

10066

Hvordan kan sykepleiere redusere bruk av tvang på barn under kliniske prosedyrer ved pediatriske avdelinger?

Antall ord: 7574
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Mai 2021

10066

Hvordan kan sykepleiere redusere bruk av tvang på barn under kliniske prosedyrer ved pediatriske avdelinger?

Antall ord: 7574

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hvordan kan sykepleiere redusere bruk av tvang på barn under kliniske prosedyrer ved pедиатriske avdelinger?

Bakgrunn: Bruk av fysisk tvang for å gjennomføre kliniske prosedyrer på barn i førskolealder er svært vanlig i pediatrien. Forekomsten er underdokumentert, og tvang i pediatrien har ingen egen lov eller retningslinjer. Bruk av tvang på barn medfører negative konsekvenser for barna, foreldrene og sykepleierne involvert.

Hensikt: Systematisk innhente kunnskap fra forskning og relevant teori om tvang i pediatrien, slik at jeg og andre sykepleier bedre kan være i stand til å utøve kunnskapsbasert sykepleiepraksis innen området.

Metode: Det er brukt en systematisk litteraturstudie i oppgaven. Det ble utført systematisk søk etter litteratur om tvang i pediatrien, og en grundig gjennomgang og analyse av de 7 valgte forskningsartiklene.

Resultat: Alderen på barna og hvilke prosedyrer som skal gjennomføres viser seg å ha en innvirkning på forekomsten av tvang. Flere sykepleiere begrunner bruken av tvang ved at det er til barnets beste, samtidig som flere peker på en økt forekomst av tvang når det er sykepleiemangel og travelt på avdelingen. Foreldreinvolvering og barnas medbestemmelse kan være med på å redusere bruken av fysisk tvang. Tilstedeværelse av lek har også vist seg å redusere bruken.

Konklusjon: Sykepleiere kan bruke foreldreinvolvering og lek som metoder for å gjennomføre prosedyrer uten å bruke tvang. Barn har rett på å bli hørt når det gjelder helsehjelp som angår dem, og involvering av barna til medbestemmelse kan være med på å redusere forekomsten av tvang i pediatrien.

Nøkkelord: Tvang, Pediatri, Sykepleie, Barn, Prosedyre

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	6
1.1.	Inntroduksjon og bakgrunn for tema	6
1.2.	Teori.....	6
1.2.1.	Sykehusopphold for barn i førskolealder	6
1.2.2.	Tvang	7
1.2.3.	Etiske dilemma	7
1.2.4.	Lover	8
1.2.5.	Sykepleie til barn under prosedyrer	8
1.2.6.	Kari Martinsens omsorgsfilosofi	9
1.3.	Formål og problemstilling	10
2.	Metode	11
2.1.	Beskrivelse av metode	11
2.2.	Søkehistorikk.....	11
2.3.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
2.4.	Kvalitetsvurderinger	12
2.5.	Analyse.....	12
	Tabell 2.5. Kategorisering av hovedtemaer	13
2.6.	Søketabeller	13
	Tabell 2.6.1 Søketabell	13
	Tabell 2.6.2 Håndsøk	15
3.	Resultater	17
3.1.	Figur: Artikkelmatrikse	17
3.2.	Presentasjon av resultater	20
3.2.1.	Faktorer som fører til tvang	20
3.2.2.	Typer tvang.....	21
3.2.3.	Tvang, autonomi og empati	21
3.2.4.	Metoder sykepleiere kan bruke for å redusere bruk av tvang	21
4.	Diskusjon	23
4.1.	Hvorfor er tvang vanlig i pediatrien?	23
4.2.	Betydningen av autonomi og empati i utøvelsen av sykepleie på barn.....	24
4.3.	Sykepleiehandlinger som alternativ til tvang for å gjennomføre prosedyrer på barn	25
4.3.1.	Hvordan kan involvering av foreldre/foresatte hjelpe?	26
4.3.2.	Barns aktive deltagelse - muligheter & utfordringer	26
4.4.	Metoderefleksjon.....	27

4.5. Konklusjon	28
Referanser.....	29

1. Innledning

1.1. Innroduksjon og bakgrunn for tema

Temaet i denne litteraturstudien omhandler bruk av tvang for å gjennomføre kliniske prosedyrer på barn innlagt ved pediatriske avdelinger. Jeg valgte temaet med bakgrunn i erfaringer fra medisinsk praksis ved en pediatrisk avdeling. Under praksisperioden var jeg vitne til flere tilfeller der sykepleiere brukte tvang for å gjennomføre ulike ubehagelige prosedyrer. Jeg la merke til at praksisveilederen min var flink til å distrahere barna og bruke diverse andre teknikker for å få barna på lag, slik at de villig gjennomførte prosedyrene.

Fordi tvangsbruk ved prosedyrer av barn blir sett på som en del av hverdagen i den pediatriske sykepleien, er det viktig å belyse tematikken (Bray et al., 2015; Coyne & Scott, 2014; Hull K & Clarke D, 2010; Svendsen, 2018). Barn blir ofte holdt fast mot sin vilje under prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017). Dette gjøres fordi det er vanskelig å få gjennomført enkelte prosedyrer på de yngste barna (0-6 år) (Grønseth & Markestad, 2017). Tvang for å gjennomføre kliniske prosedyrer på pediatriske avdelinger har en høy forekomst og er sterkt underdokumentert (Coyne & Scott, 2014). Sykepleiere er ofte involvert i tvangsbruk under prosedyrer på barn som ikke klarer å sitte stille eller som nekter å gjennomføre prosedyrer som virker skremmende (Coyne & Scott, 2014). Det som ser ut til å være manglende forskningen på temaet, hindrer forståelsen av problemet, som igjen hindrer utviklingen av evidensbaserte retningslinjer for bruk av tvang i pediatrien (Hull K & Clarke D, 2010).

Bruk av tvang ved behandling av barn øker risikoen for utvikling av fysiske, psykiske og utviklingsmessige plager (Brenner et al., 2014; Svendsen, 2018). Tvangsbruk på sykehuset kan forårsake angst hos barna, blant annet for sykehus eller enkelte prosedyrer. Det kan i tillegg føre til relasjons og tillitsproblematikk senere i livet (Svendsen, 2018). Tvangsbruk under prosedyrer har blitt koblet opp mot forsinket språkutvikling og økt kortisolnivå i etterkant (Brenner et al., 2014). Bruk av tvang under kliniske prosedyrer er ubehagelig for alle involverte parter. Det er vist at det har en negativ psykologisk innvirkning på foreldre, barnet og sykepleierne (Coyne & Scott, 2014).

1.2. Teori

1.2.1. Sykehusopphold for barn i førskolealder

Litteraturstudien omhandler barn i førskolealder som er innlagt ved medisinske avdelinger. Dette fordi forskning viser at det er en større tendens til tvangsbruk på barn i denne alderen (Bray et al., 2015; Coyne & Scott, 2014). Førskolebarn blir definert som barn i alderen 3-6 år (Wyller, 2014, s.624). Barns rettigheter ved opphold i helseinstitusjoner er nedskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 6 og i forskriften om barns opphold i helseinstitusjoner. Her står det blant annet at barn (18 år<) har rett til følge av foresatt under opphold på helseinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2018b; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 6-1 - 6-5). Undersøkelser,

medisinske prosedyrer og behandling er en av de største kildene til stress blant barn innlagt på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017). Noen av de vanligste årsakene til barns stress ved prosedyrer er frykt, engstelse, kunnskapsmangel, smerte og ubehag (Grønseth & Markestad, 2017).

Førskolebarn har en karakteristisk egosentrisk tankegang, noe som kan medføre skyldfølelse ved sykdom (Grønseth & Markestad, 2017). Barn i førskolealderen kan derfor se på prosedyrer og sykdom som straff. Vrangforestillinger om sykdom og behandling, kan øke barns stressnivå under et sykehusopphold. Utviklingen i denne alderen er kjennetegnet av magisk tenkning og konkret tangegang (Grønseth & Markestad, 2017). De tre første stadiene i Eriksons psykososiale utviklingsmodell gjelder for barn i førskolealder. Det første stadiet går fra 0-1 år og handler om å etablere grunnleggende tillit (Glasper & Richardson, 2010). Dette stadiet ligger til grunn for videre utvikling. I andre stadiet (1-3 år) i modellen mener Erikson at barna jobber med å utvikle en balanse mellom følelsen av autonomi og skam. Fordi småbarn kan gå, utforske, snakke og tydelig si nei, er de i en fase hvor de utforsker egne og andres grenser. Det tredje stadiet går fra 3-5 år og handler om initiativ i forhold til skyld (Glasper & Richardson, 2010). Det er i denne tidlige barnealderen viktig å møte barnet på det stadiet de er. Målet ifølge Erikson, er å hjelpe barn å lære sosial atferd uten å knuse deres initiativ og vilje til å velge selv (Glasper & Richardson, 2010).

1.2.2.Tvang

I helse og omsorgstjenesten kan tvang forstås som gjennomføring av tiltak som pasienten motsetter seg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 4A-1 - 4A-11). Ved oversettelse av begrepet tvang får jeg opp «coercion» på engelsk (MeSH, 2021). Begrepet blir som oftest brukt i sammenheng med tvangsbruk i psykiatrien. Ved søk på fag og forskning om bruk av tvang under prosedyrer og behandling av barn, er det begrepet «restraint» som er mest bruk. «Restraint» blir definert som bruk av makt for å få gjennomført et tiltak som barnet motsetter seg (Hull K & Clarke D, 2010). Definisjonen viser til at det krever noe form for motstand for at en handling kan defineres som «restraint». Ordet tvang blir brukt som begrepet «restraint» i resten av oppgaven. Litteraturstudien tar for seg bruk av fysisk tvang, i form av holding og andre teknikker som hindrer bevegelse. Royal College of Nursing (2019) bruker begrepet restriktive fysiske intervensjoner istedenfor fysisk tvang. Begrepet inneholder alle former for bruk av direkte makt som har til hensikt å hindre eller begrense bevegelse (Royal College of Nursing, 2019).

1.2.3.Etiske dilemma

Etiske spørsmål i helsevesenet tar ofte utgangspunkt i de fire helseetiske prinsippene. De går ut på å respektere selvbestemmelse, å gjøre godt, ikke skade og være rettferdig (Beauchamp & Childress, 2013). Bruk av tvang under prosedyrer på barn utfordrer disse moralske prinsippene.

Ikke-skade prinsippet går ut på at helsepersonell skal unngå å påføre skade på pasienter. Det er underforstått at enhver handling som fører til skade krever en begrunnelse (Beauchamp & Childress, 2013). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det i paragraf 2.8: «Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang» (NSF, 2021). Dette forsterker sykepleierens etiske ansvar overfor pasienten, og spesifiserer at sykepleierne skal aktivt jobbe for å beskytte pasienten mot unødvendig tvang. Gjøre godt prinsippet består i at

alle helsepersonell utøvelser skal ha til hensikt å være fordelaktig for pasienten (Beauchamp & Childress, 2013). Dette prinsippet prioriteres ofte over ikke-skade prinsippet, da for eksempel smerte fra et stikk for å få en intravenøs inngangsport kan redde liv.

Autonomi prinsippet innebærer å respektere og støtte pasientens rett til selvbestemmelse, i form av respektfulle handlinger og holdning (Beauchamp & Childress, 2013). I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at «*sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg*» (NSF, 2021). Gyldig samtykke til helsehjelp må gis av samtykkekompetente personer, den må gis frivillig og være informert (Glasper & Richardson, 2010, s.303). Dette betyr at all informasjon om situasjonen skal være gitt av fagpersonell og forstått av personen for at det skal være et gyldig samtykke (Helsedirektoratet, 2018a).

Rettferdighetsprinsippet bygger på at likestilte skal bli behandlet likt (Beauchamp & Childress, 2013). Ut ifra rettferdighetsprinsippet burde ikke faktorer som alder, foreldrenes oppførsel, type prosedyre eller når under vakta prosedyren skal gjennomføres, ha noe å si for forekomsten av tvangsbruk.

1.2.4.Lover

Det er ingen egne retningslinjer eller lover som regulerer tvangsbruk under prosedyrer på små barn. Lovverk som omhandler barn i helsevesenet, gir noen generelle retningslinjer. Disse står i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), barnelova (1981) og FNs barnekonvensjon (1989).

I pasient- og brukerrettighetsloven §4-1 står det at «*helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke*». Tvangsbehandling av barn bryter hovedprinsippet bak samtykke som er å forhindre brudd på autonomi og personlig integritet. Det samme lovverket begrenser barns rett til å samtykke ved at §4-4 lovfester at alle barn under 16 år hovedsakelig skal ha foreldre/foresattes samtykke til helsehjelp. Barnelova §30 understreker dette ved å spesifisere at foresatte har en plikt og rett til å bestemme på barnas vegne. Dette betyr likevel ikke at et barn under 16 år kan bli tvunget til helsehjelp dersom foresatte har samtykket (Aasen, 2008). Barns rett til medbestemmelse i helserelaterte spørsmål står i §31 i Barnelova, og FNs barnekonvensjon (1989) lovfestet dette som internasjonal rett. Her står det at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt, har rett til å uttrykke sin mening, og foresatte skal høre på det de har å si før de samtykker til helsehjelp på veggen av barnet (Barnelova, 1981, §31). Det at barnets rett til å nekte, foreldrenes rett til samtykke og helsepersonells plikt til å handle ved motstand fra barnet ikke er spesifikt regulert eller lovfestet, gjør at ansvaret i hver enkelt situasjon havner hos helsepersonell. Dette gjør at spørsmål rundt tvangsbruk ofte blir begrunnet i faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp gjennom helsepersonelloven (1999) §4.

1.2.5.Sykepleie til barn under prosedyrer

Foreldrene/foresattes tilstedeværelse er svært viktig for barnets trygghet, siden det reduserer barnets stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2017). Det å involvere foreldre i omsorgs- og behandlende oppgaver er derfor en god teknikk for å ivareta barnets trygghet. Et godt foreldresamarbeid er viktig, fordi det er de som skal ta beslutninger på barnas vegne. Det er viktig å henvende seg direkte til barnet, og snakke på en enkel og forståelig måte, så både foreldre og barnet forstår det som sies (Grønseth & Markestad, 2017). Under informasjonsutdeling er det lurt å forklare prosedyren steg

for steg, gjerne visuelt. La barnet ta på utstyret og eventuelt prøve det på dukker selv (Coyne & Scott, 2014). Under planleggingen burde sykepleierne stille spørsmål ved om prosedyren er nødvendig for barnet (Coyne & Scott, 2014; Grønseth & Markestad, 2017). Det er viktig å skåne barnet for eventuelle ubehagelige prosedyrer, og derfor bare utføre prosedyrer som er helt nødvendig i behandlingen av barnet. Det er viktig å gi alternativer og valg der dette er mulig, som for eksempel farge på bandasje. Dette er med på å gi barnet en følelse av medbestemmelse og mestring (Coyne & Scott, 2014; Grønseth & Markestad, 2017). Under prosedyren er det viktig å beholde en rolig stemning (Coyne & Scott, 2014). Assister barnet med valgte distraksjons- eller mestringsteknikker. Dette kan være alt fra musikk, snakking, tv og blåsebobler. Prøv å gjennomfør i barnets tempo, og når de er klare for neste steg (Coyne & Scott, 2014). Det er viktig å gi barnet emosjonell støtte i form av ros, trøst og kos (Grønseth & Trond, 2017). Etter prosedyren kan det være lurt å ha en debriefing med barnet og familien (Coyne & Scott, 2014). Det er viktig å trygge barnet i etterkant og gi de ros for gjennomførelse. Her kan man vurdere å gi belønninger til barnet, for å bygge mestringsfølelsen (Coyne & Scott, 2014).

1.2.6.Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen skriver i sin omsorgsfilosofi om omsorgens moralske side (Aadland, 2005). Hun mener at omsorgsbegrepet handler om hvordan man håndterer den makten man har som sykepleier (Aadland, 2005). Martinsen skriver at maktbalansen mellom sykepleieren og pasienten står i en asymmetrisk posisjon (Austagrød, 2010). Sykepleieren har profesjonell kunnskap om pasienten og har hjelperrollen, mens pasienten er den hjelpetrengende parten. Martinsen sier at sykepleieren må ta vare på det av pasientens liv som de har i sin makt. Makt kan forstås som muligheten man har til å påvirke noe i positiv eller negativ retning i en annets liv (Austagrød, 2010). Martinsen nevner at det er en viktig del av omsorgen og være aktiv i den andres lidelse (Aadland, 2005). Fordi hver situasjon er individuell og ofte preget av dilemmaer, kan omsorgen, ifølge Martinsen, utartes i forskjellige retninger. Et eksempel Martinsen kommer med er når sykepleier stenger ute pasientens appell om hjelp, og ikke tar innover seg pasientens inntrykk. Omsorgen kan da komme til uttrykk som overgrep (Austagrød, 2010). Nær til omsorg ligger begrepet empati som beskrives som evnen til å forså andres situasjon og opplevelser (Kristoffersen et al., 2016, s.90).

1.3. Formål og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er å systematisk innhente kunnskap fra forskning og relevant teori om tvang i pediatrien, slik at jeg og andre sykepleier bedre kan være i stand til å utøve kunnskapsbasert sykepleiepraksis innen området. Med bakgrunn i dette og hva jeg har belyst i introduksjonen er litteraturstudiens problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere redusere bruk av tvang på barn under kliniske prosedyrer ved pediatriske avdelinger?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Det er brukt en systematisk litteraturstudie som metode i denne oppgaven. En systematisk litteraturstudie inneholder systematisk søk etter litteratur i et relevant tema/problemstilling samt grundig gjennomgang og analyse av litteratur for så å velge relevant forskning innen temaet (Forsberg & Wengström, 2013). Ved bruk av denne metoden er det funnet syv forskningsartikler som benyttes i oppgaven. Det er brukt pensumbøker og fagartikler som grunnlag for oppgaven. Det er valgt ut fire kvalitative og tre kvantitative studier. Jeg har valgt å ha både kvalitativ og kvantitativ metode. Dette fordi kvantitativ metode gir målbare resultater, som gir et konkret bilde av forekomsten og omfanget av problemet, samtidig som den kvalitative forskningen bedre fanger opp opplevelser og meninger til de involverte partene (Dalland, 2017).

2.2. Søkehistorikk

For å finne relevante vitenskapelige artikler til oppgaven, ble det valgt å søke i databaser funnet på helsebibliotekets nettside. Det ble deretter gjort systematiske litteratursøk gjennom databasene Medline, Pubmed og CINAHL. Gjennom søket i Medline ble det ikke funnet relevante artikler. Det ble gjort et håndsøk gjennom Google Scholar. I starten av søkeprosessen ble det søkt med norske søkeord; «tvang», «barn» og «sykepleie». Dette ga få resultater. Det ble derfor endret til engelske søkeord; «coercion», «pediatric nursing», «child», som resulterte i flere artikler om tvang i psykiatrien. Ved å bytte «coercion» med «restraint», gjorde at artiklene var mer relevant for problemstillingen. Med utgangspunkt i problemstillingen kom jeg frem til noen relevante søkeord; «Child*», «restraint», «caregiver», «nurse» og «procedure». Disse ble brukt i flere former, synonymer og kombinasjoner med OR/AND.

Ved søk i databasen CINAHL (se søketabell) fikk jeg frem flere relevante artikler ved bruk av viste søkeord. Det ble lest igjennom overskriftene, for så å lese abstraktet til de artiklene med relevante overskrifter. De artiklene som gikk gjennom denne eliminasjonsprosessen, ble så lest gjennom i sin helhet. Ved bruk av denne metoden ble det funnet 3 relevante artikler. Den ene vitenskapelige artikkelen som ble funnet under søket er fra 2007. Selv om den er eldre enn ti år, ble det valgt å inkludere artikkelen i litteraturstudien da studien er referert til i flere nyere artikler om temaet. Det ble funnet en relevant fagartikkel under dette søket; Coyne & Scott (2014). Fordi det var ønskelig å finne artikler som omfattet pediatrik pleie og holdninger til utøvelse av tvangsbruk, ble søkeordene «practices» med synonymer samt «pediatric» lagt til. Ved dette kombinasjonssøket ble det valgt ut 2 artikler.

Fordi fagartikkelen som ble funnet ved søk i CINAHL, under søk S9 i søketabellen, var veldig relevant for problemstillingen, så jeg nærmere på litteraturlisten til artikkelen. Dette for å se om det var noen vitenskapelige artikler som var relevante for min oppgave. Her ble det funnet en interessant artikkel som omhandlet barns perspektiv ved sykehusopphold. Det ble deretter utført et håndsøk ved å kopiere referansen i litteraturlisten til fagartikkelen for så lime den inn og søke den opp ved hjelp av Google

Scholar. Coyne & Kirwan (2012) sin forskningsartikkel ble funnet ved hjelp av denne metoden.

Det var ønskelig å finne artikler som tok for seg barns perspektiv på sykehusopphold. Det ble derfor gjort noen justeringer på søkeordene for å finne artikler med dette fokuset. De nye søkeordene er vist i søketabellen. Søket ble utført via Pubmed. Her ble det brukt samme eliminasjonsteknikk som tidligere. I tillegg til avgrensningene som ble gjort (se søketabell) ble artiklene sortert etter årstallet de ble publisert, med nyeste publikasjon øverst. En artikkel ble funnet her.

2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det ble brukt inklusjons og eksklusjonskriterier under søkene. Artiklene måtte være fagfellevurdert/«peer review». Jeg søkte hovedsakelig etter artikler publisert etter 2010. Et annet inklusjonskriterium var at artiklene skulle være skrevet på engelsk eller et av de skandinaviske språkene (norsk, dansk eller svensk). Mulige aktuelle artiklene ble lest grundig gjennom for å forsikre at de skulle være relevante for problemstillingen. Jeg har ekskludert artikler som omhandlet bruk av tvang på barn i psykiatrien, fordi problemstillingen handler om barn i somatikken.

2.4. Kvalitetsvurderinger

Helsebibliotekets sjekklister (2016) for kritisk vurdering av forskningslitteratur er benyttet i gjennomgangen av de 7 valgte artiklene. Tidsskriftene artiklene er publisert i er sjekket i Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2021), og er enten i kategori 1 eller 2. Dette vil si at tidsskriftene artiklene er publisert i er godkjente vitenskapelige publiseringskanaler. Alle artiklene som er valgt er vurdert etisk forsvarlige. Ved at de enten har skriftlig godkjenning fra en etisk komite og/eller skriftlig eller muntlig samtykke fra alle deltagerne. Det er sett på om forskningsartiklene har høy validitet, ved å se om formålet med studiet ble oppnådd i resultatet av forskningen (Dalland, 2017). Studiens reliabilitet er vurdert, altså i hvilken grad forskningen kan etterprøves. Videre er metodedelene gjennomgått, for å se om andre forskere kan bruke samme metodikk til lignende forskning, noe som gir høy indre reliabilitet (LeCompte & Goetz, 1982). Dersom flere forskningsartikler kommer frem til liknende resultat rundt samme temaet viser det at forskningene har en høy ytre reliabilitet (LeCompte & Goetz, 1982). De syv artiklene som er valgt, omhandler enten helsepersonells, sykepleierens eller barnets perspektiv og erfaringer rundt oppholdet i pediatrike avdelinger. Majoriteten av artiklene handler om bruk av fysisk tvang ved slike avdelinger, i forbindelse med blant annet kliniske prosedyrer. De fleste av de valgte artiklene er publisert i sykepleietidsskrifter. Alle artiklene som er valgt er relevante for temaet i oppgaven, noe som gir et homogent datamateriale (Evans, 2002).

2.5. Analyse

I analysen av forskningsartiklene som er funnet, er det valgt å bruke Evans (2002) sin analysemodell. Den går ut på fire faser. Første fase er innsamling av data. Dette er allerede beskrevet under tidligere avsnitt i metodekapittelet. Andre fase er indentifisering av hovedresultater (Evans, 2002). Dette ble gjort ved å lese gjennom alle artiklene flere ganger. Under denne prosessen ble artikkelmatrisen skrevet (se resultat). Her ble resultatene til artiklene skrevet ned i matrisen, noe som ga oversikt over funnene. I tredje fase av analysemodellen skal resultatene sorteres i temaer og sammenlignes på tvers av artiklene (Evans, 2002). Ved hjelp av artikkelmatrisen og den nøye

gjennomlesningen av artiklene ble det funnet relevante hovedtemaer som kunne være til hjelp for å diskutere problemstillingen. Det ble laget en tabell for å organisere funnene på tvers av studiene på en oversiktlig måte. Studiene ble systematisert etter alfabetet, likt som i artikkelmatrisen/søketabellene.

Tabell 2.5. Kategorisering av hovedtemaer

Hovedtemaer:	Studiene fra A-G:
Faktorer som fører til tvang	A, B, C, D, E & F
Metoder sykepleiere kan bruke for å redusere bruk av tvang	B, C, D, E, F & G
Bruk av foreldre/foresatte	B, C, D, E, F & G
Autonomi og medbestemmelse	A, D, B, E, F & G

Tabellen fungerte som et hjelpemiddel og en oversikt over noen av hovedtemaene som gjentok seg i de forskjellige artiklene. Dette har vært med på å vise gjennomgående resultater og uoverensstemmelser i de forskjellige studiene. Med bakgrunn i tabell 2.5 er det funnet flere kategorier og undertemaer som går igjen i studiene. Fjerde trinn består i å lage en beskrivelse og syntese av resultatene (Evans, 2002). Tabellen over illustrerer syntesen av resultatene, som nærmere vil bli beskrevet i Resultater.

2.6. Søketabeller

Nøkkelord er markert med «exp.» foran mens emneord er marker med «.mp».

Tabell 2.6.1 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL Complete	20.04.2021	S1	Restraint, Physical.mp OR exp. restraint OR exp. restraining		9514	
		S2	Exp. Holding children for clinical procedures		6	
		S3	Exp. children OR exp. child* OR Child, Preschool.mp		827370	
		S4	Exp. caregiver OR exp. nurse*		596964	
		S5	Exp. health personnel		111184	
		S6	Exp. procedures or treatments		1299281	
		S7	S1 OR S2		9517	

		S8	S4 OR S5		687117	
		S9	S3 AND S6 AND S7 AND S8		72	A, B og C
		S10	Exp. practices OR exp. attitudes OR (exp. strategies or methods or techniques)		2700717	
		S11	Exp. pediatric OR exp. pediatric care		190885	
		S12	S3 AND S7 AND S8 AND S10 AND S11		78	D og E
Pubmed	22.04.2021	S1	Exp. children OR exp. Children`s wishes OR exp. Children`s feelings		2803986	
		S2	Exp. hospitalization OR exp. hospital life		5619748	
		S3	Exp. communication OR exp. negotiation exp. strategies OR exp. decision making		985899	
		S4	Exp. Observation		3566687	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		3813	
		S6	S5	Full text, in the last 10 years, Danish, English, Norwegian, Swedish, Nursing journals.	112	F

Inkluderte artikler:

- A. Lombart, B., et al., (2020). Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. *Nursing Ethics*, 27(1), 230–246.
- B. 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.
- C. Brenner, M., et al., (2015). An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: A factorial survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9–10), 1189–1198.
- D. Kangasniemi, et al., (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nursing Ethics*, 21(5), 608–620.
- E. Demir, A. (2007). The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 367–374.
- F. Quaye AA, et al., (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *J Clin Nurs*. 2019 Dec;28(23-24):4525-4537.

Tabell 2.6.2 Håndsrøk

Resultat fra håndsrøk:	G. Coyne, I., & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. <i>Journal of Child Health Care</i> , 16(3), 293–304.
-------------------------------	---

3. Resultater

Dette kapitelet presenterer de syv valgte vitenskapelige artiklene og deres resultater. Artikkelmatriksen presenterer de valgte artiklene på en oversiktlig måte.

3.1. Figur: Artikkelmatrikse

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A) Lombart, B., et al., (2020). Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. <i>Nursing Ethics</i> , 27(1), 230–246.	Studien ble gjennomført for å se nærmere på helsepersonells oppfatning og perspektiv på bruk av fysisk tvang i pediatrien.	Det er en kvalitativ studie, som har brukt en etnografisk metode. 30 frivillige helsepersonell fra 5 pediatriske avdelinger ved 4 sykehus i Paris deltok i studien. Studien varte fra mars til juni 2013.	Fysisk tvang var regelmessig benyttet i pediatrien. Tvangsbruk ble begrunnet ved at det var til det beste for barnet, med lite refleksjon rundt det etiske aspektet. Helsepersonell ser ut til å midlertidig «stoppe» å empatisere med pasienten når de bruker tvang under kliniske prosedyrer.	Studien viser til forekomsten av bruk av tvang i pediatrien. Resultatet viser til helsepersonells perspektiv og tanker rundt tvangsbruk.
B) 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.	Tvang er ofte sett på som nødvendig for å få gjennomført en klinisk prosedyre trygt. Forskningen gikk ut på å undersøke sykepleieres perspektiv på tvangsbruk i barnesykehus.	En surveyundersøkelse ble utført for å finne sykepleiernes perspektiv. Den ble utført på fem avdelinger på et barnesykehus i Irland. 50 sykepleiere deltok i undersøkelsen.	Bruk av tvang var regelmessig praktisert på sykehuset. Barn i alderen mellom 0-4 år var mest utsatt for tvang. Bruk av tvang var vanligst ved innsettelse av kanyler, administrering av medikamenter og forhindre tukling med intravenøse inngangsporter.	Studien viser til sykepleieres perspektiv på forekomsten av tvangsbruk, og i hvilke situasjoner bruk av tvang oftest forekommer. Resultatene kan implementeres i reduserende tiltak.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>C) Brenner, M., et al., (2015). An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: A factorial survey. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 24(9–10), 1189–1198.</p>	<p>Hensikten var å finne faktorer som førte til at sykepleierne brukte tvang for å holde barn stille under gjennomføring av kliniske prosedyrer. Dette er den første studien innen emne som sette søkelys på rapporterte faktorer ved praktiseringen av tvang for å implementere forandring basert på studiens funn.</p>	<p>166 sykepleiere som jobber med barn ble sent 10 vignetter med potensielle situasjoner. De ble bedt om å rangere sannsynligheten for at de ville brukt tvang med utgangspunkt i vignettene.</p>	<p>Sykepleiere hadde større sannsynlig for å bruke tvang hvis de hadde tidligere erfaring og undervisning om holdeteknikker, og dersom det ikke var en lekterapeut tilgjengelig. Sykepleiere uten noen form for videreutdanning hadde større sannsynlig for å utøve tvang. Innsettelse av kanyler og om barnet var under fem år, økte risikoen for bruk av tvang.</p>	<p>Resultatene i denne forskningsartikkelen kan overføres til metoder for hvordan man kan redusere forekomsten av tvang.</p>
<p>D) Kangasniemi, et al., (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. <i>Nursing Ethics</i>, 21(5), 608–620.</p>	<p>Tvang i somatisk pediatrik behandling er et hverdagsfenomen som fortsatt er lite rapportert. Målet med studien er å beskrive sykepleierens perspektiv og få en bredere forståelse av tvangsbruk i somatisk pediatrik behandling.</p>	<p>Studien har brukt en kvalitativ metode, og er basert på individuelle intervjuer. Studien ble utført med frivillige sykepleiere. Alle sykepleieren var autoriserte og hadde arbeidserfaring innen pediatrien.</p>	<p>Ifølge sykepleierne var tvang i pediateren sett på som en del av sykepleien, og kunne oppstå daglig. De tvangsrealterte prosessene inkluderte fem kategorier: indentifisering av situasjoner hvor tvang kan oppstå, funn av preventive metoder, indentifisering av forskjellige typer tvang, rasjonalisere bruk av tvang og etter-tvang handlinger.</p>	<p>Resultatet viser til forekomsten av bruk av tvang. Det tar også for seg funn av preventive metoder, som kan hjelpe å svare på problemstillingen.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
E) Demir, A. (2007). The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. <i>International Nursing Review</i> , 54(4), 367–374.	Studien fokuserer på pediatriske sykepleieres holdning til fysisk tvang i Tyrkia, om samtykke er innhentet, fysiske tvangsmetoder brukt i pediatrien og komplikasjoner hos barn utsatt for fysisk tvang.	Artikkelen brukte deskriptive, analytiske og tverrsnittsmetoder med 121 pediatriske sykepleiere som jobbet i pediatrisk kirurgiske, indre medisinske eller barn-intensiv ved fire sykehus. Spørreskjemaet ble fylt ut ved bruk av individuelle intervjuer.	66,9% av sykepleierne rapporterte at sykepleiemangel var hovedgrunnen til økt bruk av fysisk tvang. Fysisk tvang ble redusert hvis moren var til stede med barnet og økte dersom uerfarne sykepleiere hadde ansvaret. Ingen av sykepleierne fikk verbalt eller fysisk samtykke fra foresatte eller barnet. 24,8% rapporterte komplikasjoner hos barnet i etterkant av tvangsbruk.	Resultatene i denne forskningsartikkelen kan overføres til metoder for hvordan man kan redusere forekomsten av tvang.
F) Quaye AA, et al., (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation : An observational study. <i>J Clin Nurs</i> . 2019 Dec;28(23-24):4525-4537.	Studiens formål var å se nærmere på barnets aktive deltagelse i den daglige sykehuspraksisen på barneavdelinger i Sverige. Målet var å identifisere hverdagslige hendelser i medisinsk og sykepleiefaglig behandling som viser barnets aktive deltagelse.	Observasjon av interaksjoner mellom barn i aldersgruppen 2-17 år, deres foreldre, og helsepersonell ble utført på tre pediatriske sykehus i Sverige. Det ble brukt en skala av grad av egen deltagelse. Skalaen beskriver fem nivåer av aktiv deltagelse, der nivå 1 er minst og nivå 5 er mest aktiv deltagelse.	Funnene indikerer at barn, foreldre og helsepersonells handlinger påvirker barns aktive deltagelse i valgavgjørelsesprosesser som involverer helsehjelp. Helsepersonell trenger å fokusere på barnets perspektiv, og planlegge behandling ved å inkorporere barnesentrert omsorgstilnærming.	Studien viser til barnets perspektiv, og resultatene er overførbare til problemstillingen, blant annet med tanke på barnesentrert omsorgstilnærming.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
G) Coyne, I., & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. <i>Journal of Child Health Care</i> , 16(3), 293-304.	Barns meninger og erfaringer rundt sykehusopphold er essensielle for å evaluere og monitorere helsetjenesten. Artikkelen rapporterer barns meninger og ønsker om sykehus og helsepersonell.	Det ble brukt en kvalitativ deskriptiv metode. Barn mellom 7-18 år, fra to barnesykehus og et distrikssykehus i Irland var med i studien. Intervju spørsmålene hadde fokus på sykehus miljøet og fasilitetene, kommunikasjon med helsepersonell og barns deltagelse i beslutningstaking.	Barna hadde både positive og negative syn på sykehus og helsepersonell. Utilfredshet kom av utilstrekkelig informasjon fra leger og sykepleiere. Barna ønsket å uttrykke sine meninger, stille spørsmål og få informasjon om behandling og prosedyrer. De anbefalte at helsepersonell burde gjøre en bedre innsats for å høre på og ta i betraktning barnas perspektiv.	Artikkelen viser barns perspektiv, og kommer med forslag til hvordan helsepersonell kan få en mer barnesentrert tilnærming til behandling og prosedyrer.

3.2. Presentasjon av resultater

Steg fire i Evans (2002) sin analysemodell er å beskrive hovedkategoriene som er valgt. I dette kapitlet er resultatene fra de valgte forskningsartiklene presentert i hovedtemaer og undertemaer funnet i analyseprosessen. De valgte resultatene under de ulike temaene vil beskrive viktige momenter fra forskningen som kan være relevant for oppgavens problemstilling.

3.2.1. Faktorer som fører til tvang

Tre av studiene viser at det ofte forekommer bruk av tvang ved behandling av barn i pediatrien (Kangasniemi et al., 2014; Kirwan & Coyne, 2017; Lombart et al., 2020). Den faktiske bruk av fysisk tvang er sjeldent dokumentert (Kangasniemi et al., 2014). To av studiene viser en større tendens til tvangsbruk på barn under 5 år (Brenner et al., 2015; Kirwan & Coyne, 2017). Ifølge Brenner (2015), Kangasniemi (2014) og Kirwan & Coyne (2017) er innsettelse av kanyler en av prosedyrene der tvang oftest blir brukt. Sykepleiere i Kangasniemi (2014) sin studie har beskrevet at prosedyrer som kan medføre smerter, som for eksempel stikking og injeksjoner, ofte forsterker barnets frykt, noe som gjør at fysisk tvang forekommer. Lombart (2020) nevner at innsettelse av tuber og sonder er prosedyrer som kan kreve tvang.

Sykepleiere med mindre klinisk erfaring (Kirwan & Coyne, 2017) og de som kun hadde grunnutdanning (Brenner et al., 2015; Demir, 2007) hadde alle større sannsynlig for å bruke tvang. Videre fant Lombart (2020) at sykepleierne hadde større sannsynlig for å utøve tvang dersom de ikke følte seg kompetente. Samtlige av studiene nevnte at

organisatoriske faktorer som sykepleiemangel økte forekomsten av fysisk tvang (Brenner et al., 2015; Demir, 2007; Kangasniemi et al., 2014). Fire av studiene viser at noe av tvangsbruk kom av at sykepleierne hadde det travelt, og derfor brukte tvang for å få gjennomført prosedyrene fortere (Brenner et al., 2015; Demir, 2007; Kangasniemi et al., 2014; Lombart et al., 2020). Kirwan og Coyne (2017) rapporterte at 36% av sykepleierne sa at de av og til brukte tvang mot barn selv om de følte det var unødvendig. Quaye (2019) sine resultater viser at tvang forekom når barna ikke var aktivt involvert og helsepersonell ikke involverte barna i valgavgjørelser som omhandler dem.

I både Kirwan og Coyne (2017) og Demir (2007) kom det frem at det ble prøvd alternative metoder før sykepleierne tydde til tvang. Det ble prøvd foreldreinvolvering, informasjon til barnet og bruk av lek (Kirwan & Coyne, 2017). I studiene til Lombart (2020) og Kangasniemi (2014) kom det frem at bruk av tvang ble begrunnet med at det var eneste og siste utvei, og at det ble gjort for barnets beste (Lombart et al., 2020). Sykepleierne i Lombart (2020) sin studie sa at de følte på en forpliktelse til å gjennomføre den forordnede prosedyren. Brenner (2015) nevner at sykepleiere som har hatt opplæring i teknikker som inkluderte tvang, hadde større sannsynlighet til å bruke tvang i praksis.

3.2.2. Typer tvang

Kangasniemi (2014) fant at fysisk, psykologisk og medisinsk tvang forekom under sykepleieutøvelse ved behandling av barn. Medisinsk tvang ble definert som bruk av bedøvende og beroligende medikamenter. Psykologisk tvang så man i form av bestikkelser, overtalelse og trusler. Fysisk tvang ble brukt ved å hindre barnets bevegelse, som ved holdning av kroppsdeler med og uten bruk av hjelpemidler (Kangasniemi et al., 2014). Halvparten av sykepleierne i Kirwan og Coyne benyttet psykologisk tvang ofte.

3.2.3. Tvang, autonomi og empati

Flere sykepleiere begrunner bruk av tvang, ved at behovet for å gjennomføre prosedyren der og da var større enn behovet for å ivareta barnets autonomi (Kangasniemi et al., 2014; Lombart et al., 2020). Fordi de mente at prosedyrens nødvendighet rangerer over barnets ønske (Kangasniemi et al., 2014; Lombart et al., 2020). Kirwan og Coyne (2017) spurte sykepleierne om de innhenter samtykke fra pasienten og foreldrene/foresatte før de benytter tvang. Her kom det frem til at flere sykepleiere spurte om samtykke fra foreldrene enn barnet, og at en mindre andel ikke spurte om samtykke fra noen av partene (Kirwan & Coyne, 2017). I studien til Demir (2007) fikk ingen av sykepleierne muntlig eller skriftlig samtykke av foresatte eller barna. Halvparten av dem forklarte barna og foresatte om hvorfor de brukte fysisk tvang. Flere begrunnet dette med at barna ikke kan gi samtykke fordi de ikke forstår informasjonen som gis (Demir, 2007). Lombart (2020) og Kangasniemi (2014) har funnet at flere sykepleiere har en tendens til å ha midlertidig fravær av empati ved bruk av tvang ved behandling av barn. Lombart (2020) beskriver dette som en «forbigående empatisk blindhet».

3.2.4. Metoder sykepleiere kan bruke for å redusere bruk av tvang

Coyne og Kirwan (2012), Kangasniemi (2014) og Quaye (2019) viser at forberedelser som informasjon til barnet og foreldrene om prosedyren og eventuelle forventninger er en alternativ metode til tvang. De nevnte studiene viser viktigheten av å gi barna muligheten til å ta avgjørelser og delta i valgavgjørelser (Coyne & Kirwan, 2012;

Kangasniemi et al., 2014; Quaye et al., 2019). Brenner (2015) viser at sjansen for bruk av tvang redusertes betydelig når en lekterapeut var til stede, og når barna ikke avbrøyt prosedyren. Når bruk av tvang ble sett på som et etisk dilemma av de ansatte fant Lombart (2020) ut at tvangsbruk ble mindre vanlig. Sykepleierne i Kirwan og Coyne (2017) rapporterte at det ville være behjelpelig med et vurderingsverktøy for bruk av tvang i praksis.

3.2.4.1. Bruk av foreldre/foresatte

Samarbeid med foreldrene under prosedyren ble sett på som effektivt hvis foreldrene var samarbeidsvillige (Kangasniemi et al., 2014). Quaye (2019) viser at foreldres holdninger og samhandling med helsepersonell hadde stor innvirkning på barnets oppførsel. Sykepleierne mente at foreldrenes viktigste rolle var å berolige, distrahere og trygge barnet under prosedyren (Kangasniemi et al., 2014). I studien til Kirwan og Coyne (2017) mente mange av sykepleierne at foreldre hjalp positivt til når de ble med under prosedyren. Brenner (2015) viser at når foreldrene ikke var til stede under prosedyren økte risikoen for bruk av fysisk tvang, og dersom de var til stede reduserte sjansen. 17,6% av sykepleierne i Demir (2007) brukte ikke tvang dersom moren fulgte barnet. Flere av barna ønsket selv å ha foreldrene til stede, fordi de var redde for å være alene (Coyne & Kirwan, 2012).

3.2.4.2. Innvolvering av barna

Coyne og Kirwan (2012) viser at barna selv ønsket informasjon og å delta i avgjørelser som omhandler dem. Quaye (2019) forsterker dette ved at tvang ikke ble bruk i behandling av barn som har blitt hørt og fått være aktive i valgavgjørelser. Demir (2007) viser at 31% av sykepleierne fjernet tvang som et alternativ hvis de kommuniserte bra med barna. Det kom frem i Coyne og Kirwan (2012) at noen av barna mente at involvering i egen behandling ikke burde være avhengig av en viss alder eller aldersgrense. De mente at informasjon og deltagelse fører til bedre valgavgjørelser (Coyne & Kirwan, 2012).

4. Diskusjon

I diskusjonskapittelet blir teoridelen diskutert opp mot resultatene til de valgte vitenskapelige artiklene i lys av litteraturstudiens problemstilling; Hvordan kan sykepleiere redusere bruk av tvang på barn under kliniske prosedyrer ved pediatriske avdelinger? Siden implikasjoner for sykepleie kommer frem i hele diskusjonen, er det valgt å ikke ha et eget avsnitt for dette. I metoderefleksjonen vil det bli diskutert styrker og svakheter ved studien. Det siste avsnittet konkluderer og oppsummerer hovedfunnene i litteraturstudien.

4.1. Hvorfor er tvang vanlig i pediatrien?

Det er viktig å diskutere hvilke faktorer som fører til tvang i pediatrien. Dette fordi det er nødvendig å ha et reflektert forhold til bruk av tvang for å kunne redusere den. Når man vet hvilke faktorer som fører til tvang, kan man implementere reduserende tiltak. I følge Kangasniemi (2014) er bruk av tvang underdokumentert. Konsekvenser for pasienten, foresatte og sykepleierne i etterkant av fysisk tvang er også lite dokumentert (Kirwan & Coyne, 2017). Dette tyder på at sykepleierne burde bli flinkere til å dokumentere bruk av tvang i pediateren og hvilke konsekvenser det har. Dette er viktig for å få bedre innsikt i forekomst og rapportere avvik.

Organisatoriske faktorer som er vist å øke forekomsten av tvang i pediatrien er sykepleiemangel (Brenner et al., 2015; Demir, 2007; Kangasniemi et al., 2014). Tre av studiene viser at sykepleiere med mindre klinisk erfaring og som kun hadde grunnutdanning hadde større sannsynlige for å bruke tvang (Brenner et al., 2015; Demir, 2007; Kirwan & Coyne, 2017). Det faktum at grad av sykepleiefaglig kompetanse pasienten får, har noe å si for forekomsten av tvang går imot rettferdighetsprinsippet. Det kan tenkes at et organisatorisk tiltak for å redusere bruk av tvang vil være å ansette flere spesialiserte sykepleiere, og fordele disse utover turnusen. Sykepleierne i studien til Lombart (2020) nevnte at det var større sannsynlighet for at de bruke tvang når de ikke følte seg kompetente. Ved å fordele erfarende sykepleiere utover vaktene kan disse være en støtte og hjelp til de andre sykepleierne. Som sykepleierstudent har jeg selv hatt nytten av veiledning fra mer erfarne sykepleiere.

Alderen på barnet og hvilken prosedyre som skal gjennomføres påvirker forekomsten av tvang. Ifølge Brenner (2015) og Kirwan og Coyne (2017) har barn under 5 år en større risiko for å oppleve tvang. Prosedyrer som kan medføre smerte eller ubehag, som innsettelse av kanyler eller intubasjon er noen av de prosedyrene der tvang blir brukt hyppigst (Kangasniemi et al., 2014; Kirwan & Coyne, 2017; Lombart et al., 2020). Fordi rettferdighetsprinsippet går ut på at alle som er like skal bli behandlet likt (Beauchamp & Childress, 2013), burde ikke disse faktorene ha noe å si for forekomsten av tvang. Alle barn som må gjennom prosedyrer, burde i prinsippet få lik behandling.

Ikke-skade prinsippet går ut på at sykepleierne ikke skal handle med intensjon om å skade andre, og dersom en handling kan komme i fare for å skade, må den være begrunnet (Beauchamp & Childress, 2013). I forskningen til Lombart (2020) og Kangasniemi (2014) kom det frem at sykepleierne begrunnet tvangsbruk med at det var eneste/siste utvei og/eller at det var til barnets beste. Denne siste begrunnelsen kan forstås som at sykepleierne mente at prosedyren ville være svært viktig for bedring av barnets helsetilstand. Dersom dette er tilfelle kan det begrunnes med at gjøre godt

prinsippet trumfer ikke-skade prinsippet. Et par av studiene viser at sykepleierne hadde prøvd alternative metoder som foreldreinvolvering, informasjonsutdeling og bruk av lek før de tydde til tvang (Demir, 2007; Kirwan & Coyne, 2017). Det kan virke som bruk av tvang i disse tilfellene kom av at tvangsbruk var siste metode for å gjennomføre en nødvendig prosedyre. På den andre siden viser flere av studiene at sykepleierne tydde til tvang dersom de hadde det travelt (Brenner et al., 2015; Demir, 2007; Kangasniemi et al., 2014; Lombart et al., 2020). 36% av sykepleierne i Kirwan og Coyne (2017) brukte tvang selv om de følte det var unødvendig. Bruk av fysisk tvang fordi man har det travelt blir ikke sett på som en rettferdiggjørende begrunnelse. Siden det går imot rettferdighetsprinsippet ved at faktorer som sykepleierens personlige følelse av stress og hast går utover enkelte pasienter. Dette er spesielt viktig å belyse siden sykepleiere ifølge de yrkesetiske retningslinjene har et særlig ansvar overfor pasienten om å beskytte de mot unødvendig tvang. På den andre siden vil det uansett være vanskelig å oppnå rettferdighet, når det ikke finnes en egen lov eller forskrift for bruk av tvang ved behandling av barn på pediatriske avdelinger.

4.2. Betydningen av autonomi og empati i utøvelsen av sykepleie på barn

Ifølge Lombart (2020) blir prosedyrene prioritert over barnets autonomi. Dette går imot det helseetiske prinsippet om autonomi og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleiere skal respektere pasientens rett til selvbestemmelse (Beauchamp & Childress, 2013; NSF, 2021). Både Lombart (2020) og Kangasniemi (2014) har funnet at flere sykepleiere har en «forbigående empatisk blindhet» til pasientene når de utøver tvang under prosedyrer. Martinsens sykepleieteori sier at det er en viktig del av den sykepleiefaglige omsorgen å være aktiv i den andres lidelse (Aadland, 2005). Vi kan forestille oss at sykepleieren ikke er aktive i barnets lidelse når de har en empatisk distanse under utøvelsen av tvang. Selv om foreldre/foresatte har samtykket til utøvelse av en prosedyre, har ikke førskolebarn nødvendigvis den kognitive forståelsen av hvorfor dette er nødvendig. Martinsen skriver at omsorgen kan komme til uttrykk som overgrep derom sykepleierne ikke lytter til pasientens appell (Austagrød, 2010). Man kan trekke linjer fra dette over til tvangsbruk mot barn som motsetter seg prosedyrer. Det kan virke som noen av sykepleierne bruker sin profesjonelle makt til å prioritere utøvelsen av prosedyren over barnets motsettelser og perspektiv. Når barnet blir behandlet mot sin vilje er de i en sårbar posisjon, og kan oppfatte tvangsbruk som en krenkelse av autonomien. Dette kan sees som et svik i den profesjonelle omsorgen, og kan bli oppfattet som overgrep av barna.

Ifølge norsk lovverk er det foresatte til barn i førskolealder som skal samtykke til helsehjelp for barna. Barn har likevel en rett til medbestemmelse i helserelaterte spørsmål (*FNs konvensjon om barnets rettigheter*, 1989; BarneLov, 1981, §31). Både Kirwan og Coyne (2017) og Demir (2007) fant at de fleste sykepleierne ikke spurte om samtykke fra foreldre eller barna før de brukte tvang. Dette kan tyde på at sykepleierne ikke hadde et reflektert forhold til tvangsbruk og derfor ikke så det som en mulig lovovertrødelse. Sykepleierne i Demir (2007) sin studie begrunnet at de ikke spurte om samtykke blant annet med at det ikke var noen vits i å forklare og spørre barna siden de ikke forstod informasjonen og derfor ikke kunne samtykke. Det andre stadiet i Eriksons utviklingsmodell motsier dette ved at barn i alderen 1-3 år er i en fase hvor de utvikler følelsen av autonomi. Erikson begrunner dette ved at ettersom barn i denne alderen kan gå, utforske, snakke og tydelig si nei, er de i en fase hvor de utforsker egne grenser

(Glasper & Richardson, 2010). Noen av barna i studien til Coyne og Kirwan (2012) mente at medbestemmelse i helserelaterte spørsmål ikke burde være avhengig av alder eller en aldersgrense. Barnelova (1981) §31 adresserer dette ved at barn som er i stand til å danne egne synspunkter har rett til å uttrykke sine meninger og bli hørt av foreldre før det blir gjort en endelig beslutning om helsehjelpen. Dersom vi tar utgangspunkt i Eriksons utviklingsmodell kan man anta at barn fra 1-3 års alderen er i stand til å danne egne synspunkt, og derfor har en rett til å bli hørt. Når barnet motsetter seg en prosedyre, er det et uttrykk for grensesetting og bruk av egen autonomi. Det at det blir brukt tvang i slike situasjoner bryter hovedprinsippet bak samtykke, som er å forhindre brudd på autonomi og personlig integritet.

4.3. Sykepleiehandlinger som alternativ til tvang for å gjennomføre prosedyrer på barn

Tre av studiene viser at forberedelser før prosedyren var et tiltak som kunne redusere bruk av tvang (Coyne & Kirwan, 2012; Kangasniemi et al., 2014; Quaye et al., 2019). Studiene påpeker at informasjon til barnet og foreldrene om situasjonen og samtaler om forventninger til prosedyren er gode tiltak. Dette kan være med på å likestille den asymmetriske maktbalansen som Martinsen snakker om, ved å videreformidle profesjonell kunnskap til pasienten. Informasjon der sykepleierne forklarer steg for steg hva som skal skje, gjerne ved hjelp av visuelle hjelpemidler er lurt for mindre barn (Coyne & Scott, 2014). Det er et tiltak å la barna ta på utstyret som skal brukes, og leke med det blant annet ved å utføre prosedyren på dukker (Coyne & Scott, 2014). Barna kan på denne måten bli komfortable med utstyret som skal brukes og via leken få en større forståelse for hva som faktisk skal skje. Dette er spesielt viktig for barn i førskolealder fordi de har en magisk tenkning og fort kan misforstå og overdramatisere prosedyrer som virker skumle (Grønseth & Markestad, 2017). Brenner (2015) påpeker at risikoen for tvang ble betydelig reduserte når en lekterapeut var til stede. Dette viser til lekens betydning for å kunne redusere bruk av tvang. I min praksis har jeg ikke opplevd at det er leketerapeuter ved norske sykehus. Det kan tenkes at leketerapeutens rolle i Brenner sin studie er overførbar til en del av sykepleierens oppgaver i Norge. Informasjon ved hjelp av lek i forkant av en prosedyre kan derfor være et tiltak som mulig kan redusere fysisk tvang. Et annet tiltak er å hjelpe barnet med dens foretrukne distraksjons/mestringsteknikk under prosedyren (Coyne & Scott, 2014). Lek kan være en effektiv distraksjons- og mestringsteknikk. I min praksis har jeg selv brukt og sett effekten av lek som teknikk for å gjennomføre prosedyrer. Et eksempel på dette er bruk av såpebobler som distraksjon.

Sykepleierne bør spørre seg om prosedyrene virkelig er nødvendig for å bedre barnets helsesituasjon (Coyne & Scott, 2014; Grønseth & Markestad, 2017). Dette for å unngå unødvendig bruk av tvang, slik det står i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at man skal gjøre (NSF, 2021). Under selve prosedyren er det lurt å ha en rolig stemning og utføre prosedyren i barnets tempo, og ikke fortsette før barnet er klart (Coyne & Scott, 2014). Selv om dette virker som et godt tiltak, fant Brenner (2015) ut at sykepleierne hadde en større tendens til å bruke tvang dersom barnet ba sykepleierne om å stoppe under prosedyren. Den samme studien fant en betydelig reduksjon i sannsynligheten for bruk av tvang dersom barnet ikke ba sykepleierne om å stoppe underveis. Dette kan tyde på at sykepleierne ikke bør gi barnet valg om å stoppe når de først er i gang med en prosedyre. Kangasniemi (2014) så på tiltak i etterkant av en prosedyre. De fant at det kunne være nyttig med en debrifing med barnet og foreldrene i etterkant. Det å betrygge

og rose barnet i etterkant av en prosedyre, kan være viktig slik at de ikke sitter igjen med ubehagelige minner. Dette er med på å anerkjenne de følelsene barna uttrykte. Til mindre barn kan belønning i form av premier være effektivt (Coyne & Scott, 2014). I egen praksis har jeg sett at premier ofte fungerer som belønning og har blitt brukt som «bestikkelse» i forkant av en prosedyre. I følge Kangsaniemi (2014) er slike bestikkelser sett på som psykologisk tvang. Det kan på den andre siden være et effektivt hjelpemiddel for å redusere forekomsten av fysisk tvang.

I studien til Kirwan og Coyne (2017) kommer det fram at sykepleierne tenker at det å få opplæring i bruk av tvang kunne være med på å redusere bruken. De nevnte at det hadde vært nyttig å ha et vurderingsverktøy for bruk av tvang i pediatrien som de kunne ha i avdelingen. Brenner (2015) på den andre siden, kom frem til at sykepleiere som tidligere har fått instruks og informasjon om bruk av tvang hadde større sannsynlig for å bruke tvang. Det blir derfor vanskelig å si om opplæring i bruk av fysisk tvang er med på å redusere forekomsten. Det å ha et vurderingsverktøy for når man eventuelt kan bruke tvang kan derimot være et tiltak. Lombart (2020) nevner at dersom man ser på tvang som et etisk dilemma reduseres bruken. Dette kan vise til at opplæring og informasjon om de etiske dilemmaene rundt bruk av tvang på barn kan være et effektivt tiltak.

4.3.1. Hvordan kan involvering av foreldre/foresatte hjelpe?

Det å ha foreldre til stede under prosedyrer er et av de viktigste tiltakende for å redusere bruk av tvang, siden foreldrenes tilstedeværelse reduserer barnets stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2017). Flere av barna i studien til Coyne og Kirwan (2012) nevnte at de ønsket å ha foreldrene til stede. Dette er spesielt viktig for yngre barn fordi de ifølge Eriksons utviklingsstadier er i en fase hvor de utvikler tillitt (Glasper & Richardson, 2010), for eksempel i form av tillitsbaserte relasjoner. Barn i førskolealder har behov for opprettholdelse av trygge omgivelser (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldre kan fungere som en trygg og kjent base for barna under fremmede prosedyrer på sykehus. Både Brenner (2015) og Demir (2007) fant ut at det var mindre sannsynlig at barna ble utsatt for tvang dersom en av foreldrene fulgte med barnet under prosedyren. Foreldre kan betrygge og gi barna emosjonell støtte under prosedyrer (Coyne & Scott, 2014; Grønseth & Markestad, 2017). I følge Kangasniemi (2014) så sykepleierne viktigheten av et godt foreldresamarbeid under prosedyrer. Siden barna ofte er trygge på foreldrene sine kan det tenkes at det er viktig for sykepleierne med et godt foreldresamarbeid for å få barna på lag. Quaye (2019) understreker dette ved å vise at foreldrenes samhandling med helsepersonell hadde stor innvirkning på barnets oppførsel.

4.3.2. Barns aktive deltagelse - muligheter & utfordringer

Det å høre på barna og ha kunnskap om deres perspektiv kan hjelpe å redusere bruk av tvang (Coyne & Scott, 2014; Grønseth & Markestad, 2017). Prosedyrer er en av de største kildene til stress for barn på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017). Frykten for det ukjente som prosedyren, eventuelle smerter og ubehag samt kunnskapsmangel er de vanligste årsakene til engstelse for prosedyrer. Grunnet barn i førskolealder sin magiske tenkning og konkrete tankegang, oppstår det ofte vrangforestillinger om sykdom og behandling på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017). Det kan derfor være viktig å informere barna og lytte til de for å oppklare vrangforestillinger, slik at prosedyrer ikke blir skumlere enn nødvendig. Coyne og Kirwan (2012) viser til at barna kan oppfatte det som skummelt dersom informasjon blir gitt til bare foreldrene og ikke direkte til dem. Barna sa at de tenkte at det ble gitt dårlige nyheter. Det er derfor viktig å snakke direkte

til barna med enkelt og forståelig språk tilpasset alder, slik at de forstår informasjonen (Grønseth & Markestad, 2017). Noen av deltagerne i Coyne og Kirwan (2012) sin studie mente at det å informere og involvere barna førte til bedre valgavgjørelser. Det å gi barna valg underveis er viktig fordi det øker følelsen av medbestemmelse og mestring (Coyne & Scott, 2014; Grønseth & Markestad, 2017). Her kan man for eksempel gi de konkrete valg som hvilken arm de vil bli stukket i. Quaye (2019) viser at det ikke ble benyttet tvang ved behandling av barn som ble hørt av helsepersonellet og fikk være aktive i valgavgjørelser. Dette kan tyde på at et viktig tiltak for å redusere tvangsbruk er å informere barna på en forståelig måte, for deretter lytte til deres meninger og handle ut ifra dette. De fleste barn ønsker selv å bli informert og delta i avgjørelser som omhandler dem (Coyne & Kirwan, 2012). Eriksons utviklingsstadier nevner at barn i alderen 3-5 år er i en fase hvor det handler om initiativ versus skyld. Det er derfor viktig for barn i denne alderen å få lov til å delta og være aktive i behandlingen. Dette slik at de ikke utvikler en følelse av skyld for å være på sykehuset, da barn i førskolealder har lett for å koble sykdom og prosedyrer med straff (Grønseth & Markestad, 2017). Viktigheten av samarbeid med barna kommer frem i Demir (2007) sin studie, der 31% av sykepleierne fjernet tvang som et alternativ dersom de kommuniserte bra med barna.

4.4. Metoderefleksjon

Det er valgt å bruke både kvantitative og kvalitative studier i oppgaven siden dette er med på å gi en mer kompleks forståelse av problemstillingen. Det er benyttet oversiktsartikler og en del fagbøker i teoridelen. Selv om disse ofte er sekundærkilder er det valgt å bruke de i teoridelen fordi de gir en god oversikt over relevant kunnskap. Jeg har brukt primærkilder der disse har vært tilgjengelige.

De fleste av artiklene er publisert etter 2010, noe som gjør at forskningen er forholdsvis ny og dermed tidsrelevant. En av forskningsartiklene er publisert i 2007. Siden denne artikkelen var relevant for problemstillingen og jeg så at den ble brukt i flere av de nyere artiklene om temaet, valgte jeg fortsatt å ha den med i litteraturstudien.

Alle forskningsartiklene som er brukt i litteraturstudien er skrevet på engelsk og er derfor oversatt underveis. Dette kan være en mulig svakhet siden resultater kan komme til uttrykk annerledes på norsk enn engelsk. Seks av syv artikler er publisert fra vestlige land, noe som gir høy overførbarhet til norske forhold. Den ene artikkelen om barns perspektiv er fra Sverige, og trolig lett overførbar til norske forhold. Demir (2007) derimot er fra Tyrkia, som på mange måter er ganske ulikt Norge. Det kan derfor tenkes at noen av resultatene fra denne studien ikke er like relevante for norske forhold. Derimot er flere av resultatene til studien sammenfallende med de øvrige studienes resultater, noe som allikevel indikerer en høy ytre reliabilitet.

Fordi jeg har valgt å fokusere på barn i alderen 3-5 år, kan det være en svakhet for litteraturstudien at det er inkludert forskning som omhandler eldre barn. Siden flere av problemstillingene og resultatene i studiene var relevante for oppgaven, ble disse artiklene inkludert.

Tre av de valgte artiklene har helsepersonell som intervjuobjekter. Fordi helsepersonell rommer sykepleiere, har jeg valgt å inkludere disse. Quaye (2019) tar for seg barns interaksjon med helsepersonell, men spesifiserer i resultatene at de har fokusert på sykepleiere og leger. De resterende fire artiklene i litteraturstudien har særlig fokus på sykepleiernes perspektiv.

4.5. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse forekomsten av fysisk tvang i pediatrien og å finne alternative sykepleiemetoder for å redusere tvangsbruk under kliniske prosedyrer på barn i førskolealder. Samtlige vitenskapelig artikler og teori peker på at tvang er en del av hverdagen til sykepleiere på pediatriske avdelinger. Et organisatorisk tiltak for å redusere tvang kan være å ansette flere sykepleiere, for å sikre god gjennomføring av prosedyrer og redusere stress. For å kunne få et enda bedre bilde av bruk av tvang under prosedyrer burde sykepleierne bli flinkere til å dokumentere forekomsten av fysisk tvang. I litteraturstudien har det kommet frem at sykepleierne burde ha et reflektert forhold til tvangsbruk, og kunnskap om dens etiske dilemmaer. Dette fordi det kan vise seg å redusere forekomsten.

Litteraturstudien peker på at god kommunikasjon mellom sykepleier og barn er svært viktig. Barn i førskolealder har rett på å bli hørt når det gjelder helserelaterte spørsmål. Det er derfor viktig for sykepleierne å informere barnet på en aldersadekvat måte slik at de forstår hva som skal skje. Sykepleierne burde oppfordre barna og foreldrene til å være aktivt deltagende i helserelaterte avgjørelser. Dette fordi barns medbestemmelse er vist å redusere risikoen for bruk av tvang. Et godt foreldresamarbeid er viktig for reduksjon av tvang, da flere studier viser en reduksjon i bruk av tvang når foreldrene fulgte med barna under prosedyrene. Sykepleiernes samhandling med foreldrene er også vist å påvirke barnets oppførsel.

Det å la barna leke med medisinsk utstyr før en prosedyre kan være med på å ufarliggjøre redskapene, og gi en visuell forklaring på hva som skal skje. Lek som mestring og distraksjonsteknikker under selve prosedyren kan roe ned barnet slik at man reduserer sjansen for at det oppstår en situasjon hvor tvang blir et alternativ. Dette viser til lekens betydning for å kunne redusere bruk av fysisk tvang under kliniske prosedyrer på barn.

Det kan være et kompetansehevende tiltak å opprette internundervisning for sykepleiere på pediatriske avdelinger. Internundervisningen bør omfatte temaer som barns autonomi og selvbestemmelse i helsevesenet, etiske dilemmaer ved bruk av tvang, foreldresamarbeid og kommunikasjon og lek med barn før og under prosedyrer. Siden det i Norge ikke finnes en egen lov for å regulere bruk av tvang i pediatrien, kan det også være et tiltak å utarbeide et vurderingsverktøy for bruk av tvang som sykepleierne kan ha tilgjengelig på avdelingen.

Referanser

- Austagrød, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (2. utg.). Cappelen akademisk.
- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.
<https://lovdata.no/NL/lov/1981-04-08-7>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Bray, L., Snodin, J., & Carter, B. (2015). Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: An ethical consideration of the evidence. *Nursing Inquiry*, 22(2), 157–167. <https://doi.org/10.1111/nin.12074>
- Brenner, M., Drennan, J., Treacy, M. P., & 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), 1189–1198. <https://doi.org/10.1111/jocn.12650>
- Brenner, M., Treacy, M. P., Drennan, J., & Fealy, G. (2014). Nurses' Perceptions of the Practice of Restricting a Child for a Clinical Procedure. *Qualitative Health Research*, 24(8), 1080–1089. <https://doi.org/10.1177/1049732314541332>
- Coyne, I., & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Child Health Care*, 16(3), 293–304.
<https://doi.org/10.1177/1367493512443905>
- Coyne, I., & Scott, P. (2014). Alternatives to restraining children for clinical procedures. *Nursing Children & Young People*, 26(2), 22–27.
<https://doi.org/10.7748/ncyp2014.03.26.2.22.e403>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Demir, A. (2007). The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 367–374.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00547.x>

- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.
- FNs konvensjon om barnets rettigheter*, (1989) (testimony of FNs barnekonvensjon).
<https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>
- Forsberg & Wengström. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Natur & kultur.
- Glasper, A., & Richardson, J. (2010). *A Textbook of children's and young people's nursing* (2nd ed.). Churchill Livingstone/Elsevier.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforl.
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no. /kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor
- Helsedirektoratet. (2018a). § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Barns særlige rettigheter*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/barns-saerlige-rettigheter>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hull K & Clarke D. (2010). Restraining children for clinical procedures: A review of the issues. *British Journal of Nursing*, 19(6), 346–350.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.6.47233>
- 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>

- 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., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon: Bd. b. 1* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Ethnographic Data Collection in Evaluation Research. *Educational Evaluation and Policy Analysis, 4*(3), 387–400.
<https://doi.org/10.3102/01623737004003387>
- Lombart, B., De Stefano, C., 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>
- MeSH. (2021, april 28). *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*.
<http://mesh.uia.no/>
- NSD. (2021). *Søk i kanalregister | NSD - Norsk senter for forskningsdata*.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF. (2021). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/NL/lov/1999-07-02-63>
- Quaye, A. A., Coyne, I., Söderbäck, M., & Hallström, I. K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *Journal of Clinical Nursing, 28*(23–24), 4525–4537.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15042>
- Royal College of Nursing. (2019). *Physical intervention in children | Publications | Royal College of Nursing*. The Royal College of Nursing. /professional-development/publications/pub-007746

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

Wyller, V. B. (2014). *Frisk: Cellebiologi, anatomi og fysiologi* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Aadland, E. (2005). *Etikk for Helse for sosialarbeidere* (3. utg.). Det Norske Samlaget.

Aasen, H. S. (2008). Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 6(01), 3–26. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-9553-2008-01-02>

