



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

**Startdato:** 26-04-2024 09:00 CEST  
**Sluttdato:** 10-05-2024 14:00 CEST  
**Eksamensform:** Bacheloroppgave  
**Termin:** 2024 VÅR  
**Vurderingsform:** Norsk 6-trinns skala (A-F)  
**Flowkode:** 203 SYKB390 1 O 2024 VÅR  
**Intern sensor:** (Anonymisert)

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 109

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7998

**Egenerklæring \*:**

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:**

Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 83  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Bruk av tvang ved pediatriske  
sykehusavdelinger

Use of restraint in pediatric hospital care

Kandidatnr: 109

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

10.05.24

Antall ord: 7998

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract

**Background:** The use of restraint is a common and difficult issue in pediatric care, and can be a subject to professional, ethical, and legal discussions. A recent study performed in several Norwegian hospitals, showed a frequent use of restraint in pediatric departments (Rønningen & Eilertsen, 2023). The use of restraint can negatively affect both parents, health care workers and the child itself. Consequences may include both physical, psychological, and developmental issues for the affected child (Svendsen, 2018).

**Research question:** How can nurses contribute to preventing and reducing the use of restraint during hospital procedures in pediatric care?

**Method:** This bachelor's thesis is a literature study. Seven articles were included, consisting of four quantitative and three qualitative studies. The research question is discussed considering the result of the literature study and academic literature, as well as professional guidelines and legislation. The results are presented using a thematic synthesis.

**Findings:** The use of restraint can have various causes and be linked to circumstances of both the child, nurse, and parents, as well as the availability of relevant legislation and guidelines. It can also be linked to different perspectives, and a lack of consensus and ethical reflection, about the content of the term *restraint* among healthcare personnel. Preparation, establishing trust, obtaining consent, use of play and diversion and cooperation with parents, seem to be among the most used and effective nursing interventions to prevent and reduce the use of restraint during clinical procedures.

**Conclusion:** Further research is needed to conclude more on the effectiveness of the various interventions and how they best can be implemented. There also seems to be an urgent need for clarifications regarding legislation, and national professional guidelines in the field, to reduce the number of children being exposed to unfortunate use of restraint.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
<b>2.0 BAKGRUNN MED TEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>6</b>
2.1 HVA ER TVANG? .....	6
2.1.1 Tvang i lovverk og retningslinjer.....	6
2.1.2 Konsekvenser av tvang .....	7
2.2 ETISK PERSPEKTIV .....	7
2.3 FØRSKOLEBARNET PÅ SYKEHUS - ET UTVIKLINGSPERSPEKTIV.....	8
2.3.1 Piagets stadieteori .....	8
2.4 KATIE ERIKSSONS OMSORGSMODELL .....	9
<b>3.0 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....</b>	<b>10</b>
3.1 FORMÅL .....	10
3.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING .....	10
<b>4.0 METODE.....</b>	<b>10</b>
4.1 SØKEPROSESS .....	11
4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	12
4.1.2 Søk og utvalg .....	13
4.2 ANALYSE OG SYNTSE.....	14
4.3 KRITISK VURDERING .....	14
4.4 ETISKE VURDERINGER .....	15
<b>5.0 RESULTAT .....</b>	<b>15</b>
5.1 FAKTORER ASSOSIERT MED TVANGSBRUK.....	15
5.1.1 Faktorer ved barnet og prosedyren .....	15
5.1.2 Faktorer ved sykepleier: Opplæring, erfaring og veiledning .....	16
5.1.3 Tilgjengelighet av prosedyrer og kartleggingsverktøy.....	16
5.2 SYKEPLEIETILTAK FOR Å REDUSERE BRUK AV TVANG .....	17
5.2.1 Forberedelse, samtykke og relasjonsarbeid .....	17
5.2.2 Avledning og lek.....	18
5.2.3 Samarbeid med foreldre.....	18
5.3 HOLDNINGER OG ETISK REFLEKSJON .....	19
<b>6.0 DISKUSJON .....</b>	<b>21</b>
6.1 “ET NØDVENDIG ONDE” ELLER SISTE UTVEI .....	22
6.2 SYKEPLEIETILTAK FOR Å FOREBYGGE TVANGSBRUK .....	23
6.2.1 Forberedelse, samtykke og relasjonsarbeid .....	23
6.2.2 Avledning og lek.....	25

6.2.3 Samarbeid med foreldre.....	26
6.3 METODEDISKUSJON.....	27
<b>7.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>29</b>
<b>VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI.....</b>	<b>1</b>
<b>VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE .....</b>	<b>1</b>
<b>VEDLEGG 3: EKSEMPEL PÅ SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KVALITATIV STUDIE .....</b>	<b>1</b>
 <b>TABELLER:</b>	
TABELL 1: PICO.....	11
TABELL 2: INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	12
TABELL 3: TEMATISK ANALYSE.....	20

## 1.0 Innledning

*«Barnet skriker. Det er, etter lange diskusjoner, bestemt at det må legges ned en sonde. Barnet har ikke evnen til å forstå de omfattende konsekvensene av at sonden ikke legges ned, ei heller de komplekse vurderingene bak. Hen hylar, vrir seg unna. En sykepleier holder, mens en annen forsøker å gjennomføre prosedyren så skånsomt som mulig. De prøver å forklare, berolige og være trygge. Sonden må til slutt legges ned mot barnets vilje. Som helsepersonell forstår jeg den faglige begrunnelsen for at dette må gjennomføres. Som sykepleiestudent lurar jeg på om dette var vår eneste mulighet til å få det til. Som mor til egne barn må jeg kjempe mot tårene».*

Historien over er basert på egen erfaring fra en pediatrik sykehusavdeling. Det er bare én av mange historier om prosedyrer og undersøkelser som skjer mot et barns vilje i en sykehushverdag. En fersk kartleggingsstudie gjort på norske barneavdelinger forteller oss at bruk av tvang skjer i utstrakt grad (Rønningen & Eilertsen, 2023). 96 prosent av de spurte sykepleierne hadde benyttet tvang det siste året, og nær halvparten rapporterte om ukentlig tvangsbruk. Dette samsvarer også med funn fra internasjonale undersøkelser (Bray et al., 2018).

Temaet gir grobunn for både sykepleiefaglige, etiske og juridiske diskusjoner (Svendsen, 2018). Små barn kan oppleve å holdes fast mot sin vilje av både foreldre og helsepersonell under prosedyrer, som blodprøvetaking eller innleggelse av perifert venekateter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75). Denne type tvangsbruk har vist seg å kunne ha både psykiske, sosiale og utviklingsmessige konsekvenser, og påvirke barnets tillit til helsevesenet i fremtiden (Svendsen, 2018). Juridisk ligger tvangsbruken i en gråsoner. Til tross for at barns rettigheter i møte med helsevesenet er sterkt juridisk forankret, er det likevel ingen lov som tydelig regulerer tvang overfor små barn (Helsedirektoratet, 2018). Temaet er også assosiert med negative følelser hos helsepersonell, og sett på som et både vanlig og vanskelig etisk dilemma i det daglige arbeidet med barn (Kirwan & Coyne, 2017). Motivasjonen bak denne oppgaven bunnar i egne praksiserfaringer, hvor jeg ble gjort bevisst på sykepleierens avgjørende rolle i arbeidet med å forebygge bruk av tvang overfor små barn på sykehus.

## 2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

I følgende kapittel presenteres oppgavens teoretiske referanseramme. Her vil det redegjøres for tvangsbegrepet og konsekvenser av tvangsbruk. Videre presenteres relevant lovverk, etikk og retningslinjer på feltet. Oppgaven vil også belyse problemstillingen ved hjelp av både utviklings- og sykepleieteori, i lys av biologen Jean Piagets syn på den aktuelle aldersgruppen og Katie Erikssons omsorgsmodell (Eriksson, 1986/1996; Piaget, 1964/1992)

### 2.1 Hva er tvang?

Bacheloroppgaven tar for seg bruk av tvang ved pediatriske sykehusavdelinger, det vil si sengeposter for barn i spesialisthelsetjenesten. For å gjøre det er nødvendig å se nærmere på fenomenet tvang. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 9-2) definerer tvang som tiltak pasienten motsetter seg, eller som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som tvang eller makt. Til tross for at lovverket omhandler pasienter over 16 år, kan den samme definisjonen benyttes om tvang overfor yngre barn. Oppgaven vil legge til grunn lovverkets definisjon av tvangsbegrepet. Dette innebærer fastholding av barn for gjennomføring av en prosedyre, uavhengig av samtykke fra foreldre eller barnet, og hvilken grad av makt som benyttes.

Tvang kan opptre i ulike former. Kangasniemi (2014, s.610) skiller mellom fysisk, psykisk, mekanisk og kjemisk tvang. Fysisk tvang innebærer for eksempel at et barn holdes fast for å gjennomføre en prosedyre, mens psykisk tvang kan inkludere overtalelse, manipulering eller bestikkelse. Mekanisk tvang beskrives som bruk av utstyr for å begrense bevegelse, mens kjemisk tvang kan forstås som bruk av medikamenter for å roe ned pasienten.

#### 2.1.1 Tvang i lovverk og retningslinjer

I Norge finnes det ingen lovverk som tydelig regulerer tvang overfor barn i sykehus (Svendsen, 2018). For voksne benyttes kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) for å regulere tvang i somatikken. Dette begrenser seg imidlertid til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, og for yngre barn har foresatte rett til å samtykke til helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Lovverket tydeliggjør likevel at barnets mening skal vektlegges i samsvar med alder og modenhet. I noen tilfeller vil også helsepersonellovens (1999) paragraf 7 om øyeblikkelig hjelp, tillate at helsehjelp gis uavhengig av samtykke.



Helsedirektoratet (2018) understreker likevel i et rundskriv at foresattes mulighet for samtykke ikke er ensbetydende med helsepersonells rett til å benytte tvang, og henviser blant annet til Grunnloven og FNs barnekonvensjon, hvor «barnets beste» er et grunnleggende hensyn (Grunnloven, 1814, § 104; Forente nasjoner, 1989, artikkel 3). Dette innebærer barnets rett til vern om sin personlige integritet, til å bli hørt og til respekt for sitt menneskeverd. Videre stiller Helsepersonelloven (1999, § 4) krav til grundige vurderinger av hva som er forsvarlig helsehjelp. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2 – 3-5) har barnet i alle tilfeller rett på informasjon tilpasset alder og modenhet, og helsepersonell er pliktig til å, så langt som mulig, forsikre seg om at informasjonen er forstått. I høringsutkastet til en ny tvangsbegrensningslov (NOU 2019: 14, s. 31) ble det blant annet tatt til orde for økt rettssikkerhet for barn.

Det er ikke funnet egne norske retningslinjer for bruk av tvang overfor barn. Royal Collage of Nursing (RCN, 2019) har imidlertid utviklet en egen retningslinje for bruk av restriktive fysiske tiltak mot barn. Retningslinjen inneholder anbefalinger for forebygging, gjennomføring og opplæring i tvangsbruk, samt bruk av metoden «clinical holding». Teknikken skiller seg fra annen fastholding ved graden av makt som benyttes, intensjonen og samtykke fra barnet.

### 2.1.2 Konsekvenser av tvang

Bruk av tvang kan ha negative både fysiske og psykiske konsekvenser for barnet både før, under og etter prosedyren (Kirwan & Coyne, 2017). Fysisk er konsekvenser som benbrudd, ødemer, nerveskader og blåmerker sett i sammenheng med tvangsbruk (Demir, 2007). Psykiske og utviklingsmessige konsekvenser kan innebære angst, relasjons- og tillitsutfordringer, og fremtidig frykt for sykehus (Svendsen, 2018; Grønseth & Markestad, 2017, s. 74). Barns engstelse kan sees i sammenheng med både aldersbetinget forståelse av situasjonen og tap av kontroll, samt manglende mestringsstrategier for angst og smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73-74). Bruk av tvang over lengre tid har vist seg å kunne medføre omfattende utviklingsmessige konsekvenser, og kan i ytterste konsekvens føre til dissosiative lidelser (Diseth, 2006).

## 2.2 Etisk perspektiv

Rammeverket for sykepleiernes yrkesetiske praksis er nedfelt i Yrkesetiske Retningslinjer for

sykepleiere (NSF, 2023). I retningslinjene vektlegges blant annet sykepleierens ansvar for å ivareta den enkeltes verdighet og integritet, retten til autonomi og medbestemmelse og til å ikke bli krenket. Det understrekes også at sykepleieren har et ansvar for å forebygge uheldige hendelser og pasientskader.

Verdiene i de yrkesetiske retningslinjene kan også sees i sammenheng med de fire bioetiske prinsippene beskrevet av Beauchamp og Childress (2001, s.9-12): respekten for autonomien, velgjøringsprinsippet, ikke-skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet. Prinsippene sees på som grunnleggende verdier i helsefaglig arbeid, men kan også stå i konflikt med hverandre, og skape etiske dilemmaer.

### 2.3 Førskolebarnet på sykehus - et utviklingsperspektiv

I 2022 var 188 393 barn mellom 0-9 år innlagt på somatiske sykehusavdelinger (SSB, 2023). Innleggelse i sykehus kan medføre engstelse og stress, og hvordan barnet mestrer dette påvirkes av faktorer som alder og utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2021, S.63-64) Grønseth og Markestad (2021, s. 67-72) beskriver førskolebarnets særtrekk som et barn med kort oppmerksomhetsspenning, liten evne til å skille mellom stimuli og begrenset evne til å se sammenheng mellom årsak og virkning. Videre trekkes barnets evne til fantasi og magisk tenkning frem som fremtredende egenskaper hos denne aldersgruppen. Det påpekes likevel at evnen til å skille mellom fantasi og virkelighet er særlig krevende for førskolebarnet. Barnet kan også ha en konkret språkforståelse, som kan føre til at ord og uttrykk misforstås. Separasjonsangst er også et viktig utviklingsmessig trekk i denne alderen, og foreldres tilstedeværelse trekkes frem som særlig viktig for barnets trygghet ved sykehusinnleggelse (Grønseth & Markestad, 2021, s. 67-72)

#### 2.3.1 Piagets stadieteori

En av de mest fremtredende teoretikerne innen moderne utviklingspsykologi er den sveitsiske biologen Jean Piaget (1896-1980) (Bunkholdt, 2000, s. 98-99). Hans teori defineres som en stadieteori, hvor de ulike alderstrinnene har særegne kjennetegn. Hos Piaget faller førskolebarnet innenfor det «pre-operasjonelle stadiet» (2-7 år) (Bunkholdt, 2000, s.106-108). I denne fasen vektlegger Piaget (1964/1992, s. 20-30) utviklingen av barnets språk, med en påfølgende følelsesmessig og intellektuell forandring. Dette fører til at barnet får mulighet til å kommunisere, og etter hvert sosialisere, med andre og utvikling av evnen til å forme egne tanker. Piaget påpeker også at barnets følelsesliv gjennomgår en endring i denne alderen, og

evnen til interpersonelle følelser som sympati gjør seg gjeldende. Han beskriver likevel barnet i dette stadiet som egosentrisk, som vil si at det tar utgangspunkt i seg selv for å forstå verden rundt (Bunkholdt, 2000, s. 107). Dette gjelder også i kommunikasjonen med andre, og barnet har enda ikke fullt ut skilt mellom jeg-et og den ytre verden (Piaget, 1964/1992, s. 23-24).

Lekens viktige rolle i dette stadiet understrekes, og utspiller seg som «fantasi og etterlikningslek», hvor barnet trener på ulike handlingsmønstre (Piaget, 1964/1992, s.25-26). Til tross for at Piagets teorier har vært betydningsfulle for forståelsen av barns utvikling, har de også vært gjenstand for kritikk (Bunkholdt, 2000, s. 111-117). Hans metodikk, manglende vektlegging av det sosiale miljøet og liten tiltro til barnets tidlige kognitive aktivitet er blant områdene som har blitt kritisert.

## 2.4 Katie Erikssons omsorgsmodell

At yde omsorg er at passe og pleje, at lære og at leke, at fungere i tro, håb og kjærlighet (Eriksson, 1986/1996, s.17).

Slik starter den finske sykepleieteoretikeren Katie Eriksson boken “Omsorgens idé”. Hun beskriver omsorg som en naturlig menneskelig atferd, som omfatter hele mennesket og har en helsefremmende funksjon (Eriksson, 1986/1996, s. 17-20). Eriksson hadde en holistisk tilnærming til sykepleien, og understreker at omsorgen innebærer å ta hensyn til hele mennesket. Videre beskrev hun at kjernen i omsorgen baserte seg på prinsippene: “. [...] å passe og pleie, å leke og å lære” (Eriksson, 1986/1996, s. 17-18) [egen oversettelse].

Lekens plass i sykepleien for mennesker i alle aldre er fremtredende i Erikssons teorier, og er beskrevet som en viktig del av både den naturlige og profesjonelle omsorgen (Eriksson, 1986/1996, s. 35-39). Hun skilte mellom ulike typer lek, ut ifra hvilken hensikt den tjente for pasienten. Leken kunne blant annet fungere som et verktøy for å forstå og bearbeide ny informasjon, eller som en måte å løse problemer på. Videre kunne leken gi rom for hvile og rekreasjon, og i seg selv være helsefremmende. Til slutt kunne leken være en trygg arena for utprøving, hvor ferdigheter kunne øves opp uten konsekvenser.

## 3.0 Formål og problemstilling

### 3.1 Formål

Denne oppgaven søker å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge og redusere tvang under kliniske prosedyrer. Målet er å sette søkelys på hvordan dette kan bidra til å redusere negative senvirkninger hos denne sårbare pasientgruppen.

### 3.2 Problemstilling og avgrensning

På bakgrunn av dette vil oppgaven ta for seg problemstillingen: *«Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge og redusere bruk av tvang overfor barn under prosedyrer ved pediatriske sykehusavdelinger?»*.

Oppgaven tar for seg barn mellom 2-6 år, her definert som førskolebarn. Videre vil den avgrenses til bruk av tvang under prosedyrer som gjennomføres av sykepleier, eller hvor sykepleier bistår. På grunn av oppgavens omfang vil det legges vekt på fysisk tvang hvor barnet holdes fast under prosedyren, og ekskludere psykisk, mekanisk og kjemisk tvang (Kangasniemi 2014, s.610).

## 4.0 Metode

Dalland (2017, s. 51) beskriver metode som et verktøy for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Følgende kapittel tar for seg valg av metode, søkeprosess, utvelgelse, analyse og syntese av resultater, kritisk vurdering av forskningsartikler og etiske vurderinger.

For å finne svar på problemstillingen er det gjennomført en litteraturstudie. Thidemann (2019, s.77-79) beskriver denne sjangeren som en metode hvor forfatteren innhenter og systematiserer informasjon fra skriftlige kilder, hvor hensikten er å gi en oppdatert og grundig fremstilling av den tilgjengelige kunnskapen om et tema. Dette innebærer blant annet at forfatteren innhenter informasjon, kritisk vurderer denne og setter den i system. Et vesentlig prinsipp i en litteraturstudie er, ifølge Thidemann (2019, s 82), at søkeprosessen er transparent og etterprøvbart. Metoden er valgt da en sammenfatning av eksisterende kunnskap om temaet vil være hensiktsmessig for å finne ut hva vi vet om sykepleieres forebyggende og tvangsreducerende tiltak, og på hvilke områder forskningen er mangelfull.

## 4.1 Søkeprosess

Jeg startet søkeprosessen med å formulere en presis og søkbar problemstilling, for deretter å gjøre et innledende litteratursøk (Thidemann, 2019, s.81-82). Søket ble gjort i databasene UpToDate, Sykepleien, Oria og Helsebiblioteket, for å skaffe oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur på feltet, og identifisere relevante søkeord. Her fant jeg relevant litteratur i form av bøker, artikler og nettsider. Jeg benyttet også referanselister, metodekapitler og pensumlitteratur for å finne mer informasjon og alternative søkeord.

Valg av kilder tar utgangspunkt i «Kunnskapspyramiden», som er en hierarkisk fremstilling av ulike kunnskapskilder (Nortvedt et al., 2021, s. 48-49). Et prinsipp for den kunnskapsbaserte praksisen er å søke etter mest oppsummert og oppdatert forskning. I oppgaven er nivåene «kliniske oppslagsverk» og «kunnskapsbaserte retningslinjer» brukt for bakgrunnsinformasjon/innledende søk. Det systematiske søket er gjennomført i de to nederste nivåene, «systematiske oversikter» og «enkeltstudier» (Nortvedt et al., 2021, s. 52-54)

**Tabell 1: PICO**

	Patient/Problem (P) <u>Intervention</u> (I)		Comparison (C)	Outcome (O)
<b>Begreper på norsk</b>	Barn (2-6 år) Førskolebarn Barn på sykehus	Tvangsreduserende tiltak Tvang Makt Fastholding	Ingen	Reduksjon av tvang
<b>Begreper på engelsk</b>	Child* Preschool child* Hospitalized child*	Intervention* to reduce*:  - Restraint - Holding - Force - Use of force - Immobilization		Reduce*:  - Restraint - Holding - Force - Use of force - Immobilization

For å gjennomføre et systematisk litteratursøk ble rammeverktøyet PICO benyttet for å strukturere problemstillingen og gjøre denne søkbar (Nortvedt et al., 2021, s. 37-38). Her strukturerer man problemstillingen i henholdsvis Population/Patient/problem (P), Intervention (I), Comparison (C) og Outcome (O) (Tabell 1). For å finne gode engelske søkeord er det benyttet ordbok, «Mesh på norsk» og ord hentet fra referanselisten til artikler fra det innledende søket (Nortvedt et al., 2021, s. 41). Ord som «restraint», «holding»,

«immobilization», «force» ble i forskningen brukt om hverandre, og manglet ofte tydelige definisjoner. Jeg valgte å inkludere så mange som mulig å av begrepene for å sikre at søket favnet bredt nok, og ekskluderte deretter med utgangspunkt i min tvangsdefinisjon.

#### 4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å spisse søket er det formulert inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2) (Thidemann, 2019, s. 83-84). Det er gjort avgrensning på barnets alder (2-6 år), da forskning viser at de yngste barna har størst risiko for å utsettes for tvang (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015; Kirwan og Coyne, 2017). Barn under 2 år er ekskludert da tiltakene for denne gruppen vil være betraktelig annerledes enn for barn over spedbarnsalder. For å sørge for at forskningen er tilstrekkelig oppdatert er det inkludert artikler fra det siste tiåret. Fordi forskningsgrunnlaget om temaet er begrenset, er det inkludert både kvalitative og kvantitative studier i litteraturstudien. Begge forskningsdesign er relevante for problemstillingen, da de kvantitative studiene kan si noe om målbare data som forekomst og effekt av tiltak, mens de kvalitative kan si noe om deltakernes erfaringer med tvangsbruk (Dalland, 2017, s. 52-54). Det er i tillegg ekskludert medikamentelle tiltak som bruk av smertestillende, da dette er tiltak som må gjøres i samråd med lege.

**Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Studier tilgjengelig på norsk/engelsk	Studier på andre språk
Omhandler barn mellom 2-6 år	Omhandler ikke barn mellom 2-6 år
Artikler fra siste tiår	Artikler eldre enn ti år
Kvalitative og kvantitative studier	
Artikler som omhandler barn på sykehus	Artikler som omhandler barn utenfor sykehus
Prosedyrerelatert tvang	Annen tvangsbruk
Fysisk tvang	Psykisk, mekanisk, teknologisk eller kjemisk tvang
Ikke-medikamentelle tiltak	Medikamentelle tiltak

#### 4.1.2 Søk og utvalg

Videre gjorde jeg prøvesøk i flere databaser med ulike kombinasjoner av ordene i PICO-skjemaet. Jeg valgte deretter de ordene og databasene som ga mest relevante resultat, og gjennomførte et systematisk søk med samme søkekombinasjon i Cinahl, MEDLINE (ovid) og Cochrane Library. Søket er dokumentert underveis (vedlegg 1), og evaluert fortløpende (Thidemann, 2019, s. 88-90). Jeg benyttet den boolske operatoren OR for å kombinere ulike søkeord med samme innhold, og AND for å avgrense søket til studier som omfattet alle leddene i problemstillingen (Nortvedt et al., 2021, s.65). Søket resulterte i 7 inkluderte studier, fire kvantitative og tre kvalitative.

Første systematiske søk ble gjennomført hos Cinahl med kombinasjon av søkeord som beskrevet i vedlegg 1. Søket hadde totalt 46 treff etter avgrensninger. Av disse var 12 artikler relevante for problemstillingen, resten ble forkastet. Deretter ble disse 12 lest grundigere og sett opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Noen artikler ble også ekskludert på grunn av manglende overførbarhet til norsk helsevesen. Totalt fire artikler ble inkludert i oppgaven (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015; Kirwan & Coyne, 2017; Svendsen et al., 2017). Andre systematiske søk ble gjennomført i databasen MEDLINE (Ovid) med samme kombinasjon av søkeord. Søket hadde totalt 60 treff etter avgrensninger, og av disse var 14 relevante for problemstillingen. En del av disse overlappet med resultatene fra søket hos Cinahl, og etter gjennomgang basert på kriteriene ble det inkludert én artikkel (Lombart et al., 2020). Siste søk ble gjennomført i Cochrane Library, med 147 treff på samme søkekombinasjon. Her var det kun mulig å gjøre avgrensning på publiseringstidspunkt, og ikke på alder/språk. Her ble ingen artikler inkludert i litteraturstudien, men én artikkel benyttet for sammenlikning i diskusjonen.

To inkluderte artikler (Bray et al., 2016; Rønningen & Eilertsen, 2023) er funnet ved manuelle søk (Thidemann, 2019, s. 81). Den første er en tidligere publisert studie av forfattere bak artikkelen til Bray et al. (2018). Denne ble funnet i referanselisten, og inkludert fordi den hadde perspektiver som var særlig relevante for problemstillingen. Den siste ble funnet i det innledende litteratursøket hos Sykepleien, og inkludert da den inneholder resultater fra norske sykehus. De inkluderte artiklene er sammenfattet og presentert i en litteraturmatriks (vedlegg 2).

## 4.2 Analyse og syntese

For å analysere resultatene i litteraturstudien er det tatt utgangspunkt i Helen Aveyards (2023, s. 143-149) tematiske analysemodell. Modellen går ut på å identifisere temaer fra resultatkapittelet i hver av artiklene, og systematisere disse. Jeg identifiserte relevante temaer manuelt ved hjelp av fargekoder. Deretter laget jeg en skjematisk oversikt over hvilke artikler som tok for hvilke temaer (tabell 3). Resultatene er organisert i tre hovedtemaer, med tilhørende undertemaer. Jeg organiserte resultatene tematisk i Excel, før de ble sammenfattet i resultatkapittelet.

## 4.3 Kritisk vurdering

Å være kildekritisk innebærer å kritisk vurdere kildene man benytter i lys av relevans for problemstillingen, troverdighet og holdbarhet (Dalland, 2017, s. 158-162). I utvalgsprosessen er det underveis gjort kvalitetsvurdering av artiklene med utgangspunkt i sjekklister hos Helsebiblioteket (2016a). Styrker og svakheter ved artiklene er inkludert i litteraturmatrisen. Alle studiene er publisert i fagfelleverderte tidsskrift og har godkjenning fra en etisk komité. Så langt det var mulig har jeg benyttet meg av primærkilder, for å sikre at innhold og budskap ikke er farget av ulike forfatteres forståelse (Dalland, 2017, s. 162).

Det ble tidlig i arbeidet tydelig at forskningen på feltet er mangelfull, og i all hovedsak inkluderer kvalitative studier som forteller noe om sykepleierens erfaringer og synspunkter. Disse perspektivene er interessante, og kan gi oss en pekepinn på hvilke tiltak som kan være relevante. Likevel mangler det flere randomisert kontrollerte studier (RCT) som sammenlikner effekten av ulike tiltak (Helsebiblioteket, 2016b) for å kunne konkludere tydeligere om hvordan sykepleieren kan ha en tvangsreducerende rolle. En grunn til dette kan være at det er etisk utfordrende å gjennomføre denne type studier med barn som forskningsobjekt. Tilgjengelige studier og systematiske oversikter av denne typen ble funnet knyttet til tiltak for å redusere smerte og angst ved prosedyrer (Birnie et al., 2018; Usman et al., 2013,) men ingen undersøkte direkte hvorvidt dette kunne sees i sammenheng med tvangsbruk. Jeg valgte å benytte disse i diskusjonsdelen, da det i forskningen er sett sammenheng mellom prosedyrerelaterte angst og bruk av tvang, men ekskluderte dem fra selve litteraturstudien på bakgrunn av relevans for problemstillingen.



#### 4.4 Etiske vurderinger

Oppgaven følger faglige, etiske og juridiske retningslinjer for oppgaveskriving ved HVL, og benytter referansestilen APA7th (HVL, 2022; Dalland, 2017, s. 167). I noe av den inkluderte forskningen er små barn, uten egen mulighet til samtykke, benyttet som forskningsobjekt. Dette er en særlig sårbar pasientgruppe, som stiller strenge krav til forskningsetiske hensyn. Alle de inkluderte artiklene har fått godkjenning fra en etisk komité, og det er innhentet samtykke fra foreldre og helsepersonell. Alle studiene har også redegjort for tilstrekkelig anonymisering av deltakerne. Ved bruk av eksempel fra egen praksis er sykepleierens lovpålagte taushetsplikt tatt hensyn til, og eksempelet er anonymisert (Helsepersonelloven, 1999, § 21)

### 5.0 Resultat

I følgende kapittel presenteres litteraturstudiens funn tematisk. Analysen resulterte i tre hovedtemaer som på ulike måter kan belyse problemstillingen: Faktorer assosiert med tvangsbruk, sykepleietiltak for å redusere bruk av tvang og holdninger/etisk refleksjon (tabell 3).

#### 5.1 Faktorer assosiert med tvangsbruk

Majoriteten av de inkluderte studiene tematiserer ulike årsaker til tvangsbruk. Faktorer ved barnet, prosedyren og sykepleieren er hovedårsakene som undersøkes i forskningen. I tillegg trekkes tilgjengeligheten av ressurser som prosedyrer og kartleggingsverktøy frem som påvirkende faktorer.

##### 5.1.1 Faktorer ved barnet og prosedyren

Barn under 4-6 år har størst risiko for å utsettes for tvang (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015; Kirwan og Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). Barnet stressnivå før prosedyren nevnes også som en innvirkende årsak, og flere hevder at dersom barnet er urolig, agitert eller stresset før prosedyren, kan dette påvirke eventuelle restriksjoner (Bray et al., 2016, Bray et al., 2018; Rønningen & Eilertsen, 2023). Akutte situasjoner og risiko for barnets sikkerhet tematiseres også som en medvirkende årsak (Bray et al., 2018; Lombart et al., 2020; Rønningen & Eilertsen, 2023).

Hvilken type prosedyre som skal gjennomføres synes også å ha påvirkning på tvangsbruk, og

inngrepene prosedyrer som blodprøvetaking trekkes frem som mest sannsynlige årsaker (Brenner et al., 2015; Kirwan og Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). Videre pekes det på at dersom prosedyren hastet, eller at det var brukt flere forsøk på å gjennomføre den, kunne dette medføre tvangsbruk (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017).

### 5.1.2 Faktorer ved sykepleier: Opplæring, erfaring og veiledning

Om karakteristikkene ved sykepleiere som deltar i prosedyren påvirker tvangsbruken tematiseres også i forskningen. Områder som trekkes frem er blant annet sykepleiers alder, opplæring, erfaring og videreutdanning (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015; Kirwan & Coyne, 2017). Det var motstridende resultater om hvordan utdanning og erfaring påvirket tvangsbruken (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015; Kirwan & Coyne, 2017;)

Flere av studiene peker på mangler knyttet til opplæring og veiledning i bruk av tvang overfor barn (Bray et al., 2016; Bray et al., 2018; Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). I alle studiene som undersøker dette, var det et flertall av sykepleiere som rapporterte å ikke ha mottatt opplæring. Majoriteten av de spurte sykepleierne mente at slik opplæring burde tilbys (Bray et al., 2018; Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). Bray et al. (2018) fant at de som hadde mottatt opplæring rapporterte om mindre bruk av tvang. Brenner et al. (2015) fant på sin side at sykepleiere som hadde fått opplæring i “safe holding” av barn under prosedyrer, hadde økt sannsynlighet for fastholding.

### 5.1.3 Tilgjengelighet av prosedyrer og kartleggingsverktøy

Flere av studiene fant også store variasjoner og mangler ved tilgjengeligheten av prosedyrer og veiledningsdokumenter på arbeidsplassen, og om sykepleierne hadde satt seg inn i disse (Bray et al., 2018; Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). Majoriteten av de spurte sykepleierne oppga at de ikke benyttet kartleggingsverktøy for vurdering av tvangsbruk, men at dette kunne være nyttig for klinisk praksis (Bray et al., 2018; Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). Bray et al. (2018) fant at de som opplyste at de hadde tilgjengelige ressurser rapporterte om hyppigere fastholding av barn enn de som ikke kjente til dette. Bray et al. (2016) trekker også frem at de fleste i studien hadde manglende kunnskap om nasjonale retningslinjer om prosedyrer for fastholding og tvangsbruk overfor barn.

## 5.2 Sykepleietiltak for å redusere bruk av tvang

Flertallet av artiklene i litteraturstudien trekker frem tiltak sykepleiere kan benytte seg av for å redusere bruk av tvang under prosedyrer. De mest omtalte tiltakene er forberedelse av barnet, samtykke og relasjonsarbeid, bruk av avledning og lek og samarbeid med foreldrene.

### 5.2.1 Forberedelse, samtykke og relasjonsarbeid

Å forberede barnet på hva som skal skje, blant annet ved å forklare prosedyren og bygge en relasjon, trekkes frem som et tiltak som ofte benyttes før eventuell tvangsbruk (Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017). Rønningen & Eilertsen (2023) fant at bruk av forklaring var blant de høyest rangerte faktorene assosiert med redusert tvangsbruk. Svendsen et al. (2017) trekker frem det å tilbringe tid med barnet i forkant, forklare de ulike stegene og å forberede barnet på den sensoriske opplevelsen, som viktige tiltak.

Bray et al. (2016) gjennomførte observasjoner og intervjuer med helsepersonell, foreldre og barn. De fant to ulike syn på tvangsbruk; “perseverance in spite of”, hvor prosedyren ble fullført på tross av uro og manglende samarbeidsvilje hos barnet, og “perseverance to be child-centred”, hvor det før, under og etter prosedyren ble fulgt en tydeligere plan med barnet i fokus. Blant deltakerne som benyttet den siste strategien ble forberedelse av barnet i forkant, aktiv støtte fra de voksne underveis i prosedyren og inkludering av barnet vektlagt som viktige tiltak. Studien viste at dersom barnet som følge av denne strategien var rolige i starten av prosedyren, kunne dette gi et vindu for å få gjennomført med minimal eller ingen bruk av makt, selv hos barn under fire år.

Innhenting av samtykke fra barnet tematiseres også i tre av studiene. Hos Rønningen & Eilertsen (2023) svarte 92% at innhenting av samtykke kunne være en faktor knyttet til redusert tvangsbruk. Studiene viser at det er svært varierende hvorvidt det innhentes verbalt eller skriftlig samtykke fra barna før en prosedyre og om de diskuterer eventuell fastholding med barnet i forkant (Bray et al., 2018; Kirwan & Coyne, 2017). Bray et al. (2018) fant at de som mente at samtykke ikke var nødvendig, oftere holdt barn fast under prosedyrer enn de som fikk både muntlig og skriftlig samtykke.

### 5.2.2 Avledning og lek

Bruk av avledning ble hos Rønningen & Eilertsen (2023) rangert som det nest mest brukte reduksjonstiltaket for tvangsbruk. Videre svarte 91% at bruk av lek var et tiltak som kunne bidra til reduksjon av tvang. I studien understrekes det at avledningstiltak kan sees i sammenheng med foreldredeltakelse, da foreldrene ofte vet hva som vil fange oppmerksomheten til barnet. Brenner et al. (2015) fant at sykepleieren hadde mindre sannsynlighet for å benytte tvang dersom det var en leketerapeut tilgjengelig i avdelingen. Hos Kirwan og Coyne (2017) svarte også 86% av de spurte sykepleierne at bruk av lek ble forsøkt før eventuell tvangsbruk.

### 5.2.3 Samarbeid med foreldre

Samarbeid med foreldre omtales i fire av de syv inkluderte artiklene (Bray et al., 2016; Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017). Flertallet av de spurte sykepleierne rapporterte at foreldredeltakelse var vanlig og oppmuntret, både når en prosedyre skal gjennomføres og når det skal benyttes tvang (Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017). Av flere ble foreldredeltakelse trukket frem som et tiltak som ble forsøkt før eventuell tvangsbruk, og av Rønningen & Eilertsen (2023) ble det rangert høyest av de tvangsreducerende tiltakene. Svendsen et al. (2017) beskrev foreldrenes rolle som en nøkkel i prosessen med å minimere tvangsbruk. Det var stor enighet blant de spurte deltakerne om at rolige og tydelige foreldre kunne forhindre at situasjonen eskalerte og at behovet for tvang økte, mens foreldre som selv ble følelsesmessig påvirket av barnets uro kunne bidra til å eskalere situasjonen ytterligere.

Hos Bray et al. (2016) ble to ulike strategier og syn på gjennomføringen av prosedyren presentert. I den første mente foreldrene ofte at det var i barnets interesse å gjennomføre prosedyren så raskt som mulig. Noen valgte å tilbakeholde informasjon om prosedyren så lenge som mulig, og begrunnet dette med at barnet da fikk kortere tid til bekymring. Fastholding ble her sett på som en forventet og akseptabel del av prosedyren. Helsepersonell rapporterte at de kunne bli påvirket av foreldrenes meninger om hvor mye uro og engstelse hos barnet som var akseptabelt, og at dette kunne bidra til at de flyttet egne grenser. I den andre strategien hadde foreldrene forberedt barnet på forhånd, og alle de involverte hadde en praksis med barnet i fokus. Her ble ikke det ikke sett på som forventet eller uunngåelig at

barnet skulle bli opprørt. Den siste strategien syntes å føre til mindre bruk av tvang enn den første.

### 5.3 Holdninger og etisk refleksjon

Både hva som anses som tvang og hvor mye bruk av makt som aksepteres, synes å variere blant de spurte sykepleierne, og ha innvirkning på hvor mye tvang som benyttes (Bray et al., 2018; Lombart et al., 2020; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017) Det er også varierende hvor mye etisk refleksjon som gjøres rundt tvangsbruken. I studien til Lombart et al. (2020) var det kun én av de spurte gruppene som brukte ordet “etikk” i diskusjoner om temaet. Svendsen et al. (2017) trekker også frem at det ikke var vanlig å diskutere dette ved avdelingen, og at det var lite refleksjon rundt lovligheten av tvangsbruken. Lombart et al. (2020) fant at sykepleierne kunne endre tone i stemmen når samtalen gikk over til å snakke om situasjoner hvor tvang ble benyttet. Da ble en omsorgsfull tone i stemmen erstattet med en mer teknisk, presis og følelsesmessig framkoblede beskrivelse av situasjonen.

I flere av studiene kommer det frem at på tross av ulike syn på fastholding og tvang, synes det å være enighet om at man bør gjøre tiltak for å redusere bruken. Samtidig fremgår det at helsepersonellet føler en sterk forpliktelse til å gjennomføre prosedyren, og at dette kan gå på bekostning av hensynet til barnet (Bray et al., 2018; Lombart et al., 2020; Svendsen et al., 2017).

**Tabell 3: Tematisk analyse**

	Årsaker/faktorer knyttet til tvangsbruk			Sykepleietiltak for å redusere tvangsbruk			Holdninger og etisk refleksjon
	Faktorer ved barnet og prosedyren	Faktorer ved sykepleier	Prosedyrer og kartleggingsverktøy	Forberedelse, samtykke og relasjon	Avledning og lek	Samarbeid med foreldre	
<u>Bray et al., 2016</u>	X	X	X	X		X	X
<u>Bray et al., 2018</u>	X	X	X	X			
<u>Brenner et al., 2015</u>	X	X			X		
<u>Kirwan &amp; Coyne, 2017</u>	X	X	X	X	X	X	X
<u>Lombart et al., 2020</u>	X						X
<u>Rønningen &amp; Eilertsen, 2013</u>	X	X	X	X	X	X	
<u>Svendsen et al., 2017</u>				X		X	X

## 6.0 Diskusjon

Denne oppgaven undersøker hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruk av tvang overfor små barn under prosedyrer på sykehus. For å finne ut dette må vi først vite noe om hvorfor tvangen oppstår, for deretter å se på hvordan sykepleierne kan arbeide for å bidra til forebygging og reduksjon. Resultatet viser at bruk av tvang overfor barn under prosedyrer er en både vanlig og vanskelig problemstilling ved pediatriske avdelinger. De yngste barna har særlig høy risiko for å bli utsatt for tvang, da denne gruppen naturlig er disponert for å gjøre motstand mot prosedyrer (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015; Kirwan og Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017). Førskolebarnets manglende evne til å se sammenhengen mellom årsak og virkning kan også gjøre denne gruppen særlig utsatt (Grønseth og Markestad 2017, s. 67). Dette kan tyde på at sykepleiere som jobber med de yngste barna må være særlig bevisst vurderingene bak restriktive tiltak og alternative strategier for gjennomføring. Det kommer også frem at dersom det er en akutt situasjon, eller prosedyren er særlig inngripende, stilles det høyere krav til sykepleieren for å forebygge tvangsbruk.

Litteraturstudien viser at det er store variasjoner og mangler knyttet til opplæring, lovverk og ressurser for vurdering og kartlegging av tvang overfor barn, til tross for enighet blant majoriteten av sykepleierne om dette kunne bidra til bedre praksis (Bray et al., 2016; Bray et al., 2018; Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). Retningslinjen til RCN (2019) understøtter dette synet, og anbefaler at sykepleiere som arbeider med barn får yrkestilpasset opplæring. De inkluderte studiene viste likevel motstridende resultater i hvorvidt opplæringen hadde betydning for hvor ofte sykepleierne benyttet tvang (Bray et al., 2018; Brenner et al., 2015). Et eksempel på opplæring er teknikken «clinical holding», som innebærer bruk av begrenset makt for fastholding under prosedyren (RCN, 2019). Brenner et al. (2015) fant at sykepleiere som hadde fått denne type opplæring hadde økt sannsynlighet for fastholding. Det er imidlertid behov for ytterligere forskning for å konkludere om hvorvidt metoden kan påvirke tvangsbruken eller hvor mye makt som benyttes under fastholding. Med unntak av dette, undersøker ikke studiene hvilken type opplæring som er gitt, eller om ulike typer opplæring kan innvirke på resultatet. Det samme gjelder for bruk av kartleggingsverktøy og prosedyrer. Det er derfor ikke forskningsmessig grunnlag for å konkludere om opplæring og tilgjengelighet av ressurser kan ha betydning for tvangsbruk. Det er likevel tydelig at det også i norsk sykehuspraksis mangler tydelig lovverk, prosedyrer og retningslinjer som

regulerer tvangsbruken, som kan føre til usikkerhet hos helsepersonell (Svendsen, 2018; Rønningen & Eilertsen, 2023). Det kan synes som at en presisering av lovverket, samt nasjonale faglige retningslinjer på feltet kunne være hensiktsmessig.

## 6.1 “Et nødvendig onde” eller siste utvei

Sentralt i sykepleien står prinsippet om pasientens autonomi, og sykepleieren har et lovpålagt og yrkesetisk ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp, som ivaretar pasientens rett til selvbestemmelse, sikkerhet og verdighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4; NSF, 2023). Ved pleie av barn utfordres imidlertid disse prinsippene, både ved foreldrenes mulighet til å samtykke på vegne av egne barn, og av barnets manglende evne til å forstå konsekvensen av egne valg (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 4-4; Grønseth og Markestad 2017, s. 67-69). Sykepleieren er forpliktet av lov og etiske retningslinjer til å gjennomføre helsehjelp som er til “barnets beste” og forebygge situasjoner som kan føre til krenkelser, skader eller negative senvirkninger (Grunnloven, 1814, § 104; Forente nasjoner, 1989, artikkel 3; Helsepersonellovens, 1999, § 4; NSF, 2023). Likevel er det tydelig at det ikke er konsensus blant helsepersonell om hva som er “barnets beste”, og hva som er forsvarlig bruk av makt for å gjennomføre prosedyrer.

Et gjennomgående tema i flere artikler var to ulike syn på tvangsbruk, hvor den ene siden var preget av en tankegang hvor tvangsbruken ble sett på som “et nødvendig onde” som var forventet og uunngåelig (Bray et al., 2018; Lombart et al., 2020; Svendsen et al., 2017). Dette synet synes å være kombinert med en forståelse av at dette er til barnets beste, og at en rask gjennomføring vil være minst belastende. På den andre siden ble ikke tvangsbruk sett på som akseptabelt eller forventet, og bruk av makt ble sett på som et nederlag (Bray et al., 2018; Lombart et al., 2020). Det å gjennomføre prosedyren raskt og minimere antall forsøk er trukket frem av flere studier som tvangsreducerende faktorer (Brenner et al., 2015; Svendsen et al., 2017). Likevel viste Bray et al. (2016) at de som delte det siste synet hadde større suksess med å gjennomføre prosedyren uten bruk av tvang. Den siste gruppen hadde imidlertid også en annen strategi for gjennomføringen, og det er ikke mulig å konkludere om hvorvidt de voksnes holdninger og forventninger var avgjørende for resultatet. Det er ikke funnet tilgjengelig forskning på hvilket syn på tvangsbruk og respons på barnets følelser underveis som er mest hensiktsmessig, men retningslinjer på feltet understreker at omsorg og respekt for barnets rettigheter alltid bør ligge til grunn, og tvang bare bør benyttes som “siste utvei” (RCN, 2019). Retningslinjen anbefaler også en åpenhet om hvem som skal avgjøre hva



som er “barnets beste”, hvor avgjørelsen om mulig burde gjøres i samarbeid med barnet og foresatte.

I forskningen fremgår det også at kultur for etisk refleksjon er varierende ved ulike kliniske settinger, og at helsepersonell i samme gruppe ofte kunne ha et svært unisont syn på tvangsbruk (Kirwan & Coyne, 2017; Lombart et al., 2020; Svendsen et al., 2017). Det kom også frem at det var ulike perspektiver blant sykepleierne på tvangsbruk, og ulik forståelse av begrepene som omfattet fenomenet. Sykepleiere kunne føle en sterk forpliktelse til å få gjennomført prosedyren, og det ble observert en endring hos helsepersonell når bruk av tvang ble diskutert eller gjennomført. Rønningen & Eilertsen (2023) påpekte at ulike perspektiver og forståelse av tvangsbegrepet kan ufarliggjøre og øke bruken. Det kan derfor tenkes at en kultur som legger til rette for etisk refleksjon og evaluering kan være av nytte for å påvirke tvangsbruk.

## 6.2 Sykepleietiltak for å forebygge tvangsbruk

Funnet i denne litteraturstudien samsvarer med den innledende hypotesen om at sykepleiere kan ha en avgjørende rolle i forebygging og reduksjon av tvang. Tiltakene som er funnet harmonerer med Erikssons definisjon av sykepleierens kjerneoppdrag, hvor omsorg kan gis gjennom både pass og pleie, men også gjennom lek og læring (Eriksson, 1986/1996, s. 17-18). Til tross for at metodene kan benyttes av flere yrkesgrupper, er tydelig at sykepleieren har en særegen rolle, da de ofte tilbringer mye tid sammen med barnet ved en sykehusinnleggelse.

### 6.2.1 Forberedelse, samtykke og relasjonsarbeid

Tiltak som inkluderer forberedelse, samtykke og relasjonsarbeid omtales både i teori og forskning som viktige elementer for en suksessfull gjennomføring av prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75-79; Kirwan & Coyne., 2017; RCN, 2019; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017;). Grønseth & Markestad (2017, s. 75) peker på forberedelsen som en form for stressimmunisering, hvor det å jobbe med frykten på forhånd kan bidra til å redusere denne før prosedyren skal gjennomføres.

Svendsen et al. (2017) trekker frem at sykepleieren bør tilbringe tid med barnet i forkant for å bygge en relasjon, og forberede barnet på hvordan prosedyren skal gjennomføres, samt den

sensoriske opplevelsen. Det understrekes likevel at dette er et område som krever at det finnes balanse mellom å gi tilstrekkelig og realistisk informasjon, uten å bidra til frykt eller økt uro. Dette synet støttes av Grønseth & Markestad (2017, s. 75-76) som også hevder at forberedelse bør være basert på et realistisk syn på prosedyren, som fanger barnet interesse, uten å skremme. Her anbefales det også å inkludere elementer som stimulerer ulike sanser, som f.eks. følelse, lukt og lyd. Retningslinjen hos RCN (2019) vektlegger også informasjon og forberedelse, og oppmuntrer til å forklare prosedyren, avklare roller og hvilke metoder som eventuelt skal bli brukt for fastholding. Opprettholdelsen av tillit med barnet understrekes også i forskningen, og flere mislykkede forsøk på gjennomføring, eller bruk av tvang uten avtale på forhånd, er forhold som kan medføre tillitsbrudd mellom barn, foreldre og sykepleier (Rønningen & Eilertsen, 2023)

Hvis vi ser på forberedelsen i lys av Piagets teori ser vi at barnets språkutvikling, og endring i følelsesliv er sentrale kjennetegn hos førskolebarnet (Piaget, 1964/1992, s.20-40; Bunkholdt, 2000, s. 106-108). Ved at språket utvikler seg, utvikles også evnen til å kunne kommunisere med barnet og formidle informasjon om verden rundt. Barnet er likevel fremdeles preget av en egosentrisk tankegang, og tar utgangspunkt i seg selv for å forstå det som skjer.

Sykepleieren må altså utforske barnets forståelse og perspektiver, og ta utgangspunkt i barnet selv i både kommunikasjon og møte med følelser. Her bør man også være bevisst på barnets konkrete språkforståelse, og sikre seg at eventuelle misforståelser oppklares (Grønseth & Markestad, 2017, s. 68). Funnene hos Bray et al. (2016) understøtter at en strategi med barnet i fokus, hvor man inkluderte barnet i hele prosessen, kunne gi positive resultater med tanke på tvangsbruk.

Inkludert i forberedelsen ligger barnets mulighet til samtykke. Innhenting av samtykke ble hos ble hos majoriteten av de spurte sykepleierne hos Rønningen & Eilertsen (2023) sett på som et mulig tvangsreducerende tiltak, og hos Bray et al. (2018) sett i sammenheng med redusert fastholding. Likevel viste studiene at det var svært varierende om det ble innhentet samtykke fra barnet i forkant av prosedyren eller fastholdingen (Bray et al., 2018; Kirwan & Coyne, 2017). Dette kan ha ulike årsaker, og blant annet være knyttet til både foreldrenes rett til å samtykke på vegne av barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4), og til et syn på fastholding som en forventet del av pediatrik sykepleie (Bray et al., 2016).

### 6.2.2 Avledning og lek

Bruk av ulike typer avledning og lek er trukket frem blant tiltakene som ofte forsøkes, og som kan bidra til redusert tvangsbruk (Brenner et al., 2015; Kiwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023). Lekens naturlige plass for barn i denne aldersgruppen, og som virkemiddel for sykepleien, trekkes frem av flere teoretikere (Eriksson, 1986/1996, s. 35-39; Grønseth & Markestad, 2017, s. 81-83; Piaget, 1964/1992, s.24-26). Lek kan benyttes terapeutisk både i kommunikasjon med barnet, som en del av forberedelse til prosedyrer, og for å bearbeide følelser i etterkant (Grønseth & Markestad, 2017, s. 82-83). Både Piaget og Eriksson påpeker at leken tjene ulike hensikter for førskolebarnet, som utprøving av ulike handlingsmønstre, et verktøy for å forstå og bearbeide informasjon, og som et fristed fra virkeligheten (Eriksson, 1986/1996, s. 35-39; Piaget, 1964/1992, s.24-26). Ulik type lek trekkes frem som fremtredende for denne aldersgruppen, med “fantasi og etterlikningslek” som sentralt element. Grønseth og Markestad (2017, s. 67-69) og Piaget (1964/1992, s.24-26) vektlegger i denne alderen barnets evne til fantasi, og til å handle ut ifra egne tanker. Dette gir rom for bruk av f.eks. rollelek som metode. Eriksson (1986/1996, s. 35-39) støtter at den fantasifulle leken i seg selv kan være helsefremmende, og hjelpe pasienten til å øve på mestring i en situasjon. Likevel understrekes det at barn i denne alderen kan ha vanskeligheter med å skille mellom fantasi og virkelighet, noe som stiller større krav til sykepleieren om å sikre at barnets forståelse baserer seg på virkeligheten (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67-70)

Som forberedelse kan leken benyttes ved demonstrasjon av utstyr og prosedyrer på bamser eller dukker, eller ved hjelp av tegning, video eller bøker (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75-76). Her kan sykepleieren benytte seg av barnets naturlige tilbøyelighet til fantasi- og rollelek, og la barnet spille rolle som f.eks. sykepleier eller lege. I for- og etterkant av prosedyren kan leken også benyttes til å bearbeide og forstå både informasjon og følelser, og som et trygt rom til å gjenvinne kontroll (Eriksson, 1986/1996, s. 36-39; Grønseth & Markestad, 2017, s. 82-83). Ingen av de inkluderte studiene undersøkte direkte hvordan bruk av lek kunne bidra til redusert tvangsbruk. Likevel peker Brenner et al. (2015) på at det er gode forskningsmessige bevis for fordeler av leketerapi for barn i sykehus, og trekker frem funn som reduksjon av stress og frykt under prosedyrer.

Lek kan også fungere som en form for avledning, som hos Rønningen & Eilertsen (2023) var blant de to høyest rangerte tvangsreduserende tiltakene. Det er ikke funnet studier som direkte undersøker effekten av avledning på tvangsbruk. Likevel viser tidligere studier, inkludert to

større systematiske oversikter, at avledning er et effektivt tiltak mot både prosedyrerelatert stress og smerte (Birnie et al., 2018; Usman et al., 2013). Det er ikke funnet grunnlag for å si at reduksjon av stress og smerte kan påvirke bruk av tvang, men dersom man legger til grunn at dette kan ha en innvirkning, vil det være interessant å videre undersøke sammenhengen mellom avledning og tvangsbruk.

### 6.2.3 Samarbeid med foreldre

Foreldres tilstedeværelse trekkes frem som viktig for barnets trygghet ved sykehusinnleggelse, og er blant majoriteten av de spurte i denne studien sett på som positivt (Bray et al., 2016; Grønseth og Markestad, 2017, s. 72-73; Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017). Resultatene viser at det særlig ved prosedyrer på små barn er vanlig, og ofte oppmuntret, at foreldrene er den som holder barnet under prosedyren (Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017). Dette gjaldt også dersom det ble benyttet tvang. Det kan diskuteres hvorvidt det er til det beste for barnet at foreldrene bidrar i tvangsbruken. Foreldrene være en trygghet for barnet når det skal gjennomgå noe som er ubehagelig, og er hos flere studier trukket frem blant faktorer som kan bidra til å redusere tvangsbruk (Kirwan & Coyne, 2017; Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017). Rønningen & Eilertsen (2023) peker likevel på at tvangsbruk uten dialog på forhånd kan medføre tillitsbrudd mellom både sykepleiere, foreldre og barn. Samtidig er separasjonsangst trukket frem blant de viktigste utviklingsmessige trekkene blant førskolebarn innlagt i sykehus, og underbygger viktigheten av foreldres tilstedeværelse (Grønseth og Markestad 2017, s. 68-73). Retningslinjen hos RCN (2019) oppfordrer også til foreldres tilstedeværelse og involvering, men understreker at dette må være frivillig. Det legges vekt på at foreldre ikke må føle skyld dersom de ikke ønsker å holde barnet, og at de sikres nødvendig informasjon om deres rolle underveis dersom de skal holde (RCN, 2019). Sykepleieren har altså, i tråd med lovpålagte plikter, et ansvar for å sikre at tilstrekkelig informasjon om både gjennomføring og valg er gitt i forkant av prosedyren, og delta i avgjørelsen om hvorvidt foreldredeltakelse vil være faglig forsvarlig og til det beste for barnet (Helsepersonelloven, 1999, § 4, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2 – 3-5).

Det fremgår også av forskningen at hvorvidt foreldres deltakelse påvirker tvangsbruken positivt kan avhenge av faktorer ved foreldrene selv (Bray et al., 2016; Svendsen et al., 2017). Hos Svendsen et al. (2017) ble det hevdet at tvang kunne unngås dersom de klarte å holde

foreldrene rolige og samarbeidsvillige gjennom hele prosessen, mens dersom foreldrene hadde sterke følelsesmessige reaksjoner kunne dette gjøre at barnets motstand økte. Dette samsvarer med funn hos Bray et al. (2016) som fant at foreldrene som hadde forberedt barnet på forhånd, og hadde en tydelig plan for gjennomføringen, hadde større suksess med å få gjennomført prosedyren uten tvang. Dette kan tyde på at sykepleieren må være oppmerksom på og møte både barnet og foreldres følelser under prosessen. Samtidig peker Svendsen et al. (2017) på at det kan være vanskelig å endre usikre foreldres atferd. Sykepleierne forklare at de ofte selv forsøkte å kompensere for dette ved å fremstå trygge og tydelige. De viktigste tiltakene for å holde foreldrene rolig var konkret informasjon om viktigheten av prosedyren og gjennomføringen. Det kan derfor synes som at sykepleierens evne til å forholde seg rolig og tydelig, og samtidig bidra med tilstrekkelig informasjon og veiledning underveis, kan være av relevans for minimering av tvangsbruk.

### 6.3 Metodediskusjon

Litteraturstudien, med sin systematiske og etterprøvbare metode, er hensiktsmessig for denne type oppgave, hvor målet er å avdekke hva vi allerede vet om sykepleierens funksjon i tvangsreduksjon (Thidemann, 2019, s.77-79). En styrke ved metoden er at ved bruk av relevante søkeord er alle de inkluderte artiklene direkte knyttet til problemstillingen og utforsker sykepleieres bruk av tvang på små barn. Det var ønskelig å finne systematiske oversikter eller flere studier som sammenliknet effekten av tvangsreduserende tiltak, men jeg har ikke lyktes i å finne dette. Dette kan være fordi forskningen på feltet er mangelfull, eller at mine søkeord og inklusjonskriterer ikke har fanget opp all relevant forskning. Jeg har imidlertid gjennomgått litteraturlistene til alle artiklene, og ikke funnet henvisninger til forskning som direkte sammenlikner effekten av ulike tiltak.

Alle de inkluderte artiklene er fra europeiske land, med unntak av én som inkluderer resultater fra New Zealand/Australia. To av studiene er gjennomført ved norske sykehus, som gjør resultatene overførbare til norske forhold. En svakhet kan være at noen av artiklene inkluderer et større aldersspenn enn mine inklusjonskriterier, dette fordi tilgjengelig forskning på kun dette alderstrinnet var for begrenset. Det er likevel i flere av artiklene gjort skille mellom de ulike alderstrinnene, og det har vært mulig å uthente informasjon om den gitte aldersgruppen. Én av artiklene (Kirwan og Coyne, 2017) inkluderer også annen type tvangsbruk enn fysisk tvang. Også denne gir spesifiserte tall for bruk av fysisk tvang, og artikkelen er inkludert da

faktorene som undersøkes er relevant for all tvangsbruk. Enkelte artikler undersøker andre yrkesgrupper, i tillegg til sykepleiere. Jeg har valgt å inkludere disse da tiltakene som presenteres kan gjennomføres av sykepleiere.

## 7.0 Avslutning

I oppgaven er det undersøkt hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge og redusere bruk av tvang overfor barn under prosedyrer. Det fremgår at bruk av tvang er en omfattende og etisk utfordrende praksis ved pediatrike avdelinger både nasjonalt og internasjonalt, som kan ha konsekvenser både for barnet selv, foreldre og helsepersonell. Tvangsbruk kan ha ulike årsaker og være knyttet til forhold ved både barnet, sykepleieren, foreldrene og den aktuelle prosedyren, samt tilgjengelighet av relevant lovverk og retningslinjer. Bruken kan også knyttes til ulike perspektiver blant helsepersonell, og manglende konsensus om innholdet i begrepet, som vitner om behovet for åpne diskusjoner og etisk refleksjon omkring temaet. Det krever et større forskningsmessig grunnlag for å konkludere om hva som er de avgjørende utløsende faktorene, og hvordan sykepleieren kan påvirke disse. Det fremgår likevel at sykepleieren har en viktig rolle i arbeidet med å forebygge og redusere tvangsbruk.

Tiltak som forberedelse, relasjonsarbeid, innhenting av samtykke, bruk av lek og avledning og samarbeid med foreldre synes å være blant de mest brukte og effektive tiltakene sykepleieren kan benytte seg av for å forebygge og redusere bruk av tvang under prosedyrer. Det er imidlertid behov for ytterligere forskning for å kunne konkludere tydeligere hvilken effekt de ulike tiltakene har på tvangsbruk og hvordan de best kan gjennomføres. Det fremgår også at det er et presserende behov for tydeligere lovverk, kunnskapsbaserte veiledere og nasjonale faglige retningslinjer på feltet, for å trygge sykepleierne i sin praksis og bidra til at færre barn utsettes for uheldig og unødvendig bruk av tvang.

## Referanseliste

- Aveyard, H. (2023). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A practical guide* (5. Utg). Open University Press.
- 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.galanga.hvl.no/10.1002/nur.21700>
- 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.galanga.hvl.no/10.1177/1367493517752499>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/detail.action?docID=5763592>.
- 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 (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(9–10), 1189–1198. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12650>
- Birnie, K. A, Noel, M., Chambers, C.T., Uman, L.S., Parker, J.A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 10). DOI: 10.1002/14651858.CD005179.pub4.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2. utg). Universitetsforlaget
- 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.galanga.hvl.no/10.1111/j.1466-7657.2007.00547.x>
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and Psychopathology*. 2006;18(1):233-251. doi:10.1017/S0954579406060135
- Eriksson, K. (1996). *Omsorgens idé* (1. utg) (A.E. Overgaard, dansk overs.). Munksgaard. (Opprinnelig utgitt i 1986).
- Forente nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Barne- og familiedepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Noregs Grunnlov*. (LOV-1814-05-17). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *4.1 Sjekklist*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>
- Helsebiblioteket. (2016b, 7. juni). *4.3 Randomisert kontrollert studie*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.3-randomisert-kontrollert-studie>
- Helsedirektoratet (2018, 16. oktober). *Tvangsbruk overfor barn under 16 år som motsetter seg helsehjelp ved somatisk sykdom og skade*. Helsedirektoratet.



[https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasient-og-brukerrettighetsloven/Tvangsbruk%20overfor%20barn%20under%2016%20%C3%A5r%20som%20motsetter%20seg%20helsehjelp%20ved%20somatisk%20sykdom%20og%20skade%202018.pdf/\\_/attachment/inline/5858026b-6a0e-4fb1-ab13-22f516c3103e:6d4801f142d059db9745bef1d65f877dfc8b8fce/Tvangsbruk%20overfor%20barn%20under%2016%20%C3%A5r%20som%20motsetter%20seg%20helsehjelp%20ved%20somatisk%20sykdom%20og%20skade%202018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasient-og-brukerrettighetsloven/Tvangsbruk%20overfor%20barn%20under%2016%20%C3%A5r%20som%20motsetter%20seg%20helsehjelp%20ved%20somatisk%20sykdom%20og%20skade%202018.pdf/_/attachment/inline/5858026b-6a0e-4fb1-ab13-22f516c3103e:6d4801f142d059db9745bef1d65f877dfc8b8fce/Tvangsbruk%20overfor%20barn%20under%2016%20%C3%A5r%20som%20motsetter%20seg%20helsehjelp%20ved%20somatisk%20sykdom%20og%20skade%202018.pdf)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

HVL. (2022, 9. september). *Tekniske retningslinjer for oppgaveskriving*. HVL. <https://www.hvl.no/om/sentrale-dokument/reglar/tekniske-retningslinjer-for-oppgaveskriving/>

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.galanga.hvl.no/10.1177/1367493516666730>

Lombart, B., 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://dx.doi.org/10.1177/0969733019833128>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M.W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm AS.

NOU 2019: 14 (2019). *Tvangsbegrensningsloven: Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgsjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

NSF. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Piaget, J. (1992). *Barnets psykiske utvikling*. (M. Uhrskov & J. P. Jensen, dansk overs.) Hans Rietzels Forlag A/S. (Opprinnelig utgitt i 1964).

Royal College of Nursing (RCN). (2019, august). *Restrictive physical interventions and the clinical holding of children and young people: Guidance for nursing staff*. RCN. [file:///Users/ingridlindebakken/Downloads/007-746%20\(6\).pdf](file:///Users/ingridlindebakken/Downloads/007-746%20(6).pdf)

Rønningen, R.B. & Eilertsen, M. (2023). Tvang på barneavdeling – en kartleggingsstudie. *Sykepleien Forskning*. 2023; 18 (91598) DOI: 10.4220/Sykepleienf.2023.91598

Svendsen, E. J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien* 2018;106 (71912). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.71912](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 & Well-Being* 12 (1): N.PAG. doi:10.1080/17482631.2017.1363623.

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023, 14. april). *Pasienter på sykehus: 10261: Pasienter, behandling og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder og diagnose (F) 2012 – 2022*. SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg). Universitetsforlaget.

Uman, L.S., Birnie, K.A., Noel, M., Parker, J.A., Chambers, C.T., McGrath ,P.J. & Kisely, S.R. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 10). DOI: [10.1002/14651858.CD005179.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005179.pub3)

## VEDLEGG 1: Søkestrategi

Systematisk søk:				
Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Kommentar
Cinahl	16/1-24	Child (MD) OR Child* AND restraint OR Restraint, Physical (MH) OR force OR hold* OR immobilization (MH) OR immobilization AND nurse* AND hospital OR Hospitals (MD) OR procedure* <b>Avgrensning:</b> alder: 2-5 + 6-12. År: 2014-2024. Språk: Engelsk/norsk	50	12 relevante artikler > 4 inkludert
MEDLINE	04./01-24	Child (MD) OR Child* AND restraint OR Restraint, Physical (MH) OR force OR hold* OR immobilization (MH) OR immobilization AND nurse* AND hospital OR Hospitals (MD) OR procedure* <b>Avgrensning:</b> alder: 2-5 + 6-12. År: 2014-2024. Språk: Engelsk/norsk	67	14 relevante artikler > 1 inkludert
Cochrane Library	04/0124	Child (MD) OR Child* AND restraint OR Restraint, Physical (MH) OR hold* OR immobilization (MH) OR immobilization AND nurse* AND hospital OR Hospitals (MD) OR procedure* <b>Avgrensning:</b> År: 2014-2024	147	2 relevante artikler > ingen inkludert i litteraturstudien.
Manuelle søk:				
Sykepleien	16./01.24	Tvang + barn + sykehus	55	7 relevante artikler > 1 inkludert

## VEDLEGG 2: Litteratormatrise

Forfatter, år: Tittel	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
<b>Svendsen et al., 2017:</b>  <b>“Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians”</b>	Målet med studien var å utforske leger og sykepleieres perspektiver på, og forsvarliggjøring av, bruk av tvang under medisinske prosedyrer. Studien tok for seg nylig innlagte barn mellom 3-5 år som var under somatisk sykehusbehandling.	Artikkelen er en eksplorativ kvalitativ studie, og er en del av et større forskningsprosjekt som undersøker bruk av tvang under medisinske prosedyrer blant førskolebarn, i subakutte situasjoner. Denne studien baserer seg på intervjuer med sykepleiere, leger og foreldre til barn som har deltatt i studien.	Sykepleiere og leger som deltok i denne studien var valgt ut fra et større forskningsprosjekt, og hadde deltatt i 14 videoopptak hvor de forsøkte å sette PVK på seks barn mellom 3-5 år. Utvalget bestod av åtte sykepleiere (26-46 år) og syv leger (32-44 år). Alle utenom én var kvinner og de hadde mellom 1-8 års erfaring med helsehjelp til barn. Studien ble gjennomført ved et sykehus i sør-Norge.	Analysen resulterte i 3 hovedtemaer: <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Ulike synspunkt på konseptet tvang og tvangsbruk</li> <li>(2) Måter å begrense bruk av fysisk tvang og negative konsekvenser av tvangsbruk</li> <li>(3) Erfaring med foreldres rolle og påvirkning på bruk av tvang</li> </ol>	Relevant for problemstillingen, da den undersøker hvorfor tvangsbruk skjer, og hvordan sykepleiere kan bidra til forebygging. Gjennomført ved et norsk sykehus.  Lite utvalg.
<b>Rønningen &amp; Eilertsen, 2023</b>  <b>«Tvang på barneavdeling – en kartleggingsstudie»</b>	Målet med studien var å kartlegge sykepleieres erfaring med tvangsbruk, og hvilke medvirkende/reduserende faktorer som kunne påvirke bruken av	Artikkelen er en beskrivende tverrsnittstudie. Alle sykepleiere ved utvalgte barneavdelinger ble invitert til å delta og ble tilsendt et elektronisk spørreskjema.	Undersøkelsen ble gjennomført ved et region- og universitetssykehus i Norge. 250 sykepleiere mottok e-post om studien og invitasjon til å delta, hvorav 117 deltok. Utvalget foregikk ved fortløpende inkludering, hvor	Forekomst av tvangsbruk: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 96 prosent av studiedeltakerne har benyttet tvang de siste tolv måneder</li> <li>- 47 prosent oppga å ha benyttet tvang noen ganger</li> <li>- 43 prosent oppga at de benyttet tvang ukentlig</li> </ul>	Undersøker faktorer assosiert med økt/reduert tvangsbruk. Gjennomført ved flere norske sykehus.

	tvang.		inklusionskriteriet var sykepleiere som hadde arbeidserfaring med barn. Ansatte ved nyfødtintensiv ble ekskludert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tvang benyttet oftest på barn under fire år</li> <li>- Økt tvangsbruk ved invasive prosedyrer, prosedyrer som hastet og prosedyrer på små barn</li> </ul> <p>De hyppigst rapporterte tiltakene for å redusere tvangsbruk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foreldresamarbeid</li> <li>- Avledning</li> <li>- Informasjon</li> </ul>	
<b>Kirwan &amp; Coyne, 2017</b>  «Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices”	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres oppfatninger om tvangsbruk ved barneavdelinger. De ønsket spesifikt å undersøke: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyppighet og årsak til tvangsbruk</li> <li>- Forebyggende tiltak som ble benyttet</li> <li>- Hvordan bruk av tvang påvirket sykepleierne</li> <li>- Ivaretagelse av barnet og</li> </ul>	Undersøkelsen ble gjort ved en surveyundersøkelse, med et anonymt spørreskjema etterfulgt av en litteraturgjennomgang av studier om barnesykepleie. Skjemaet var delt inn i hovedtemaene: <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Profesjonell erfaring</li> <li>(2) Involvering av foreldre og barn</li> <li>(3) Retningslinjer, prosedyrer og opplæring</li> </ol>	Utvalget bestod av 50 sykepleiere som hadde svart på undersøkelsen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tvang benyttet ofte i det daglige arbeidet med barn i sykehus, og fysisk og psykisk tvang benyttet oftest</li> <li>- Barnets alder og prosedyre påvirker tvangsbruk.</li> <li>- Forklaring, involvering av foreldre og bruk av lek ble oftest brukt som forebyggende tiltak</li> <li>- Sykepleieres erfaring påvirket tvangsbruk</li> <li>- 80% av sykepleierne rapporterte om negative følelser knyttet til tvangsbruk</li> <li>- Individualiserte tilnæringsmåter som tar hensyn til den enkelte pasient og families behov bør benyttes</li> </ul>	Undersøker både årsaker og tiltak. Gjennomført i Irland > overførbart til norsk helsevesen.  Inkluderer annen tvangsbruk i tillegg til fysisk tvang.

	<p>familien gjennom tvangsprosessen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilgjengelige retningslinjer og opplæring</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende retningslinjer og opplæring rundt tvangsbruk. Et stort flertall mente at et kartleggingsverktøy ville vært hensiktsmessig.</li> </ul>	
<p><b>Brenner et al., 2015</b></p> <p>“An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: a factorial survey”</p>	<p>Målet med studien var å identifisere predikatorer for tvangsbruk overfor barn under kliniske prosedyrer på sykehus.</p>	<p>Studien har benyttet et faktorielt surveydesign, hvor deltakerne fikk se 10 vignetter med ulike scenarier, og deretter gitt et spørreskjema hvor de ble bedt om å rangere sannsynligheten for at de ville benyttet tvang i situasjonen.</p>	<p>Utvalget bestod av 105 sykepleiere som så vignettene og svarte på undersøkelsen i etterkant.</p>	<p>Undersøkelsen viste at det var større sannsynlighet for at sykepleierne benyttet tvang dersom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De hadde tidligere opplæring i «safe holding»</li> <li>- Det ikke var en leketerapeut tilgjengelig</li> <li>- Sykepleieren ikke hadde videreutdanning</li> <li>- Ved innleggelse av PVK</li> <li>- Barnet var yngre enn 5 år</li> </ul>	<p>Undersøker predikatorer for tvangsbruk blant sykepleiere &gt; kan sees i sammenheng med tiltak.</p> <p>Gjennomført i Irland &gt; overførbart til norsk helsevesen.</p>
<p><b>Bray et al., 2018</b></p> <p>«Holding children for procedures: An international survey of health professionals»</p>	<p>Målet med studien var å få et internasjonalt perspektiv på helsepersonells praksis med å holde fast barn under kliniske prosedyrer.</p>	<p>Kvantitativ studie som benyttet et elektronisk spørreskjema. Skjemaet bestod av 16 lukkede spørsmål og tre scenarier basert på situasjoner hvor et barn kan bli holdt fast under en klinisk prosedyre.</p>	<p>Skjemaet ble besvart av 872 helsearbeidere fra Australia, New Zealand og Storbritannia. Utvalget bestod av 651 sykepleiere, 159 leger, og 53 personer med annen helserelatert utdanning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fastholding av barn under prosedyrer er vanlig praksis i alle de tre landene i studien</li> <li>- Ulikheter i hvordan og hvorfor barn holdes, ofte ikke underbygget av opplæring eller veiledning</li> </ul> <p>Faktorer som påvirker om barn holdes under prosedyrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opplæring og erfaring</li> <li>- Tilgang til veiledning</li> <li>- Land</li> <li>- Yrke</li> </ul>	<p>Internasjonal studie, undersøker fenomenet i flere land.</p> <p>Stort utvalg.</p> <p>Inkludert andre yrkesgrupper enn sykepleiere.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Om samtykke til prosedyren var innhentet fra barn eller forelder</li> </ul>	
<p><b>Lombart et al., 2020</b></p> <p>«Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care»</p>	<p>Hensikten var å undersøke helsepersonells perspektiver på, og handlinger knyttet til, fysisk tvang i pediatrik pleie.</p>	<p>Studien er en kvalitativ etnografisk studie, som er gjennomført med fokusgrupper.</p>	<p>Utvalget bestod av helsepersonell (n = 30) med ulik yrkesbakgrunn rekruttert fra fire ulike sykehus i Frankrike. Alle var kvinner, mellom 23-63 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruk av tvang er en vanlig utfordring i pediatrien</li> <li>- «Barnets helse» i et større perspektiv ble brukt for å rettferdiggjøre tvangsbruk, med lite etisk refleksjon.</li> <li>- Gjennomføring av tekniske prosedyrer hadde høy prioritet, og ble brukt for å legitimere tvangsbruk</li> <li>- Helsepersonellet endret tone og væremåte overfor pasienten når det ble diskutert eller benyttet tvang for å gjennomføre en prosedyre.</li> </ul>	<p>Undersøker etiske perspektiver rundt tvangsbruk.</p> <p>Gjennomført i Frankrike &gt; overførbart til norsk helsevesen.</p> <p>Inkluderer andre yrkesgrupper enn sykepleiere.</p> <p>Lite utvalg, kun kvinner.</p>
<p><b>Bray et al., 2016</b></p> <p>«Holding children for clinical procedures: Perseverance in Spite of or perservering to be Child-Centered»</p>	<p>Hensikten var å utforske hva som skjer når barn gjennomgår kliniske prosedyrer i en akutt setting, med søkelys på bruk av fastholding under prosedyrer.</p>	<p>Studien er en eksplorativ kvalitativ studie. Data ble innhentet ved ikke-deltakende observasjon av kliniske prosedyrer og semi-strukturerte intervjuer med helsepersonell, foreldre og barn.</p>	<p>Observasjon av 31 prosedyrer, og semistrukturerte intervjuer med 22 ansatte i helsevesenet, 21 foreldre og 4 barn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- To ulike syn på tvangsbruk – påvirker hvordan foreldre og sykepleiere forbereder og gjennomfører prosedyren.</li> <li>- Fant at det var viktig med forberedelse og deltakende aktiviteter med barn og foreldre før, under og etter kliniske prosedyrer</li> <li>- Sykepleiere må være tydelig på sine grenser når de starter eller fortsetter en prosedyrer når et barn er angstpreget</li> </ul>	<p>Inkluderer etiske perspektiver, og undersøker ulike strategier for gjennomføring.</p> <p>Inkluderer andre yrkesgrupper enn sykepleiere.</p>



## VEDLEGG 3: Eksempel på sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

Svensden, E. J., Pedersen, R., Moen, A. & Bjørk, I. T. (2017). Exploring Perspectives on Restraint during Medical Procedures in Paediatric Care: A Qualitative Interview Study with Nurses and Physicians. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being* 12 (1): N.PAG. doi:10.1080/17482631.2017.1363623.

# Del A: Innledende vurdering

## 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:** Formålet med studien er tydelig formulert i første linje av abstractet.

## 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:** Studien søker å undersøke sykepleiere og legers perspektiver og forsvarliggjøring av tvangsbruk under medisinske prosedyrer på barn. Et kvalitativt studiedesign egner seg for denne type spørsmål som undersøker erfaringer og perspektiver på et fenomen.

## 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:** Studien begrunner valg av et eksplorativt kvalitativt design med at dette er hensiktsmessig når det finnes lite informasjon om et fenomen og man ønsker å forstå menneskers synspunkt og erfaringer.

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

- Det er gjort rede for hvem som er utvalgt, og at disse har vært en del av et større forskningsprosjekt. De utvalgte var leger og sykepleiere mellom 26-46 år, og med mellom 1-8 års erfaring med pleie til barn i sykehus.
- Det er gjort rede for hvorfor noen valgte å ikke delta, blant annet grunnet bruk av ordet «restraint» i studien.
- Det er gjort rede for alder, kjønn, erfaring og yrke hos utvalget.

#### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

- Studien er gjennomført ved et universitetssykehus i Norge.
- Det kommer tydelig frem at det er gjennomført semi-strukturerte intervjuer med helsepersonellet i et eget rom, rett etter de hadde sett videoopptak av en prosedyre.

- Det er oppgitt tid og lengde for intervjuene.
- Intervjuguiden er basert på resultater fra tidligere forskning, erfaring fra førsteforfatters erfaring som pediatrik sykepleier og hendelser som ble observert under videoptakene.
- Det er redegjort for temaene spørsmålene er strukturert etter.
- Det er redegjort for ordbruk, og at ordet «restraint» er benyttet med forsiktighet, og at dette ble benyttet mer forsiktig etter å ha oppdaget at dette påvirket intervjuobjektene negativt.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

### Kommentar:

- Det er gjort endringer i bruken av ordet «restraint» i intervjuene på grunn av deltakernes negative holdninger til ordet.
- Det er diskutert hvorvidt det at en av intervjuerne var en pediatrik sykepleier kan ha påvirket maktforholdet i intervjuet, og svarene, og at hun kan ha påvirket deltakernes syn på tvangsbruk.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

### Kommentar:

- Studien mottok godkjenning av en etisk komité
- Det er gjort rede for innhenting av skriftlig samtykke og informasjon som er gitt til deltakerne.

- Det er redegjort for hvordan det er sikret frivillig deltakelse i studien
- Samtykket ble bekreftet igjen før intervjuet ble gjennomført
- Det er redegjort for anonymisering av deltakerne.

## **8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

### **Kommentar:**

- Det er redegjort for hvordan analysen er gjennomført, og de ulike trinnene i analysen.
- Det er tydelig sammenheng mellom kategorier i analysen og sitater som er presentert
- Det er gjort rede for hvilken type analyse som er brukt.

## **Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## **Del B: Hva er resultatene?**

### **9. Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør

imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

- Det er i diskusjonen benyttet andre kilder for å vurdere og underbygge funnene, og er tydelig diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.
- Det er redegjort for begrensninger, og her delvis diskutert funnenes troverdighet.

## **Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

### **10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

- Forskerne har tydelig presentert hvilket bidrag denne studien kan ha for praksis og videre forskning i slutten av abstractet og i konklusjonen.
- Det er foreslått områder hvor det er behov for ytterligere forskning

Sjekklisten er hentet fra Helsebiblioteket.no:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>