foreldrenes synspunkter opp mot hva som faglig anses som rett, og videre forklare dette overfor foreldrene. På den måten kan sykepleiere handle til barnets beste – i tråd med Helsepersonelloven (1999) § 4, og yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Karlsson *et al.* (2014, s. 7) illustrerer dette på en god måte: da foreldrene mente de ikke hadde tid til å la lokalbedøvelsen virke på barnet, fordi parkeringsavgiften snart gikk ut, avbrøt sykepleieren prosedyren og satte opp ny time. Dermed opptrer sykepleieren som barnets advokat.

Tall fra Brenner *et al.* (2015) viser at få ansatte på jobb er en faktor som øker sannsynligheten for bruk av tvang blant sykepleiere. Dette underbygges også i Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014), hvor det antas at faktorer som travel avdeling og mangel på rett

kompetanse kan medføre økt bruk av tvang. Ut fra dette er det grunnlag for å tro at organisatoriske faktorer påvirker sykepleierne i deres arbeid, og bidrar til økt tvangsbruk. Ved slike arbeidsbetingelser kan det se ut til at ledelsen ikke tilrettelegger for at sykepleierne kan utføre sitt arbeid i henhold til lovpålagte plikter, og dermed bryter med Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 2-2 Plikt til forsvarlighet. Som nevnt i 5.1, fastslår sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016) at ledere av sykepleietjenester har et spesielt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon. For å unngå uønsket bruk av tvang, kan det antas at lederne av helsetjenesten har en jobb å gjøre, slik at det blir tilrettelagt for at sykepleierne kan utføre sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4) og yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016)

## 5.5 Kompetanse

I Brenner *et al.* (2015) kommer det fram at deltakerne med høyere utdanning, kompetanse innen terapeutisk fastholdelse og lengre erfaring, har større sannsynlighet for å benytte tvang, i motsetning til de med lavere utdanning og kortere erfaring. Alder spiller også inn – eldre benytter tvang i større grad enn yngre. Dette står i kontrast til Bray *et al.* (2018), hvor det fremkommer at de som har kompetanse innen terapeutisk fastholdelse benytter tvang i mindre grad enn de som ikke har slik kompetanse. Samtidig trekkes det i Brenner *et al.* (2015) fram at det virker motstridende at de med høyere kompetanse benytter tvang i større grad, men antar at det kan ha sammenheng med hvilken type utdanning det er snakk om. I tillegg påstår Brenner *et al.* (2015) at økt kunnskap innen terapeutisk fastholdelse fører til at man ser på bruk av tvang på en mer positiv måte. Altså ser det ut til at de med kunnskap innen terapeutisk fastholdelse rettferdiggjør sine handlinger på bakgrunn av at de har opplæring og faglig kompetanse på området. Dette står i strid med Bray *et al.* (2018) sin studie hvor det ser ut til at de med lengre erfaring og utdanning i større grad anvender denne kompetansen til å se andre muligheter, slik at tvang unngås.

I Bray *et al.* (2018) diskuteres innhenting av samtykke om fastholdelse i forkant av prosedyre, og det kan se ut til at deltakerne ikke anser fastholdelsen som tvang når samtykke er innhentet. Deltakerne med høyest utdanning og lengst erfaring er mest tilbøyelig til å innhente samtykke. De som derimot mener innhenting av samtykke er unødvendig, innrapporterer bruk av fysisk tvang i større grad. Det ser ut til at en av årsakene til at

sykepleiere benytter fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus, er fordi mange ikke praktiserer innhenting av samtykke før en prosedyre (Bray *et al.*, 2018). Når en prosedyre blir utført mot barnets vilje, og dermed uten samtykke, er dette per definisjon tvang (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9-2). For å kunne yte helsehjelp skal det alltid foreligge et samtykke jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1. De som har foreldreansvaret har mulighet til å samtykke på vegne av barnet, men barnet har samtidig rett til å medvirke i behandlingsforløpet i ulik grad ut fra alder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 4-3 til 4-4). Dersom samtykke er innhentet vil for eksempel fastholdelse av en arm for innleggelse av perifert venekateter ikke anses som tvang, da det er inngått en avtale på forhånd om at det er greit. Allikevel bør man være oppmerksom på at et samtykke kan trekkes tilbake dersom situasjonen endrer karakter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1). Samtidig må sykepleierne til enhver tid vurdere det de gjør uavhengig av innhentet samtykke, slik at de ikke utsetter pasienten for unødvendig tvang (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

## 5.6 Øyeblikkelig hjelp

Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) beskriver i sin studie at dersom fysisk tvang benyttes, skal det være godt begrunnet. I den sammenheng anses respekten for barnets rettigheter som elementær. Hver situasjon, hvor bruk av fysisk tvang ses på som nødvendig, skal vurderes individuelt ved hjelp av etiske overveielser (Kangasniemi, Papinaho og Korhonen, 2014). I studiene til Brenner *et al.* (2014) og Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) fremkommer det at deltakerne i visse tilfeller anser bruk av tvang som greit. Dette gjelder blant annet i akutte situasjoner, hvor handlingen blir rettferdiggjort grunnet tidsmangel – at det står om livet til barnet. En sykepleier begrunner bruk av tvang i en akuttsituasjon:

...men mange ganger er det veldig, veldig akutt og det [nasogastrisk sonde] må bli lagt med en gang... fordi du har kun en time på å gi [medisinsk] kull og de har tatt en overdose (Brenner *et al.*, 2014, s. 1085).

I svært akutte tilfeller, hvor barnets liv og helse står i fare, vil *prima facie*-prinsippet kunne fravikes (Brinchmann, 2016). Når helsehjelpen antas å være «påtrengende nødvendig» jf. Helsepersonelloven (1999) § 7, plikter man å gi helsehjelp til tross for at pasienten motsetter seg behandlingen. Selv om plikten til ikke å benytte tvang i utgangspunktet bør være

grunnleggende for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2016), kan tvang tillates i akutte situasjoner, fordi plikten om å redde liv vil veie tyngre. Det kan derfor ses på som rett å holde fast barnet, slik at nødvendig prosedyre kan gjennomføres og livsnødvendig behandling kan iverksettes.

Bray, Carter og Snodin (2016) beskriver innledningsvis i sin studie at barn i akutt pleie ofte holdes fast slik at prosedyren kan fullføres. Balansegangen er smal mellom situasjoner hvor det anses som faglig forsvarlig å benytte tvang og ikke. Begrepet «påtrengende nødvendig» jf. Helsepersonelloven (1999) § 7 bør ikke misbrukes. Situasjoner som ses på som «påtrengende nødvendig» bør derfor alltid være velbegrunnet på en kunnskapsbasert måte, slik at unødvendig bruk av tvang unngås. Respekt for menneskerettighetene, og dermed også barnets rettigheter, er et grunnleggende fundament i sykepleiernes praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Etersom helsevesenet er dynamisk, og hvert pasientmøte er ulikt, fører det til at hvert tilfelle må vurderes for seg. Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) kommer frem til at alle situasjoner hvor bruk av fysisk tvang kan forekomme, må vurderes individuelt gjennom etisk resonnement. Derfor bør helsepersonell aktivt anvende gjeldende lovverk og yrkesetiske retningslinjer i praksis, slik at yrkesutøvelsen er til barnets beste – i tråd med Grunnloven (1814) § 104.

## 6.0 Kritisk vurdering av litteratur og bakgrunn

Artiklene som er benyttet i denne oppgaven kommer fra forskjellige land. De er allikevel benyttet da de representative landene har et helsevesen som kan relateres til det norske. Selv om dette er et faktum, kan lovverk og yrkesetiske retningslinjer være annerledes sammenlignet med Norge. Dette kan medføre ulikt syn og holdninger blant intervjuobjektene og forskerne, som videre kan føre til ulikheter i funn. Allikevel vil en minstenorm gjelde i landene for utvalgte artikler, da landene er tilsluttet FNs Barnekonvensjon (FN-sambandet, 2018), og de fleste også tilsluttet Europarådets konvensjon om barns rettigheter (Council of Europe, 2018). Denne oppgavens drøfting er knyttet opp mot norsk helsevesen, med det norske regelverket som grunnlag. Dermed kan det medføre feilkilder å knytte funn gjort i andre land opp mot hva som gjelder i Norge.

Bruk av fysisk tvang og fastholdelse kan være vanskelig å snakke om da dette er et tema med etiske utfordringer. Med tanke på at bruk av fysisk tvang uten samtykke ikke er lovlig, kan det tenkes at deltakerne ikke har svart oppriktig på spørsmålene. Det kan dermed tenkes at det har oppstått feiltolkning av hva som blir sett på som fysisk tvang og fastholdelse, som igjen kan medføre unøyaktige resultater. Det kan også tenkes at de som stilte opp som deltakere ikke var de som i størst grad benyttet fysisk tvang, og derfor våget å snakke temaet.

## 7.0 Konklusjon

Hvorfor benytter sykepleiere fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus for å få gjennomført prosedyrer?

Når barn er innlagt på sykehus kan bruk av fysisk tvang i ulik grad forekomme ved gjennomføring av prosedyrer – det blir sett på som en mulig løsning. Fysisk tvang blir ofte benyttet i situasjoner hvor det ikke kan anses som en riktig avgjørelse. Sykepleiere vil, i møte med barn, bli utfordret i situasjoner der gjennomføring av prosedyrer kommer i konflikt med å ivareta barnets autonomi.. I denne litteraturstudien har vi undersøkt årsaker til hvorfor sykepleiere benytter fysisk tvang mot barn ved gjennomføring av prosedyrer i somatisk sykehus. Årsakene ble samlet i seks kategorier:

- ❖ Dogmatisme
- ❖ Legitimering av fysisk tvang
- ❖ Retningslinjer
- ❖ Imøtekomme omgivelsene
- ❖ Kompetanse
- ❖ Øyeblikkelig hjelp

Sykepleiere benytter tvang med bakgrunn i en oppfattelse av at det er rett å håndtere barn på den måten de gjør. Handlingene blir utført basert på ikke-evidensbaserte påstander, altså dogmatisme. Bruk av fysisk tvang blir også legitimert av sykepleierne ved at de benytter mildere benevnelse på tvangsutøvelsen, og fraskriver seg ansvar. Videre kan sykepleiere ha holdninger om at tvang kan være legitimt på bakgrunn av type prosedyre eller barnets alder. Sykepleiere går også imot egne holdninger og verdier for å imøtekomme andre, være seg andre yrkesgrupper, foreldre eller for å etterkomme organisatoriske faktorer i avdelingen. I tillegg blir det diskutert hvordan retningslinjer, og mangel på retningslinjer, påvirker sykepleiernes måte å håndtere situasjoner hvor fysisk tvang eventuelt blir brukt. Det ser ut til at det er både fordeler og ulemper med tydelige retningslinjer. Kompetanse og utdanning viser seg også å være av betydning for hvordan sykepleiere vurderer å handle i situasjoner hvor barn gjennomgår prosedyrer, selv om forskningen vi har benyttet ikke har et entydig svar på dette. I akutte tilfeller, når behandling anses som «påtrengende nødvendig», er det juridisk, etisk og faglig korrekt av sykepleier å utøve tvang ved behov. Å vurdere hvilke situasjoner som tilsier at bruk av fysisk tvang mot barn ved gjennomføring av prosedyrer er

rett, krever evne til etisk refleksjon, i tillegg til god kjennskap til gjeldende lovverk. Når bruk av fysisk tvang blir en del av arbeidshverdagen, kan dette påvirke holdningene til den enkelte sykepleier. Utenforliggende faktorer kan skape utfordringer for den enkelte sykepleier og dermed medføre at fysisk tvang blir sett som en løsning. Avdelingens ledelse har ansvar for å tilrettelegge for gode arbeidsvilkår, slik at sykepleiere har en reell mulighet til utøve sitt fag ut fra faglig, juridisk og yrkesetisk forsvarlighet.

Med tanke på hvilke konsekvenser slike handlinger kan ha for barnet, er det ingen tvil om at økt bevissthet blant sykepleiere må sikres, slik at det tas veloverveide og kunnskapsbaserte beslutninger. Når man vet årsaker til hvorfor tvang benyttes, kan neste steg være å se på hvilke tiltak som kan iverksettes for å skape endring. I tillegg vil tilstrekkelig kunnskap om barns utvikling, lovverk og retningslinjer, samt tilpasset kommunikasjon anses som viktig. Ved å implementere tiltak og hjelpemidler, kombinert med økt kunnskap, vil utfordrende situasjoner kunne bli håndtert på en faglig og reflektert måte. Slik vil man kunne utvikle et behandlingstilbud for barn, der bruk av fysisk tvang ved gjennomføring av prosedyrer er redusert til et minimum. Ved å ha skrevet denne oppgaven, har vi utviklet kunnskap som gjør at vi i vår yrkesutøvelse, vil rette større fokus på utfordringene knyttet til bruk av fysisk tvang mot barn innlagt på somatisk sykehus ved gjennomføring av prosedyrer. Dette håper vi kan komme våre pasienter og andre til gode.



## 8.0 Litteraturliste

Barnevernkonvensjonen (2003) *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Bergersen, T. (2018) *Det finnes ingen norske lover som beskytter barn mot tvang i helsesektoren*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/nordland/audun-9-ble-holdt-nede-med-makt-av-fire-voksne--jeg-horer-fortsatt-skrikene-1.14312811> (Hentet: 11.mai 2019).

Bergsagel, I. (2018) -Vi må våge å snakke mer om bruk av tvang mot barn, *Tidsskriftet Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/08/helsepersonell-trenger-laere-mer-om-bruk-av-tvang-mot-barn> (Hentet: 11. mai 2019).

Bray, L., Carter, B. og Snodin, Jill. (2016) Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered, *Research in Nursing & Health*, 39(1), s. 30-41. DOI: 10.1002/nur.21700

Bray, L., Carter, B., Ford, K., Dickinson, A., Water, T. og Blake, L. (2018) Holding children for procedures: An international survey of health professionals, *Journal of Child Health Care*, 22(2), s. 205-215. DOI: 10.1177/1367493517752499

Brenner, M. (2007) Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: an extraordinarily stressful event, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(1-2), s. 29-37. DOI: 10.1080/01460860701366658

Brenner, M., Treacy, M. P., Drennan, J. og Fealy, G. (2014) Nurses' Perceptions of the Practice of Restricting a Child for a Clinical Procedure, *Qualitative Health Research*, 24(8), s. 1080-1089. DOI: 10.1177/1049732314541332

Brenner, M., Drennan, J., Treacy, M. P. og Fealy, G. M. (2015) An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: a factorial survey, *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10) s. 1189-1198. DOI: 10.1111/jocn.12650

Brinchmann, B. S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 82-96.

Council of Europe (1996) *European Convention on the Exercise of Children`s Rights*. Strasbourg: Council of Europe.

Council of Europe (2018) *47 Member States*. Tilgjengelig fra: <https://www.coe.int/en/web/portal/47-members-states> (Hentet: 14. mai 2019).

Demir, A. (2007) The use of physical restraints on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey, *International Nursing Review*, 54(4), s. 367-374. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2007.00547.x

FN-sambandet (2018) *Barnekonvensjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen> (Hentet 14. mai 2019).

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utgave. Stockholm: Natur & Kultur.

Gjems, S. og Diseth, T.H. (2011) Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(9), s. 856-862. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/node/15412/pdf> (Hentet: 14. mai 2019).

Grunnloven (1814) *Kongeriket Norges Grunnlov*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17> (Hentet: 28. april 2019).

Grønseth, R. og Markestad, T. (2017) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket (u.å.) *Pediatriveiledere fra Norsk barnelegeforening. Generell veileder*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962> (Hentet: 28. april 2019).

Helsedirektoratet (2012) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. IS-1870.

Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>

(Hentet: 14. mai 2019).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 14. mai 2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 28. april 2019).

Hernæs, N. (2018) Gir barn lystgass mot smerter, *Tidsskriftet Sykepleien*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/2018/11/gir-barn-lystgass-mot-smerter> (Hentet: 11. mai 2019).

Kangasniemi, M., Papinaho, O. og Korhonen, A. (2014) Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care, *Nursing Ethics*, 21(5), s. 608-620. DOI:

10.1177/0969733013513214

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. og Englund, A-C. D. (2014) Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1). DOI: doi.org/10.3402/qhw.v9.23063

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo:

Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra:

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (Hentet: 14. mai 2019).

Lindheim, M. Ø. (2017) *Når barn på sykehus trenger stoppskilt*. Tilgjengelig fra:

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/helsepsykologibloggen/naar-barn-paa-sykehus-trenger-stoppskilt> (Hentet: 11. mai 2019).

Lloyd, M., Law, G. U., Heard, A. og Kroese, B. (2008) When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures, *Pediatric Nursing*, 20(4), s. 29-34. DOI: 10.7748/paed2008.05.20.4.29.c8252

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 28. april 2019).

Nortvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. og Reinart, L. M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utgave. Oslo: Akribe.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 28. april 2019).

Regjeringen (2019) *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/> (Hentet: 28. april 2019).

Royal College of Nursing (2010) *Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people - Guidance for nursing staff*. London: Royal College of Nursing.

Snyder, B. S. (2004) Preventing Treatment Interference: Nurses' and Parents' Intervention Strategies, *Pediatric Nursing*, 30(1), s. 31-40. Tilgjengelig fra: <https://search.proquest.com/docview/199426475?pq-origsite=gscholar> (Hentet: 14. mai 2019).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 07. mai 2019).

Svendsen, E. J. og Bjørk, I. T. (2014) Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain, *Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), s. 19-28. DOI: [dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.015](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.015)

Svendsen, E. J., Moen, A., Pedersen, R. og Bjørk, I. T. (2015) Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study, *BMC Pediatrics*, 15(1), s. 1-9. DOI: [10.1186/s12887-015-0508-3](https://doi.org/10.1186/s12887-015-0508-3)

Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A. og 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), s. 1-11. DOI: 10.1080/17482631.2017.1363623

Svendsen, E. J. (2018) Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn, *Tidsskriftet Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/08/helsepersonell-trenger-laere-mer-om-bruk-av-tvang-mot-barn> (Hentet: 11. mai 2019).

Söderbäck, M. (2012) Young (3-5 year-old) children's ways of engagement in care procedures involving venepuncture, *Journal of Research in Nursing*, 18(7), s. 636-648. DOI: 10.1177/1744987111434191

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

