

10002

Hvordan kan sykepleier unngå bruk av tvang på barn, under medisinske prosedyrer på sykehus?

Emnekode: HSYK 3003

Litteraturbachelor

Antall ord: 7665

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Jorunn Andrea Brænd
Oktober 2021

10002

Hvordan kan sykepleier unngå bruk av tvang på barn, under medisinske prosedyrer på sykehus?

Emnekode: HSYK 3003

Litteraturbachelor

Antall ord: 7665

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Jorunn Andrea Brænd
Oktober 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: De fleste barn som blir innlagt på sykehus må gå gjennom medisinske prosedyrer som ofte kan virke skremmende, uvante eller smertefulle. Ulik form for tvang kan i mange tilfeller oppfattes nødvendig av helsepersonell for å få gjennomført disse prosedyrene, da barn av naturlige årsaker motsetter seg dette. Å oppleve tvang i en allerede skremmende situasjon kan oppleves traumatisk og føre til kortvarige og langvarige skader hos barna.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne «verktøy» sykepleier kan bruke som alternativ til tvang, med mål om å unngå tvangsbruk i disse situasjonene.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie. Gjennom systematisk søk etter litteratur om tvang på barn på sykehus, og en grundig analyse og gjennomgang ble det valgt ut 8 kvantitative og kvalitative forskningsartikler og faglitteratur.

Resultat: Det var særlig noen hovedtema som gikk igjen i litteraturen. Ved å sammenfatte disse kom jeg frem til noen hovedpunkter.

1) Å etablere en god relasjon til barnet (gjennom ærlig kommunikasjon, lek), 2) Involvere foreldre (avklare roller, gi god informasjon), 3) Styrke barnets medvirkning (forberedelser, involvering, deltakelse), 4) Bevisstgjøre holdninger (barnets beste, barneperspektiv).

Gjennom hensiktsmessig kommunikasjon kan sykepleier ta i bruk disse «verktøyene» og bruke dem til å støtte barn til å mestre prosedyrer og dermed unngå bruk av tvang.

Konklusjon: Sykepleier kan unngå bruk av tvang med å støtte barn til å mestre prosedyren, gjennom hensiktsmessig kommunikasjon. Å etablere relasjon, involvere foreldre, styrke medbestemmelser og bevisstgjøre holdninger kom fram som viktige faktorer.

Nøkkelord: barn, sykepleie, tvang, støtte, mestring.

Abstract

Background: During hospitalization, most children most undergo medical procedures that can be unfamiliar, seem frightening or painful. When children resist to the procedures nurses can perceive it as necessary to restraint the child in order to carry out the procedure. For a child that is already in an stressful environment, undergo physical restraint can lead to traumatic experiences, and cause long-term and short-term harm for the child.

Purpose: To explore how nurses can use specific methods as alternatives to restraint, with an aim to avoid use of restraint during medical procedures.

Methods: The method that was used was a systematic literature study. It is based on 8 research articles and scientific literature. The research articles were both qualitative and quantitative studies.

Results: Several approaches to performing procedures on children is mentioned in the literature. These approaches are summarized in the following points. 1) Establishing a good relation to the child (especially through communication, honesty and play), 2) Involving the parents (Agree upon roles and give thorough information), 3) Strengthen the involvement of the child (Prepare and involve the child in the decision making), 4) Raise awareness on the approaches towards children (the child's best interest, and how to see the situation from the child's perspective). Nurses can, through communication, use these tools to support the children in coping the procedures and thereby avoiding the use of restraint.

Conclusions: Nurses can avoid using restraint by supporting the children in coping the procedure through communication. To establish a good relation to the parents, strengthen the child's involvement in the decision making and raising awareness on the attitude towards children, are important factors when working with children.

Key Words: child, nurse, restraint, support, coping.

Forord

Come stop your crying

It will be alright

Just take my hand

Hold it tight

I will protect you

From all around you

I will be here

Don't you cry

For one so small

You seem so strong

My arms will hold you

Keep you safe and warm

This bond between us

Can't be broken

I will be here don't you cry

- Phil Collins

Innhold

Tabeller.....	vii
1. Introduksjon.....	8
1.1. Innledning.....	8
1.1.1. Presentasjon av tema	8
1.1.2. Bakgrunn for valg av tema	8
1.2. Teori som belyser problemstillingen.....	9
1.2.1. Lovverk og yrkesetisk retningslinjer.....	9
1.2.2. Etikk for sykepleien	9
1.2.3. Barns alder.....	9
1.2.1. Sykepleie til barn på sykehus.....	10
1.2.1. Kommunikasjon med barn.....	11
1.2.1. Relasjon mellom sykepleier og barn.....	11
1.2.2. Mestring.....	11
1.2.1. Formål og problemstilling:	12
2. Metode	13
2.1. Litteraturstudium som metode.....	13
2.2. Inklusjon og eksklusjonskriterier	13
2.3. Søkestrategi/søkehistorikk.....	13
2.3.1. Søketabell	15
2.4. Kvalitetsvurdering	17
2.5. Analyse.....	18
3. Resultater	19
3.1. Artikkelmatiser	19
3.2. Funn i forskningsartiklene.....	24
3.2.1. Kommunikasjon som støtter barnets ressurser.....	24
3.2.2. Relasjonen mellom barnet og den voksne.....	24
3.2.3. Samtykke, involvering, deltakelse	25
3.2.4. Informasjon, planlegging og forberedelse.....	25
3.2.5. Holdninger om tvang og barnets beste.....	25
4. Diskusjon.....	27
4.1. Hvordan kan en god relasjon mellom barn og sykepleier støtte barnet gjennom prosedyren?.....	27
4.2. Hvordan kan foreldre involveres på en positiv måte?	28
4.3. Hvilken rolle kan medbestemmelse ha for bruk av tvang?.....	29
4.4. Holdninger som påvirker sykepleiers bruk av tvang	30

4.5. Styrker og svakheter med litteraturstudiet.....	31
4.6. Implikasjon for sykepleie.....	31
4.7. Konklusjon	32
Referanser.....	34

Tabeller

Tabell 1: PICO-skjema	14
Tabell 2: Søketabell Cinahl	15
Tabell 3: Søketabell PubMed	16
Tabell 4: Håndsök.....	17
Tabell 5: Hovedtema.....	18
Tabell 6: Artikkelmatrise A.....	19
Tabell 7: Artikkelmatrise B.....	19
Tabell 8: Artikkelmatrise C.....	20
Tabell 9: Artikkelmatrise D	21
Tabell 10: Artikkelmatrise E	21
Tabell 11: Artikkelmatrise F	22
Tabell 12: Artikkelmatrise G.....	23
Tabell 13: Artikkelmatrise H.....	23

1. Introduksjon

1.1. Innledning

1.1.1. Presentasjon av tema

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer pålegger sykepleier å beskytte pasienter mot ulovlig og unødvendig bruk av tvang (*Yrkesetiske retningslinjer*, 2019). Likevel tyder forskning på at barn på sykehus i stor grad blir utsatt for tvang under medisinske prosedyrer (Bray et al., 2018; Grønseth & Markestad, 2017; Kirwan & Coyne, 2017; Svendsen, 2018). I en ny studie svarte 67% av de norske sykepleierne i undersøkelsen at tvangsbruk forekom under smertefulle medisinske prosedyrer på avdelingene (Lauridsen et al., 2021).

I 2020 var totalt 330 439 barn vært innom norske somatiske sykehus av ulike grunner (*10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn. Statistikkbanken, 2021*). Barn på sykehus kan oppleve smerter og ubehag. Samtidig er de i utrygge og ukjente omgivelser, mangler normale rutiner og er borte fra familie og venner. Utredning og behandling kan innebære smertefulle eller skremmende prosedyrer. Disse faktorene er de største kildene til stress for barn på sykehus. Mange forteller at prosedyrene er det verste med sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017).

Tvang blir definert som tiltak som pasienten motsetter seg, eller som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata, u.å.). Svendsen (2017) viser at sykepleiere ofte har forskjellige perspektiver og holdninger til begrepet, som kan gjøre det vanskelig å vite hvor grensene går. De minste barna er mest utsatt for tvang (Brenner et al., 2015; Kirwan & Coyne, 2017). Å bli holdt fast under en medisinsk prosedyre kan være traumatisk, og kan føre til kortvarige og langvarige skader hos barna (Dyregrov, 2010).

Stress som følge av et sykehusopphold, kan sammen med bruk av tvang under medisinske prosedyrer gi svært alvorlige konsekvenser for barnet. Som sykepleier har man ansvar og plikt ovenfor pasientene til å forebygge tvang.

1.1.2. Bakgrunn for valg av tema

Temaet i litteraturstudien er valgt med bakgrunn i erfaringer fra praksis på pediatrik avdeling. I situasjoner som eskalerte da barna motsette seg prosedyrene, endte barna ofte opp med å bli holdt fast til prosedyren var gjennomført. Jeg opplevde barna som redde og ble ganske emosjonelt berørt av situasjonene. Sammen med veilederen min diskuterte vi dette temaet en del, og hun hadde en del metoder for å få barna med seg

på prosedyren. Da dette påvirket meg i stor grad, kjente jeg at jeg ville utforske temaet videre med et ønske om å finne løsninger som gjør at tvang mot barn kan unngås.

1.2. Teori som belyser problemstillingen

1.2.1. Lovverk og yrkesetisk retningslinjer

Ifølge Svendsen (2018) finnes det ingen lov som regulerer bruk av tvang og fastholding av barn innen pediatrik omsorg. Barn har likevel rettigheter. FNs barnekonvensjon innebærer at voksne alltid skal handle til barnets beste (FNs barnekonvensjon, 2021). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at barn skal gis informasjon og har rett til å bli hørt. Sammen med barnets alder og modenhet skal det legges vekt på hva barnet mener. I kapittel 6 står det om barns særlige rettigheter. Den gir barn rett til samvær med minst en av foreldrene, under opphold i helseinstitusjonen, og rett på aktivisering og stimulering. I forskrift om barns opphold på helseinstitusjon står det at barn skal tas hånd om av det samme personalet under oppholdet, og at personalet skal ha kunnskap om barns utvikling og behov, samt kunne informere og veilede foreldre om barns reaksjoner på sykdommen eller oppholdet.

1.2.2. Etikk for sykepleien

I møte med barn som skal gjennom medisinske prosedyrer på sykehus vil sykepleier møte ulike etiske dilemma. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer heter det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (*Yrkesetiske retningslinjer*, 2019).

Nortvedt (2021) omtaler «De fire prinsippers etikk» som de viktigste etiske prinsippene i sykepleien. Den tar utgangspunkt i fire etiske grunnprinsipper som er handlingsledende innen sykepleie. Velgjørenhetsprinsippet baserer seg på tanken om at vi ønsker og vil gjøre andre vel og handler i pasientens beste interesse. Ikke skade-prinsippet skal beskytte pasienten mot skade. Det handler om hva man ikke skal gjøre, men også hva man skal gjøre med varsomhet, godt håndlag, sinnelag, empati og omtanke. Autonomiprinsippet baserer seg på en tanke om at man anerkjenner mennesket som et rasjonelt vesen og dermed er selvbestemmende (autonomt). Det betyr at man ser pasienten som kompetent til å ta egne avgjørelser. Rettferdighetsprinsippet tar utgangspunkt i at man fordeler helseressurser etter prinsipper om rettferdighet og likebehandling. Til grunn ligger tanken om at alle har lik rett på omsorg.

1.2.3. Barns alder

Barn defineres som mennesker under 18 år (*FNs barnekonvensjon*, 2021). Det er de minste barna som er mest utsatt for tvang (Grønseth & Markestad, 2017; Kirwan &

Coyne, 2017). Dette litteraturstudiet er derfor avgrenset til å handle om barn på sykehus, i alderen null til seks år.

Grønseth og Markestad (2017) fremhever at barnets første år er preget av separasjonsangst og fremmedfrykt. Piaget sin utviklingsteori omtaler perioden, frem til barnet er rundt 1,5 år, for sensomotorisk stadium. Barnet bruker sansene til å orientere seg og bearbeide informasjon (Piaget, 2002). Barn under 1,5 år bruker hovedsakelig non-verbal kommunikasjon (Tveiten, 2012).

I Piagets preoperasjonelle stadium, fra 1,5 års-alder til barnet er rundt 7, utvikles stadig større evne til logisk tenkning, språk og symbolbruk. Barn i denne alderen har en konkret tankegang, og mangler evne til abstrakt tenkning. Han bruker begrepet egosentrisme, om at barn bruker seg selv som midtpunkt og ikke enda har utviklet evne til å skille mellom eget synspunkt og andres (Piaget, 2002). Barn i denne aldersgruppen får lett skyldfølelse, og kan tenke at de selv har skyld i at de er syke. De har lite utviklet tidsbegrep, og opplever at rutiner og klare grenser skaper trygghet og forutsigbarhet. Alderen er fortsatt preget av separasjonsangst og skepsis for fremmede. Frykt for det som er ukjent, for å miste kontroll, for smerter og skader på kroppen hører også knyttet til alderen. Etter 3-årsalderen har språklige evner utviklet seg mye og alderen er preget av magisk tenkning og stor fantasi, med vanskeligheter for å skille fantasi fra virkelighet. (Grønseth & Markestad, 2017).

1.2.1.Sykepleie til barn på sykehus

Barn som er innlagt på sykehus vil i tillegg til sykdom, med smerter og ubehag, være i et ukjent miljø, med mangel på familie, forutsigbarhet, rutiner og aktiviteter. Det gjør at barna kan føle seg utrygge og engstelige, og kan føre til stress for både barnet og foreldrene (Wechter, 2014). Stress krever energi og kan gi en følelse av utrygghet, forverre smerteopplevelser og barnets medisinske tilstand. Sykepleie til barn innebærer å redusere disse stressfaktorene ved å gi informasjon, involvere barn i planlegging og forberedelse av prosedyren. Medvirkning kan øke følelsen av kontroll. Smertelindring, anerkjennelse, støtte og bruk av mestringsstrategier kan også redusere stressfaktorer (Grønseth & Markestad, 2017).

Å ha foreldrene til stede er en viktig faktor for å redusere stress og engstelse hos barnet, særlig i sammenheng med prosedyrer. Foreldre kan også oppleve sykehusoppholdet og det å ha et sykt barn som vanskelig. Dersom foreldre føler de mestrer situasjonen og føler seg trygge, vil lettere kunne ivareta barnets behov. I sykepleie med barn er derfor samarbeidet med foreldre viktig (Tveiten, 2012). De bør møtes med omsorg og respekt for synspunkter og delta i beslutninger. Foreldrene er de som kjenner barnet best, og kan være en god ressurs for sykepleien som utøves (Grønseth & Markestad, 2017).

God sykepleie til barn innebærer at sykepleien er individuelt tilpasset, da barn er ulike. Den gjennomføres på en etisk, juridisk og faglig god måte, gjennom å ta utgangspunkt i barnets og familiens opplevelser. Den bør føre til lindring, trygghet og tillit for barn og foreldre. Kommunikasjon blir svært viktig i slik sykepleie (Tveiten, 2012).

1.2.1.Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon er å formidle tanker og idéer (Allott, 2019). Det består av å lytte aktivt og oppfatte det komplekse samspillet mellom det verbale og det non-verbale. Kommunikasjonen kan deles i tre hovedformer: Det ordløse (kroppsspråk følelsesformidling, oppmerksomhetsfokus), det metaforiske (gjennom lek, fantasifortellinger, tegninger, spill osv.) og formidling gjennom samtale (samtale knyttet til lek, til barnets livssituasjon og parallellkommunikasjon). I barnets første år er kommuniserer barnet mest gjennom den ordløse formidlingen, og blir senere mer opptatt av å kommunisere gjennom samtale og lek (Eide & Eide, 2017).

I kommunikasjon med barn er det viktig å være bevisst på at ord og begreper kan ha en annen betydning for barn enn det har for oss. I kommunikasjon bør man prøve å legge seg til barnets språk og speile det barnet sier (Eide & Eide, 2017). Askland (2020) påpeker at alle barn er unike og vil ha ulike måter å formidle på. Kommunikasjonen må derfor tilpasses hvert enkelt barn. Sinnelagsetiske dimensjoner innebærer at kvaliteten av måten å samtale og informere påvirkes av motivet som ligger bak. Sinnelag, tålmodighet, omtanke og vennlighet i blick og håndlag ved sykepleiers handlinger er viktig for å minimalisere tvangsbruk (Nortvedt, 2016).

1.2.1.Relasjon mellom sykepleier og barn

Det er særlig tre forhold som har betydning for utviklingen av en god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse. Væremåten handler om å signalisere trygghet gjennom å være vennlige, imøtekommende og interesserte i den andre. Gjennom empati setter vi oss inn i den andres opplevelser (Røkenes & Hanssen, 2012). Anerkjennelse handler om hvordan vi ser og hører den andre. I kommunikasjon med barn må vi prøve å forstå barnet ut fra deres forutsetninger og oppfatte deres mening eller intensjon (Askland, 2020). Gjensidig kontakt kan føre til at barn opplever at det medvirker sitt eget liv. Ved å oppleve at begges behov er interessant for begge partene skaper toleranse for hverandre, som fører til et likeverdig forhold. Det betyr å sette seg inn i barnets opplevelser og involvere barnets i sin (Askland, 2020).

I relasjonen mellom barn og voksne er forholdet asymmetrisk. Den voksne har med sin kunnskap og posisjon andre forutsetninger enn barnet for å styre forholdet. Som voksen har man den overlegne maktfaktoren og må derfor være bevisst sitt ansvar i relasjonen. Hvert barn man møter vil skape en ny relasjon, og kreve en ny måte å samhandle på (Askland, 2020).

1.2.2.Mestring

Begrepet mestring følger ikke et definert mønster, da det finnes flere hundre måter å mestre på. Som fellestrekk kan man si at mestring er strategier for å «beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger» (Eide & Eide, 2017). Mestring kan deles inn i to hovedkategorier, tilnærmende og unngående. I en tilnærmende mestringsstil nærmer

man seg og prøver å ta tak i problemene. I unngående mestringsstil prøver man å unngå eller skyve unna problemene, og kan ofte være uhensiktsmessig. For å bedre mestring må sykepleier motivere til å velge en mer tilnærmende mestringsstrategi, og dette gjøres gjennom kommunikasjon ved å støtte tilknytning, selvbestemmelse og mestringsfølelse. For å kunne møte personer på dette må man anerkjenne den andre (Eide & Eide, 2017).

1.2.1. Formål og problemstilling:

Hensikten med litteraturstudien er hovedsakelig å finne konkrete «verktøy» sykepleier kan bruke for å unngå å bruke tvang mot barn under medisinske prosedyrer. Jeg ønsker å belyse forekomst og konsekvenser av tvangsbruk mot barn på sykehus, og dermed bevisstgjøre sykepleiere. Bevisstgjøring og verktøy som fører til mindre tvang kan ha stor betydning for sykepleier som må gjennomføre prosedyrene og for foreldre som opplever dette som vanskelig. Ikke minst vil det ha stor betydning for barn som kan unngå traumatiske opplevelser og konsekvensene av disse. Problemstillingen lyder som følgende:

«Hvordan kan sykepleier unngå bruk av tvang på barn, under medisinske prosedyrer på sykehus?»

Jeg kommer til å svare på problemstillingen ved å se på hvordan sykepleier kan bruke hensiktsmessig kommunikasjon for å hjelpe barn til å ta i bruk mestringsstrategier for å gjennomføre medisinske prosedyrer.

2. Metode

2.1. Litteraturstudium som metode

En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det innebærer å systematisk søke etter litteratur innenfor et tema eller problemområde, gjennomgå den kritisk, for så å sammenfatte det hele (Thidemann, 2019). En litteraturgjennomgang brukes for systematisk tilnærming til å finne publisert informasjon som skal inkluderes i oppgaven (Forsberg & Wengström, 2015). Ved å bruke denne metoden har jeg valgt ut pensumbøker og fag- og forskningsartikler, for å gi oppgaven et teoretisk grunnlag. Jeg har gjennom systematisk litteratursøk funnet kvantitative og kvalitative forskningsartikler for å svare på problemstillingen.

Forskning klassifiseres som kvalitativ eller kvantitativ etter hvilken metode og analyse av data som benyttes. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter. Dette gir et lite antall, konkrete og nøytrale opplysninger om større undersøkelsesenheter. Kvalitative metoder går mer i dybden og gir mange opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland, 2020). Dette brukes til å identifisere og beskrive kvaliteter med sosiale fenomener. Dataene er subjektive opplevelser, som viser «hvordan virkeligheten oppfattes og hvordan det er å være menneske i bestemte sammenhenger» (Nyeng, 2012). Kvalitative metoder kan være nyttige å bruke innenfor sykepleiefaget, da denne beskriver pasientens opplevelse (Forsberg & Wengström, 2015).

2.2. Inklusjon og eksklusjonskriterier

For å avgrense søketreff har det blitt utarbeidet inklusjon- og eksklusjonskriterier, med hensyn til problemstillingen. Dette er brukt som et hjelpemiddel i prosessen for å vurdere hvilke publikasjoner som skal brukes.

Kriteriene for å inkludere forskningsartiklene var at de måtte være fagfelleurdert og ikke være eldre enn 10 år gamle. Artiklene skulle være skrevet på skandinavisk eller engelsk. Jeg prøvde i størst grad å finne studier som var overførbare til norske sykehus. Artiklene må også være av relevans for problemstillingen min. Pasientgruppen som jeg ønsket var barn på somatisk sykehus, helst i førskolealder fra 0 til 6 år, men i første omgang ble alle barn under 18 år ble inkludert i søket, da det ikke fantes så mye forskning på området. Barn på psykiatrisk sykehus skulle ekskluderes fra oppgaven. Både helsepersonell, foreldre og pasientperspektiv ble inkludert, men med et særlig ønske om å finne barns perspektiv, da jeg anser dette for å være av stor relevans.

2.3. Søkestrategi/søkehistorikk

Det første jeg startet med i søkeprosessen var å fordype meg i temaet gjennom å søke på biblioteket, i pensumbøker og på internett, blant annet gjennom Google Chrome og Sykepleien.no. Dette ble gjort tidlig i prosessen, og jeg skaffet meg tidlig mye relevant litteratur og en god oversikt over temaet.

For å systematisere søket mitt og komme frem til gode søkeord har jeg ut ifra problemstillingen min brukt et PICO-skjema, se tabell 1 (PICO-skjema). PICO er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier når man skal søke i bibliografiske databaser (Forsberg & Wengström, 2015). Søkeordene ble i første omgang «barn», «sykehus», «prosedyrer» og «tvang». Gjennom et søk i Sykepleien kom jeg over en fagartikkel av Svendsen (2018) som var svært relevant. Ved å lese denne og studier denne refererte til fikk jeg idéer til søkeord og synonymer, samt andre artikler.

Databaser som ble valgt var PubMed og Cinahl, da disse har en del forskning innenfor sykepleie (Forsberg & Wengström, 2015). Databasene var tilgjengelige på helsebibliotekets sider (Databaser, 2021). Jeg prøvde ulike kombinasjoner av søkeord på engelsk. I de fleste tilfeller ble ordene «restraint», «child», «hospital» og «procedure» brukt, med ulike synonymer. Søkeordene ble kombinert med såkalte boolske operatører: AND og OR, som gjør at vi finner kombinasjoner som kan begrense og utvide søkene slik at vi får treffene vi ønsker (Forsberg & Wengström, 2015). Ved mange slike ulike varianter, kom jeg over flere forskningsartikler som ble vurdert, hvor jeg til slutt endte opp med 8, se tabell 2 (søketabell).

I første omgang ble det vurdert om artiklene var relevante ut ifra tittelen på artikkelen. Videre ble abstrakter gjennomgått, med søkelys på problemstilling og resultat og konklusjon. Dersom artikkelen fortsatt var aktuell, ble hele forskningsartikkelen lest systematisk og kritisk.

Tabell 1: PICO-skjema

P: Population Pasientgruppe	I: Intervention Behandling/ha ndling	C: Comparison Sammenligning/ alternativer	O: Outcome Resultat/utfall	↑ OR ↓
<i>Barn på sykehus</i> <i>0-6 år</i> <i>Før og under</i> <i>prosedyrer</i>	<i>Metoder/Teknikk</i> <i>er</i> <i>Kommunikasjon</i>		<i>Unngå/forebygge</i> <i>tvang</i> <i>Mestre</i>	
Child Children Inhospital Hospitalized Hospital Pediatric Child perspective Nurse Healthcare	Medical Clinical Procedure Treatment	Communication Preparation Information Play Parent Comfort	Prevent Avoid Physical Restraint Holding Participation Cooperation Coping Support	
← AND →				

2.3.1.Søketabell

Tabell 2: Søketabell Cinahl

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	21.10.21	S1	child		766145	
		S2	holding OR restraint		17670	
		S3	hospital OR hospitalization		568410	
		S4	cooperation OR participation		119832	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	2011-2021, peer reviewed, all child	14	A, B
		S6	Procedure OR treatment		1356461	
		S7	Nursing OR healthcare		60771	
		S8	S1 AND S2 AND S6 AND S7	2011-2021, peer reviewed, all child	62	C, D
		S9	perspective		147499	
		S10	S1 AND S3 AND S4 AND S7 AND S9	2011-2021, peer reviewed, all child	40	E
Inkluderte artikler:						
<p>A: Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. (2017). Lisa Kirwan & Imelda Coyne.</p> <p>B: Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Perservering to be Child-Centered. (2016). Lucy Bray, Bernie Carter & Jill Snodin.</p> <p>C: Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicans. (2017). Edel Jannecke Svendsen, Reidar Pedersen, Anne Moen & Ida Torunn Bjørk.</p> <p>D: Holding children for procedures: An international survey of health professionals. (2018). Lucy Bray, Bernie Carter, Karen Ford, Anette Dickinson, Tineke Water & Lucy Blake.</p> <p>E: Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. (2019). Angela Quaye, Imelda Coyne, Maja Söderbäck & Inger Kristensson Hallström.</p>						

Tabell 3: Søketabell PubMed

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	25.10.21	S1	restraint		35401	
		S2	child OR pediatric		3210087	
		S3	nurse OR health care		2436223	
		S4	S1 AND S2 AND S3	2016-2021 child: 0-5 years	77	H
		S5	traumatic		198877	
		S6	play		746158	
		S7	Treatment OR procedure		16654858	
			S	2016-2021	73	G
<p>Inkluderte artikler:</p> <p>G: Integrating play in trauma-informed care: Multidisciplinary Pediatric Healthcare Provider Perspectives. (2019). Kathrine Stenman & Jennifer Christofferson, Jessica Pierce, Elizabeth Schifano & Samantha Klaff, Janet Deatrck, Melissa A. Alderfer, Carrie Kelly, Jennifer Sciolla & Anne E. Kazak.</p> <p>H: Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. (2019). Bénédicte Lombart, Carla De Stefano, Didier Dupont, Leila Nadji & Michel Galinski.</p>						

Tabell 4: Hånd søk

Hånd søk 25.10.21
<p>Ved å lese gjennom Svendsen sin fagartikkel (Svendsen, 2018) og se på relevante referanser i denne, kom jeg over Karlsson sin artikkel (Karlsson, Rydström, et al., 2016). Ved å bla i denne referanselisten kom jeg videre inn på artikkelen Nurses' perspective on supporting children (Karlsson et al., 2014). Dette viste seg å være en del av en doktorgradsavhandling, som innebar fire forskningsartikler som inneholder sykepleiers, foreldres og barns perspektiv på støtte til barn under sprøyte-relaterte medisinske prosedyrer. Ettersom jeg gjerne ville ha barns perspektiv med i oppgaven søkte jeg etter denne. Jeg gjorde et enkelt hånd søk på «katarina karlsson needle-related medical procedures» på google, og fikk dermed opp flere forslag henvist til PubMed. Nummer to på lista var en artikkel som startet «Experiencing support during needle-procedure..». Ved å gå inn på denne kom jeg rett til artikkelen jeg lette etter.</p> <p>Inkluderte artikler:</p> <p>F: Experiencing Support During Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7). (2016). Katarina Karlsson, Ann-Charlotte Dalheim Englund, Karin Enskär, Maria Nyström & Ingela Rydström.</p>

2.4. Kvalitetsvurdering

For å kritisk vurdere kvaliteten på de aktuelle forskningsartiklene har jeg brukt helsebibliotekets sjekklister for kvalitative og kvantitative studier (*Sjekklister*, 2016). Det ble i første omgang vurdert hva som var formålet med studien, om det var en tydelig formulert problemstilling, og om den var relevant for å svare på min problemstilling. For å sikre at tidsskriftene, som artiklene er publisert i, var godkjente vitenskapelige publiseringskanaler, har det blitt sjekket at de er på nivå 1 eller 2 i Norsk senter for forskningsdata (*NSD*, 2021). Det innebar også at de var fagfellevurdert, og dermed holdt faglig standard (Dalland, 2020). Det var ønskelig at artiklene hadde en IMRaD-struktur, som ofte er oppbyggingen til vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019). Artiklene ble vurdert som etisk forsvarlige ved at de hadde gjennomgått etisk godkjenning eller fått samtykke fra deltakerne. Ingen av artiklene var eldre enn 10 år. Forskningsartiklene som ble valgt omhandler i alle tilfeller barn, og i de fleste tilfeller bruk av tvang og sykepleier, foreldre- eller barneperspektiv på dette. Jeg prøvde å velge ut artikler som i størst grad diskuterte metoder som kan brukes for å unngå tvang. En artikkel handlet om lek i traume-relatert omsorg, som jeg vurderte som aktuell for problemstillingen min.

For å begrense oppgaven har jeg også valgt å ekskludere enkelte pasientgrupper. Barn på psykiatriske sykehus kommer ikke til å inkluderes. Det blir heller ikke tatt hensyn til kulturforskjeller, barn med adferdsvansker, psykiske utviklingshemninger eller psykiske sykdommer i drøftingen, da dette kan innebære en mer omfattende studie. Enkelte tiltak

for å redusere tvang, som medikamentell behandling eller tiltak på organisasjonsnivå (som opplæring eller retningslinjer) blir heller ikke vurdert.

2.5. Analyse

Artiklene er analysert ved hjelp av Evans analysemodell for å få bedre oversikt og forståelse av innholdet (Evans, 2002). Evans deler arbeidet med å sortere artiklene inn i fire faser. Fase 1 handler om å samle de aktuelle artiklene man ønsker å bruke. Hvordan jeg har gått fram her har jeg beskrevet tidligere (se Kapittel 2.3 Søkestrategi), hvor jeg endte opp med 8 artikler. I fase 2 identifiseres hovedresultatene av alle artiklene. Dette ble gjort underveis i søkeprosessen, da artiklene ble vurdert som relevante, og resultatet av artiklene ble samtidig satt i artikkelmatriser (se kapittel 3.1 Artikkelmatriser). Videre beskriver Evans fase 3 hvor man kan prøve å sortere funnene som kommer frem i noen overordnede hovedtemaer, ut ifra likheter og ulikheter med artiklene. Her har jeg satt hovedtemaene jeg kom frem til i en tabell som gir en oversikt over hvilke kategorier de ulike artiklene hører under (se Tabell 5. Hovedtema). I fase 4 lager man resultatene i sammenheng, og beskriver hva artiklene viser under hvert av hovedtemaene. Dette kommer jeg også tilbake til (se kapittel 3, Resultater). Da omfanget av oppgaven ble for stor valgte jeg å ekskludere et hovedtema, «prosedyrer, opplæring og retningslinjer».

Tabell 5: Hovedtema

Hovedtemaer	Studier
Foreldreinvolvering	A, C, D og F
Medbestemmelse/samtykke/involvering	A, B, D, E, F, G, og H
Prosedyrer, opplæring og retningslinjer	A, C, D, G og H
Relasjon til barnet	C, D, F og G
Kommunikasjon, herunder: <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon, forberedelse og ærlighet - Lek og distraksjoner - Holdninger - Kommunikasjon på barnets premisser, verbal og nonverbal, oppmuntrende, Anerkjennelse og sensitivitet 	 B, C, D og G D, E, F og G B, D, E, F og H B, E, F og G
Evt. Miljø/trygghet	F og G

3. Resultater

3.1. Artikkelmatriser

Tabell 6: Artikkelmatrise A

Referanse	A: Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perception of practices (Kirwan & Coyne, 2017)
Hensikt	Å undersøke sykepleiers perspektiv på bruk av tvang.
Metode	Undersøkelse med anonyme spørreskjema med lukkede spørsmål, basert på en litteraturstudie. Utført på fem avdelinger på et barnesykehus i Irland. 50 sykepleiere deltok.
Resultat	Tvang forekommer ofte i praksis. Fysisk og psykisk tvang er mest brukt, oftest ved innsettelse av kanyler, medisinadministrering og for å unngå å dra ut kateter. Barn mellom 0 og 4 år er mest utsatt. Få hadde fått opplæring eller dokumenterte negative konsekvenser av tvang, til tross for at de fleste opplevde det som stressende. De fleste involverer foreldre, men få mente at foreldreinvolvering er positivt for tvangsbruken. Sykepleieren får i større grad samtykke fra foreldre enn barn.
Kommentar og relevans for problemstilling	Tar for seg forekomst av tvang. Viser til mangel på dokumentasjon og opplæring. Fremmer et variert bilde av foreldreinvolvering. Viser liten grad av samtykke fra barn.

Tabell 7: Artikkelmatrise B

Referanse	B: Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered. (2016). Lucy Bray, Bernie Carter, Jill Snodin.
Hensikt	Å undersøke hva som skjer når barn gjennomgår kliniske prosedyrer på akuttrom. Hva fører til at barn blir holdt fast for å gjennomføre at en klinisk prosedyre?

Metode	Kvalitativ studie. Ikke-deltakende observasjoner av kliniske prosedyrer og semistrukturerte intervju med helsepersonell, foreldre og barn (1-16 år). Foreldre og barn over 6 år ble intervjuet.
Resultat	Studien kategoriserer helsepersonells prosedyrer i to kategorier: 1) gjennomføre prosedyren «til tross for» at barnet er opprørt og ikke samarbeider og 2) gjennomføre prosedyren med en målrettet «barnesentrert» handlingsplan (barnet var informert og forberedt) som ga et vindu til å starte prosedyren mens barnet var rolig og engasjert. Ble barnet urolig var det barnets beste at den ble gjennomført så raskt som mulig, til tross for at det innebar tvang. Engstelse og ubehag ble i liten grad anerkjent av helsepersonellet eller foreldre. Involvering av barnet, distraksjoner, belønning, at det får være deltakende, ærlig og oppmuntrende kommunikasjon ser ut til å støtte barnet gjennom prosedyren. Noen handlinger, passivitet (mangel på handlinger) gjør ikke det. Ett barns perspektiv: å bli holdt fast gjorde prosedyren enda skumlere.
Kommentar og relevans for problemstilling	Svakhet: ikke intervju med barn under 6 år. Foregår på akuttmottak: ikke tid til å etablere relasjon. Gode eksempel på kommunikasjon stegvis i en prosedyre.

Tabell 8: Artikkelmatrise C

Referanse	C: Exploring perspectives on restraint during medical procedure in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. (2017). Edel Jannecke Svendsen, Reidar Pedersen, Anne Moen og Ida Torunn Bjørk
Hensikt	Å undersøke sykepleiers og legers perspektiv og argumentasjon for bruk av tvang.
Metode	Kvalitativ studie. Pediatrisk avdeling på et sykehus i Norge. 7 leger og 8 sykepleiere ble filmet under PVK-forsøkene på barn (mellom 3-5 år). Ble intervjuet og fikk se og kommentere videoen.
Resultat	Sykepleier har ulike perspektiver og definisjon på begrepet, hvor ofte det forekommer og konsekvenser av det. Tvang ble ofte sett på som nødvendig, men burde vært unngått så mye som mulig. Noen mente det var en liten prosedyre og fort glemte av barna. Sykepleiere følte de hadde få alternativer. Maks tre forsøk, før de byttet. De mente at å bruke tid på å få kontakt med barnet, og forberede på sensorisk og steg i prosedyren, være ærlig, uten å bekymre var viktig for å opprettholde tilliten. Sykepleiere mente foreldres følelser og hvorvidt foreldrene deltar påvirker barnet og hvorvidt det blir nødvendig med tvang. Mente

	strengere oppdragelse gjør barna tryggere og mer selvsikre. De kompenserer selvsikkerhet når foreldre ikke gjør det.
Kommentar og relevans for problemstilling	Relevant med tanke på å diskutere holdninger til tvang og foreldreinvolvering, forberedelse og balansere informasjon. Noen sykepleiere har et noe usympatiske/negativt syn på foreldre. Brukes til å diskutere foreldrenes opplevelse og involvering.

Tabell 9: Artikkelmatrise D

Referanse	D: Holding children for procedures: An international survey of health professionals (2018). Lucy Bray, Bernie Carter, Karen Ford, Annette Dickinson, Tineke Water & Lucy Blake.
Hensikt	Å undersøke internasjonalt helsepersonells perspektiv på det å holde fast barn under kliniske prosedyrer
Metode	Kvantitativ metode. Spørreskjema (lukkede spørsmål). 872 helsepersonell i Australia, New Zealand og Storbritannia.
Resultat	Barn blir ofte holdt fast under kliniske prosedyrer. Leger som i størst grad holder fast. Faktorer som påvirket om barnet ble holdt fast var: barnets sikkerhet, alder, hastverk, stressnivå, evne til å forstå, foreldrenes preferanser og tidsbegrensninger. De som hadde fått opplæring rapporterte mindre tvang. De som ikke fikk samtykke fra foreldre, brukte oftere tvang enn de som fikk muntlig og/eller skriftlig samtykke. 1/3 fikk samtykke fra barn før de holdt under en prosedyre. De som mente at samtykke fra barnet ikke var nødvendig eller ikke visste, og holdt også oftere fast barn. Tvang fører til mye usikkerhet blant helsepersonell.
Kommentar og relevans for problemstilling	Diskutere barneperspektiv, samtykke og faktorer som påvirker tvang.

Tabell 10: Artikkelmatrise E

Referanse	E: Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study (2019). Angela A. Quaye, Imelda Coyne, Maja Söderback & Inger Kristensson Hallström.
Hensikt	Å utforske og beskrive barnets aktive deltakelse på sykehuset. Mål: identifisere situasjoner og ulike måter av aktiv deltakelse og utforske faktorer som påvirker barnets aktive deltakelse i medisinske beslutninger.

Metode	Kvalitativ studie. Åpen, ikke-deltakende observasjoner av samhandling mellom barn (2-17 år), foreldre og helsepersonell, på tre pediatriske sykehus i Sverige.
Resultat	De fleste situasjonene ble kategorisert til å være på grad 4 eller 5 (høyest grad av aktiv deltakelse). Barna brukte både verbal og nonverbal måte å kommunisere, særlig små barn. Barnas, foreldrenes og helsepersonellens handlinger påvirket barns deltakelse. Helsepersonell trenger å innta et barneperspektiv og planlegge barnesentrert omsorgstilnærming for å sikre barns aktive deltakelse, på et nivå etter eget valg.
Kommentar og relevans for problemstilling	Refleksjoner rundt viktige aspekt med kommunikasjon; barns nonverbale kommunikasjon, to-veis kommunikasjon, barnet i sentrum, snakke direkte til barnet. Deltakelse bør passe barnets nivå. Kan få for mye ansvar. Ta hensyn til barnets alder, modenhet. Inneholder gode eksempler på bruk av tvang. Eksempelet om 3,5-åring og sykepleier til å diskutere hvordan man kan få samtykke fra små barn.

Tabell 11: Artikkelmatrise F

Referanse	F: Experiencing Support During Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7 Years). (2016). Katarina Karlsson, Ann-Charlotte Dalheim Englund, Karin Engskär, Maria Nyström & Ingela Rydström.
Hensikt	Å undersøke hvordan man kan støtte barn under sprøyte-relaterte prosedyrer, gjennom perspektivet til små barn.
Metode	Kvalitativ undersøkelse. Hermeneutisk tilnærming basert på observasjoner og intervjuer på 21 barn (mellom 3 og 7 år) som har gjennomgått sprøyte-relaterte prosedyrer.
Resultat	Barn som opplever støtte gjennom prosedyrer, vil aktivt delta og samarbeide gjennom denne. Støtte i slike prosedyrer bidrar til å etablere/forsterke ressurser. Støtte gis gjennom seks hovedtema: 1) Barnet er midtpunktet. 2) Hjelp til distraksjon. 3) Gjøre komfortabel. 4) Involvere. 5) Stole på trygge voksne. 6) Belønning. Voksne hjelper til barnet tenker «jeg skal klare dette!». En holdning om barnets beste. Muliggjøre lek, bevisste roller. Gjensidig tillitt og en felles overbevisning om å ikke skade. Sensitiv til barnets reaksjoner.
Kommentar og relevans for problemstilling	Relevant fordi den tar utgangspunkt i barnets perspektiv. Konkrete metoder for å gjøre prosedyrene støttende. Kan bidra til å unngå bruk av tvang. Mange eksempler å bruke i drøfting både i forhold til informasjon, kommunikasjon og relasjon mellom barn og sykepleier, men også under foreldreinvolvering.

Tabell 12: Artikkelmatrise G

Referanse	G: Integrating Play in Trauma-Informed Care: Multidisciplinary Pediatric Healthcare Provider Perspectives (2019). Kathrine Stenman & Jennifer Christofferson, Jessica Pierce, Elizabeth Schifano & Samantha Klaff, Janet Deatrick, Melissa A. Alderfer, Carrie Kelly, Jennifer Sciolla & Anne E. Kazak.
Hensikt	Undersøke «lekens» rolle og potensialet i å bruke den i traume-sentrert omsorg.
Metode	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju med 30 pediatrik helsepersonell på to barnesykehus deltok.
Resultat	Aspekter innen pediatrik medisinsk omsorg som potensielt kan være traumatiske: hendelser i pediatrien (eks. prosedyrer), fysisk- og emosjonelle, på familienivå, skader og behandling. Bruk av lek: for kjedsomhet, traume-spesifikt (forebyggende og lindrende), bygge relasjoner mellom helsepersonell og barnet og få kontakt med barn og familien. Var positivt til å få barnet til å samarbeide under prosedyre, holde på det normale, gi distraksjoner, redusere angst, gi informasjon, prosessere følelser og kan gi en følelse av kontroll. Potensielle barrierer for å bruke lek: smitte, mangel på opplæring.
Kommentar og relevans for problemstilling	Relevant tilnærming i tvangssituasjoner. Er en konkret metode som har effekt på mange områder.

Tabell 13: Artikkelmatrise H

Referanse	H: Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care (2019). Bénédicte Lombart, Carla De Stefano, Didier Dupont, Leila Nadji & Michel Galinski.
Hensikt	Å undersøke helsepersonells perspektiver og atferd rundt fysisk tvang i pediatrik omsorg.
Metode	Kvalitativ etnografisk studie. 30 helsepersonell, i fem ulike pediatrike avdelinger på fire sykehus i Frankrike.
Resultat	Helsepersonell opplevde at tvang var en vanlig utfordring. De brukte «barnets beste» som et argument for å rettferdiggjøre for tvangsbruken, til tross for etiske aspekter. Temaet førte til ubehag hos helsepersonellet og førte til at de ble opprørte og emosjonelle. Et slags hierarki, der utførelse av prosedyrene sto høyt, legitimerte tvang. Helsepersonell så til å «skru av» empatien for barnet for å kunne gjennomføre prosedyren, et fenomen forfatterne har kalt «forbigående empatisk blindhet».
Kommentar og relevans for problemstilling	Interessant om sykepleiers holdninger, perspektiv og tanker om tvang.

3.2. Funn i forskningsartiklene

3.2.1. Kommunikasjon som støtter barnets ressurser

Å kommunisere på barnets premisser eller å ha et barneperspektiv blir påpekt som grunnleggende hos flere studier (Bray et al., 2016; Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016; Quaye et al., 2019; Svendsen et al., 2017). En barnesentrert omsorgstilnærming sikrer barns deltakelse på et nivå etter eget valg (Quaye et al., 2019). Bray (2016) viser at om sykepleiers holdning til prosedyren var at den ville gjennomføres på en god måte, brukte de også mindre makt hvis barnet gjorde motstand underveis. Når barn fikk god informasjon og forberedelse i forkant var de ofte rolige i starten av prosedyren, som førte til et vindu der prosedyren kunne gjennomføres. Når tvang ble utført ble barns uttrykk for engstelse og ubehag i liten grad anerkjent av helsepersonell eller foreldre.

Både Karlsson (2016) og Bray (2016) mener at ved å involvere barn, sette barnet er i sentrum, bruke distraksjoner, belønning og sørge for at det er komfortabelt vil barn oppleve støtte og vil dermed samarbeide og være deltakende gjennom prosedyren. Ærlig og oppmuntrende kommunikasjon ble sett på som viktig. En barnesentrert holdning innebar støtte og anerkjennelse.

Karlsson (2016) påpeker at voksne må være trygge, rolige, være sensitiv på barnets reaksjoner, bevissthet rundt hverandres roller, balansere hastverk og unødvendig forlenging av prosedyren. Quaye (2019) viser at barn brukte både verbal og nonverbal måte å kommunisere. Å muliggjøre lek, blir også trukket frem som et tiltak som støtter barnets ressurser (Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016; Stenman et al., 2018). Stenman (2018) mener lek forebygger og lindrer traumer. Det kan gi distraksjoner, redusere angst, gi informasjon, prosessere følelser og kan gi en følelse av kontroll. Karlsson (2016) viser til humor og lek for å kommunisere og etablere relasjoner.

3.2.2. Relasjonen mellom barnet og den voksne

Sykepleiere rapporterte at de fleste involverer foreldre i sykepleien (Kirwan & Coyne, 2017). Svendsen (2017) hevder at foreldrene spiller stor rolle i om det blir nødvendig å bruke tvang ved at foreldres følelser påvirker barnet og hvorvidt foreldrene deltar i prosedyren. Noen sykepleiere savner en strengere oppdragelse fra foreldrene, og mener at dette gjør barna tryggere og mer selvsikre. I Bray (2018) sin artikkel kommer det frem at sykepleiere som ikke samtykket fra foreldre, holdt oftere fast barn under prosedyrer, enn de som fikk samtykke. Karlsson (2016) hevder at barn må føle at voksne er til å stole på og føle seg trygg og beskyttet, for at voksne skal kunne støtte dem til å mestre prosedyrene. Det krever foreldre som er til stede og som snakker på vegne av barnet.

Sykepleiere fremhever det å bruke tid på å få kontakt med barn og være ærlig uten å bekymre, for å opprettholde tillitten kan bidra til å unngå tvang (Svendsen et al., 2017). Karlsson (2016) hevder at barn kan etablere ressurser til å håndtere prosedyrer gjennom å kunne stole på voksne. Det kan være en sykepleier som barnet har en

tillitsfull relasjon til. Støtten blir mulig gjennom gjensidig tillitt og en felles overbevisning om at prosedyren skal gjennomføres uten å skade barnet. Stenman (2018) trekker frem å bruke lek til å etablere relasjon og for barn å kommunisere med voksne. Karlsson (2016) påpeker også lekens betydning til å få kontakt og etablere relasjoner mellom sykepleier og barnet. Lek hadde også den effekten at det kunne påvirke barnet til å samarbeide under prosedyrer.

3.2.3.Samtykke, involvering, deltakelse

Rundt en tredjedel av sykepleierne innhentet samtykke fra barn, de som mente det ikke var nødvendig holdt oftere fast barn under prosedyrer (Bray et al., 2018). Sykepleiere innhenter i større grad samtykke til å holde fast under prosedyren fra foreldre enn barn (Kirwan & Coyne, 2017).

Involvering og deltakelse støtter barn gjennom prosedyrer (Bray et al., 2016; Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016). Karlsson (2016) nevner også belønning som en slik faktor. Dersom barn får belønning for å samtykke til prosedyren (som en bestikkelse), er det ikke støttende. Lek kan bidra til deltakelse og bygge relasjoner. Lek kan virke positivt ved å få barnet til å samarbeide under prosedyre (Stenman et al., 2018). Noen foreldre mente at når barna visste hva som skulle skje og ble aktivt inkludert var barn var rolige i starten av prosedyren, som ga muligheter for å gjennomføre prosedyren uten tvang (Bray et al., 2016).

Et barneperspektiv er nødvendig for å sikre deltakelse eller samtykke på barnets nivå (Bray et al., 2018; Quaye et al., 2019). Quaye's (2019) viser at barn har høy grad av aktiv deltakelse i daglige helsepraksiser på sykehus, og dette ble påvirket av barns, foreldres og sykepleiers handlinger.

3.2.4.Informasjon, planlegging og forberedelse

Bray (2016) hevder informasjon og forberedelse fører til at barn er rolige og engasjerte i starten av en prosedyre, som gir en mulighet til å gjennomføre prosedyren uten tvang. Svendsen (2017) sier sykepleierne påpekte at informasjonen måtte balanseres mellom å være ærlig uten å skremme barnet. Karlsson (2016) trekker frem at involvering støtter og gjør det lettere for barn å akseptere prosedyren. Involvering innebærer at barn får være deltakende, får kunnskap og forståelse. Informasjon kan gis gjennom lek og bør tilpasses barnet, slik at den ikke fører til misforståelser og fantasier. Ifølge Stenman (2018) kan lek brukes til å gi informasjon og distraksjoner.

Bray (2018) viser at hastverk, barns alder, evne til å forstå og stressnivå påvirket om barn ble holdt fast. Karlsson (2016) viser at å balansere hastverk og unødvendig forlengelse av prosedyren bør karakteriseres av en holdning om å ønske barnets beste.

3.2.5.Holdninger om tvang og barnets beste

Bray (2016), Lombart (2020) og Karlsson (2016) nevner en holdning blant sykepleier og foreldre om «barnets beste». Tvangsbruk ble forsvart med at det var best for barn om prosedyren ble gjennomført så raskt som mulig. At barn ble engstelige ble akseptert om en forventet del av det «å få det overstått» (Bray et al., 2016). Holdninger til tvang var at det burde være unngått, men at det ofte ble sett på som nødvendig. (Svendsen et al., 2017). Lombart (2020) og Bray (2016) viser at helsepersonell midlertidig «skrudde av» empatien og ble mer opptatt av å få prosedyren gjennomført dersom barnet ble holdt fast, og sluttet å kommunisere med barnet. Et barn fortalte at å bli holdt fast gjorde prosedyren enda skumlere (Bray et al., 2016).

I Karlsson (2016), Bray (2018) og Quaye (2019) kommer det frem som en grunnleggende holdning som skal bidra til god sykepleie eller kommunikasjon hos barn. En holdning om «Barnets beste» skal bidra til å balansere hastverk og unødvendig forlenging av prosedyren, og bør prege alle former for støtte (Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016). Å etablere et barneperspektiv er viktig for å sikre at man er på barnets nivå i innhenting av samtykke eller sikre deltakelse (Bray et al., 2018; Quaye et al., 2019).

4. Diskusjon

I diskusjonskapittelet vil teorien og forskningsartiklene som tidligere er presentert drøftes opp mot problemstillingen:

«*Hvordan kan sykepleier unngå bruk av tvang på barn, under medisinske prosedyrer på sykehus?*»

Jeg vil videre drøfte hvordan sykepleier kan bruke relasjon, foreldreinvolvering, medbestemmelse, holdninger og kommunikasjon i sitt møte med barn på sykehus og hvordan dette kan brukes for å støtte barnets mestring og dermed unngå å bruke tvang.

4.1. Hvordan kan en god relasjon mellom barn og sykepleier støtte barnet gjennom prosedyren?

Svendsen (2017) og Karlsson (2017) vektlegger betydningen av en god relasjon mellom sykepleier og barnet som et tiltak for å unngå bruk av tvang. Min erfaring fra praksis var at en god relasjon mellom barn og sykepleier ga et tryggere barn. Dette førte til bedre samarbeid under prosedyren, enn om det kom en ny sykepleier. Karlsson (2016) hevder at en grunnleggende faktor i å støtte barn gjennom prosedyrer er at barn må kunne stole på trygge voksne og kunne overgi seg til dem. Det kan tenkes at ved å stole på at den voksne tar ansvar, trenger ikke barnet bekymre seg for om prosedyren er farlig. Dette kan hjelpe barnet i å forholde seg rolig og dempe stress barn opplever på sykehus. Så hvordan kan sykepleier etablere en tillitsfull relasjon til barnet?

Barn trenger trygghet, forutsigbarhet og rutiner på sykehuset, derfor er det også lovpålagt at barn skal tas hånd om av det samme personalet under sykehusoppholdet (*Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon - Lovdata, 2000*). Ved å ha det samme personalet hos barnet får man tid til å bygge tillit og etablere en relasjon. Å bli kjent med et barn kan ta tid, da hvert barn man møter skaper en ny relasjon og en ny måte å samhandle på (Askland, 2020). Å bruke lek kan være nyttig for å kommunisere og etablere en relasjon til barn (Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016; Stenman et al., 2018). Svendsen (2017) påpeker også at det er viktig å bruke tid på å få kontakt med barn for å etablere en god relasjon. For å opprette tillit bør sykepleier være ærlig om hvorvidt en prosedyre kommer til å være smertefull. Dette understøttes med erfaringer fra praksis. For å bygge gjensidige tillitsforhold med barn bør sykepleier holde det man lover. Det handler også om å ha respekt for hverandre, og anerkjenne at vi også har et ansvar om å holde det vi lover også ovenfor barnet.

Ifølge Karlsson (2016) vil sykepleiers handlinger oppleves støttende gjennom gjensidig tillit og en felles overbevisning om at prosedyren skal gjennomføres uten å skade barnet. Kontakten skal handle om en gjensidighet, der både sykepleieren og barnet opplever at begge behov tas på alvor, og at det er for begge parter interesse at behovene blir møtt (Askland, 2020). Dette kan vi tolke som at sykepleier må vise at vi ønsker barnet det beste, og at vi er på samme side. Karlsson (2016) hevder at voksnes evne til å forsterke barnets ressurser, oppleves som støttende. Det å ha en god relasjon til barnet kan dermed hjelpe med å motivere barnet til å bruke en hensiktsmessig mestringsstrategi.

Ved å bruke denne metoden er målet at barnet selv skal begynne å tenke «jeg skal klare dette!». Men er det virkelig slik at barn og sykepleier er likestilte i relasjonen? Barn-voksen relasjonen asymmetrisk, da den voksne har kunnskaper og forutsetninger som gir et skjevt maktforhold (Askland, 2020). Som sykepleier og som voksen, må man være bevisst det ansvaret man har ovenfor barnet i relasjonen.

I teorien er det særlig sykepleiers væremåte, evne til empati og anerkjennelse som kommer frem som betydningsfulle i å etablere gode relasjoner. Det betyr at sykepleier må fremstå på en viss måte (Røkenes & Hanssen, 2012). Det handler om å være interessert og vennlig. Støtte innebærer empati, å leve oss inn i barnets følelser og opplevelser (Røkenes & Hanssen, 2012). Og å anerkjenne at barn kan oppleve situasjonen som vanskelig eller skremmende, og være bevisst på å ikke illegge våre egne meninger i det de sier. Det handler om en innstilling om at barnet kan oppleve noe annerledes enn vi gjør selv.

4.2. Hvordan kan foreldre involveres på en positiv måte?

Ifølge Kirwan & Coyne (2017) viste det seg at de fleste sykepleiere involverer foreldre under prosedyrer. Sykepleierne mente foreldrene har stor påvirkning på om det ble nødvendig med tvang eller ikke, men at dette ikke var utelukkende positivt. Noen sykepleiere påpekte foreldre lot barna sine bestemme for mye, og at dette kunne føre til mer bruk av tvang. De mente en strengere eller tydeligere oppdragelse, ville gjort barna tryggere og mer selvsikre (Svendsen et al., 2017). Barn under 6 år har behov for klare og tydelige grenser, da dette skaper forutsigbarhet og rutiner (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldrenes tilstedeværelse og følelser påvirker barnet, og dersom foreldrene gir uttrykk for at de er engstelige eller føler seg utrygge ville dette overføres til barna, og oftere føre til tvang (Svendsen et al., 2017). Dette kan sees i sammenheng med at foreldrene kan oppleve å ha et sykt barn og å bo på sykehus som vanskelig og stressende (Tveiten, 2012). Egne erfaringer fra praksis er at foreldre ofte virker usikre på hva de skal gjøre og dermed blir passive. I tilfeller der foreldre ble opprørte, kunne barn som i utgangspunktet var rolige begynne å gjøre motstand til prosedyren. På den ene siden kan man derfor argumentere for at foreldre ikke bør være til stede under prosedyren, da dette kan gjøre barna mer opprørte. På den andre siden er barn mellom 0 og 6 år ofte preget av separasjonsangst og skepsis for fremmede (Grønseth & Markestad, 2017). Karlsson (2016) sier at barn må føle at voksne er til å stole på og trenger å føle seg trygg og beskyttet, for å oppleve at voksne støtter dem til å mestre prosedyrene. Da kan det å ha foreldre til stede bidra til å redusere stress og engstelse hos barn, som er særlig viktig under prosedyrer (Tveiten, 2012).

Foreldre som er til stede og snakker på vegne av barnet oppleves som støttende. På den andre siden viser Quaye (2019) at foreldre ikke alltid var støttende. Sykepleier bør derfor prøve å samarbeide med foreldrene, avklare roller og se på dem som en ressurs, da det er foreldre som kjenner barnet best (Grønseth & Markestad, 2017). Karlsson (2016) påpeker også at foreldre kan brukes for å kommunisere med barn, ved at barnet snakker til sykepleier gjennom foreldrene når de føler seg utrygge. Som sykepleier blir det derfor viktig å ta vare på både foreldre og barn. Dersom foreldrene har det bra, er det større sannsynlighet for at barna har det bra. Trygge, rolige og selvsikre foreldre hindrer at barns negative følelser eskalerer (Svendsen et al., 2017). Mine erfaringer fra praksis er

at foreldre ofte virker usikre på hva de skal gjøre under prosedyren. Å samarbeide med foreldre innebærer derfor å forberede foreldrene for prosedyren og gi god informasjon om prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017). I Svendsen (2017) presiserte sykepleiere betydningen av at foreldre visste hvor viktig prosedyren var for barnet, for at prosedyren kunne bli gjennomført. Erfaring fra praksis bekrefter dette. Hvis både foreldre og barn forstår hvorfor prosedyren må gjennomføres virker det som de lettere aksepterer den. Å informere foreldrene godt kan derfor føre til mindre tvang. Det blir også viktig gjennom å avklare roller, og sørge for støtte og trøst til foreldrene når de opplever situasjonen som vanskelig (Grønseth & Markestad, 2017).

4.3. Hvilken rolle kan medbestemmelse ha for bruk av tvang?

Svendsen (2018) mener at lav grad av medvirkning er en kompetanseutfordring når det kommer til bruk av tvang på barn. Dette støttes av forskning som viser at sykepleiere i liten grad innhenter samtykke fra barn under prosedyrer (Bray et al., 2018), og at de i større grad innhenter samtykke fra foreldre enn barnet selv (Kirwan & Coyne, 2017). Det kan også handle om et ønske om å beskytte barn eller at man er redd for at prosedyren ikke blir gjennomført dersom de får bli med å bestemme. På den andre siden er autonomiprinsippet et av de viktigste etiske grunnprinsippene i sykepleien. Det baserer seg på en tanke om at pasienten skal kunne bestemme over seg selv (Nortvedt, 2016). Dette støttes også av lovverket. Barn som er i stand til å ha egne synspunkt har rett til å få informasjon og til å høres (*Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata, 1999*). Mine erfaringer fra praksis var at sykepleier sjeldent spurte om samtykke fra barn til å gjennomføre en prosedyre. En av sykepleierne forklarte det som at man aldri skulle spørre et barn om de vil gjennomføre prosedyren. Man burde gi barn noen alternativer. For eksempel hvilken farge som skulle være på bandasjen. Slik føler barn at de får være med å bestemme. Får de valget vil de aldri gjennomføre prosedyren. Men er det virkelig slik at å be om samtykke fra barn alltid vil resultere i motstand?

Bray (2018) motbeviser dette. Sykepleiere som i minst grad ber om samtykke utøver mer tvang enn de som ber om samtykke. Hvordan får man barn til å takke ja til å gjennomføre en prosedyre? De største fryktene til barn fra 0 til 6 år er smerter, tap av kontroll, innskrenking av fysisk aktivitet og skader på kroppen (Grønseth & Markestad, 2017). Alt en prosedyre kan inneholde. Forskning vektlegger at det å innta et barneperspektiv er nødvendig for å sikre aktiv deltakelse på et nivå etter eget valg (Bray et al., 2018; Quaye et al., 2019). Dette støttes av Karlsson (2016) som viste hvordan belønning ikke er støttende. Ved å «bestikke» barn til å gjennomgå prosedyren, gjør ikke lenger at det er et samtykke etter eget valg. Å sikre deltakelse på barns nivå handler om at barnet må få være passende deltakende. Et eksempel fra studien hvor et barn fikk gjøre store deler av prosedyren selv, opplevdes dette som skremmende. Dette viser hvordan barn også kan få for mye ansvar og at medbestemmelse bør tilpasses barn.

Et eksempel som viser dette godt, er en situasjon med en 3-åring fra Quaye (2019) sin artikkel. Sykepleier kommer inn til tre-åringen og spør om barnet vet hvilke farger ledningene er. Barnet nikker, og sykepleier følger opp med å spørre om de skal sitte på nesene. Barnet ler og peker på rett farge. Når sykepleieren møter barnet på et nivå som barnet forsto, ble barnet med på prosedyren. Dette eksempelet demonstrer også

hvordan man kan få barnets samtykke. Gjennom å tolke barnets non-verbale språk vil man kunne lese om man har barnets samtykke. Dette understøttes av Karlsson (2016) som påpeker at sykepleier må være sensitiv til barnets reaksjon og la barnet være aktivt og deltakende under prosedyren. Likevel vil dette være et vanskelig område å orientere seg i. Dersom barnet virker passivt, er det da med på prosedyren? Å vurdere hvorvidt et barn er med på en prosedyre ut ifra kroppsspråk og skjønn kan bety at ikke alle barn får lik behandling. Dette bryter med rettferdighetsprinsippet som innebærer at alle pasienter har rett på lik helsehjelp (Nortvedt, 2016). På den andre siden er ikke alle barn like, og vil dermed ha behov for ulik behandling. Quaye (2019) studie viste hvordan barn kunne være deltakende, selv om de tilsynelatende virket passive. Gjennom å stille og observere kan barn lære mye. Dette støttes av Tveiten (2012) som påpeker at god sykepleie må tilpasses barnet. Ettersom barn er ulike, finnes det også ulike måter å være deltakende på.

God sykepleie innebærer at pasienten blir inkludert (*Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*, 2021). Quaye (2019) viser at sykepleier støttet barns aktive deltakelse når de ga relevant informasjon, mulighet for barn å uttale seg fritt og tok hensyn til barns meninger, ønsker og vurderinger. Quaye (2019) og Stenman (2018) viser også at lek kan bidra til deltakelse og samarbeid under prosedyrer. Barn har rett på å aktiviseres og stimuleres (*Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata*, 1999). Det å involvere barn i å planlegge og forberede prosedyrer kan også medvirke til å øke følelsen av kontroll (Grønseth & Markestad, 2017). Mine egne erfaringer fra praksis er at barn er mer samarbeidsvillige og tilfredse når de får være med å bestemme. Dette støttes opp av studier som mener involvering og deltakelse vil bidra til å støtte barn gjennom prosedyrer (Bray et al., 2016; Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016). Gjennom at sykepleier støtter barns medbestemmelse, motiverer man samtidig til en mer tilnærmende mestringsstrategi og barn kan føle de behersker prosedyren bedre (Eide & Eide, 2017). Foreldre som inkluderte barn og var opptatt av at de visste hva som skulle skje opplevde at barn var roligere i starten av en prosedyre. Å starte prosedyren mens barn var rolige viste seg å føle til mindre bruk av tvang (Bray et al., 2016). Medvirkning, involvering og deltakelse av barn kan aktivt bidra til å støtte barns mestring av prosedyren og føre til mindre bruk av tvang.

4.4. Holdninger som påvirker sykepleiers bruk av tvang

Gjennom FNs barnekonvensjon skal barn ha rett på spesiell beskyttelse, som innebærer at de voksne alltid skal handle til «barnets beste», et uttrykk som går igjen i forskningslitteraturen. Uttrykket ble brukt til å rettferdiggjøre hvorfor barn ble holdt fast under prosedyre (Bray et al., 2016; Lombart et al., 2020). Holdninger til tvang var preget av at det burde være unngått så mye som mulig, men at det ofte ble sett på som nødvendig (Svendsen et al., 2017). Sykepleiere og foreldre mente det beste var at prosedyren ble overstått så raskt som mulig, til tross for at de måtte bruke tvang. At barn ble engstelige ble akseptert som en forventet del av det «å få det overstått» fordi prosedyren var kortvarig (Bray et al., 2016).

Lombart (2020) og Bray (2016) sine artikler viser hvordan sykepleiere midlertidig «skrudde av» empatien og sluttet å kommunisere med barnet for å få gjennomført prosedyren. Så kan sykepleie egentlig være god dersom vi må skru av empatien vår?

Dette bryter med velgjørenhet- og ikke-skade prinsippet. Dersom man ønsker barnet vel og skal beskytte det mot skade, skal man handle ut ifra barnets beste interesse og ut ifra empati og varsomhet (Nortvedt, 2016). Sykepleie er et fag der omsorg og empati står i sentrum. I et intervju uttalte et barn at å bli holdt fast gjorde prosedyren enda skumlere (Bray et al., 2016).

På den andre siden ble «barnets beste» også fremstilt som en grunnleggende holdning som skal bidra til god sykepleie eller kommunikasjon hos barn (Bray et al., 2016, 2018; Quaye et al., 2019). En holdning om «Barnets beste» skal bidra til å balansere hastverk og unødvendig forlenging av prosedyren, og bør prege alle former for støtte (Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016). Dette kan knyttes opp mot sinnelagsetiske dimensjoner. Måten å samtale å informere påvirkes av hva som er motivet vårt (Nortvedt, 2016). Dersom vi har et ønske om å bare gjøre barnet godt vil dette påvirke handlingene våre og vises i form av utstråling, vennlighet og håndlag, som vil signalisere trygghet for barnet.

4.5. Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Dette litteraturstudiet inneholder hovedsakelig kvalitative studier. Dette kan være en styrke da kvalitative studier har et fenomenologisk perspektiv og kan belyse hvordan deltakerne selv opplever situasjonen. På grunn av pasientenes alder, språk og forståelse vil det være vanskelig å gi et godt bilde av hvordan barn opplever situasjonen. De fleste studiene var derfor basert på sykepleiers eller foreldres perspektiv. Det kan være relevant, men det kan også være en svakhet at man ikke egentlig vet hvordan barnet opplever situasjonen. Man må anta dette ut ifra foreldre og sykepleiers oppfatning av barnet. Særlig Karlssons (2016) artikkel var relevant for studiet. I tillegg til å svare på mye i problemstillingen min, var den basert på barnets perspektiv noe jeg mener styrker denne artikkelen.

En svakhet kan være at jeg ikke har så lang erfaring i pediatrien. En styrke kan likevel være at jeg fikk diskutere dette temaet en del i min praksis. Jeg fikk derfor mange synspunkt fra ulike sykepleiere, som kan være med å belyse praksis.

Svakheter med litteraturstudiet er at det var vanskelig å finne mange forskningsartikler som svarte på problemstillingen min. Derfor går også noen av forfatterne igjen i flere av studiene. Dette kan være en svakhet da det kan påvirke resultatene fra artiklene i samme retning. Men dette kan også være en styrke, da flere utgivelser kan tyde på at forfatterne har mye kunnskap på sine områder.

Mange av forskningsartiklene som ble brukt var studier fra andre land. Det kan påvirke hvorvidt resultat har overførbarhet til praksis på norske sykehus. En svakhet kan også være ulike holdninger og perspektiver av tvangsbegrepet, blant sykepleiere (Svendsen et al., 2017). Dette kan gi et ugyldig bilde av temaet.

4.6. Implikasjon for sykepleie

Frem til nå er det diskutert hvorvidt ulike «verktøy», som relasjon mellom sykepleier og barn, foreldreinvolvering, medbestemmelse for barnet og holdninger blant foreldre og

sykepleiere kan bidra til å støtte barn til å mestre prosedyren og dermed unngå å bruke tvang. Som det kommer frem av drøftingen går flere aspekter ved hvert av temaene over i hverandre og svaret på problemstillingen er kompleks. For å fremme disse faktorene trengs god og hensiktsmessig kommunikasjon i bunn. Dette kapitlet skal derfor gjengi de mest grunnleggende trekkene med kommunikasjon som kan forebygge tvang.

For å støtte barn gjennom en prosedyre bør sykepleier motivere pasienten til å velge en mer tilnærmende mestringsstil (Eide & Eide, 2017) Det gjøres gjennom å støtte tilknytning, selvbestemmelse og mestringsfølelse. Så langt har vi sett på hvordan sykepleier kan etablere tilknytning og selvbestemmelse. Det neste vi skal se på er hvordan sykepleier kan støtte mestringsfølelse. Karlsson (2016) hevder at ved å støtte barnet på rett måte vil barnet til slutt tenke «jeg skal klare det!». For slik støtte må kommunikasjonen være oppmuntrende, ta utgangspunkt i at barnet er midtpunktet og ha en holdning om at man ønsker å gjøre barnets beste.

Språket bør være alderstilpasset og sensitiv til barnets reaksjoner (Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016). Piaget (2002) sin utviklingsteori hevder at barn under 1,5 år bruker sansene for å orientere seg. For sykepleie kan det bety å støtte barnet gjennom et kroppsspråk som utstråler trygghet, eller å bruke sensorisk lek som til distraksjon, for eksempel kile barnet. Fra barnet er rundt 1,5 år og opp til 7 år er barn ifølge Piaget preget av konkret tenkning, og de mangler evne til å tenke abstrakt. Alderen karakteriseres av egosentrisk tenkning. Barn i denne alderen bruker seg selv som midtpunkt, og kan derfor ofte få skyldfølelse (Grønseth & Markestad, 2017). Det betyr at barn kan tro at de selv er skyld i at de er syke, eller at når sykepleier sier de skal ta en blodprøve at de ser for seg at de skal tømme kroppen for blod. For sykepleieren betyr dette at vi må være bevisst språket så det ikke fører til misforståelser og fantasier (Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016). Vi må derfor utøve sykepleien gjennom et barneperspektiv (Bray et al., 2018; Karlsson, Dalheim Englund, et al., 2016; Quaye et al., 2019). Å innta et barneperspektiv kan forstås som at vi må se verdens slik de ser den.

4.7. Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke konkrete «verktøy» som sykepleier kan bruke for å hjelpe barn å mestre medisinske prosedyrer, slik at den kan bli gjennomført uten bruk av tvang.

For å støtte barn til mestring av prosedyrer kan sykepleier blant annet etablere en god relasjon til barn på sykehus. Det innebærer gjensidig tillit og en felles overbevisning om at prosedyren kan gjennomføres uten å skade barnet. Dette gjøres ved å være en trygg voksen som barnet kan stole på, gjennom å bruke tid og lek til å få kontakt med barnet, og ved ærlig kommunikasjon og anerkjennelse. Videre viste litteraturen at involvering av foreldre var viktig for å støtte barns mestring på sykehus. Gjennom å involvere foreldre må sykepleier gi god informasjon, avklare roller, bruke foreldrene som en ressurs og gi støtte når de føler seg opprørte. Ved å sørge for at foreldrene har det bra, blir det også lettere for foreldrene å ta hånd om barns behov. Styrke barns medbestemmelse hadde stor innvirkning på bruk av tvang. Medbestemmelse innebærer at barn høres, involveres

og er aktivt deltakende i prosedyrer. Dette betyr å få alderstilpasset informasjon og forberedelse. Å være bevisst egne holdninger, i forhold til tvang og barnets beste, påvirker sykepleiers til å ha en barnesentrert holdning og kommunikasjon med barnet. Kommunikasjonen bør være alderstilpasset, sensitiv for barnets reaksjoner og inneha et barneperspektiv.

Ved å etablere gode relasjoner til barn, involvere foreldrene og støtte barns medbestemmelse gjennom hensiktsmessig kommunikasjon, kan sykepleier støtte barn til å mestre prosedyrer, og dermed unngå bruk av tvang.

Referanser

Veiledning for Zotero: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Bruke+Zotero>

10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn. Statistikkbanken. (2021, april 23). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Allott, N. (2019). Kommunikasjon. I Store norske leksikon. <http://snl.no/kommunikasjon>

Askland, L. (2020). Kontakt med barn: Innføring i barnehagelærerens arbeid på grunnlag av observasjon (3. utgave.). Gyldendal.

Bray, L., Carter, B., Ford, K., Dickinson, A., Water, T., & Blake, L. (2018). Holding children for procedures: An international survey of health professionals. *Journal of Child Health Care*, 22(2), 205–215. <https://doi.org/10.1177/1367493517752499>

Bray, L., Carter, B., & Snodin, J. (2016). Holding Children for Clinical Procedures: Perseverance in Spite of or Persevering to be Child-Centered. *Research in Nursing & Health*, 39(1), 30–41. <https://doi.org/10.1002/nur.21700>

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>

Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving (7. utgave.). Gyldendal.

Databaser. (2021, oktober 15). Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Dyregrov, A. (2010). Barn og traumer: En håndbok for foreldre og hjelpere (2. utg.). Fagbokforlaget. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991001087684702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Eide, H., & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk (3. utg.). Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999919884696002202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.

Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. (2021). nsf. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

FNs barnekonvensjon. (2021, april 23). Regjeringen.no. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (4. utg.). Natur & kultur.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon—Lovdata. (2000). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforl.

Karlsson, K., Dalheim Englund, A.-C., Enskär, K., Nyström, M., & Rydström, I. (2016). Experiencing Support During Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3–7Years). *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 667–677. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.06.004>

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & 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, 23063. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>

Karlsson, K., Rydström, I., Nyström, M., Enskär, K., & Dalheim Englund, A.-C. (2016). Consequences of Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7 Years). *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e109-118. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.008>

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>

Lauridsen, J. A., Sønderskov, M. L., Hetmann, F., Hamilton, A., Salmi, H., & Wildgaard, K. (2021). Investigating the use of physical restraint of children in emergency departments: A Scandinavian survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 65(8), 1116–1121. <https://doi.org/10.1111/aas.13833>

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>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Lovdata. (1999). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet#KAPITTEL_7

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

NSD. (2021, oktober 14). NSD publiseringskanaler. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforl. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991215617634702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Piaget, J. (2002). *Barnets psykologi* (3. rev. udg.). Hans Reitzels forlag.

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>

- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (3. utg.). Fagbokforl.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991203714804702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Sjekklistene. (2016, juni 3). Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Stenman, K., Christofferson, J., Alderfer, M. A., Pierce, J., Kelly, C., Schifano, E., Klaff, S., Sciolla, J., Deatrack, J., & Kazak, A. E. (2018). Integrating play in trauma-informed care: Multidisciplinary pediatric healthcare provider perspectives. *Psychological Services, 16*(1), 7. <https://doi.org/10.1037/ser0000294>
- Svendsen, E. J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien.no*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>
- Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A., & Bjørk, I. T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: A qualitative interview study with nurses and physicians. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 12*(1), 1363623–1363623. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>
- Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie. Gyldendal akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991202770694702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Wechter, S. (2014). School-Age Children's Perception of Stress in the Hospital: A Draw and Tell Story. Doktoravhandling. New Mexico: University of New Mexico, College of Nursing., 261.
- Yrkesetiske retningslinjer. (2019). NSF. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

