



Institutt for helse- og omsorgsfag

Samtale om tvang på barneavdeling er nødvendig

-En kvalitativ studie om erfaringer knyttet til tvang fra sykepleiere som jobber med barn.

Silje Mikalsen og Viktoria Gotvassli

SYP 3902 Masteroppgave i sykepleie, studieretning barnesykepleie, Våren 2022

Antall ord: 17199

Forord

Denne masteroppgaven er gjennomført som siste del av masterutdanning i barnesykepleie ved Universitetet i Tromsø og markerer også slutten på en lang reise. Å skrive en masteroppgave sammen har vært krevende og lærerikt og gitt begge en bratt læringskurve. Vi bor på hver vår kant av landet og har fått til å jobbe sammen digitalt og møtt hverandre innimellom.

Oppsummert har vi fått mer faglig tyngde og ikke minst mer oversikt på forskningsområdet vi valgte. I tillegg har vi blitt godt kjent med oss selv og hverandre. Det å samarbeide tross avstand og i tillegg til jobb har vært en balansekunst og har krevd god og sikker planlegging, arbeidsfordeling og tillit.

Vi vil først og fremst takke våre flotte informanter som takket ja til å delta og tok seg tid til intervju midt i en hektisk hverdag. Takk til alle som har støttet oss i denne prosessen. En stor takk til våre familier og venner for deres tålmodighet og oppmuntring. Ikke minst vil vi takke vår fantastiske veileder Inger Jorun Danielsen som har gitt utrolig støtte og motivasjon med oppmuntrende ord og samtaler.

Tromsø, 4 mai 2022

Silje Mikalsen og Viktoria Gotvassli

Sammendrag

Bakgrunn: Det var i løpet av praksis på barneavdelingen vi ble interessert i tema bruk av tvang mot barn. Vi har savnet kommunikasjon rundt bruken av tvang i kollegiet. Det har ført til at vi har hatt vakter hvor vi har gått hjem med dårlig samvittighet. Tvang blir ofte brukt daglig i praksis for gjennomføring av prosedyrer. Alltid for barnets beste. Barnesykepleieren skal beskytte barnet mot unødvendig bruk av tvang. Relevant forskning viser at temaet ikke snakkes nok om kollegialt. Vi ønsket derfor å undersøke hvilke erfaringer barnesykepleieren har med tvang, og hvordan de snakker om det kollegialt.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleierne i barneavdelingen med bruk av tvang, hvordan involveres foreldrene og hvordan kommuniserer sykepleierne med hverandre om tvangsbruk mot barn?

Metode: Studien er en kvalitativ design inspirert av Malterud og Gadamer's hermeneutikk. Studien gjennomførte seks semistrukturerte individuelle intervjuer av spesialsykepleiere med erfaringer fra barneavdeling. I analyseprosessen er Malteruds systematiske tekstkondensering benyttet, med noen tilpasninger.

Resultater og konklusjon: Funnene beskrives i tre hovedtema. 1) Å handle mot barnets vilje. Her presenteres hvorfor det er i noen tilfeller er nødvendig å handle mot barnets vilje for å gjennomføre prosedyrer og undersøkelser. 2) Å samarbeide med barnet. Her snakker sykepleierne om hvordan de kan involvere barnet og foreldrene for å unngå bruk av tvang. 3) Å snakke om bruk av tvang. Her kommer det frem hvor viktig sykepleierne synes det er å snakke om tvang, og dele erfaringer og kunnskap med hverandre for å forebygge bruk av tvang. De snakker om viktigheten av å involvere barnet og familien. Gode forberedelse er viktig for alle involverte parter. I tillegg forteller sykepleierne hvordan de bearbeider tvangshendelser.

Nøkkelord: Barnesykepleier, tvang, kommunikasjon, sykepleier, familiesentrert sykepleie forberede, bearbeide

Abstract

Background: It was during practice in the children's ward that we became interested in the topic of use of restraint against children. We have missed communication about the use of restraint within the workplace. As a result, we've had shifts where we've gone home with a guilty conscience. Restraint is often used in daily practice for the implementation of procedures. Always for the good of the child. The pediatric nurse shall protect the child from unnecessary use of restraint. Relevant research shows that the topic is not talked about enough between colleagues. We therefore wanted to investigate what experiences the pediatric nurses has regarding the use of restraint, and how they talk about it collegially.

Research question: What experiences do the nurses in the childrens ward have with the use of restraint, how is the parents involved and how do the nurses talk to each other about the use of restraint against children?

Method: The study is a qualitative design inspired by Malterud and Gadamer's hermeneutics. The study conducted six semi-structured individual interviews of specialist nurses with experiences from the pediatric ward. In the analysis process, Malterud's systematic text condensation has been used, with some adaptations.

Results and conclusions: The findings are described in three main topics. 1) Acting against the child's will. Here it is presented why in some cases it is necessary to act against the will of the child to carry out procedures and examinations. 2) To cooperate with the child. Here the nurses talk about how they can involve the child and the parents to avoid the use of restraint. 3) Talking about the use of restraint. Here it is evident how important the nurses think it is to talk about restraint and share experiences and knowledge with each other to prevent the use of restraint. They talk about the importance of involving the child and the family. Good preparation is important for all parties involved. In addition, the nurses tell how they process forced incidents.

Keywords: Pediatric nurse, restraint, communication, nurse, family centred care, preparing, processing

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikten med studien, avgrensning og presentasjon av problemstilling	2
1.3 Sentrale begreper	2
2. Relevant forskning	4
3. Teoretisk tilnærming	8
3.1 Sykepleieansvaret	8
3.1.1 Familiesentrert sykepleie.....	8
3.1.2 Lovverket	9
3.1.3 Etske prinsipper innen utøvelse av sykepleie.....	10
3.2 Kommunikasjon i profesjonell praksis	11
3.2.3 Joyce Travelbee	13
4. Metode	15
4.1 Kvalitativ metode	15
4.1.1 En hermeneutisk tilnærming	15
4.1.2 Vår forforståelse	16
4.2 Det kvalitative intervju	16
4.3 Rekruttering og utvalg	17
4.4 Forskningsetiske og personvern overveielser	18
4.5 Refleksjoner over intervjuene og transkripsjon.....	18
4.6 Presentasjon av analyseprosessen.....	20
4.7 Refleksjon over metoden	22
5. Resultater	24
5.1 Å handle mot barnets vilje.....	24
5.1.1 Nødvendig bruk av tvang	24
5.1.2 Følelser knyttet til tvang.....	26

5.2	Å hjelpe barnet til mestring	27
5.2.1	Gode forberedelser	28
5.2.2	Samarbeid med kollegaer på forhånd	30
5.3	Bevisstgjøring om bruk av tvang	31
5.3.1	Samtale om bruk av tvang med kollegaer	31
5.3.2	Samtale om bruk av tvang med foreldre og barn	33
6.	Drøfting	35
6.1	Rettferdiggjøring	35
6.1.1	Følelser knyttet til tvang	36
6.2	Mestring	37
6.2.1	Forberedelse må tilpasses hvert enkelt barn	38
6.2.2	Familiesentrert sykepleie	39
6.3	Våge å snakke om tvang	42
6.3.1	Det er viktig å snakke om tvang	42
6.3.2	Kollegastøtte	45
6.3.3	Sykepleiefaglig veiledning	46
7.	Avslutning og videre diskusjon	48
	Litteraturliste	49
	Vedlegg	i
	Vedlegg 1: Søknad om tilgang til forskningsfelt	i
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv	iii
	Vedlegg 3: Intervjuguide	vi
	Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD	vii

1. Innledning

Vi har valgt å skrive masteroppgaven vår om bruk av tvang mot barn på sykehus. Målet med oppgaven er både å undersøke sykepleiernes erfaringer med å bruke tvang mot barnet, involvering av foreldre og sykepleiernes erfaringer med å snakke med hverandre i kollegiet om tvangsbruk.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har arbeidet som sykepleiere, men ikke jobbet på barneavdeling før vi begynte på masterutdanningen. Det var derfor i løpet av praksisstudiene vi ble interessert i tema om å bruke tvang mot barn. Vi erfarte at det vi opplevde som tvang nærmest var en del av daglig praksis fordi situasjoner relatert til bruk av tvang oppstår ofte. Dette er kjent og det er sykepleierne som blir sittende igjen med dilemmaet om bruk av tvang var til barnets beste (Lombart, De Stefano, Dupont, Nadji & Galinski, 2020). I tillegg står det i retningslinjene for barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver at barnesykepleieren skal beskytte barnet mot unødvendig bruk av tvang (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021).

Vi har erfart at det er utfordrende å holde barn i ro mot deres vilje, men at det er et tema som sjeldent snakkes om i avdelingen. Vi har hatt vakter hvor vi har gått hjem med dårlig samvittighet og her savnet kommunikasjon om bruken av tvang i kollegiet. En kommunikasjon som retter seg mot følgende spørsmål: Gjorde vi det rett, kunne det vært gjort på en annen måte, og hvordan var dette for barnet og foreldrene?

I en artikkel publisert i Sykepleien forskning, belyser Svendsen (2018) manglende kunnskap hos helsepersonell om bruk av tvang mot barn på sykehus. Når et barn motsetter seg behandling kan det resultere i at barnet blir holdt fast mot sin vilje. Det anvendes tvang. Hovedfokuset for helsepersonellet i artikkelen er å levere medisinsk nødvendig helsehjelp, og tvang blir lite diskutert kollegialt. Det fremheves at tvang blir brukt som en siste utvei eller som en mindre gjennomtenkt rutine. Helsepersonell forteller at de ofte bruker tvang, men at det er uenighet om hvor ofte det brukes, og hva som kan kalles tvang eller ikke (Svendsen, 2018).

Artikkelen til Svendsen (2018) kan tyde på at det er kunnskapshull når det kommer til anvendelsen av tvang mot barn på sykehus. Det stemmer med våre erfaringer og har motivert oss til å undersøke dette temaet i masteroppgaven. Vi har også erfart at sykepleierne ser ulikt på hva tvang mot barn i barneavdeling er.

1.2 Hensikten med studien, avgrensning og presentasjon av problemstilling

Hensikten er å øke kunnskapen om bruk av tvang sett fra sykepleierens perspektiv. Oppgaven har følgende problemstilling: *Hvilke erfaringer har sykepleierne i barneavdeling med bruk av tvang, hvordan involveres foreldrene og hvordan kommuniserer sykepleierne med hverandre om tvangsbruk mot barn?*

Fokuset i studien vår er på hvordan sykepleierne erfarer tvang, involvering av familien og barnet, og opplevelser og tanker knyttet til kommunikasjon kollegialt. Å støtte foreldre er en viktig oppgave i sykepleien til barn (Tveiten, Wennick & Steen, 2012). En viktig del av å arbeide med mennesker er å samtale. Relasjonen er helt avgjørende for å lykkes (Jensen & Ulleberg, 2019). Studiens hovedtyngde er likevel avgrenset til sykepleiernes ståsted og kollegial samtale.

Barn er fra 0 til 18 år. Problemstillingen er avgrenset til sykepleiernes erfaringer med tvang på barneavdeling og hvordan de snakker om tvang kollegialt. Vi har ikke snakket med barnet, foreldrene eller legene.

Masteroppgaven bygger på samme tema som innlevert og godkjent felles prosjektplan. Derfor kan det forekomme likhet i tekst fra prosjektplan.

1.3 Sentrale begreper

I helse- og omsorgstjenesteloven blir tvang definert som tiltak der pasienten motsetter seg, eller tiltak som er såpass inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt (Eilertsen, 2015). Vi har valgt å definere tvang i denne oppgaven etter lovteksten.

Kommunikasjon er et omfattende begrep og alt kommuniserer. Kommunikasjon handler om hvordan vi sanser, oppfatter og tolker fenomen, enkeltgjenstander, samspill og situasjoner. I kommunikasjon er relasjon viktig (Jensen & Ulleberg, 2019). Når vi snakker om kommunikasjon i denne oppgaven vil det være hvordan sykepleiere snakker med barn og barnas foreldre og hvordan sykepleiere snakker med hverandre. Det vil også være hvordan sykepleiere bruker samtale og lek for å bygge relasjoner.

Sykepleieren skal fremme mestring. Å skape en god relasjon er avgjørende for å oppnå gode resultater. En sykepleieoppgave er å lytte aktivt og fokusere på de personlige egenskapene og ressursene til pasienten, fremfor å henge seg opp i sakens problemer og mangler (Tveiten et al., 2012). Alle har ulike behov for bearbeiding. Vi tenker at bearbeiding vil si å få snakke ut om hendelser, for å lette på følelser og tanker rundt ubehagelige situasjoner.

2. Relevant forskning

Vi har utført forskjellige søk i databasene Pubmed og Cinahl i forkant av studien. Artikkene skulle ikke være eldre enn ti år. Vi har brukt flere kombinasjoner med ulike søkeord, men endte med å kombinere søkeordene «Restraint» AND «Pediatric» AND «Procedure». Ved å bruke disse søkeordene kom vi over artikler som har funn relatert til bruk av tvang på barn, men også funn som er relatert til vår problemstilling.

Når barn er innlagt på sykehus skal det ofte utføres prosedyrer som kan gi barnet stressreaksjoner, angst og smerter. Dette kan igjen føre til at barnet motsetter seg behandling. Ved å bruke tvang for å fullføre prosedyren kan det gi barnet en dårlig opplevelse, og på sikt kan det potensielt være skadelig og traumatiserende. Helsepersonell kan bli stående i en utfordring med tanke på at de har en dobbeltrolle i form av utøvelse av tvang samtidig som man skal gi barnet omsorg, trygghet og behandling. Det er skrevet flere artikler hvor det er forskjellige begreper som blir nevnt i forbindelse med bruk av tvang. Ordene «tvang», «holde» og «begrense» blir alle brukt og dette kan indikere at det ikke finnes en klar terminologi (Svendsen, Pedersen, Moen & Bjørk, 2017).

I en fransk studie (Lombart et al., 2020) undersøkte de hvilke strategier helsepersonell kan bruke for å håndtere hverdagslige dilemmaer i vurderingen av tvangsbruk på en barneavdeling. Målet med denne studien var å utforske fenomenet bruk av tvang i forbindelse med prosedyrer. Studien tok for seg perspektivet til en gruppe helsepersonell. Metoden de har brukt er kvalitativ intervjustudie. De gjennomførte fem fokusgruppeintervju med fem til syv personer i hver gruppe. Deltakerne var erfarne helsepersonell. Alle tre intervjuene ble tatt opp og filmet. Studien presenterer fire prinsipielle hovedfunn: 1) tvang er et beklagelig paradoks som sjelden er omstridt. Her beskrev deltakerne tvangsbruken som plikt, følelse av fiasko, motstridende, paradoksal, ond sirkel og lagbeslutning. 2) fra et tabubelagt uttrykk til en følelse av ubehag. Deltakerne satt ofte igjen med følelser som underforstått vold, ubehag mot tvangsbegrepet, følelse av tretthet eller utmattelse og skyldfølelse. 3) begrensninger som tillater bruk av makt. Begrunnelser, holdning som siste utvei, følelse av dobbel begrensning, fare for at barnet dør, personlige grenser, barnas beste, kompetanse/omsorgsteknikk. 4) en møysommelig praksis som resulterer i at barnet blir glemt under pleieprosedyren. Diskutere forandring, kompleks aspekt av arbeidet, fokus på utførelse av prosedyren, endringer i prioritet og midlertidig tap av respekt for barnet. Deltakerne ble revet mellom plikten til å gi

barnet medisinsk behandling og respekten de fortjener. Dette dilemmaet tvinger dem til å anta visse tilpasningsstrategier som utøves både gjennom gruppen og individuelt. I denne artikkelen blir også ordet «tvang» byttet ut av deltakerne, de synes at ordet var negativt ladd og tolkes som en voldelig betydning. Deltakerne uttrykte skyldfølelse og dårlig samvittighet i etterkant, selv om det var for nødvendig helsehjelp til barnet. Funnene i denne artikkelen belyser viktigheten av å diskutere med kollegaer om bruken av tvang, og det å tilby opplæringsprogrammer og etablere en tydelig institusjonell holdning angående dette temaet (Lombart et al., 2020).

I en norsk studie av Svendsen og Bjørk fra 2021 ville de undersøke hvordan helsepersonell reagerer på førskolebarns motstand under klinisk prosedyre for perifer venekanylering. De gjennomførte observasjoner gjennom videoopptak der prosedyren ble utført. Det var åtte sykepleiere og syv leger som deltok i studien. Det ble gjennomført 14 forsøk på venekanylering. Helsepersonellet fikk ut i fra dette lagt 380 responser/svar fra barna som ble delt inn i fire hovedtyper: respons for å anerkjenne barnet, svar for å distrahere barnet, svar på å overtale barnet og svar på å avvise barnet. Alle hovedtyper av svar ble brukt av både sykepleiere og leger. Uansett hvor mye motstand barna ga uttrykk for, mottok alle barna distraherende og anerkjennende svar. Avvisende svar ble brukt omtrent dobbelt så mye i implementeringsfasen som i forberedelsesfasen. Distraksjon, overtalelse og avvisning begynte i forberedelsesfasen og økte i implementeringsfasen. Det kommer frem i funnene i studien at om helsepersonell skal kunne reagere på barnas motstand på best mulig måte må dette også bli diskutert mellom helsepersonell og utdypet i klinisk praksis. Detaljerte beskrivelser av disse svarene kan gjøre helsepersonell oppmerksom på sin egen praksis og dermed også reflektere over og utdype bruken av mindre barnevennlige tilnærminger (Svendsen & Bjørk, 2021).

I en annen norsk studie av Svendsen et al. (2017) undersøkte de hvordan syn leger og sykepleiere hadde på tvang og bruken av tvang på barn innlagt på sengepost. Denne studien handler om bruk av tvang under medisinske prosedyrer på barn. Det er publisert tidligere artikler som omhandler barns uttrykk i forbindelse med tvang, samt interaksjonen mellom sykepleierne og foreldre. Innsamling av data foregikk på samme måte som i artikkelen over da begge studiene er en del av et større prosjekt. Studien presenterer tre hovedfunn. 1) Ulike oppfatninger av ordet tvang og bruk av tvang. 2) Måter å begrense bruk av fysisk tvang og

negative konsekvenser i forbindelse med bruk av tvang. 3) Erfaringer med foreldre og deres innvirkning på tvang. Konklusjonen på artikkelen er at tvang brukes på barn, men at det er problematisk både for barnet, foreldre og helsepersonell når utfordringer man møter i forbindelse med tvang blir neglisjert. Forfatterne av artikkelen anbefaler at helsepersonell bør tar en kjapp debrief etter hver hendelse for å gå igjennom hendelsen og dele erfaringer. Ved å gjøre dette kan hele prosessen bli bedre. Videre ønsker forfatterne at det skal bli gjort mer forskning på kommunikasjon mellom kollegaer, barn og foreldre i forbindelse med tvang. Det er viktig å utvikle og evaluere nye tiltak slik at bruken av tvang på barn kan bli mindre. I stedet for at tvang er noe «som bare skjer» er det behov for åpenhet, bevissthet og debatt rundt bruken av tvang for å minimere bruken av det. Mangel på diskusjon kan være en hindring for å redusere bruk av tvang. Resultatene av denne studien kan forhåpentligvis legge til rette for mer refleksjon og bevisstgjøring rundt bruken av tvang (Svendsen et al., 2017).

Etter intervjuene var gjennomført, utførte vi nye søk i mars 2022 med andre søkeord basert på funnene våre. Her valgte vi å inkludere ord som: «feelings» AND «perception» da det var funn som gikk igjen i intervjuene våre.

Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) gjorde en kvalitativ studie i Finland der hensikten var å beskrive sykepleiernes oppfatning av tvangsbruk mot barn på barneavdeling, samt utdype forståelsen sykepleiere har ovenfor tvangsbruk. Dataen ble samlet ved hjelp av individuelle intervju av totalt åtte sykepleiere som hadde 5-16 års erfaring som sykepleier og hadde jobbet 1,5 til 10 år med barn. Alle sykepleierne var kvinner. Resultatene i studien ble sortert til fem kategorier. 1) Identifisere situasjoner hvor tvangsbruk kan oppstå. 2) Finne forebyggende metoder for å unngå tvangsbruk. 3) Identifisere forskjellige typer tvang. 4) Rettferdiggjøre bruk av tvang. 5) Post-restraint activities, altså aktiviteter en gjør etter bruk av tvang. Tvang er sett på som en del av sykepleien til barn og det kan forekomme på daglig basis. Studien poengterer at det ikke er selve bruken av tvang som er problemet, men at ordet tvang er så sensitivt at ingen har lyst til å diskutere eller prate om det. Bruk av tvang mot barn må planlegges og diskuteres av alle involverte parter, inkludert barnet og foreldrene. I tillegg må bruk av tvang dokumenteres og revideres nøye. Muligheten for debriefing for barnet, foreldre samt sykepleiere foreslås også dersom det er nødvendig. Positiv bruk av tvang mot barn krever opplæring og kompetanse av personalet. Sykepleierens kompetanse om bruk av tvang er spesielt viktig på barneavdelinger i somatikken hvor det ofte er sykepleieren som tar

beslutningen om bruk av tvang. Fokuset i opplæringen må være på alternative metoder for å forebygge tvangsbruk. Bruk av tvang reiser etiske spørsmål som sjeldent er enkle å svare på. Barns rettigheter og autonomi er viktige etiske prinsipper i sykepleien til barn, og ved bruk av tvang utfordres dette. Det trengs retningslinjer for bruk av tvang, men det viktigste er at tvang må diskuteres kontinuerlig slik at bruk av tvang blir synlig og på denne måten kan bidra til utvikling av nye metoder (Kangasniemi, Papinaho & Korhonen, 2014).

3. Teoretisk tilnærming

3.1 Sykepleieansvaret

Ifølge filosof og sykepleier Ingunn Elstad, er sykepleie å gi kyndig hjelp til å leve så godt som mulig gjennom sykdom. Som sykepleier blir det stilt flere krav til kunnskap og kompetanse, fremtoning, omstillingsevne, håndlag og etiske refleksjoner. Som sykepleier har en ansvar å fange opp tegn fra en kropp der det blir gitt signaler om at den lider. Det er her vi som sykepleier må ha evne til å samstemme inntrykk med respekt for pasienten sin rett til medbestemmelse for at vi kan gi ekspertmessig hjelp (Elstad, 2014).

Sykepleieansvaret og handlingsansvar står sentralt i utøvelsen av helhetlig sykepleie, ansvar for egne handlinger og ansvar for andre mennesker. Også ansvar for uønskede handlinger. Elstad (2014) påpeker at sykepleiere ofte kan ta på seg et såkalt grenseløst ansvar, som igjen kan føre til stress og skyldfølelse. Ansvaret blir både personlig og kollektivt.

Sykepleieansvaret er praktisk og blir også sett på som en kontinuerlig tidsstruktur. Som sykepleier følger vi pasienter og familie gjennom korte eller lengre perioder. Elstad (2014) nevner også forskjeller på hvor noen klarer å legge fra seg ansvaret etter vekten, noen går systematisk gjennom vekten, og andre kan ta seg en runde med pasientene før de går hjem. Sykepleieansvaret blir også nevnt som fremoverrettet og åpent, og som sykepleier handler det om å være tilgjengelig for hva som skulle måtte skje, det å være i forkant. Sykepleieansvaret blir til sist beskrevet av Elstad (2014) som dynamisk, som vil si bevegelig. Sykepleiere må av og til trekke seg tilbake, ta over, eller være “midt mellom” etter hva pasienten og pårørende har bruk for.

«Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Kompetansen til barnesykepleieren består av at de skal arbeide innovativt og nytenkende i metoder i behandlingen til barn, utvikle kunnskapsbasert praksis og samtidig være kritisk til egen praksis, relevant litteratur og vitenskapelige artikler (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021).

3.1.1 Familiesentrert sykepleie

Familiesentrert sykepleie handler om å tilrettelegge for at hver familie sine ressurser styrkes for å hjelpe dem til å mestre situasjonen best mulig. Pårørende til pasienter på barneavdelinger

får alltid en større sentral rolle enn på voksenavdelinger. Foreldre og søsken har en naturlig plass på barneavdelingen og de minste barna er også avhengig av at den voksne skal dekke deres behov (Tveiten et al., 2012). Familier kan komme i mange former. Sykepleieren må hele tiden være bevisst på sitt eget syn på annerledes familieforhold enn det en selv er vant med, slik at det ikke påvirker handlinger. Det kan også være kulturelle forskjeller med store familier eller annerledes syn på sykdom som kan føles utfordrende for sykepleieren (Tveiten et al., 2012).

I beskrivelsen av barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver står det at barnesykepleieren skal tilrettelegge for at omsorgspersoner til barnet skal involveres og få delta i stell og pleie. Barnesykepleieren skal også blant annet ha kompetanse til å stille spørsmål rundt nødvendigheten av å utføre smertefulle undersøkelser, og innenfor faglig forsvarlighet avgrense og ta hensyn til hva som er best for barnet. Barnesykepleieren skal gi trygghet og medvirkning ved bruk av dialog og informasjon til pårørende (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021).

3.1.2 Lovverket

I Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §2-2, står det at spesialisthelsetjenesten forpliktes til å tilrettelegge slik at helsetjenesten som tilbys og ytes skal være faglig forsvarlig. Det vil si at det må tilrettelegges slik at helsepersonellet som skal yte tjenesten skal ha mulighet til å følge de lovpålagte pliktene (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I pasient og brukerrettighetsloven §4-4 står det at for barn under 16 år skal foreldrene som hovedregel samtykke til helsehjelp. Det betyr ikke at foreldre i samarbeid med helsepersonell kan ta avgjørelser uten å trekke barnet inn i beslutningsprosessen (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001). Det kommer frem i Grunnloven §104 at barnet har rett til deltakelse i avgjørelser som inngår dem. Ved alle handlinger eller avgjørelser som berører barn skal barnets beste være et grunnleggende hensyn (Kongeriket Noregs grunnlov, 1814).

Dersom foreldre har samtykket til en behandling som barnet motsetter seg må helsepersonell vurdere hva som er faglig forsvarlig å gjøre. I helse- og omsorgstjenesteloven blir tvang definert som tiltak der pasienten motsetter seg, eller tiltak som er såpass inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt (Eilertsen, 2015). Vi som

helsepersonell har alltid plikt jf helsepersonelloven §4 til å utføre vårt arbeid i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999a).

Sykepleiere er bundet til «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» der står det skrevet at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet», og at det skal «bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk sykepleierforbund, 2019). I dette menes det at sykepleieren skal ivareta pasientens og kollegaens verdighet og integritet.

Arbeidsmiljø og moral står sentralt i en arbeidshverdag i utøvelse av sykepleie med støtte og samarbeid. I de Yrkesetiske Retningslinjene for Norsk Sykepleierforbund (2019) under punkt 4. «Sykepleieren og medarbeidere» står det at sykepleiere har en plikt til å være støtte for kollegaer i vanskelige situasjoner, og vise respekt for hverandres arbeid (Norsk sykepleierforbund, 2019). I Arbeidsmiljøloven (2005) §4-1 punkt 1. står det at arbeidsmiljøet skal ta hensyn og være forsvarlig for den samlede gruppen, men også for den enkelte med tanke på arbeidstakerens fysiske og psykiske helse og velferd. Videre på denne loven på punkt 2. blir det lagt frem viktigheten av å planlegge arbeidet for å kunne unngå at arbeidstakeren ikke blir utsatt for uheldige fysiske eller psykiske belastninger. Planlegging og organisering er vesentlig i arbeidet som helsepersonell, men ting oppstår også ofte naturligvis uforutsett (Arbeidsmiljøloven, 2005).

I Helsepersonelloven §21 (1999b) har helsepersonell taushetsplikt ovenfor pasientene og opplysninger deretter. Helsepersonell får etter helsepersonelloven §25-25a (1999b) dele taushetsbelagte opplysninger med hverandre i et helsefaglig arbeidsfelleskap for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Formålet med denne loven er å støtte kolleger til å treffe beslutninger i pasientbehandling og for å sikre en god og trygg opplæring (Helsepersonelloven, 1999b).

3.1.3 Etiske prinsipper innen utøvelse av sykepleie

Sykepleiere må kunne reflektere og tenke over handlinger etisk (Tveiten et al., 2012). En måte å reflektere rundt etiske spørsmål på er fire-prinsippetikken. Disse fire prinsippene er autonomiprinsippet, ikke-skade-prinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Autonomi er en rettighet og barn har rett til å uttale seg, foreldrene har og rett til å ta avgjørelser. Helsepersonell har ansvar for å forebygge eller forårsake skade,

og «ikke-skade-prinsippet» blir brukt til å sørge for at helsepersonell ikke skal utsette barn og foreldre for noe som kan skade. Metoder skal være så skånsomme som mulig.

Velgjørhetsprinsippet er å handle det beste for både barnet og foreldrene. Gjennom rettferdighetsprinsippet skal vi kunne fordele likt mellom nytte og risiko. Alle får lik og samme mulighet til behandling. Dersom to eller flere av disse nevnte prinsippene kommer i konflikt med hverandre, må det prinsippet som vil føre til minst konsekvenser prioriteres. Et eksempel er om fars autonomi, hans mening og ufaglærte holdninger vil gå foran hva som er det beste for barnet (Tveiten et al., 2012).

Autonomien til barnet er begrenset ettersom det er foreldre som er myndighetspersoner for barnet inntil det fyller 18 år (Tveiten et al., 2012). Sykepleieren har et moralsk ansvar for den svake og barnets autonomi skal respekteres (Eide & Eide, 2017). Ifølge Tveiten et al. (2012) er det viktig at barnet og foreldrene kjenner anerkjennelse for det de gjør for å unngå følelse av maktesløshet. Det skal tilrettelegges for at barnet og foreldrene skal kunne medvirke. Sykepleieren står i en maktposisjon som også kan brukes til å gi kontrollen over til barnet, dette omhandler maktfordeling (Tveiten et al., 2012).

3.2 Kommunikasjon i profesjonell praksis

Kommunikasjon er et omfattende begrep og alt kommuniserer. Vi tolker og gir fenomener mening i møtet med verden. Vi kan ikke melde oss ut av kommunikasjon med andre og vi kan heller ikke legge til side tolkningsarbeidet. Kommunikasjon handler om hvordan vi sanser, oppfatter og tolker fenomen, enkeltgjensander, samspill og situasjoner. I møte med mennesker, situasjoner eller fenomen er relasjon grunnleggende (Jensen & Ulleberg, 2019).

I følge Jensen og Ulleberg (2019) er ordene relasjon og kommunikasjon er nært beslektet, og en kan tenke seg at de overlapper hverandre. Når vi snakker om kommunikasjon snakker vi også om relasjon. Relasjonen profesjonsutøvere har til brukere er sentral, også i kommunikasjon. Profesjonsutøvere kommuniserer med brukere i ulike sammenhenger. Da er det viktig at en har et nyansert og en grunnleggende forståelse av begrepet kommunikasjon og hvordan vi kommuniserer i relasjoner. Kommunikasjon mellom mennesker handler ofte om det verbale språket, og hvordan vi bruker det verbale språket for å gi hverandre beskjeder. Dette er et element i kommunikasjon. For å få en dypere forståelse av begrepet kommunikasjon kan ikke dette elementet stå alene. I kommunikasjon mellom mennesker skjer

det mye samtidig og det utveksles informasjon på forskjellige nivåer. Først når vi har oppnådd en helhet kan vi få en meningsfull forståelse av kommunikasjon mellom mennesker.

Watzlawick, Bavelas og Jackson (1967) har skrevet om kommunikasjon mellom mennesker og noen av de grunnleggende antagelsene var; det er umulig å ikke kommunisere med hverandre. Med dette menes at uansett hva du gjør eller ikke gjør så vil dette fortolkes av andre. Vi kommuniserer alltid om både innhold og forhold, som vil si at selv om en oppfordres til å skille mellom sak og person vil det ofte være vanskelig å gjøre dette da kommunikasjon mellom mennesker både handler om sak og relasjoner. Disse to kan ses som en helhet. Vi kommuniserer på flere nivåer samtidig og ordene aldri står alene. Selv om vi kommuniserer med verbalt språk vil ordvalg, setningsoppbygging, ansiktsuttrykk, blikk og kroppsspråk også være med på å forme kommunikasjonen. Den siste antagelsen om kommunikasjon er at samspill forstås og beskrives sirkulært. Sirkulære forklaringer knytter sammen hendelser og betydninger. I stedet for å lete etter årsak slik som en gjør i lineær forklaring, prøver vi å forstå hvordan ting henger sammen og hvordan man kan forstå samspillet (Jensen & Ulleberg, 2019).

I en praktisk situasjon er det tre enheter som møtes noe Jensen og Ulleberg (2019) kaller den triadiske modellen. Denne modellen tar for seg tre grunnleggende relasjoner som kan anvendes i alle profesjonelle møter der profesjonsutøveren og brukeren møtes om en sak, problem, tema eller behandling. Med enklere ord kan en si at noen kommuniserer med noen om noe, for eksempel der en sykepleier samtaler om behandling til et barn eller foreldre. I møte med brukeren har kommunikasjonen alltid to sider; vi kommuniserer om innholdet og forholdet. I løpet av en samtale kan både bruker og profesjonsutøveren gi sine synspunkter. Relasjonen mellom profesjonsutøveren og brukeren utvikles gjennom kommunikasjon. Utviklingen skjer i et komplisert samspill. Både profesjonsutøveren og brukerens relasjon til en sak og deres relasjon til den andres relasjon spiller sammen. Gjennom møte med andre kan vi beveges til å reflektere over egne holdninger og forestillinger. Både profesjonsutøveren og brukeren legger sine egne tanker og synspunkter på bordet slik at dette kan utforskes nærmere. Profesjonsutøveren kan bidra med erfaringer og faglig kunnskap, mens brukerne kan bidra med egne erfaringer og kunnskap om eget liv og helse. Sammen kan vi bli klokere og finne ut hvordan videre arbeid skal foregå (Jensen & Ulleberg, 2019).

Det er gjennom samtalen og kommunikasjonen med brukeren og brukerens familie at relasjoner etableres og danner rammen for det som skjer videre (Jensen & Ulleberg, 2019). En viktig del av å arbeide med mennesker er å samtale. Relasjonen er helt avgjørende for å lykkes. Samtale står sentralt i møte mellom profesjonsutøver og den som trenger hjelp. Tidligere forskning viser at relasjon mellom terapeut og pasient er det mest betydningsfulle elementet i forståelsen av hva som fører til et godt resultat. Selv om denne forskningen er hentet fra psykoterapi kan dette gjelde i andre praksiser også. God praksis kjennetegner at vi blant annet lytter til klientene våre, at klientenes tidligere erfaringer blir hørt og at vi får tilbakemelding fra klientene. Klientene kan ha opplevd situasjonene annerledes enn det vi har og ved å få tilbakemelding kan en endre på måten å jobbe på til neste gang (Jensen & Ulleberg, 2019)

I jobbsammenheng kommuniserer vi ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere. Dette kalles profesjonell kommunikasjon. De vi kommuniserer med kan være pasienter, men det kan også være kollegaer som vi samarbeider med. Formålet med profesjonell kommunikasjon er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og gjenopprette helse. Per definisjon bør profesjonell helsefaglig kommunikasjon alltid være hjelpende (Eide & Eide, 2017).

3.2.3 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en sykepleieforsker som vektlegger det relasjonelle og ser mellommenneskelig kommunikasjon som nødvendig for å utøve sykepleie. Travelbee sin definisjon av sykepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge, eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001).

Travelbee mener først at observasjonen er det viktigste trinnet i sykepleieprosessen. Samtidig har sykepleiere inntrykk og erfaringer og andre mellommenneskelige relasjoner som vil kunne påvirke. Vi skal kunne vise følelser og være et godt medmenneske. Vi må gi hverandre, pasienten og pårørende rom til å uttrykke følelsene sine. Noen av Travelbee's grunnleggende tanker er helsefremmende undervisning og etablering av «et menneske-til-menneske-forhold».

Travelbee er opptatt av det relasjonelle og mener at sykepleie er en «mellommenneskelig prosess». Dette dreier seg om at mennesker går gjennom ulike hendelser, enten om det er direkte eller indirekte (hvor den ene parten trenger hjelp) så påvirker vi hverandre. Sentralt i Travelbee sin sykepleietenkning blir menneske-til-menneske-forholdet brukt som et virkemiddel for realisering for sykepleiens mål og hensikt. Sykepleiehandlingene skal ikke være målbasert, men et hjelpemiddel til den syke og lidende (Travelbee, 2001).

4. Metode

Studien har et kvalitativt design med individuelle intervju av sykepleiere for å undersøke sykepleierens erfaringer med bruk av tvang og hvordan de snakker om bruk av tvang med hverandre. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkninger, fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2017). Fenomenologi i kvalitativ forskning handler om å forsøke å forstå sosiale fenomener ut fra deltagerens egne perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2021).

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode med intervju brukes når man ønsker å få kunnskap om menneskelige erfaringer, holdninger, tanker, meninger, forventninger og motiver. Vi kan utforske hendelser, adferd, meninger og betydninger, og få fram nyanser og kunnskaper som kan øke vår forståelse for de valg mennesker gjør og de konsekvenser det fører til. Metoden egner seg godt når materialet består av tekst som kommer fra samtaler eller observasjoner, og målet er forståelse og ikke forklaring (Malterud, 2017). Ved å bruke den valgte metoden kan vi utvikle vår forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør. For eksempel, hvorfor bruker sykepleiere i barneavdelinger tvang? Og hvilke konsekvenser har det for barnet og deg selv? Vi har benyttet semistrukturerte individuelle intervju for å samle inn data og gjennomført tematisk innholdsanalyse av tekstmaterialet, etter Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering (SCT). Vi har også benyttet Hem med kollegaer (2021) som hjelp til tematisering av de dannede kodene i analyseprosessen (Hem, Friis, Kirkevold & Vaglum, 2021).

4.1.1 En hermeneutisk tilnærming

Den hermeneutiske forståelsestradisjon handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse. I tolkning av tekst legger hermeneutikken vekt på forholdet mellom helhet og del – den hermeneutiske sirkel – som er en forståelsesprosess fra en helhetsforståelse via en delforståelse og til ny helhetsforståelse (Malterud, 2017).

I følge Gadamer finnes det ikke noe nullpunkt som vi kan starte vår forståelse fra, eller utvikle kunnskap fra (Wifstad, 2018). All ny forståelse bygger på noe vi allerede forstår. Denne forståelsen som vi allerede har, kaller Gadamer fordom eller forforståelse, og beskriver den som en forståelseshorisont, som er en helhetsforståelse, slik det beskrives i den

hermeneutiske sirkel. Forforståelse er ikke en hindring for ny forståelse, men heller det som gjør at vi kan forstå noe nytt. Det forutsetter imidlertid at vi tenker over vår forforståelse og engasjerer oss i det vi skal forsøke å forstå, for eksempel ved å stille relevante spørsmål til tekst eller i samtaler (Wifstad, 2018).

4.1.2 Vår forforståelse

Vi er sykepleiere, har hatt praksisstudier ved barneavdeling og i den forbindelse sett kollega bruke tvang mot barn og også vært med å gjennomføre behandling og prosedyrer mot barnets vilje. Dette er våre erfaringer som kommer til uttrykk i vår forforståelse av tema.

Forforståelsen og menneskelige faktorer vil påvirke hele forskningsprosessen, underveis i datainnsamlingen, i analysen og når innsikten presenteres (Malterud, 2017). Malterud (2017) beskriver videre forforståelsen som en ryggsekk vi tar med oss før vi starter på forskningsprosessen. For å bli bevisst vår forforståelse og hvordan den kan prege forskningsprosessen har vi lest oss opp på tema i forkant, vi har gjort et pilotintervju og vi har snakket med hverandre om dette. Slik har vi forsøkt å bruke vår forforståelse til noe positivt, for eksempel til å stille relevant spørsmål og oppfølgingsspørsmål i intervjuene. Dette kan bidra til å styrke studien. Ved å velge et slikt fokus, og anerkjenne at vi kan påvirke resultatene både negativt og positivt håper vi at resultatene kan være gjenkjennbar for sykepleiere som arbeider i barneavdelinger. Det er nødvendig at vi er bevisste på forforståelsen vår som vil være preget av holdninger, intuisjoner og erfaringer (Malterud, 2017).

4.2 Det kvalitative intervju

For å innhente data har vi gjennomført semistrukturerte individuelle intervju. Når vi velger å gjøre individuelle intervju gir vi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer (Malterud, 2017). Ved å bruke semistrukturerte kvalitative intervju kan vi få en forståelse fra intervjupersonens egne perspektiver. Et semistrukturert intervju må ha en intervjuguide som betyr at intervjuet verken er en åpen samtale eller et spørreskjema, men har tematisk fokus. Dette fokus skal bidra til å få frem hvordan hver enkelt oppfatter virkeligheten. Et kvalitativt intervju vil kunne oppfordre deltakeren til å beskrive akkurat hva som oppleves og føles, og fortelle og gi eksempler på hvordan personen handler. Slik vil et semistrukturert intervju ligne

en samtale, men ha et bestemt formål som vil gjøre at samtalen kan beskrives som profesjonell (Kvale & Brinkmann, 2021).

Før vi gikk i gang med intervjuet lagte vi en intervjuguide som inneholdt de viktigste temaene vi ønsket å ta opp, en slags huskeliste. Her tok vi utgangspunkt i problemstillingen vår og laget intervjuspmårl som var slik at de kunne gi best mulige svar på problemstillingen. For eksempel spurte vi sykepleierne om de kunne fortelle om situasjoner de har opplevd der barnet har motsatt seg en behandling eller en prosedyre. Formålet med intervjuene var å få fram erfaringer, opplevelser, tanker og meninger. Intervjuguiden var ikke for detaljert. Vi var opptatt av at det skulle være åpne spørsmål, vi trengte ikke å følge den slavisk, men heller ha noen eksempler på oppfølgingsspørsmål som vi kunne få bruk for. Dersom man klarer å invitere deltakeren til å dele egne erfaringer i form av konkrete hendelser, får vi den rikeste kunnskapen (Malterud, 2017). Det ble for oss en viktig rettesnor i intervjuene.

4.3 Rekruttering og utvalg

Kriterier for utvelgelse av deltakere til studien vår var blant annet klinisk erfaring med tvangsbruk og interesse for temaet. Vi ønsket fire-seks deltagere hvor det var ønskelig med barnesykepleiere med minimum fem års erfaring fra barneavdeling. Dette var et antall vi så på som overkommelig ettersom vi tenkte å rekruttere fra flere barneavdelinger.

Rekrutteringen startet etter godkjenning fra NSD. Vi sendte ut invitasjon på epost til avdelingssykepleiere på barneavdelinger på forskjellige sykehus med kort informasjon om studien vår. Avdelingssykepleierne ville sende informasjonsskriv og samtykkeskjema videre slik at deltagerne kunne kontakte oss direkte ved spørsmål eller interesse. Vi fikk først lite respons, etter en ukes tid bestemte vi oss for å kontakte avdelingssykepleierne på telefon. Vi opplevde at inklusjonskriteriene kunne hemme rekrutteringen, så vi endret fra barnesykepleiere med minst fem års erfaring, til sykepleiere som jobber på barneavdeling. Vi valgte også å endre ordlyden i informasjonsskrivet fra ordet tvang til «gjort noe som barnet motsetter seg». Kort tid etter fikk vi flere deltakere fra flere avdelinger og sykehus. Vi fikk mer deltakere enn prosjektet hadde kapasitet til, vi måtte beklageligvis takke nei til de øvrige vi ikke kunne inkludere etter at ønsket antall var rekruttert. Vi endte opp med seks deltakere, alle kvinnelig og alle spesialsykepleiere med alt fra fem til over 20 års arbeidserfaring med barn. Av spesialsykepleierne er fire barnesykepleiere mens de to siste hadde en annen

spesialitet. De som ønsket å være med på forskningsprosjektet fikk informasjonsbrev på epost om studien og samtykkeerklæring. (vedlegg 2)

Tabell 1. Beskrivelse av utvalg

Deltager	Arbeidet som sykepleier	Arbeidet med barn
Spesialsykepleier 1	Over 20 år	Over 5 år
Spesialsykepleier 2	8 år	Over 5 år
Spesialsykepleier 3	Over 25 år	Over 20 år
Spesialsykepleier 4	Over 25 år	Over 20 år
Spesialsykepleier 5	10 år	Over 5 år
Spesialsykepleier 6	Over 25 år	Over 20 år

4.4 Forskningsetiske vurderinger

Siden vi har intervjuet sykepleiere og derfor har håndtert personopplysninger, sendte vi i forkant av prosjektet en søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata), studien er godkjent (referansenummer: 357121). Dette er ikke helsefaglig forskning, derfor er ikke REK involvert (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). For å tydeliggjøre ivaretagelsen av deltakernes integritet og trygghet har vi forholdt oss til Helsinkideklarasjonen som etisk retningslinje (World Medical Association, 2018). Innsamling av data, behandling og lagring har vært fulgt av UiT sine retningslinjer- tjenester for sensitive data (UiT- Norges arktiske universitet). Deltagerne har fått både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, anonymisering og mulighet for å trekke seg. Å delta på masterprosjektet vårt er frivillig og vi har gjort det tydelig ovenfor deltagerne at spørsmål som vil bli stilt under intervjuet ikke skal kunne identifiseres ut i fra hvilke besvarelser vi får. Om det skulle hende at en av deltakerne kan identifiseres ut i fra intervjuet, har vi skrevet om materialet for å bevare anonymiteten. Likevel er materialet skrevet slik at resultatene ikke ble endret (Malterud, 2017).

4.5 Refleksjoner over intervjuene og transkripsjon

Før intervjuene startet utførte vi et pilotintervju. Malterud (2017) forklarer pilotering som et format som blir utprøvd og undersøkt om det er gjennomførbart (Malterud, 2017). Vi ønsket å gjøre et pilotintervju for å trene og få tilbakemelding på oss som intervjuere. Vi ville sjekke ut om vi fikk svar på det vi ønsket ut i fra spørsmålene i intervjuguiden. Det bidro til at vi endret på intervjumåten vår ved at vi tok deltakerne tilbake til det vi hadde lyst å ha svar på.

Intervjuene startet med at vi gikk gjennom informasjonsskrivet sammen med deltakerne, og deretter ble samtykkeskjemaet signert. Deltakerne vi intervjuet over video hadde signert og sendt inn samtykkeskjema på forhånd. Vi fordelte rollene oss mellom til intervjuer og observatør og vi holdt oss til denne fordelingen på alle seks intervjuene. Det betyr at en av oss har intervjuet, og den andre har vært observatør og hatt ansvar for å komme inn med oppfølgingsspørsmål. Før vi startet lydopptak av intervjuene stilte vi innledningsspørsmål om hvor lenge de hadde arbeidet som sykepleier, om de hadde spesialisering og hvor lenge de hadde jobbet med barn som pasienter. Dette gjorde vi før lydopptaket ble skrudd på for å utelate personinformasjon. Etter at vi noterte ned arbeidslengde og kompetanse startet vi lydopptakeren og selve intervjuet. Vi startet intervjuene med å presentere lovverket om tvang før deltakerne fikk fortelle erfaringer knyttet til dette. Ved å gjøre dette har vi sikret en felles forståelse for ordet tvang å hva tvang er. På denne måten har vi forsøkt å styrke studiens validitet. Alle deltakerne brukte ordet tvang under intervjuet når de fortalte om ulike erfaringer, men når de fortalte om hvordan de snakket om disse erfaringene med sine kollegaer var det noen av deltakerne som byttet ut ordet tvang med holdehjelp og støttehjelp.

Vi stilte åpne spørsmål og ga deltakerne muligheten til å bestemme hva de ønsket å dele med oss i intervjuet. Samtidig stilte vi spørsmål slik at vi fikk svar knyttet til problemstillingen vår (Malterud, 2017). Deltakerne fikk uttale seg fritt, samtidig som vi var åpne for forandringer både i rekkefølge og spørsmålsform etter intervjuguiden slik at vi fikk frem tanker og erfaringer. Dette fikk deltakerne til å fortelle om flere erfaringer rundt tvangsbruk, men også viktigheten av samarbeid, samtale og forberedelse for barn, foreldre og sykepleiere. Vi hadde flere spørsmål i intervjuguiden om samtale kollegialt rundt tvang, men intervjuene fikk andre tema som overrasket oss. Kom det frem nye temaer forsøkte vi å utdype disse, vi engasjerte oss i problemstillingen ut i fra deltakernes forforståelse og perspektiv (jf. Gadamer i Wifstad, 2018).

Intervjuene ble alle tatt opp med lydopptaker via godkjent app og diktafon lånt på utdanningssted. På bakgrunn av pågående pandemi ble tre intervjuer gjennomført som videointervju, og de siste tre oppmøteintervju. I tillegg til opptak tok observatøren notater underveis i intervjuet. En får ikke med det nonverbale språket i et lydopptak, derfor er det viktig med observasjonsnotater (Malterud, 2017). Etter intervjuene diskuterte vi og skrev ned umiddelbare tanker, observasjoner og tolkninger. Så transkriberte vi intervjuene.

Transkriberingen vil aldri kunne gjengi den fulle og hele sannheten. Det er derfor viktig at vi velger en transkripsjonsprosess som i stor grad er lojal mot det opprinnelige datamateriale (Malterud, 2017). Vi transkriberte intervjuene fortløpende. Først tok vi tre hver, så lyttet vi og gikk gjennom de transkriberte sidene til de resterende tre intervjuene utført av medstudent. På denne måten ble begge godt kjent med datamateriale. Vi har transkribert ordrett fra det deltakerne har sagt og dialekt er skrevet om til bokmål.

4.6 Presentasjon av analyseprosessen

I analysen har vi anvendt systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Dette er en systematisk analysemetode, som egner seg for å utvikle kunnskap og nye beskrivelser av deltakernes opplevelser, i dette tilfellet sykepleiernes bruk av tvang mot barn. Analysen kan beskrives som en innholdsanalyse (Hem et al., 2021) og den systematiske tilnærmingen er delt opp i fire trinn. Vi har anvendt de fire trinnene hos Malterud, men også brukt Hem og medarbeidere sine generelle beskrivelser av kvalitativ tekstanalyse.

I *første trinn* fikk vi oversikt og ble kjent med materialet ved å lese godt gjennom de transkriberte intervjuene og observasjonsnotatene. Denne lesingen ga inntrykk og ideer om hva tekstmaterialet vårt handlet om. Her dannet vi og skrev ned foreløpige temaer. Temaene vi fant her var ennå ikke resultater eller kategorier, men et utgangspunkt for neste trinn (Malterud, 2017). Malterud skriver at i denne delen av prosessen skal en forsøke å legge forforståelsen bort, men likevel ha problemstillingen klart i bakhodet. Det forsøkte vi ved å lese gjennom de transkriberte sidene hver for oss og sammen, og dannet oss foreløpige temaer. Deretter diskuterte vi temaene med veileder ut fra at disse umiddelbare temaene skulle være våre første svar på problemstillingen (Hem et al., 2021). Temaene ble da: 1) forberedelse, 2) mestring (både sykepleier og barn), 3) arbeidsmiljø, 4) støtte, 5) bevisstgjøring, 6) følelser, 7) å dele erfaring og 8) veilede.

I det *andre trinnet* identifiserte vi meningsdannende enheter ved å lete gjennom datamaterialet vårt ut fra de temaene i trinn 1. Her samlet vi det som handlet om samme tema i teksten vår og sortere dem i kodegrupper, noe Malterud beskriver som dekontekstualisering. Det vil si at vi tar ut deler fra den opprinnelige konteksten og setter de sammen med andre deler av teksten som handler om det samme. Her brukte vi koding gjennom fysiske utskrifter, tusj og tankekart som virkemidler i organiseringen (Malterud, 2017). Vi startet med de 8 foreløpige temaene i

trinn 1, og spurte oss hva teksten sa oss om disse eller hva som var meningen i det de sa. Vi erfarte at det førte til mye dobbeltkoding og vi ble usikre på hvor alt skulle plasseres. Ifølge Malterud (2017) bør det startes med et overkommelig antall med kodegrupper og heller utvide etter hvert etter behov. Vi forsøkte derfor å slå sammen de kodegruppene som ofte ble dobbeltkodet, og lagte heller subgrupper under kodegruppene. Da fikk vi 3 overordnede kodegrupper som vi sorterte tekst under: 1) forberedelse, 2) bearbeiding, 3) ikke bearbeiding.

I *trinn tre* trakk vi så ut innhold og mening i de enkelte meningsbærende enhetene. Malterud (2017) beskriver dette som kondensering. Her sorterte vi materialet og kodegruppene inn i nye meningsbærende enheter, som vi kalte subgrupper. Her skulle vi etter analyseprosessen til Malterud utvikle kunstige sitater, men vi valgte heller å skrive tekstkondensater og lage subgrupper og kodegrupper. Vi arbeidet tekstnært med intervjueteksten og de meningsbærende enheter vi hadde utviklet. Vår arbeidsprosess i trinn 2 og 3 vises i tabell 2, der overgangen fra flere meningsbærende enheter til en kondensert meningsenhet, går videre til en subgruppe, og to subgrupper utgjør til slutt en kodegruppe.

Tabell 2. Eksempel på kondensering og koding

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsenheter	Subgruppe	Kodegruppe
<p>Jeg lagde en lapp hvor det sto «Bli frisk medisin» og hang denne opp. Barnet fikk være på å trykke på pumpen.</p> <p>Jeg så at barnet hadde en morgenkåpe med et motiv, og tilfeldigvis hadde vi en slik bamse på gavelageret. Jeg tok bamsen med inn på rommet, viste hvordan prosedyren skulle utføres og barnet fikk tegnet på plasteret etterpå.</p> <p>Først fikk barnet inn en maske da alternativet var å innlede på gass. Så fikk de også inn et nesestykke og sprøyte med vann slik at barnet og foreldrene kunne</p>	<p>Viktig å forberede barnet og foreldrene ved å vise hvordan en prosedyre skal gjennomføres eller vise barnet og foreldre utstyr, slik at de blir kjent med det.</p>	<p>Forberedelse ved å vise utstyr.</p>	<p>Forberedelse av foreldre og barnet.</p>

<p>leke med utstyret, bruke den og bli kjent.</p> <p>Og vi snakker med barnet og foreldre først. Prøver å finne ut sammen hvordan vi skal gjøre dette best mulig.</p> <p>Jeg bruker alltid å skape tillit og trygghet hos barn og foreldre først. Før vi skal gjøre noe.</p> <p>Og det første jeg gjorde var egentlig å ta en prat med mamma for å kartlegge litt. Finne ut hvorfor barnet er redd og engstelig.</p>	<p>Viktig å snakke med barnet og foreldrene før en prosedyre. Finne ut hvorfor barnet er redd, lage en plan for å gjøre situasjonen best mulig og skape tillit hos barnet og foreldrene.</p>	<p>Forberedelse ved å snakke med barnet og foreldrene.</p>	
--	--	--	--

I *trinn fire* skal det utvikles en sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver kodegruppe (Malterud, 2017). De dannede kodene er ikke temaer. For å utvikle temaer basert på kodegruppene har vi anvendt Hem med kollegaer (2021) sin kvalitative tekstanalyse som et hjelpemiddel. De skriver at når koding og kategoriseringen i kvalitative analyser er ferdig, er det siste trinnet i tekstanalysen å utvikle temaer (Hem et al., 2021). Her er vi opptatt av mønster, sammenhenger og hva som er karakteristisk for de ulike kodegruppene. Temaene og undertemaene som vi har utviklet beskriver handlinger, erfaringer og følelser som vi ser i dataene våre (Hem et al., 2021). I prosessen med å utvikle temaer og undertema har vi forsøkt å skrive frem funnene våre som svar på problemstillingen i en sammenhengende tekst. Vi tenker at dette ligner på trinn fire i Malteruds analyseprosess, men vi forsto bedre hva vi skulle gjøre ved å følge Hem et al. (2021).

4.7 Refleksjon over metoden

Vi intervjuet 6 deltakere fra 3 forskjellige avdelinger hvor alle hadde 5-20 års erfaring fra barneavdelinger. For å kunne fremskaffe ny, generaliserbar kunnskap er dette for lite (Malterud, 2017), men vi tenker at dette kan gi et rikere materiale. For å hjelpe forskeren å få kunnskap som er nyttig om intervju situasjonen og få mulighet til rikere materiale bør man ifølge Malterud (2017) ikke utføre intervjuene over kort tid, men starte transkribering og analyseprosessen underveis for å eventuelt reviderer intervjuguiden.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av to uker, men ettersom vi er to sammen om denne studien fikk vi likevel diskutert og notert mellom hvert intervju. Vi gjorde oss opp meninger og tanker rundt intervjuene. Vi endret ikke på intervjuguiden underveis, men vi lærte noe nytt av hvert intervju. Vi stilte spørsmålene litt forskjellig for å få frem poeng og ulike temaer. En annen styrke er at vi er to som arbeider tett med materiale og diskuterer innhold og funn.

Men vi er ikke erfarne intervjuere og derfor kan vi ha oversett viktige ting både da vi intervjuet og i analysen etterpå. Vår forforståelse kan også ha hindret oss i å få tak i noe viktig.

5. Resultater

Her presenterer funnene i tre hovedtema med undertema. Det første temaet tar for seg å handle mot barnets vilje, det andre temaet handler om å hjelpe barnet til mestring og det tredje temaet er bevisstgjøring om bruk av tvang.

Tabell 3. Funn i studien satt i tema

Tema	Undertema
Å handle mot barnets vilje	Nødvendig bruk av tvang Følelser knyttet til bruk av tvang
Å hjelpe barnet til mestring	Samarbeid med barnet og familien Gode forberedelser Samarbeid med kollegaer
Bevisstgjøring om bruk av tvang	Samtale om bruk av tvang med kollegaer Samtale om bruk av tvang med foreldre og barn

5.1 Å handle mot barnets vilje

Et av hovedfunnene i studien vår er at for å hjelpe barnet må sykepleierne ofte handle mot barnets vilje. Å handle mot barnets vilje påvirker sykepleierne på forskjellige måter.

5.1.1 Nødvendig bruk av tvang

Sykepleierne sier tvang brukes, men i ulik grad. Noen sier tvang skjer ofte mens andre sier det skjer ukentlig. Noen av sykepleierne forteller om episoder der det utføres en form for tvang hver dag. De har ulike erfaringer rundt bruken av tvang som de deler med oss. Alle sykepleierne er enige at tvang mot barn er absolutt det vanskeligste med jobben, men tvang er likevel en stor del av jobben i utøvelse av sykepleie til barn. En av sykepleierne forklarer det slik:

(...) for å kunne jobbe med barn og jobbe slik som vi gjør så må man også akseptere at det er en del av hverdagen. For å få gjort nødvendig behandling er vi nødt å gjøre de tingene. Vi er nødt til å bruke tvang i hverdagen, men da tenker jeg at vi må prøve å optimalisere så godt som mulig (...) (Spesialsykepleier 2).

Sykepleierne er opptatt av at det skal være indikasjon for at en prosedyre skal gjøres. De vurderer alltid om prosedyrene eller tiltakene kan utsettes til barnet har blitt forberedt bedre eller til det er lagt en bedre plan. En av sykepleierne forteller at tvang ikke er noe de ønsker å

gjøre, men når barn først er innlagt på sykehuset må det legges en god plan slik at barnet får den behandlingen som er nødvendig. Sykepleierne forteller at situasjonen stiller seg annerledes når barnet kommer inn på sykehuset med en akutt tilstand. Noen ganger vet du at barnet både er redd og engstelig, men på grunn av en alvorlig helsesituasjon klarer ikke barnet å motsette seg behandling. I en slik akuttsituasjon er det viktig å starte behandlingen raskt. Barnet blir ikke forberedt på samme måte som om det var en planlagt behandling.

Tvang er noe sykepleierne forsøker å unngå så langt det lar seg gjøre, men selv med god tid, forberedelse og gjennomgang er det ofte at prosedyren må utføres med tvang likevel. Det nevnes flere eksempler på situasjoner hvor barn med nyopplaget diabetes er innlagt med familien for diabetesopplæring. Under denne type innleggelse skal både barnet, men også foreldre og søsken lære å måle blodsukker og sette insulin. Sykepleierne forteller at i starten av slike opphold blir det ofte brukt tvang. «Ingen barn vil få det stikket i fingeren eller magen, men vi kan jo heller ikke sedere barnet flere ganger om dagen» (Spesialsykepleier 6).

Spesialsykepleier 5 forteller om en annen erfaring der et barn hadde motsatt seg behandlingen der de prøvde alle mulige tiltak for å unngå bruk av tvang. Hun forklarer det slik:

I ettertid kunne jeg ikke se hva vi eventuelt kunne gjort annerledes. Her hadde vi prøvd i flere dager på å forberede, vi prøvde å la barnet få bevare kontrollen og vi brukte alle de tiltakene som vi kjenner til og har kunnskap om. Men til slutt kommer man til et punkt hvor vi som helsepersonell må ta en beslutning. I ettertid føler jeg at vi gjorde alt vi kunne for å gjøre situasjonen så bra som mulig (Spesialsykepleier 5).

Noen av sykepleierne syntes at tvangsbruk har blitt både lettere og vanskeligere etter hvert som de har fått mer erfaring. De sier den praktiske delen med tvang har blitt lettere, og de blir tryggere på ulike prosedyrer etterhvert. De vet hvordan de skal gå frem slik at prosedyren forhåpentligvis blir gjort på ett forsøk. Likevel har bruk av tvang blitt vanskeligere fordi sykepleierne har blitt mer reflekterte. De vet om eventuelle utfall ved tvangsbruk og hvordan det kan påvirke barnet i tiden fremover. Det å holde et barn fast er det verste med jobben, men samtidig blir tvangsbruken rettfærdiggjort med nødvendigheten for livsviktig helsehjelp.

5.1.2 Følelser knyttet til tvang

Sykepleierne uttrykker følelser og tanker rundt det å handle mot barnets vilje. De positive tankene kommer når barnet har fått den nødvendige helsehjelpen som behøves. Flere ser på tvang som et verktøy for å gjennomføre prosedyrer. Sykepleierne forteller om flere situasjoner de har vært nødt til å bruke tvang, der de i etterkant også sitter igjen med en god følelse.

Barnet ble naturligvis kjempelei seg, mamma ble også kjempelei seg. Barnet ble sint fordi han mente det var et overgrep. Det er aldri gøy å bruke tvang mot et barn. Når alt var gjort og prosedyren var ferdig så satt jeg igjen med en følelse at jeg hadde gjort en god jobb. Jeg hadde gjort alt jeg kunne for at tvang ikke skulle bli nødvendig. Men når du merket på barnet at tvang kom til å bli nødvendig, så valgte vi å gjøre prosedyren så raskt som mulig i stedet for at barnet skulle gå og grue seg kjempelenge inne på rommet. Det tror jeg ville vært verre i den situasjonen (Spesialsykepleier 5).

Sykepleierne sier at å bruke tvang mot et annet menneske påvirker deg som person. I tillegg sier sykepleierne at noe av det siste de ønsker å gjøre som helsepersonell er å bruke tvang. «Helsepersonell skal ikke holde, helsepersonell skal hjelpe» (Spesialsykepleier 6). Selv om tvang må utføres for å gi nødvendig helsehjelp så føles det ikke alltid greit. Følelsen om at en har gjort et overgrep mot barnet sitter igjen hos flere av sykepleierne. Noen av sykepleierne sier at en annen følelse de ofte sitter igjen med er dårlig samvittighet, selv om de vet tvangen var nødvendig og ment godt. Flere av sykepleierne forteller også at tvangssituasjoner er noe de tenker mye på når arbeidsdagen er over. Noen av sykepleierne sier at de tenker på tvangssituasjoner de har stått i, men at det ikke påvirker hverdagen hjemme. Andre sier de tenker mye på situasjoner de har stått i. «Kunne jeg gjort noe annerledes» og «tok jeg rett beslutning» er tanker de reflekterer rundt alene. I tillegg har flere av sykepleierne egne barn, og blir påvirket av det. «Det river i mammahjertet, fordi du klarer ikke, du klarer jo ikke å ikke bryr deg» (Spesialsykepleier 1).

5.2 Å hjelpe barnet til mestring

Sykepleierne ønsker at barn skal føle mestring etter prosedyrer og behandling. Barn er ulike og trenger forskjellige tilnærminger. Ikke alle barn klarer å gjennomføre prosedyrer og må komme tilbake en annen dag. En sykepleier sier det slik:

Jeg tenker at det er viktig at man diskuterer og prøver å finne ut av hvordan man kan gjøre det på best mulig måte. Og at de kan dra fra sykehuset med en opplevelse av at de har mestret noe. Både hvis de har gjennomført det eller ikke, at de liksom har vært modig for at de har prøvd (Spesialsykepleier 5).

Selv med forberedelse er det ifølge sykepleierne ofte prosedyrer må gjennomføres med tvang. Sykepleierne poengterer viktigheten av å la barnet få en sjanse til å samarbeide så godt det kan. Mengden forberedelse må tilpasses hvert barn. Med arbeidserfaring har de blitt tryggere i vurderingen av tvang, de har også blitt bedre å sense barn. Sykepleierne klarer ofte å vurdere hvor mye forberedelse barnet har behov for. Noen ganger er det nødvendig med lang forberedelse, mens andre ganger virker lang forberedelse mot sin hensikt. Sykepleierne forteller om ulike erfaringer hvor de har forklart og forberedt barnet og foreldrene, men barnet er fremdeles ikke klar for å gjennomføre. I disse tilfellene sier sykepleierne at forberedelsen nesten blir verre enn selve prosedyren fordi det ender opp med at barnet må grue seg lenge. I samråd med foreldrene tar sykepleierne en beslutning om prosedyren er noe som må gjøres i dag, eller om det kan utsettes. I tillegg sier sykepleierne at i samråd med foreldrene senser de om barnet kommer til å klare prosedyren eller ikke. Noen klarer det med forberedelse mens andre ikke. En sykepleier forteller om en erfaring der barnet ikke samarbeidet. De prøvde flere tiltak og gode forberedelser, men kom ikke i mål. Sykepleieren så at forberedelsen ble et større traume for barnet enn selve prosedyren. Til slutt valgte sykepleieren sammen med foreldre å utføre prosedyren med tvang. Barnet utagerte, men prosedyren ble gjennomført. I etterkant snakket sykepleieren med barnet. Barnet fikk ros og premie før de reiste hjem. Sykepleieren fikk i ettertid tilbakemelding fra foreldrene om at barnet hadde vært stolt når han kom hjem. Sykepleieren reflekterer litt over hva mestring er:

Det der eksemplet er et veldig godt eksempel på mestring. For hva er mestring? Altså, gutten var ganske gammel og jeg synes ikke han var så flink. Men for han så betydde det

mye, for han var det stor mestring å gjennomføre. Sånn at det vi gjør, vi hjelper barnet til å oppleve mestring (Spesialsykepleier 4).

I flere tilfeller er det viktig å få hele familien med. Og slik hjelper det hele familien til å mestre. Her forteller en av sykepleierne om mestring under diabetesopplæring:

Jeg tror at grunnen til at det som oftest går bra med de barna med nyoppdaget diabetes er fordi de har måtte gjøre ting de aldri har gjort før, og det er nok litt læring i det både for barnet og foreldrene. Og så er det jo mestring, det er mestring i å ta dette stikket i fingeren. Selv om det er vondt, og selv om de første stikkene var med tvang, så kjenner barnet og foreldrene på mestring når de drar hjem (Spesialsykepleier 6).

5.2.1 Gode forberedelser

Sykepleierne uttrykker viktigheten av å snakke med barnet og foreldrene før, under og etter en prosedyre. Sykepleierne forteller at de bevisst gir barnet alderstilpasset informasjon. De kommer med ulike eksempler på hva de bruker å si til barn når de er nødt til å bruke tvang. «I dette tilfellet er vi nødt til å hjelpe deg med å holde armen i ro, slik at du kan få denne medisinen, slik at du blir frisk» (Spesialsykepleier 1). Å anerkjenne barnet og ubehaget rundt tvang er viktig. Sykepleierne forsøker å snakke med barnet om noe annet underveis i prosedyren som en type avledning. Dette kan ha en positiv virkning ved at barnet blir distraherert samtidig som sykepleieren fikk utført prosedyren effektivt. En sykepleier sa det slik:

Og da bare snakket jeg med barnet. Jeg snakket beroligende for å distrahere, ja for å bortlede. Så da ble det ikke tvang, fordi jeg avledet situasjonen med å bare snakke og fortelle (Spesialsykepleier 1).

Det er viktig for sykepleierne å skape tillit og trygghet hos barnet og foreldrene. Ved å etablere en god relasjon med barnet må sykepleieren sette av nok tid til å informere og forberede i en situasjon som er ukjent og skummel. Det å fremstå rolig og trygg sammen med foreldrene bygger tillit for barnet. Det å spørre foreldrene om erfaringer fra tidligere sykehusbesøk mener sykepleierne er viktig. Noen foreldre gir uttrykk for at prosedyren må bli gjort raskt, mens andre foreldre gir uttrykk for at tvang ikke skal brukes. I begge tilfellene er

det viktig med god dialog mellom foreldre og sykepleiere. Sykepleierne bruker sin kompetanse og erfaring til å veilede foreldrene slik at de sammen kommer frem til den beste løsningen for akkurat dette barnet. Siden foreldrene kjenner barnets grenser og reaksjoner, må prosedyren tilrettelegges for det enkelte barnet og det kan bidra til barnets mestring. Effektive prosedyrer forebygger at barnet må gjennom flere forsøk og lengre tid med venting. I tillegg slipper barnet å gå rundt å grue seg for en skummel prosedyre. Derfor er det viktig å samarbeide med foreldre tidlig i prosessen:

Jeg har vært med mange ganger hvor jeg ikke har vært like forberedt. Det å ta ut foreldre i forkant har jeg lært underveis med å jobbe med barn. I starten gjorde jeg ikke det. Hvis du ikke har foreldre på laget når du skal utføre tvang blir det ofte veldig vanskelig når du skal handle mot barnets vilje (Spesialsykepleier 2).

Det er en fordel for barnet å inkludere foreldre i planleggingen og informere om forventet utfall. Det er også en fordel å snakke sammen i kollegiet da det har betydning for måten vi forbereder barnet og foreldre på:

Jeg tror at hvis vi hadde snakket om det og delt mer, så hadde kanskje alle blitt mer bevisst på akkurat det. Det er viktig å forberede barnet, og ikke minst hvor viktig det er å forberede foreldrene på det som skal skje (Spesialsykepleier 2).

Sykepleierne forteller at det finnes flere måter å forberede både barnet og foreldre på. En måte å forberede på kan være å vise utstyret som skal bli brukt i prosedyren. Slik som dette eksempelet viser:

(..) først fikk han inn en maske. Han ville ikke se på den, men foreldrene fikk den inn slik at de kunne se litt på den, bruke den og ta den på seg selv. De fikk også inn et nesestykke og sprøyte med vann slik at de kunne se litt på det og leke med det (Spesialsykepleier 2).

Sykepleierne forteller det er viktig å la barna og foreldrene få se og ta på utstyret ettersom de kan ha misforstått informasjonen som er gitt muntlig. Sykepleierne har gode eksempler der barnet har misforstått den informasjonen som er blitt gitt. Ved å vise barnet utstyret som skal brukes har barnet fått tatt del i planleggingen. De ulike sprøytene, pumpene og maskene blir

kanskje ikke like skumle når barnet har fått lov til å se eller leke med det. En sykepleier forteller om en erfaring hvor barnet var kjemperedd for å få en veneflon. Det viste seg at barnet trodde veneflonen kunne gå rett gjennom armen og dette kom til å være smertefullt. Barnet hadde ikke fått se utstyret som skulle brukes på forhånd. Sykepleieren hentet en bamse, tok med seg en veneflon og viste barnet prosedyren. Barnet fikk være delaktig i forberedelsen og fikk både se og ta på veneflonen samt slangesettet. Senere på dagen når barnet skulle ha medisin fikk barnet selv trykke på pumpen. Når veneflonen skulle seponeres senere samme dag ville barnet gjøre dette selv. Sykepleieren forteller at denne type forberedelse hjalp dette barnet til mestring.

Gjennom å informere og forberede kan det bidra til å bygge opp barnets forståelse av hva som skal skje under en prosedyre. Det å få foreldrene med på laget, i tillegg til informasjon og forberedelse kan bidra til å redusere barnets ubehag, i form av smerte, stress, redsel og angst.

5.2.2 Samarbeid med kollegaer på forhånd

Flere av sykepleierne forteller at så langt det lar seg gjøre så pleier de å avtale med kollegaer om de trenger hjelp i en situasjon der barnet motsetter seg behandlingen. De planlegger å gå inn til pasienten og utføre prosedyren sammen:

Vi går to stykker inn til pasienten når vi skal gjøre en prosedyre. Prosedyren blir lettere for oss og bedre for barnet når vi hjelper hverandre. En kan støtte og snakke med barnet mens den andre tar prøven. Hvis det da går galt så kan vi snakke litt om det etterpå (Spesialsykepleier 3).

Det kan avtales i forkant med foreldene og kollega hvordan prosedyren skal gjennomføres. Ved å være to sykepleiere kan de planlegge sammen hvordan de ønsker å gjøre prosedyren. De kan dele erfaringer fra tidligere opplevelser og sammen med foreldrene kan de legge en plan for hva de tror fungerer best for akkurat dette barnet. Det blir påpekt fordelene med å være to sykepleiere som går sammen inn til pasienten. Den ene fordelen er det at du har en kollega som har stått i samme situasjon, du har dermed en du kan dele denne erfaringen med. En annen fordel er å ha nok hender slik at prosedyren blir gjort effektivt. Da har de på forhånd latt foreldrene få ta del i planleggingen. Det å være to sykepleiere i en slik situasjon

kan være bra for barnet, prosedyren utføres effektivt og barnet slipper å grue seg og opparbeide mer angst og redsel for det som skal skje.

5.3 Bevisstgjøring om bruk av tvang

Alle sykepleierne gir uttrykk for at det er viktig å snakke om erfaringer knyttet til bruk av tvang. Å diskutere våre erfaringer med kollegaer, men også foreldre og barnet, bidrar til en bevisstgjøring for bruk av tvang.

5.3.1 Samtale om bruk av tvang med kollegaer

Sykepleierne gir uttrykk for viktigheten av samtale rundt tvang der de får reflektere, ventilere, dele erfaringer og støtte fra kollegaer. En sykepleier sier det slik: «Jeg tenker at den eneste måten vi skal overleve i denne jobben på, er faktisk ved å snakke om det vi gjør» (Spesialsykepleier 6).

Det er stor forskjell på hvordan sykepleierne samtaler om bruk av tvang i de ulike avdelingene. Det er også forskjell innad på hver enkelt avdeling. To sykepleiere gir uttrykk for at tvang snakkes nok om. På deres arbeidsplass er det lagt opp til at de jobber i team. Når de jobber i team får de planlagt og snakket sammen kontinuerlig slik denne sykepleieren forteller:

Jeg har ikke noen følelser jeg har behov for å snakke om i ettertid. Jeg tror det er fordi vi snakker om alt, vi jobber alltid to sammen. Vi diskuterer og samarbeider. På en tidligere arbeidsplass jobbet jeg mye mer alene og gikk oftere inn til pasientene alene når jeg skulle gjennomføre prosedyrer (Spesialsykepleier 4).

Ved å snakke om tvang er de også blitt mer bevisste at de bruker tvang. De forteller at hele poenget med å snakke om tvang er for å forbedre sin praksis slik at det ikke skal oppleves så traumatisk for barnet og foreldrene. I tillegg til å jobbe i team har ledelsen her satt av fast tid hver uke for felles samtale. I denne tiden er det rom for å ta opp utfordrende situasjoner og hendelser. Da får de dele, bearbeide, får tilbakemelding og støtte fra sine kollegaer. I denne faste tiden er det også rom for veiledning og undervisning. Sykepleierne som får snakket sammen om tvang er fornøyde med tilbudet på avdelingen. De opplever en stabil og trygg relasjon til sine kollegaer fordi det er faste rammer rundt denne samtalen. Samtidig forteller

de at de setter pris på tilbakemelding og støtte fra sine kollegaer. Dette bidrar til at de opplever mestring, de føler de gjør noe bra og at de løfter kompetansen i avdelingen.

Det kan være utfordrende og tøft å være ny sykepleier på en barneavdeling i en hektisk arbeidshverdag. En av disse to sykepleierne forteller at det ikke var tid og rom for å snakke sammen og hun arbeidet mye alene da hun var ny sykepleier. Hun savnet oppfølging fra erfarne sykepleiere. Denne vanskelige erfaringen har hun tatt med seg inn i sin nye arbeidsplass og følger opp nye sykepleiere. Hun veileder og deler erfaringsbasert kunnskap med dem:

Mye av jobben er å undervise, og snakke med kollegaer om hvordan vår erfaring er med dette. For kanskje noen synes det kan være veldig skremmende. Og da må de få rom og lov til å fortelle hva de har opplevd (Spesialsykepleier 3).

Dette var erfaringer fra en arbeidsplass. På de to andre arbeidsplassene vi intervjuet fra mente sykepleierne at de snakket alt for lite om bruk av tvang. De mener at dette er et tema som skulle vært snakket om hver dag. De mener temaet er viktig og aktuelt i arbeidet med barn som pasienter. Det snakkes om tvang på avdelingene mellom kollegaene, men hvordan de snakker om det praktiseres ulikt. Det snakkes ofte om det praktiske rundt hendelser, ikke hva de som sykepleiere sitter igjen med av tanker og følelser. Samtalen rundt tvang blir ofte korte samtaler, eller avbrutt av tidspress og andre arbeidsoppgaver. Det å snakke om tvang er veldig individuelt og personavhengig, det er ikke alle som snakker om tvang. Sykepleierne har ulik definisjon på hva tvang er. Hvordan de selv syntes det er å snakke om tvang endrer seg fra vaktlag til vaktlag. Det kan være vanskelig å ta opp ting på en stor arbeidsplass når de ikke jobber i team. De forteller at det snakkes en del på vaktrom og rapportene i vaktskifte. Det er individuelt hva som snakkes om, og hvordan samtalene arter seg.

Jeg sier jo det jeg mener når jeg er på jobb. Jeg har lært at om jeg skal overleve i dette yrket må jeg få ventilert. Men jeg vet om flere som ikke tørr, og jeg tenker at de lider kanskje litt mer, de sliter kanskje (Spesialsykepleier 6).

Noen sykepleiere forteller at etter endt arbeidsdag tenker de på ulike situasjoner de har stått i og stilt seg følgende spørsmål; «gjorde jeg alt rett, var det noe jeg kunne gjort annerledes?».

De gir uttrykk for at de ønsker å reflektere, ventilere, få støtte og tilbakemeldinger fra kollegaer.

Flere ønsker det var satt av tid og rom for å snakke om utfordringene de møter. De sier at hvis de ikke spør hverandre direkte, for eksempel hvordan en prosedyre med barnet gikk, så er arbeidsdagen så hektisk at slike erfaringer ikke blir delt i kollegiet. Flere av sykepleierne som ønsker å snakke mer om tvang på jobb, nevner det kunne hjulpet dersom det ble tilrettelagt en form for veiledning eller veiledningstilbud i avdelingen. Det kunne blitt satt av tid til å snakke sammen kollegialt om hendelser, dele erfaringer og få aktuell veiledning. I intervjuene foreslår flere av sykepleierne organiserte samtaler med erfaringsdeling for å snakke mer om bruk av tvang. Flere av sykepleierne savner undervisning om tvang og skulle ønske det var et større fokus på dette. Sykepleierne forteller de ofte sitter med negative følelser knyttet til tvang, men rettfærdiggjør det med at tvangen var nødvendig helsehjelp. Flere gir uttrykk for at følelsene og tankene rundt tvangsbruk blir verre når du ikke får snakket med kollegaene sine om aktuelle hendelser. Samtidig så sier de at med mer arbeidserfaring blir du stødigere og tryggere i jobben, men likevel vil det å snakke med kollegaer om daglige erfaringer bidra til ventilering av følelser. Det er dessverre ikke alltid tid eller rom for å snakke.

5.3.2 Samtale om bruk av tvang med foreldre og barn

Alle sykepleierne fremhever at det å snakke med barnet og foreldrene i forkant om hva som skal foregå skaper tillit. I tillegg har de behov for å snakke etter at prosedyren er gjennomført. Som dette sitater viser:

Men jeg tenker at det viktigste du kan gjøre er å sette deg ned sammen med barnet og foreldrene og snakke etterpå og snakke om hvorfor det ble sånn. For da tror jeg de fleste kommer gjennom dette på et eller annet vis (Spesialsykepleier 6).

Dette sitatet viser til sykepleierens egen bearbeidelse. Ved å snakke med barnet og foreldrene bidrar dette til at sykepleierne får bearbeidet situasjonen. Barnet får muligheten til å fortelle om hvordan situasjonen opplevdes, og sykepleieren kan prøve å forklare situasjonen. Flere av sykepleierne forteller når de snakker med barna i etterkant, så rettfærdiggjør de tvangen med at den var nødvendig slik at barnet skulle bli frisk og få reise hjem. Samtidig kan sykepleieren gi barnet ros og premie. Noen ganger kan de også se at barnet leker og har det fint etterpå og det

letter på samvittigheten til sykepleierne. Alt dette er med på å bidra til at sykepleierne får bearbeidet situasjonen de har stått i. En annen viktig faktor for at sykepleierne bearbeider er når de ser barnet opplever mestring i forbindelse med tvang.

Flere av sykepleierne forteller også at det er fint å få tilbakemelding av foreldrene. Flere av foreldrene uttrykker takknemlighet i samtalen etterpå. Det å snakke med foreldrene kan være med på å finne ut hvordan situasjonen opplevdes for dem, og om noe kan gjøres annerledes til neste gang. Sykepleierne forteller om erfaringer hvor foreldrene har satt pris på at sykepleieren har tatt ansvar og veiledet foreldrene gjennom ulike situasjoner:

Så sa mor til meg «jeg må bare gi tilbakemelding om at jeg syntes det var veldig fint at du var så bestemt ovenfor meg også. Du hadde en plan om hva vi skulle gjøre». Det virket som om mamma trengte det, hun trengte at vi også var med på dette (Spesialsykepleier 4).

Kommunikasjon er et tillitsbyggende verktøy. I forkant av prosedyrer bruker sykepleierne kommunikasjon for å fortelle barnet og foreldrene hva som skal skje og hvorfor det må gjøres. I etterkant bruker sykepleierne kommunikasjon for at barnet, foreldrene, men også de selv skal bearbeide situasjonen. Observasjon av barnet i etterkant av en hendelse kan være med på at sykepleieren får bearbeidet situasjonen. Dersom barnet og foreldrene ikke kan kommunisere på samme språk som sykepleierne kan det medføre til utfordringer. Sykepleierne får ikke den samme tilbakemeldingen om det som skjedde følte ubehagelig eller vondt for barnet, om tvangshendelsen var overkommelig eller om barnet opplevde mestring. Respons fra barnet og foreldrene kommer frem som et viktig element når sykepleierne skal bearbeide situasjonen de har stått i. Ved språkbarrierer eller kognitive utfordringer og svekkelser kan denne responsen bli utfordrende eller helt fraværende. Når dette skjer gir sykepleierne uttrykk for at situasjonen kan bli belastende:

Men når handlingene var gjort, så får du ikke tilbakemelding fra barnet på hvor galt dette var. Og kanskje et annet barn hadde reagert annerledes og ikke ville nærme oss igjen. Men du vet jo ikke, hvor galt var dette (...) (Spesialsykepleier 6).

6. Drøfting

Resultatene i studien viser at sykepleierne har ulike erfaringer knyttet til bruk av tvang. Sykepleierne hjelper barnet, men må ofte bruke tvang for å gi nødvendig helsehjelp. Både familien og barnet blir involvert i prosessen. Et annet resultat er at det er viktig å ha samtale rundt tvang kollegialt for å bli bevisst på bruken av tvang. Ved å ha samtale om tvang bidrar dette til økt kompetanse og det vil påvirke fremtidige tvangssituasjoner på en positiv måte.

6.1 Rettferdiggjøring

Sykepleiere sitter ofte igjen med negative følelser knyttet til tvangsbruk, og for å bearbeide disse tankene så prøver man å rettferdiggjøre tvangsbruken (Lombart et al., 2020; Salehi, Najafi Ghezalje, Hajibabae & Joolae, 2020). Våre funn viser at sykepleierne syntes bruk av tvang er utfordrende men de rettferdiggjør bruken av tvang for å gi nødvendig helsehjelp. Selv om tvangen er nødvendig syntes sykepleierne i studien vår at tvang likevel er vanskelig. Tveiten et al. (2012) beskriver viktigheten av at sykepleiere må vurdere nødvendigheten av behandlingen opp mot ubehaget barnet kan oppleve ved å bli hold fast. Barnesykepleieren skal ha kompetanse til å vurdere prosedyren opp mot det faglig forsvarlige (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021). Helsepersonell har alltid plikt til å utføre arbeid i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999a). Sykepleierne i vår studie poengterer flere ganger under intervjuene at tvang alltid er siste utvei. Dette samsvarer også med funn i studien til Kangasniemi et al. (2014) hvor det kommer frem at tvang noen ganger er det eneste, men alltid det siste man ønsker å gjøre.

Både for barnet og foreldrene kan fastholding oppleves ubehagelig og vondt (Tveiten et al., 2012). En av våre sykepleiere ønsker å «optimalisere» tvangen mot barn under prosedyrer. Under intervjuet spurte vi ikke videre om hva hun mente med dette, kanskje hun mente at tvangen må gjøres på best mulig måte. Dette støtter Tveiten et al. (2012) som beskriver at metoder skal være så skånsomme som mulig ifølge «ikke-skade prinsippet».

I vår studie nevner alle sykepleierne hvor nødvendig tvang kan være for at barnet skal få den helsehjelpen som er nødvendig under sykehusoppholdet. Sykepleieansvaret og handlingsansvar står ifølge Elstad (2014) sentralt i utøvelsen av helhetlig sykepleie, ansvar for egne handlinger og ansvar for andre mennesker. Sykepleierne vi intervjuer er bevisste på

tvangsbruk og det blir vurdert andre tiltak og forberedelser. De forteller at når barn er innlagt på sykehus så har barnet krav på nødvendig helsehjelp. FNs barnekonvensjon sier at barn har rett til best mulig helsehjelp og behandling for sykdom (FNs konvensjon om barnets rettigheter, 1989). Noen ganger må helsehjelpen gis ved bruk av tvang. Dette samsvarer med funn gjort i studien til Lombart et al. (2020). Sykepleierne i den studien begrunnet tvangsbruken og valgene de tok med at barnets liv sto på spill. Barn har krav på helsehjelp og noen ganger utføres helsehjelpen med tvang. Paradokset er at tvang og det å påføre barnet stress ikke er noe man ønsker å gjøre, samtidig som tvang ofte er noe som må gjøres for å få gitt helsehjelp til barnet (Lombart et al., 2020). Sykepleierne i studien til Kangasniemi et al. (2014) forklarte at selv om en utøvde tvang på barn hadde de barnets helse og behandling i fokus. Selv om andre alternativer var vurdert så var det i noen tilfeller ikke mulig å bruke andre alternativer og tvang står igjen som eneste alternativ (Kangasniemi et al., 2014). En av sykepleierne i vår studie beskrev ordet tvang som et negativt ladet ord, men beskrev bruken av tvang slik; «tvang er gjort i godhetens tjeneste» (Spesialsykepleier 6).

6.1.1 Følelser knyttet til tvang

Bruk av tvang kan frembringe negative følelser og mange opplever en indre konflikt når en skal balansere mellom det å gjøre godt for barnet, og det å skade (Kangasniemi et al., 2014). Funnene våre viser at flertallet av sykepleierne sitter igjen med negative følelser knyttet til tvang, mens to sykepleiere beskrev tvang som en positiv ting for å få utført god sykepleie til barn. I studien til Salehi et al. (2020) er det forsket på ulike etiske dilemmaer sykepleiere står i når det kommer til bruk av tvang. Selv om deltagerne på denne studien var sykepleiere som jobbet med voksne og ikke barn, kan flere av funnene relateres til våre funn. Et av funnene deres var emosjonelle plager og stress for sykepleierne som bruker tvang. Der kom det frem at sykepleierne sitter igjen med negative følelser knyttet til tvangsbruk, samt usikkerhet rundt beslutningene om å bruke tvang. Det kom frem at i det øyeblikket sykepleierne skulle utøve tvang mot pasienten kunne de identifisere seg med pasienten. Dette medførte til negative følelser knyttet til bruken av tvang slik som skyldfølelse, ubehag, konflikt og medlidenhet (Salehi et al., 2020). Flere av sykepleierne i vår studie gir uttrykk for samme opplevelse. De gir uttrykk for dårlig samvittighet ovenfor barnet og denne skyldfølelsen fører til et behov for å gjenopprette og bevare relasjonen til barnet og familien. Sykepleierne har tenkt på sine egne barn, og noen sier «det river i mammahjertet». Sykepleierne gir uttrykk for at selv om tvang er nødvendig så føler de at grenser har blitt tråkket over, de vil si unnskyld da det kan ha en

reparasjonseffekt. Å bruke tvang kan gi skyldfølelse. Selv om du vet i ettertid at tvangen er nødvendig så tar det ikke bort skyldfølelsen (Lombart et al., 2020). Sykepleierne i studien vår beskriver samtale med barnet og foreldre i etterkant av en tvangssituasjon som viktig for å redusere de negative følelsene de sitter igjen med. Ved å snakke med barnet kan du be barnet fortelle eller tegne det som har skjedd for å skape en distanse til erfaringen som barnet nettopp har opplevd. På denne måten kan man hjelpe barnet med å bearbeide og utvide barnets forståelse (Jensen & Ulleberg, 2019).

Det å snakke med barnet og foreldre i etterkant av en hendelse er en viktig faktor for bearbeidelse. Dette er også noe som Kangasniemi et al. (2014) beskriver i sin studie. Der kommer det frem at sykepleierne beskrev noe som Kangasniemi har valgt å kalle post-restraint issues, altså hendelser som oppstår etter tvangsbruk. I denne kategorien var debrifing og belønning viktige faktorer. Det å snakke med barnet og gi belønning i etterkant av en tvangshendelse blir sett på som viktig og nødvendig for barnet. Sykepleierne i studien opplevde også at debrifing var et viktig element når det kom til bruk av tvang. Det var også nødvendig å ha god nok tid til å snakke med familien om situasjonen som hadde skjedd (Kangasniemi et al., 2014). Dette samsvarer også med våre funn. Alle sykepleierne våre sa at en av de tingene de gjorde etter en tvangssituasjon var å snakke med barnet og foreldrene i etterkant. Noen av sykepleierne sa at dette var med på å lette de negative følelsene. Debrifing er et viktig element når man bruker tvang mot barn, og det å snakke med barnet og familien om det som har skjedd er nødvendig (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleierne i vår studie fortalte at ved å snakke med barnet og familien i etterkant av en tvangssituasjon fikk barnet og foreldrene fortelle om sin opplevelse, samtidig som sykepleierne fikk lettet på den dårlige samvittigheten.

6.2 Mestring

Målet med tiltak sykepleiere gjør i forberedelse og planlegging, er å få barnet til å føle mestring. Sykepleiere må støtte barnets mestringsstrategier (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleierne i studien vår bruker ulike teknikker som avledning og samtale. Dette er også noe Grønseth & Markestad (2017) beskriver og nevner avledningsteknikker, kognitive strategier som avslapningsteknikker og fantasireiser, emosjonell støtte som trøst, kos og ros. Tveiten et al. (2012) beskriver mestring som noe en utvikler kontinuerlig gjennom hele livet. Sykepleierne kan hjelpe barnet å sette kortsiktige og realistiske mål, de kan fokusere på

barnets ressurser og mulighet til mestring (Tveiten et al., 2012). Barns mestringsevne er begrenset som gjør at det er utfordrende med ukjente situasjoner (Søjberg, Brandt & Tunby, 2017). Sykepleierne i studien vår forteller at det er viktig å rose barnet både når de har gjennomført en prosedyre, men også når de ikke klarte å gjennomføre. Da skal barnet ha ros fordi barnet prøvde. Dette støtter Tveiten et al. (2012) under mestring hos barn, hvor det er viktig å anerkjenne barnet og reaksjonene.

Et av funnene våre er at det er viktig med forberedelse når det kommer til prosedyrer. Grønseth & Markestad (2017) beskriver at barna og foreldre skal informeres om hva som skal skje. Det å vise rom, utstyr og avklare foreldrenes rolle kan bidra til at behandlingen foregår raskt og skånsomt (Grønseth & Markestad, 2017). En sykepleier i studien vår opplevde at et barn hadde misforstått informasjonen som ble gitt vedrørende en prosedyre. Dette medførte at barnet ble redd og engstelig da informasjon barnet fikk ikke var tilpasset. Jensen & Ulleberg (2019) skriver at samtale med barn er viktig og at en benytter egnet metoder for å få til et godt samarbeid. Bøker, tegnesaker eller lek kan være slike metoder (Jensen & Ulleberg, 2019). Sykepleierne i studien vår forteller om positive opplevelser knyttet til lek som forberedelse. Det har vært nevnt ulike masker, slangesett og sprøyter med vann som en del av forberedelse. Ikke alle barna har ønsket å leke med utstyret sykepleierne hadde funnet frem, men når utstyret ligger inne på rommet blir barnet likevel kjent med det. Tveiten et al. (2012) sier at god forberedelse gjennom lek kan være med å bidra til at barnet opplever mindre stress knyttet til prosedyren. Da tar du utgangspunkt i den prosedyren eller situasjonen du tenker barnet vil komme i og leker ut i fra det (Tveiten et al., 2012). Tveiten et al. (2012) sier at det er hensiktsmessig at det ikke går for lang tid mellom de ulike forberedelsene til selve prosedyren skal gjennomføres. Dette er også noe sykepleierne våre poengterte flere ganger i løpet av intervjuene for at barnet skal unngå å grue seg for lenge. Tilretteleggelse for bearbeiding av barnets vonde følelser kan forebygge stress og styrke mestringen (Tveiten et al., 2012).

6.2.1 Forberedelse må tilpasses hvert enkelt barn

Alle barn er unike. God sykepleie til barn innebærer at behandlingen er individuelt tilpasset (Tveiten et al., 2012). Med flere års erfaring klarer flere av sykepleierne våre å sense om et barn er mottakelig for forberedelse eller ikke. Naturligvis vil ikke barn alltid samarbeide med behandlingen og prosedyrer på sykehus (Tveiten et al., 2012). Sykepleierne i studien vår sier

at barnet selvfølgelig skal få en sjanse til å samarbeide. Grunnloven §104 sier at barnet har rett til deltakelse i avgjørelser som inngår dem (Kongeriket Noregs grunnlov, 1814). Barnet og foreldrene må også føle seg komfortable med løsningen, og om barnet får være med å ta beslutninger kan det være med på å øke samarbeidsevnen (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleierne våre bruker ordet sense når barnet sender ut ulike signaler som de prøver å tolke. Noen ganger kan det være at en tolker feil, men ofte klarer sykepleierne å sense hvordan barnet har det, og hva som blir det riktige å gjøre i en situasjon. Barnesykepleierens kompetanse skal individuelt kunne tilpasse undersøkelser og behandling rundt barnet for å hindre unødvendige belastninger (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021). Flere av sykepleierne våre sier at de ofte kan sense på barnet med en gang de kommer inn i rommet om det er nødvendig å bruke flere timer på forberedelse, eller om du kan gjøre prosedyren effektivt. Flere av sykepleierne i studien vår påpeker at noen ganger kan forberedelsen og timevis med venting være verre. Grønseth & Markestad (2017) skriver om barn (7-8 år) som forteller at det er ventingen på sykehus de opplever som det verste under et sykeopphold.

6.2.2 Familiesentrert sykepleie

Familiesentrert sykepleie er sykepleie hvor familien blir behandlet som en helhet. Det vil si at det skal være samarbeid mellom sykepleieren og foreldre og det betyr også at det er flere som trenger omsorg (Tveiten et al., 2012). Tveiten skriver videre om hvor viktig det er å samarbeide med foreldrene om bruk av tvang.

Datamaterialet vårt viser at alle sykepleierne gir uttrykk for viktigheten av familiesentrert sykepleie. Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon vektlegger at under sykehusinnleggelsen skal barnet ha en forelder sammen med seg (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Ifølge Tveiten et al. (2012) blir hele familien påvirket når et barn er innlagt på sykehus, og hvordan foreldre reagerer på en sykehusinnleggelse vil variere fra familie til familie. Et mål for sykepleien må være at balansen i familien opprettholdes, behovene møtes og at sykehusoppholdet skal være en positiv erfaring for alle parter. Sykepleieren har det faglige ansvaret og skal være opptatt av å bygge relasjon (Tveiten et al., 2012). Planlegging og forberedelser blir tilpasset hver enkel. Grønseth & Markestad (2017) skriver at god planlegging på forhånd kan bidra til å gjennomføre behandlingen mer skånsomt. Sykepleierne i studien vår sier at når barnet er godt forberedt på prosedyrer har det

også bidratt til at tvang har blitt unngått. Den ene sykepleieren vår sier at hun «snakket barnet gjennom det». Grønseth & Markestad (2017) nevner også flere slike avledningsteknikker som fantasireiser, der sykepleier og foreldre kan fortelle en historie med detaljer med beskrivelse av utseende, lukt, smak og lyder som barnet kan leve seg inn i. Veiledning og tilpasning til barnet og foreldrene kan vi se på som et samarbeid (Tveiten et al., 2012).

Sykepleierne i studien vår ønsker å inkludere familien mest mulig. Under en sykehusinnleggelse vil foreldrene kunne møte mange nye ansikter, ulike faggrupper og de vil også oppleve å få mye informasjon. Hvordan foreldrene takler dette vil variere (Tveiten et al., 2012). Sykepleierne i studien vår forteller om ulike erfaringer de har knyttet til foreldre. Noen ganger er det foreldrene selv som presser igjennom en undersøkelse eller prosedyre, mens andre ganger er det foreldrene som holder tilbake. Det å se barnet sitt ha vondt kan oppleves traumatisk for foreldrene. Helsepersonell skal handle til det beste for barnet og foreldrene (Tveiten, 2012). Sykepleierne våre har flere erfaringer hvor de har møtt foreldre som ikke ønsker å gjøre noe mot barnets vilje på bakgrunn av tidligere erfaringer. Sykehusinnleggelser er ofte en stressfaktor både for barn og familien, men oppholdet kan på den andre siden oppleves som en lettelse om barnet opplever lindring (Tveiten et al., 2012).

Sykepleierne våre forteller at hver situasjon er unike, det viktigste vi kan gjøre er å snakke med foreldrene på forhånd slik at foreldrene får den informasjonen de trenger. Barnesykepleiere skal kunne tilrettelegge for at omsorgspersonene til barnet skal involveres og få delta i stell og pleie (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021). Det er også viktig at foreldrene føler seg sett og hørt. Sykepleiere må forsøke å etablere en menneskelig relasjon, ikke bare gjennom sin sykepleierrolle for å danne grunnlag for en helhetlig omsorg (Travelbee, 2001). Flere av sykepleierne våre spør foreldrene om tidligere erfaringer knyttet til sykehusinnleggelse og hvilke tiltak som har vært prøvd før. Foreldrene trenger informasjon og veiledning, samtidig som de kanskje trenger trøst (Tveiten et al., 2012). Barnesykepleieren skal kunne gi trygghet og medvirkning ved bruk av dialog og informasjon til pårørende (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021). Tveiten et al. (2012) nevner at foreldre også kan oppleve en lettelse når helsepersonell overtar. Som belyst i funndelen der en mor ga tilbakemelding om at det var godt at sykepleieren hadde en plan og tok styringen. Flere av sykepleierne forteller at de har erfart viktigheten av å ta foreldrene ut fra rommet. Da får foreldrene mulighet til å snakke åpent om

hva de tenker og føler uten at barnet skal høre det. Sykepleierne bruker sin kunnskap til å vurdere, informere, veilede og forberede slik at prosedyren blir gjort på best mulig måte selv om du må bruke tvang, noe som er en kompetanse en barnesykepleier også skal ha (Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund, 2021).

Sykepleierne i studien vår forteller om erfaringer der foreldrene har bidratt til å redusere stress rundt en prosedyre ved at de har forholdt seg rolig til sykepleieren og til prosedyren. Når et barn er syk og innlagt på sykehus må foreldre og fagpersoner sammen hjelpe barnet å fremme egen helse. Barn lærer av kunnskap som formidles, men de lærer også av å se hva andre gjør (Tveiten et al., 2012). Ved at foreldrene er godt forberedt på det som skal skje og har et samarbeid med sykepleieren vil det kunne påvirke barnet i positiv retning. I tillegg kan det at foreldrene leker med utstyr bidra til at barnet ikke syntes en maske eller en sprøyte er like skummelt. Sykepleierne syntes det er viktig å ha foreldrene med på laget før, underveis, men også i etterkant. En av sykepleierne forteller om en situasjon hvor foreldrene hadde deltatt i forberedelsen av prosedyren. Foreldrene ønsket å holde barnet på fanget selv mens sykepleieren utførte prosedyren. At barnet får sitte på forelders fang under en prosedyre kan redusere barnets stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2017). I etterkant av prosedyren ropte foreldrene at dette var noe de aldri skulle gjøre igjen, det var det verste de hadde vært med på. Sykepleieren så at dette påvirket barnet. Barnet ble engstelig og virket å være redd. Dersom foreldrene skal hjelpe til med å holde bør det avklares på forhånd hva som forventes av foreldrene, at de har fått tilstrekkelig informasjon om hva som blir å skje slik at de kan støtte barnets mestring (Grønseth & Markestad, 2017). Samarbeid med foreldre i forbindelse med prosedyre kan være vellykket dersom foreldrene er villige til samarbeid og har forståelse for situasjonen (Kangasniemi et al., 2014). Sykepleieren fortalte i intervjuet at reaksjonen til foreldrene var helt naturlig da situasjonen var belastende for alle parter, men at det vanskeligjorde for prosedyren som skulle gjøres neste dag. Foreldre ønsker å hjelpe barnet sitt til å oppleve mestring, men da må også foreldrene være tilstrekkelig informert og forberedt (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren i vår studie forteller at hun i etterkant av denne hendelsen satte seg ned og hadde en samtale med foreldrene. I denne samtalen ble de enig om at foreldrene skulle være der for å oppmuntre og trøste barnet, og ikke ta del i selve prosedyren. Dette er også noe som kommer frem i artikkelen til Kangasniemi et al. (2014) hvor det legges vekt på at foreldrenes rolle er å berolige barnet under en prosedyre og vise omsorg i etterkant. Flere av sykepleierne forteller at et godt samarbeid med foreldrene i

etterkant av en prosedyre kan bidra til at tilliten mellom barnet og sykepleieren øker. Sykepleieansvaret innebærer også å ta vare på alle ledd i familien (Elstad, 2014).

6.3 Våge å snakke om tvang

Sykepleierne i vår studie gir alle uttrykk for viktigheten av å snakke om tvang, men det kommer også frem at det er forskjellig hvordan hver sykepleier føler det er å snakke om det på sin arbeidsplass. Sykepleierne begrunner dette med at alle har ulik forståelse for ordet og bruken av tvang. Det er ikke alltid det føles like trygt å snakke om et tema som mange har forskjellig holdninger til. Ordet tvang kan bli byttet ut med andre ord som gir mindre assosiasjoner til vold, og flere erstatter ordet tvang med ord som kan relateres til omsorg- slik som ordet «holde» (Lombart et al., 2020). Ordet «holdehjelp» og «støttehjelp» blir brukt av noen av sykepleierne i vår studie. Dette er interessant da alle sykepleierne i vår studie bruker ordet tvang under intervjuene, men i praksis velger flere å unnlate å bruke ordet tvang. Kanskje de velger å unnlate å bruke ordet da de har erfaring med at det er lettere å snakke om tvang dersom de bruker erstatningsord. Blir ordet tvang stigmatisert eller tenker en at de som bruker tvang har behandlet et barn på en upassende måte, vil risikoen for at en ikke snakker om tvang være stor (Kangasniemi et al., 2014). Kangasniemi et al. (2014) poengterer at tvang ikke bør snakkes om på en negativ og stigmatiserende måte. Våre funn og relevant forskning viser at det ønskes mer åpenhet rundt tvang, men samtidig fremstår det stigmatiserende og tabu å snakke om. Det er behov for åpenhet, bevissthet og debatt rundt bruken av tvang og mangel på diskusjon kan være en hindring for å redusere bruk av tvang (Svendsen et al., 2017).

6.3.1 Det er viktig å snakke om tvang

Samtale rundt tvang er viktig og det burde snakkes mer om på daglig basis. Det burde snakkes mer om ettersom det kan bidra til mer åpenhet, forståelse, bevissthet og faglig utvikling hos sykepleiere ifølge funn i vitenskapelige artikler og funn i studien vår (Kangasniemi et al., 2014; Lombart et al., 2020; Svendsen et al., 2017). Grønseth & Markestad (2017) skriver at sykepleierne nettopp bør ha et bevisst og reflektert forhold til tvangsbruk. Dette kan blant annet samtale brukes til. Det å ikke snakke om tvang ville ført til stopp av forskning og videreutvikling av tvangsbruk (Kangasniemi et al., 2014). Det viser seg at mindretallet av sykepleierne vi intervjuer ikke har tid og rom til å snakke om hendelser og følelser rundt

tvang på jobb. Dette kommer også frem i artikkelen til Svendsen (2018) som er nevnt innledningsvis, som viser at tvang blir lite diskutert kollegialt.

Som presentert i Arbeidsmiljøloven (2005) skal det tilrettelegges for fysisk og psykisk helse. Sykepleierne våre forteller at arbeidsdagene kan være travle og det kan gå ut over planlegging og utførelse av arbeidet, som kan gi unødige belastninger. Samtale kollegialt om utfordrende hendelser kan bidra til ivaretagelse av den psykiske helsen og forebygge fysiske belastninger. De sier de skulle ønske de snakket mer om tvangshendelser for å kunne ventilere, lære og bearbeide. Sykepleierne våre forteller også at det kan være gunstig å snakke om erfaringer og hendelser med kollegaer. Nettopp for å forebygge og forbedre tvangen.

I artikkelen til Bergsagel & Svendsen fra 2018 kommer det frem at sykepleiere faktisk må begynne å snakke mer om tvang. Forfatterne i artikkelen ønsker å skape bevissthet og trygghet i tvang som et verktøy (Bergsagel & Svendsen, 2018). Dette samsvarer med funn i studien til Kangasniemi et al. (2014) der tvang blir sett som et verktøy for å gi god sykepleie til barn. Noen av sykepleierne vi intervjuer beskriver også tvang som et verktøy. Ved å snakke om tvang, kan hver enkelt sykepleier dele erfaringer slik at neste kan lære og forstå. Sykepleierne i studien vår mener at samtale om tvang vil gjøre alle mer bevisste. Tvang er tøft for alle involverte parter og det er forskjell fra person til person hvordan det snakkes om (Bergsagel & Svendsen, 2018). Sykepleiere i studien vår sier også at det er varierende hva som snakkes om fra vaktlag til vaktlag.

Sykepleierne vi intervjuer forsøker å snakke og planlegge sammen i forkant av en prosedyre. Det er dager der travelheten tar tiden til samtale. Sykepleierne står ofte alene i vanskelige situasjoner uten å ha mulighet til å bearbeide og snakke sammen. Når det er lagt til rette og satt av tid til samtaler lar det seg lettere gjøre å snakke om det en har behov for. Sykepleierne som har en fast dag i uken der de får snakket ut, ser ut til å takle tvang og samtale om det tilsynelatende godt. Sykepleierne våre forteller at de støtter hverandre, og forstår at en kan oppleve og takle hendelser forskjellig. Sykepleiere har en plikt å støtte kollegaer og vise respekt for arbeidet som blir gjort (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere skal støtte hverandre og hjelpe til å treffe beslutninger i pasientbehandlingen (Helsepersonelloven, 1999b). Da er det også viktig at en tørr å snakke om tvang, og at tvang ikke er stigmatiserende og tabu.

Sykepleiere må få snakke sammen. Å dele kunnskap og erfaringer i sykepleieryrket kan ses på som nødvendig. Sykepleierne våre ønsker å snakke mer med hverandre, for å lære og bli mer forberedt på ulike situasjoner. Grønseth & Markestad (2017) skriver at det bør være de erfarne og rutinerne sykepleiere som gir de nye sykepleierne opplæring, nettopp for å dele deres kunnskap og bruk av alternative tilnærminger. En av sykepleierne våre forteller at hun skulle ønske de kunne fått snakket mer med erfarne sykepleiere når hun selv var ny sykepleier i barneavdelingen. Dette for å få nødvendig veiledning og opplæring i sykepleien til barn. Det er viktig å utvikle og evaluere nye tiltak slik at bruken av tvang på barn kan bli mindre (Svendsen et al., 2017). Dette støtter også Kangasniemi et al. (2014) der de påpeker at positiv bruk av tvang krever kompetanse. De sier også at det må være opplæring på bruk av andre metoder for å unngå bruk av tvang og at det må være fokus på at tvang brukes rett. De nevner også at det hadde vært verdifullt om en hadde hatt en form for prosedyre for forberedelse av barn (Kangasniemi et al., 2014). Funnene i artikkelen til Lombart et al. (2020) sier også at det er viktig å diskutere med kollegaer, men også det å tilby opplæringsprogrammer og forme en tydelig institusjonell holdning angående temaet.

Barnesykepleieren skal ha et ansvar for å informere, undervise og veilede kollegaer, studenter og andre deltakere i helseteamet (Sjøberg et al., 2017). Det bør foregå kontinuerlige diskusjoner og refleksjoner i personalgruppen (Grønseth og Markestad, 2017). I studien til Svendsen et al. (2017) anbefales det også en kjapp debrief etter hver hendelse med tvang, nettopp for å gå gjennom hendelsen og dele erfaringer. Da mener de at hele prosessen kan bli bedre til neste gang. Dette blir også beskrevet som funn i våre intervjuer. Sykepleierne sier at tvangen kan bli mer forutsigbar og skånsom dersom de deler erfaringer. Det kommer også frem i studien til Svendsen & Bjørk (2021) at helsepersonell må diskutere hendelser for å bli mer oppmerksomme på egen praksis, slik at de får reflektert over tvangsbruken og mindre barnevennlige tilnærminger.

Det er lov å snakke sammen om pasientsituasjoner på jobb. Det å snakke sammen med kollegaer i et helsefaglig arbeidsfellesskap om erfaringer er ifølge Helsepersonelloven (1999b) taushetsbelagt. Å dele erfaringer vil kunne forbedre praksisen og bidra til forsvarlig helsehjelp. Sykepleierne i studien vår mener at om de fikk snakket mer sammen om situasjoner der barnet motsetter seg behandlingen, ville alle kunne bli mer bevisst på

tvangsbruk og eventuelle tiltak og forberedelser som kan gjøres. Grønseth & Markestad (2017) forklarer ulike tiltak, blant annet ikke-medikamentelle tiltak som en del i planleggingen, der blant annet usikre sykepleiere og tidspress kan begrense tiltaksmetodene. Et godt poeng ettersom uerfarne og nye sykepleiere bør få opplæring fra de rutinerte sykepleierne på jobb i en type kollegastøtteordning.

6.3.2 Kollegastøtte

Kollegastøtte er noe sykepleiere trenger når uønskede hendelser skjer i daglig praksis. Artikkelen til Sagbakken (2021) handler om hvor viktig det er å ivareta hverandre i arbeidshverdagen. Vi er ulike og reagerer forskjellig og har dermed også ulikt behov for støtte og bearbeiding (Sagbakken, 2021). Dette er det flere av sykepleierne våre som også påpeker, forskjellen på hva en har behov for og ikke. Elstad (2014) nevner også at det er forskjeller på sykepleiere, noen tar jobben med seg hjem og noen ikke. En av sykepleierne våre sier: «Jeg tenker at den eneste måten vi kan overleve i denne jobben, er å snakke om det vi gjør» (Spesialsykepleier 6). Sykepleierne har med andre ord et stort behov for kollegastøtte og samtale rundt hva som skjer og kan skje i en arbeidshverdag.

Elstad (2014) påpeker at sykepleiere ofte kan ta på seg et såkalt grenseløst ansvar, som igjen kan føre til stress og skyldfølelse. Ansvarer blir både personlig og kollektivt (Elstad, 2014). Noen av sykepleierne våre føler de ofte står alene og det er ikke er tid til å snakke sammen på jobb. Artikkelen til Sagbakken (2021) skriver at det er mange som føler de står alene. De kan kjenne på alt fra skyldfølelse og skam, i tillegg til sorgen over en eventuell skade de kan ha påført pasienten (Sagbakken, 2021). Flere av sykepleierne i studien vår snakker om at barn kan bli traumatisert av sykehus etter prosedyrer, og ønsker å utføre behandlingen så skånsom som mulig – men det ikke alltid er så lett. Derimot er det ingen av våre sykepleiere som snakker om skam, men dårlig samvittighet blir nevnt hos flere. De er noen ganger usikre på om de gjorde jobben på en god nok måte eller om noe kunne vært gjort annerledes.

Sykepleierne i studien vår snakker godt om kollegaene sine. De føler de kan snakke med dem om det meste, men samtale om tvang kan noen ganger være vanskelig siden tvang defineres ulikt. Sykepleierne som har rammene rundt samtale virker tryggere i bruken av tvang.

6.3.3 Sykepleiefaglig veiledning

Arbeidsmiljø står sentralt i en arbeidshverdag (Norsk sykepleierforbund, 2019). I følge Almvik & Vråle (2019) er arbeidshelse et begrep som kan relateres til blant annet arbeidsmiljø. I møte med pasienter forsøker sykepleiere å forstå andre mennesker sine følelser og leve seg inn i det. Dette betyr at sykepleierne lar seg berøre. Denne evnen kan gi arbeidsglede, men dersom innlevelsen berører for sterkt kan det koste sykepleierne dyrt dersom de ikke får hjelp til å bearbeide dette (Almvik & Vråle, 2019). Bearbeiding ved hjelp av rådgivning og veiledning er også noe Salehi et al. (2020) trekker frem som et viktig verktøy for at sykepleiere kan redusere og bearbeide negative følelser knyttet til tvangsbruk.

Flere av våre sykepleiere savner en form for veiledning og de ønsket at det var tid og rom for å snakke om gode og dårlige erfaringer. Travelbee (2001) sier at det er viktig at vi gir pasienten, pårørende men også oss selv rom til å uttrykke følelsene våre. Det er viktig å snakke om det en gjør på arbeidsplassen, da er det også viktig å ha nok tid i arbeidshverdagen til å ha muligheten til å snakke om det.

Flertallet av sykepleierne i studien vår forteller at de tenker mye på situasjoner de har stått i når arbeidshverdagen er omme, og det er også disse sykepleierne som ikke har fått bearbeidet de ulike situasjonene de har stått i på arbeidsplassen. «Kunne jeg gjort noe annerledes?» og «Gjorde jeg rett?» er tanker de reflekterer rundt alene når de kommer hjem. Salehi et al. (2020) skriver at usikkerhet rundt beslutninger som er tatt på jobb kan følge sykepleierne i flere timer og flere tar også med seg disse tankene hjem. Salehi et al. (2020) skriver videre at disse tankene kan på sikt utvikle seg til å bli en psykisk belastning for sykepleierne.

Som nevnt i innledning har sykepleiere forskjellig forståelse for hva tvang er, og sykepleierne våre bekrefter at samtale rundt tvangsbegrepet kan være ekstra utfordrende på grunn av det. Noen av sykepleierne som hadde jobbet lenge sa at de tidligere hadde hatt noe som het sykepleiefaglig veiledning og at de hadde hatt stor nytte av det. Veiledning om hva vi gjør i praksis og det som skjer med oss selv kan gi bedre omsorg ovenfor pasientene og forebygge utbrenthet (Almvik & Vråle, 2019) Barnesykepleierens funksjonsområde er todelt, der en del retter seg mot lederskap, undervisning/veiledning, kvalitetsutvikling og forskning (Søjberg et al., 2017).

I veiledning vil det være dialog om situasjoner som er praksisnært, og en vil legge frem opplevelser, kunnskap, handlingsvalg og løsningsforslag. En vil også reflektere rundt det faglige og etiske. Ved å dele på denne måten kan det bidra til at hver deltager får mer kunnskap og er en del av en felles kompetanse og kvalitetsutvikling. Ved å ha dette felleskapet kan det bidra til en samlet fagforståelse (Almvik & Vråle, 2019). Et annet funn var at flere av sykepleierne våre gir uttrykk for at de ofte føler de står alene. Sykepleiere som står med mye ansvar kan oppleve på en ensomhet, og ved å ha veiledning der man tar opp faglige utfordringer kan det motvirke blant annet ensomhet og usikkerhet (Almvik & Vråle, 2019).

7. Avslutning og videre diskusjon

Vår masteroppgave viser hvordan sykepleiere i barneavdelinger erfarer bruk av tvang mot barn, hvordan foreldre involveres og hvordan de deler disse erfaringene med kollegaer. Oppgaven kan bidra til at sykepleiere og annet helsepersonell blir bevisst på tvangsbruk mot barn, begynne å snakke om det og slik forsøker å redusere bruk av tvang mot barn. Studien vår viser at å snakke om opplevelser og dele med kollegaer er viktig, men i en travel arbeidshverdag er det vanskelig å få plass til samtaler om arbeidserfaringer med hverandre. Det er en vanskelig balansegang mellom nødvendig og unødvendig bruk av tvang mot barn i sykehus, men det å sette tema på dagsorden kan bidra både til å redusere bruk av tvang og bearbeide erfaringer med å anvende tvang for å gi nødvendig helsehjelp.

Vi har lært mye nytt om temaet ved å skrive denne oppgaven, og vi er motiverte for å dele vår kunnskap med fremtidige kollegaer. Det håper vi kan bidra til engasjement og lyst til å utforske bruk av tvang mot barn videre.

Litteraturliste

- Almvik, T. N. & Vråle, G. B. (2019). Sykepleiefaglig veiledning kan gi bedre helse og økt trivsel. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (75095), e-75095.
10.4220/Sykepleiens.2019.75095
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Krav til arbeidsmiljøet* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Bergsagel, I. & Svendsen, E. J. (2018). Vi må våge å snakke om bruk av tvang mot barn. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/05/vi-ma-vage-snakke-om-bruk-av-tvang-mot-barn>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for sykepleiere* (3 utg. Juss for sykepleier). Oslo: Jussboka.no.
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking* (Grunnlagstenkning i sykepleie). Oslo: Gyldendal akademisk.
- FNs konvensjon om barnets rettigheter. (1989). Barnekonvensjonen. Hentet 28.04.22 fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Helsepersonelloven. (1999a). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*, (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsepersonelloven. (1999b). *Taushetsplikt og opplysningsrett* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hem, E., Friis, S., Kirkevold, M. & Vaglum, P. (2021). *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nurs Ethics*, 21(5), 608-620.
10.1177/0969733013513214
- Kongeriket Noregs grunnlov. (1814). *Menneskerettar* (LOV-1814-05-17). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1814-05-17-nn>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- 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. *Nurs Ethics*, 27(1), 230-246. 10.1177/0969733019833128
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Norsk senter for forskningsdata. Informasjon til deltakerne. Hentet 01.10.2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 05.04.22 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbund & Norsk barnesykepleierforbund. (2021). Barnesykepleiernes kompetanse, ansvar og oppgaver. Hentet 22.04.22 fra https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/?fbclid=IwAR1_A5eWKAY8AbesDIYC7VJrCy3v8ZYZHW9mONm9811CY5FkZSOaV96CpgjM
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Barns særlige rettigheter*, (LOV-2021-05-07-31). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). *Samtykke til helsehjelp* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Om å søke. Hentet fra https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK
- Sagbakken, E. (2021). Sykepleiere trenger kollegastøtte når uønskede hendelser skjer (2:3). *Sykepleien forskning (Oslo)*, (86854), e-86854. 10.4220/Sykepleiens.2021.86854
- Salehi, Z., Najafi Ghezalje, T., Hajibabae, F. & Joolae, S. (2020). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nursing Ethics*, 27(2), 598-608. 10.1177/0969733019858711
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Ansvarsfordelig og generelle oppgaver* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Svendsen, E. J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (71912), e-71912. 10.4220/Sykepleiens.2018.71912

- Svendsen, E. J. & Bjørk, I. T. (2021). Health care provider's responses to children's resistance to peripheral vein cannulation: A qualitative observational study. *Clin Nurs*, 30(9-10), 1325-1334. 10.1111/jocn.15681
- Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A. & Bjørk, I. T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 12(1), 1363623-1363611. 10.1080/17482631.2017.1363623
- Søjberg, L., Brandt, L. M. & Tunby, J. (2017). Barnesykepleier-funksjons-og ansvarsområder. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3518177/cache=20171309161006/Barnesykepleier>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Interpersonal aspects of nursing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn : familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Uit- Norges arktiske universitet. Tjenester for Sensitive Data,. Hentet 07.10.2021 fra https://uit.no/infrastruktur/enhet?p_document_id=668867
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- World Medical Association. (2018, 9 juli). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects,. Hentet 07.10.2021 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søknad om tilgang til forskningsfelt

Vi heter Silje Mikalsen og Viktoria Gotvassli og vi studerer ved Norges arktiske universitet-UiT. Vi studerer master i barnesykepleie og i den forbindelse holder vi nå på med et mastergradsprosjekt. Vi ønsker å undersøke hvordan erfaringer sykepleierne har ved å snakke om situasjoner der de føler de har holdt barnet/gjort noe som barnet motsetter seg. Gjennom prosjektet håper vi å kartlegge hvordan kommunikasjon mellom sykepleierne er.

Prosjektet er en kvalitativ studie og vi har valgt å utføre individuelle intervjuer med sykepleiere for å undersøke meninger, erfaringer og tanker. Sykepleierne vi ønsker å intervjuer må ha stått i situasjoner hvor de har følt at de har holdt barnet/gjort en prosedyre som barnet motsetter seg. Det vil være nødvendig med fem til seks deltagere og intervjuene vil vare i 45-60 minutter.

Opplysningene vi samler inn vil behandles konfidensielt etter UiT og Norsk Senter for Forskningsdata sine retningslinjer. Det vil ikke være mulig å spore tilbake til informantene eller avdelingen. Vi vil bruke diktafonapp for å utføre intervjuene, og opptakene slettes ved prosjektets slutt. Det er frivillig å delta i prosjektet og deltakerne må skrive under på at det er et informert frivillig samtykke. Hver deltaker vil få et utfyllende skriv med informasjon om prosjektet samt deres rettigheter (Se vedlegg). Deltakerne har mulighet til å trekke seg når som helst i studien uten å oppgi grunn. Datamaterialet vi da har fått fra deres intervju vil bli slettet. Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av januar/februar 2022. På bakgrunn av dette ønsker vi snarlig tilbakemelding om det kunne være av interesse å delta.

Masterprosjektets slutt er starten av mai 2022. Veileder på studiet er Inger Jorun Danielsen. Med dette ber jeg om tillatelse til å intervju barnesykepleiere ved deres avdeling som har erfaring med bruk av tvang. Ber også om at ledelsen videreformidler denne informasjonen og bistår i å rekruttere tre til fire aktuelle barnesykepleierne. På oppdrag fra UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Håper på positivt svar!

Vennlig hilsen masterstudentene

Veileder

Viktoria Gotvassli

Silje Mikalsen

Inger J. Danielsen

E-post:

E-post:

E-post:

Tlf:

Tlf:

Tlf:

Vedlagt:

1. Kopi av informasjon til informantene samt samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke erfaringer har barnesykepleieren med å snakke med hverandre om bruk av tvang, og hvordan kommuniserer barnesykepleiere med hverandre når de bruker tvang»

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke sykepleierens erfaring ved å utføre en prosedyre som barnet motsetter seg eller gjøre noe mot barnets vilje og hvordan de snakker om temaet i avdelingen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Målet for prosjektet er å finne ut hvordan tvangsbruk blir bearbeidet og håndtert kommunikativt mellom barnesykepleiere. Dette er en forespørsel om å delta i et individuelt intervju der vi utforsker dette.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Inger J. Danielsen som er veileder på prosjektet er ansvarlig.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi vil gjerne ha sykepleiere/spesialsykepleiere som har erfaring med å jobbe med barn, hvor de har stått i en situasjon hvor de føler de har holdt barnet/gjort en prosedyre som barne motsetter seg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Ved å delta i prosjektet vil du være med å bidra med erfaringer og synsvinkler om kommunikasjon rundt temaet tvang i din arbeidshverdag. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det individuelt intervju som er fulgt av en intervjuguide med spørsmål og tema. Intervjuene vil tas opp med diktafonapp, samtidig tar vi notater fra intervjuet. Tiden på intervjuet vil kunne ta deg ca. 45-60 min.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det

vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle dataene fra prosjektet vil bli behandlet ut i fra NSD (Norsk Senter for forskningsdata) og UiTs retningslinjer, som innebærer at all data behandles konfidensielt. Lydopptakene fra intervjuene blir behandlet av oss og slettet når transkriberingen er utført. Resultatene fra intervjuene blir lagt frem i masteroppgaven vår. Det vil ikke være mulig å spore deg som deltaker gjennom materialet. Prosjektet er planlagt avsluttet i mai 2021.

Dine rettigheter

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: · NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent:

Viktorija Gotvassli eller Silje Mikalsen

Epost: [REDACTED]

Telefon [REDACTED]

Epost: [REDACTED]

Telefon: [REDACTED]

Du kan også kontakte vår veileder: Inger Danielsen på epost: Inger.danielsen@uit.no dersom du har noen spørsmål. På oppdrag fra UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Inger Jorunn Danielsen

Barnesykepleierstudenter ved UiT
Silje Mikalsen og Viktorija Gotvassli

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke erfaringer har barnesykepleieren med å snakke med hverandre om bruk av tvang, og hvordan kommuniserer barnesykepleiere med hverandre når de bruker tvang» Jeg har fått informasjon om at intervjuet vil tas opp med diktafonapp og at det vil bli slettet når transkribering er fullført. Jeg fått informasjon om at jeg kan trekke meg når som helst og at anonymiteten sikres gjennom hele prosjektet.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Generell informasjon før oppstart av intervju

Før vi slår på diktafonen vil vi ha en kort innledende samtale med følgende fokus:

- Takker respondenten for at de stiller opp.
- Forteller hva formålet med intervjuet er
- Fortelle hvordan dataene blir behandlet. Avklare tillatelser til å ta opp intervjuet.
- Innhold – kort gjennomgang av hva intervjuet skal handle om.

Selve intervjuet

Hvorfor ønsker du å jobbe med barn?

Har du en eller flere erfaringer du vil dele med oss der barnet motsatte seg en prosedyre du måtte gjennomføre?

Hvordan opplever du det å gjøre noe som barnet motsetter seg? Er det vanskelig? Hva er vanskelig?

Påvirker det deg som person?

Hvilke følelser sitte du igjen med selv?

Var dette noe dere snakket om kollegialt? Hva ble snakket om?

Hvordan er det å snakke om dette temaet med dine kollegaer?

Er det noe som burde snakkes om? Hvorfor? Hva ville du fått ut av å snakke om det?

Har du en ide om hva avdelingen kan gjøre i etterkant for en bedre praksis?

Er det noe du har savnet i samtale med dine kollegaer om dette temaet?

Tilbakeblikk

Oppsummer funn/hva som ble sagt. For å forstå at vi har forstått informanten rett.

Er det noe du vil legge til?

Er det noe du ikke ønsker skal videre bearbejdes av det du har sagt?

Slå av båndopptaker. Trykk stop.

Takke for bidraget.

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

357121

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har barnesykepleieren med å snakke med hverandre om bruk av tvang, og hvordan kommuniserer barnesykepleiere med hverandre når de bruker tvang

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Inger Jorun Danielsen, [REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Viktorija Gotvassli, [REDACTED]

Prosjektperiode

01.01.2022 - 01.01.2025

Vurdering (1)

27.12.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.12.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.01.2025.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke