

Tvang på barneavdeling – en kartleggingsstudie

Ragnhild Birgitte Rønningen

Barnesykepleier

Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital

Mary-Elizabeth Eilertsen

Førsteamanuensis

Institutt for sykepleievitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

[Sykehus](#)

[Pediatri](#)

[Tvang](#)

[Tverrsnittsstudie](#)

[Prevalens](#)

Sykepleien Forskning 2023;18(91598):e-91598

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.91598](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91598)

Sammendrag

Bakgrunn: Begrepet «tvang» har en vid betydning. Det er vanskelig å vite hva som ligger i begrepet, noe som kan ufarliggjøre og øke bruken. Erfaringsvis benyttes tvang hyppig på barneavdelinger, noe vi undersøker i denne artikkelen. Tvangshandlinger kan anses som et brudd på barns rettigheter, og det er viktig å undersøke hyppigheten av tvangsbruk og påvirkende faktorer for å kunne redusere bruken av tvang.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge sykepleieres erfaring med tvangsbruk på utvalgte barneavdelinger i Norge. Sekundært undersøkte vi hvilke faktorer som påvirker beslutningen om å benytte tvang, både medvirkende og reduserende faktorer.

Metode: Studien er en beskrivende tverrsnittsstudie. Alle sykepleiere ved de utvalgte barneavdelingene (n = 250) ble invitert til å delta i studien og fikk tilsendt et spørreskjema. Beskrivende analyse ble benyttet ved hjelp av SPSS versjon 27.1 og Excel versjon 16.47.

Resultat: Spørreskjemaet ble besvart av 117 sykepleiere (47 prosent). Analysene viser at 96 prosent av studiedeltakerne har benyttet tvang de siste tolv månedene, 47 prosent oppga å ha benyttet tvang noen ganger, mens 43 prosent benyttet tvang ukentlig. Tvang brukes oftest på barn under fire år. Økt tvangsbruk ble hyppigst rapportert ved invasive prosedyrer og dersom prosedyren hastet, men også på små barn og barn med liten evne til forståelse. De hyppigst rapporterte tiltakene for å redusere tvangsbruk er involvering av foresatte, avledning og informasjon.

Konklusjon: Sykepleierne rapporterte at tvang, og da spesielt fysisk tvang, ofte benyttes. Studien viser at sykepleierne arbeider for barnets beste da faktorer som travelhet og underbemanning sjelden påvirker beslutningen om bruken av tvang. Vi undersøkte om deltakerne opplevde at de hadde mulighet til å benytte reduserende faktorer for tvangsbruk, der majoriteten svarte «av og til». Resultatene viser at det er behov for å redusere tvangsbruken generelt, og at det trengs mer oppmerksomhet på å iverksette og bruke faktorer som kan redusere tvang.

Introduksjon

I 2020 var 26 prosent av alle norske barn mellom 0 og 19 år innom sykehus en eller flere ganger (1, 2). Barn er en sårbar gruppe. Et barn må gjennomgå mange prosedyrer på sykehus, noe det ikke alltid har forståelse for. Barnet kan derfor bli skremt (3, 4).

Innleggelse på barneavdeling er ofte akutte. Det er dermed vanskelig å forberede familien på forhånd. Foreldre kan overføre egne følelser til barna, og derfor er det viktig å berolige hele familien. Både barn, foreldre og søsken kan ha krisereaksjoner i forbindelse med sykehusinnleggelse (4). Barns redsel ved sykehusinnleggelse kan resultere i at de stritter imot ved prosedyrer (3, 4), noe som igjen kan medføre tvangsbruk da prosedyrene ofte er nødvendige (3).

Bakgrunn

Resultater fra studier i andre land viser hyppig bruk av tvang på barn som er innlagt på sykehus. Tvang benyttes hyppig da barn gjennomgår stressende, men ofte nødvendige prosedyrer uten å forstå hvorfor (5–7). Begrepet innebærer bruk av makt mot barnets vilje (3, 8) og benyttes ofte på små barn (6–8).

Det finnes flere typer tvang (3): Fysisk tvang innebærer at barnet blir holdt fast, psykisk tvang omhandler overtalelse (3, 9), manipulering eller bestikkelse av barnet, og medikamentell tvang forårsaker administrering av medikamenter mot barnets vilje (3).

«Tvang» har en vid betydning og forklares ofte med ord som immobilisering, bevegelsesrestriksjoner og fastholding. Disse ordene oppleves som mindre kraftfulle. De ufarliggjør fenomenet, normaliserer tvangsbruken og kan dermed også øke tvangshyppigheten (6, 8, 10). Barns og foreldres reaksjon kan hjelpe oss og bekrefte hvorvidt prosedyren gjennomføres med tvang eller ikke. Prosedyregjennomføring med et barn som stritter sterkt imot, vil vektlegges som tvangsbruk (5, 6, 10).

Helsepersonell er uenig om hvilke handlinger begrepet «tvang» innebærer (5, 6, 10). Enkelte føler at de ikke benytter tvang hvis prosedyren anses som nødvendig, noe den ofte gjør (7, 10). Usikkerhet rundt begrepet kan medføre usikker rapportering av bruken.

Tvang skal kun brukes når det er til barnets beste, noe som innebærer å arbeide for å ivareta barnets autonomi og støtte dets beslutninger (7, 10, 11). Det kan oppfattes som vanskelig å etterleve dette, da barn ikke defineres som samtykkekompetente og gjerne motsetter seg prosedyrer grunnet usikkerhet (3, 4). Tvang brukes derfor tidvis uavhengig av samtykkeopptak og anses av noen som en rutinehandling ved prosedyreutførelse (6, 11, 12).

Det er publisert få prevalensstudier om tvangsbruk på barneavdelinger, noe som kan understreke usikkerheten rundt begrepet. Globalt oppgir 48 prosent at de benytter tvang ofte (5). Fysisk tvang er mest benyttet (9), og globalt ses det en prevalens mellom 11 og 68 prosent (5,7). Tvangsbruk er også vurdert i henhold til prosedyretype: Venefloninnleggelse medførte tvangsbruk i 72 prosent av tilfellene (8). Det er ikke funnet slike data i Norge.

Bruk av tvang kan være traumatisk for alle involverte (6, 9, 10). I noen studier beskrives tvang som tabu (6, 10, 12) og burde bli benyttet minst mulig (5, 7, 10). Tvangsbruk kan oppleves som verre enn selve prosedyren (7). Det er vanskelig å vite hvilke konsekvenser tvang gir (12), men noe forskning angir at tvang kan redusere barnets evne til relasjonsbygging (7), medføre psykisk stress og prosedyreredsel (6, 8).

Barn under 16 år er ikke samtykkekompetente. Ansvar for prosedyretilatelse faller da på foreldrene (13). Det kan øke hyppigheten av tvangsbruk da foreldrene kan mene at det er bedre bare å gjennomføre prosedyren, uavhengig av gjennomføringsmetode. Det anbefales at barn informeres om helsetiltak fra sjuårsalderen, og deres mening skal etter dette vektlegges (13). Det etterspørres sjelden samtykke før tvangsbruk. Foreldrene blir noen ganger spurt, men som oftest kun muntlig (5, 7, 12).

Tvang benyttes av mange årsaker: lav alder hos barnet og dermed lite forståelse og samarbeid, akutte prosedyrer, dårlig bemanning, forenkling av sykepleierens oppgaver, vaner (5–7) og ønske fra foreldrene (5, 7, 11). Det er også flere alternativer for å redusere bruken av tvang, eksempelvis ved å forberede barnet (9–11), inkludere barnet i handlingen eller avlede det (3, 8, 9).

Tvangsbehovet kan også minimeres ved foreldredeltakelse (5, 8, 11), likevel er det ofte foreldrene som utfører tvangshandlingen (9, 11, 12). Det anbefales at sykepleiere bygger et trygghetsforhold til barnet før prosedyrer, slik at nødvendigheten for tvangsbruk reduseres (9, 12). Et slikt forhold kan bygges ved å arbeide barnevennlig, som å interagere med barnet og ta hensyn til dets forutsetninger (9).

Mangelen på lovverk, prosedyrer og retningslinjer rundt tvangsbruk hos barn og eventuelt mangelen på kunnskap om disse kan medføre usikkerhet hos sykepleiere (3, 8, 10). Opplæring og undervisning rundt tvangsbruk burde tilbys og retningslinjer produseres, slik at bruken kan reduseres (3, 8, 11).

Det er et sterkt behov for å utforske tvang grundigere. Sykepleiere benytter tvang hyppig, og grunnet deres brede kunnskap om tvang vektlegges deres perspektiv på temaet. Det er viktig å undersøke fenomenet tvang, forekomsten av tvang samt hvilke faktorer som påvirker og reduserer bruken for å forebygge og redusere tvangsbruk. Prevalensundersøkelse anses som spesielt viktig da det ikke er gjort slike studier i Norge. Tidligere forskning viser at bruken av tvang kan reduseres (6, 8, 9).

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å kartlegge sykepleieres erfaring med tvangsbruk på barneavdelinger i Norge. Sekundært var hensikten å undersøke hvilke faktorer som innvirker på beslutningen om å benytte tvang, både medvirkende og reduserende faktorer. På bakgrunn av dette utarbeidet vi følgende forskningsspørsmål:

- Hvor ofte rapporterer sykepleiere at de bruker tvang på barneavdelinger i Norge?
- Hvilke faktorer innvirker på beslutningen om å benytte tvang?

Metode

Design

Studien ble utført som en tverrsnittsstudie. Vi gjennomførte datasamlingen våren 2021.

Utvalg

Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved et region- og universitetssykehus i Norge. Utvalget foregikk ved fortløpende inkludering der alle sykepleierne på barneklivnikken deltok. Ansatte ved nyfødtintensiv ble ekskludert. Inklusjonskriteriene var sykepleiere som hadde arbeidserfaring med barn.

Datasamlingsverktøy

Vi benyttet elektronisk spørreskjema. Det er utviklet få spørreskjemaer som omhandler tvangsbruk mot barn, og det ble ikke funnet noen validerte, norske spørreskjemaer som var relevante for studien. Vi fant to utenlandske spørreskjemaer som etter avtale med forfatterne ble slått sammen (5, 8). Spørreundersøkelsen til Kirwan og Coyne er undersøkt (8) for umiddelbar validitet.

Vi tilpasset spørreskjemaene etter retningslinjene til den internasjonale testkommisjonen (ITC) (14). Denne adaptasjonen medførte at vi fjernet og tilpasset spørsmål og svaralternativer, og gjorde om alle spørsmålene til lukkede svaralternativer som anbefalt ved kvantitative studier (15, 16). Disse endringene tolkes som enkle tilpasninger, og innholdet i spørreskjemaene anses som uendret.

Spørreskjemaene ble oversatt fra engelsk til norsk. Oversettelsen var basert på en firestegsprosess: to selvstendige oversettelser fra originalspråk til norsk, sammenfatning av resultatet, oversettelse fra målspråk til originalspråk og til sist vurdering av alle versjonene av oversettelsen (17, 18).

Spørreskjemaet ble deretter pilottestet av fem uavhengige sykepleiere som hadde arbeidserfaring med barn. Pilottestingen medførte enkelte endringer i ordlegging, og vi la til ett studiespesifikt tilleggsskjema for å utdype hensikten. Tilleggsskjemaet inneholdt spørsmål om hvor gamle deltakerne var, hvorvidt de oppfattet det som mulig å benytte tiltak for å redusere tvangsbruk i arbeidshverdagen, og hvor ofte de spesifikt brukte tvang.

Datasamling

Spørreundersøkelsen ble utsendt via e-post ved hjelp av et nettbasert, anonymt spørreundersøkelsesverktøy (Nettskjema). Vi gjennomførte spørreundersøkelsen i samarbeid med seksjonsledere på barneklivnikken.

Totalt 250 sykepleiere mottok e-post med informasjon om studien, og fem dager senere ble invitasjon til å delta sendt ut. Det ble også sendt ut purringer og reklamert for studien for å øke deltakerinteressen.

Analyse

Datasamlingen ble overført fra Nettskjema til IBM SPSS Statistics, versjon 27.1. Vi benyttet kategoriske variabler som ble navngitt og kodet før dataoverføringen. Deskriptive frekvensanalyser ble gjennomført for å beskrive studiens variabler (15, 16).

Vi laget figurer i Excel, versjon 16.47. To statistikere ble kontaktet for analyseveiledning. Vi undersøkte faktorer assosiert med økt tvangsbruk ved hjelp av en avkryssningsskala og en tallskala hvor faktorenes påvirkningskraft ble vurdert fra null til ti. Dette medførte tilsvarende like svar, og resultatene fra tallskalaen fremvises.

Forskningsetiske vurderinger

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 566563) og sykehusets forsknings- og utviklingsarbeidsseksjon (FoU) før studiestart. Alle deltakerne ble informert om studien, og vi anså besvarelse av spørreskjemaet som informert samtykke.

Resultater

Studien hadde en svarprosent på 47 (N = 117). Studiedeltakerne hadde en jevn spredning i alder, og majoriteten hadde over seks års arbeidserfaring på barneavdeling. Alle inkluderte avdelinger ble representert i studien. Tabell 1 viser en beskrivelse av sykepleierne som deltok i studien.

Tabell 1. Deltakere i studien (N = 117)

	n (%)
Alder	
20–29 år	28 (24 %)
30–39 år	31 (27 %)
40–49 år	33 (28 %)
50–59 år	18 (15 %)
60+ år	7 (6 %)
Erfaring som sykepleier	
Under ett år	5 (4 %)
1–3 år	14 (12 %)
4–6 år	16 (14 %)
6+ år	82 (70 %)
Erfaring på nåværende avdeling	
Under ett år	15 (13 %)
1–5 år	34 (29 %)
6+ år	68 (58 %)
Utdanning	
Sykepleier	54 (46 %)
Barnesykepleier	35 (30 %)
Annen spesialisering	28 (24 %)
Arbeidsplass	
Barnekirurgisk avdeling	17 (14 %)
Medisinsk barneavdeling	40 (34 %)
Akuttmottak	18 (15 %)
Poliklinikk	9 (8 %)
Intensivavdeling	31 (27 %)
Annet	2 (2 %)

Forekomst av tvang

Resultatene viser at tvang ble benyttet av 96 prosent av sykepleierne (n = 112). Mer spesifikt ble fysisk tvang benyttet av 96 prosent av deltakerne (n = 112). Det var 86 prosent som benyttet medikamentell tvang (n = 101), og 63 prosent benyttet psykisk tvang (n = 74).

Majoriteten oppga å bruke tvang noen ganger (47 prosent, n = 55), 42 prosent oppga å benytte tvang ofte (n = 49), 11 prosent svært ofte (n = 13). Det var 0 prosent som oppga at de aldri benyttet tvang (n = 0). Hovedgruppen oppga at tvang ble brukt ukentlig (43 prosent, n = 50). Ifølge 81 prosent av sykepleierne brukes tvang noen ganger unødvendig (n = 95).

Tvangsbruk dokumenteres ikke ifølge 49 prosent av sykepleierne (n = 57), mens 38 prosent sa at det nevnes i rapportene (n = 44). Tvang blir skriftlig dokumentert av 24 prosent av deltakerne (n = 28). Samtykke opptas i liten grad før tvangsbruk (tabell 2).

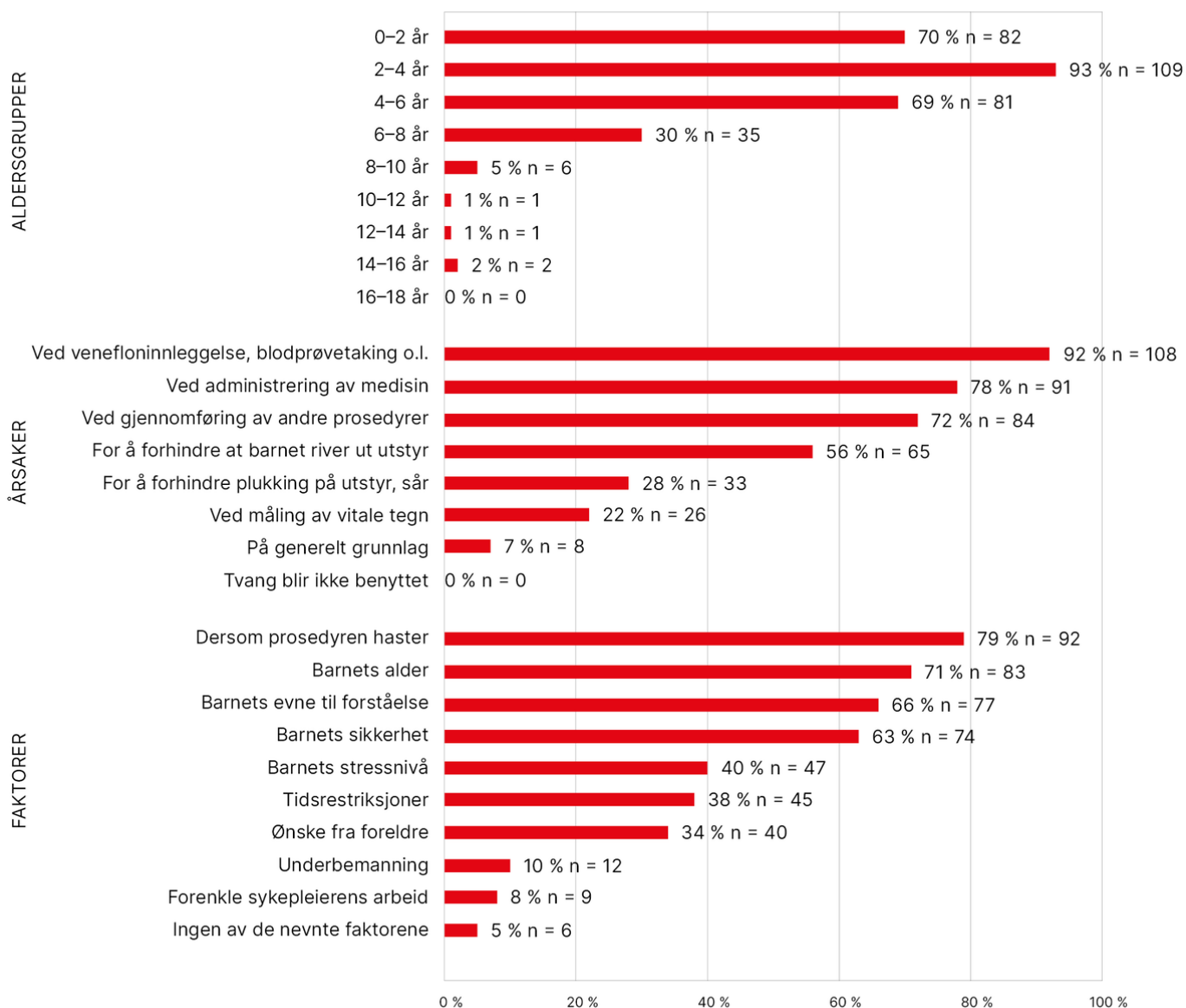
Tabell 2. Ulike typer innhentet samtykke (N = 117)

	n (%)
Skriftlig, foreldre	
Aldri	90 (77 %)
Sjeldent	22 (19 %)
Av og til	5 (4 %)
Ofte	0 (0 %)
Alltid	0 (0 %)
Muntlig, foreldre	
Aldri	2 (2 %)
Sjeldent	14 (12 %)
Av og til	31 (26,5 %)
Ofte	39 (33 %)
Alltid	31 (26,5 %)
Samtykke, barn	
Aldri	26 (22 %)
Sjeldent	52 (44 %)
Av og til	30 (26 %)
Ofte	9 (8 %)
Alltid	0 (0 %)
Diskusjon, barn	
Aldri	7 (6 %)
Sjeldent	20 (17 %)
Av og til	49 (42 %)
Ofte	41 (35 %)
Alltid	0 (0 %)

Faktorer assosiert med økt tvangsbruk

Som vist i figur 1 ble invasive prosedyrer, administrering av medikamenter og gjennomføring av prosedyrer rangert som de viktigste årsakene til tvangsbruk. De høyest rangerte faktorene for økt tvangsbruk er dersom prosedyren haster, og dersom barnet har lav alder og følgelig liten evne til forståelse. Tvang benyttes hyppigst på barn under fire år.

Figur 1. Faktorer assosiert med økt tvangsbruk (N = 117)



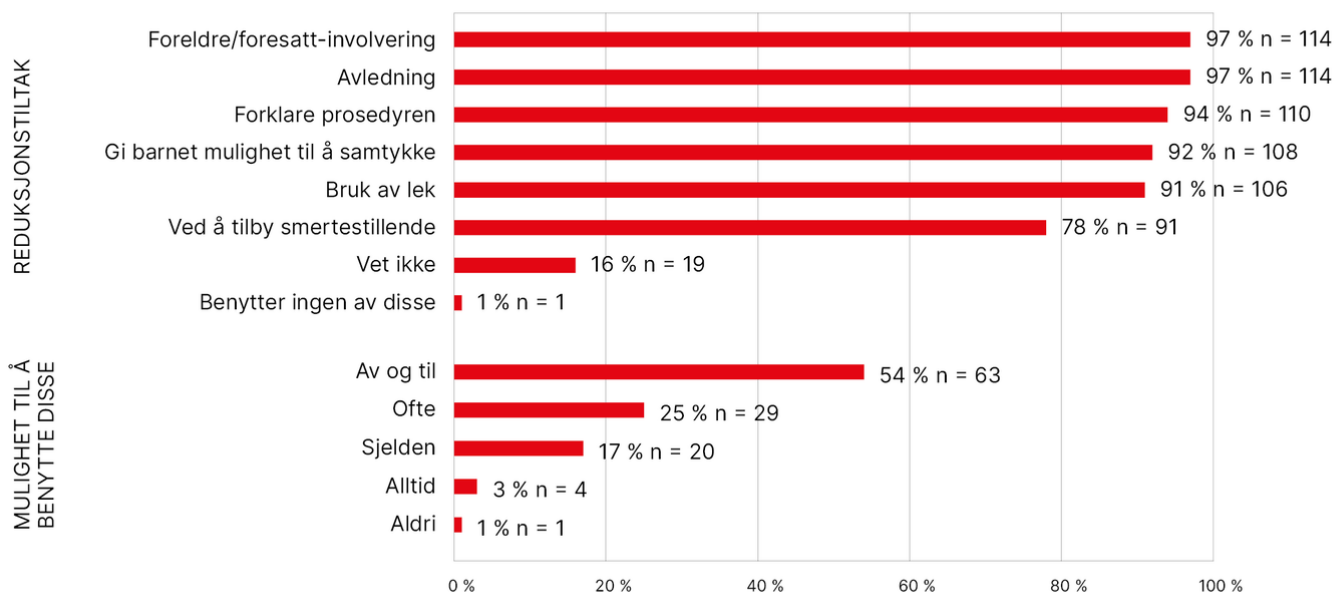
Faktorer assosiert med reduksjon av tvangsbruk

Faktorer assosiert med reduksjon av tvangsbruk og mulighetene for å benytte tvang vises i figur 2. Foreldre er ofte til stede under tvangsbruk ifølge 55 prosent av sykepleierne (n = 64), og 36 prosent oppga at foreldrene av og til deltar i utførelsen (n = 42). 67 prosent anga at når barnet må holdes fast, samarbeider helsepersonellet og foreldrene om handlingen (n = 78). Foreldredeltakelse ble ansett som positivt av 60 prosent av deltakerne (n = 70).

Det oppgis ingen kjennskap til veiledningsdokumenter som forklarer bruken av tvang mot barn ifølge 53 prosent av sykepleierne (n = 62), og 40 prosent sier de ikke har satt seg inn i prosedyrer og retningslinjer som omhandler tvang (n = 47).

Kartleggingsverktøy anses som nyttig av 73 prosent av deltakerne (n = 86), 87 prosent oppgir at de ikke benytter disse (n = 102). Tvangsopplæring avkrefte gjennomført av 80 prosent av sykepleierne (n = 94), men 90 prosent mener opplæring burde tilbys (n = 105).

Figur 2. Faktorer assosiert med økt tvangsbruk (N = 117)



Diskusjon

Denne studien viser at tvang benyttes hyppig, og den gir oss en god innsikt i hvilke faktorer som øker og reduserer bruken av tvang. Den viser også at samtykke sjelden innhentes.

Studiedeltakerne rapporterte at de er usikre på hva som ligger i ordet «tvang». Tidligere forskning viser at begrepet har vid betydning (6, 8, 10). Dette funnet samt at temaet kan anses som tabu (6, 10, 12), utfordrer denne undersøkelsen og kan være en trussel mot troverdige svar.

Resultatene fra studien vår viser at tvang hovedsakelig benyttes når det er behov for det og bruken er til barnets beste. Dette funnet er ikke i overensstemmelse med annen forskning, som beskriver hyppig tvangsbruk uavhengig av behov (6, 11, 12).

Barnets beste er et lett tolkbart begrep (7, 10, 11). Det kan diskuteres hvorvidt begrepet forsvaret det «å bare gjennomføre» prosedyren uten avledningstiltak, da det kan medføre en raskere gjennomgang når man ikke trenger å bruke tid på avledning. Hurtig gjennomføring kan føre til at barnet påvirkes mindre.

Forekomst av tvang

Majoriteten av sykepleierne i studien benyttet tvang, og flertallet brukte det ukentlig. Denne hyppigheten understøttes av Bray og medarbeidere (5), men andelen som rapporterte tvangsbruk i denne studien, er større. Så mange som 48 prosent av deltakerne i studien vår oppga å bruke tvang ofte.

Over halvparten av sykepleierne i studien (63 prosent) bekreftet å ha benyttet minst én type tvang, herunder fysisk, psykisk eller medikamentell tvang. Fysisk tvang ble benyttet hyppigst. Studiedeltakerne rapporterte at tvang som oftest ikke ble benyttet uavhengig av behov, men ble brukt når den støttet opp om barnets beste. Dog rapporterte de også at tvang noen ganger ble benyttet unødvendig.

Det er vanskelig å vite hvilke konsekvenser tvang gir (12, 13), men tvang er vist å kunne påvirke barnets evne til relasjonsbygging (7). Tvang kan oppleves som verre enn selve prosedyren (7). Det medfører at tvang burde benyttes minst mulig, og spesielt ikke dersom sykepleierne vurderer bruken som unødvendig.

Resultatene fra denne studien viser at det sjelden ble etterspurt samtykke fra foreldrene, og da som oftest kun verbalt, noe som understøttes av tidligere forskning (5, 7, 12). I tillegg rapporterte sykepleierne om at de sjelden etterspør samtykke fra barnet, noe som også ses i tidligere forskning (5, 7, 12).

Det finnes flere årsaker til hvorfor det sjelden opptas samtykke, eksempelvis lite kunnskap om temaet, men også vanskeligheter med å respektere svaret hvis prosedyren er nødvendig. Samtykkeprosessen med bruk av tvang mot små barn er vanskelig, da de ikke er samtykkekompetente. Samtykkeansvaret faller da på foreldrene (13), og det kan være vanskelig å vite hva barnet ønsker.

Faktorer assosiert med økt tvangsbruk

Hyppigheten av tvangsbruk øker hvis prosedyren haster, eller hvis barnet har lav alder og dermed nedsatt evne til å forstå og samarbeide. Disse faktorene kan også påvirke hverandre. Sykepleierne beskrev dessuten at noen foreldre ønsker å gjennomføre prosedyrene med tvang uten å bruke reduksjonstiltak, noe som muligens innebærer at foreldrene ønsker at prosedyrer «bare gjennomføres» (5, 7, 11).

I tillegg til denne faktoren vektla tidligere forskning sykepleiernes vaner, underbemanning og forenkling av arbeidshverdagen (5–7). I studien vår fant vi ikke støtte for disse faktorene, men sykepleierne oppga at de bedrev lite forberedelse av barn og foreldre før prosedyrer. Dette funnet kan fremstå som motstridende og kan forstås som at sykepleierne var litt usikre på egen tvangsbruk. Det kan diskuteres hvorvidt forberedelser blir underprioritert i en hektisk arbeidshverdag.

Vektleggingen av faktorene som er assosiert med økt tvangsbruk, viser at sykepleierne i studien arbeider for barnets beste og støtter opp om barnets autonomi da de oppgir at utenforstående faktorer som underbemanning og travelhet sjelden påvirker hvorvidt tvang benyttes eller ei. Sykepleierne rapporterte at tvang som oftest ble brukt på mindre barn, gjerne under fire år, noe forskningen støtter (7, 8, 10).

Invasive prosedyrer som blodprøvetaking, veneflonnleggelser og liknende assosieres oftest med økt tvangsbruk, noe Kirwan og Coyne understøtter (8).

Faktorer assosiert med reduksjon av tvangsbruk

Studiedeltakerne vektla foreldreinvolvering og avledning høyest av faktorene som kan redusere tvangsbruk, noe som bekreftes av annen forskning (3, 9, 11). Faktorene informasjon, forberedelse av barnet (9–11) og inkludering av barnet i prosedyren (3, 8, 9) vektlegges videre i studien og av annen forskning. Foreldredeltakelse er som beskrevet den viktigste faktoren for å redusere tvangsbruk.

Sykepleierne i studien rapporterte at foreldrene ofte er til stede under prosedyrer, og de deltar av og til i utførelsen av tvang. Fysisk tvang utføres ofte i samarbeid mellom helsepersonell og foreldre. Mange foreldre misliker denne oppgaven (10–12), noe sykepleierne i studien delvis respekterer.

Majoriteten av sykepleierne rapporterte at foreldredeltakelse påvirker tvangssituasjonen positivt, noe som kan tolkes som til avledningsbruk, da foreldrene vet hvilke tiltak som vil fange barnets oppmerksomhet best, og dermed også redusere tvangsbruken. Dette funnet understøttes av noe forskning (5, 8, 11), mens enkelte studier beskriver at foreldredeltakelse kan påvirke eventuelle prosedyrer og tvangsbruk både i positiv og negativ retning (5, 10, 11).

Sykepleierne rapporterte at det er essensielt å forberede barnet for å unngå tvang, noe tidligere forskning understøtter (3, 8, 9). Likevel viser studien at en femdel av sykepleierne sjelden diskuterer tvangsbruk med barnet i forkant. Hovedgruppen av innleggelses ved inklusjonssykehuset er akutte innleggelses. Det medfører mindre mulighet til å forberede barnet i forkant, noe som kanskje kunne minimert bruken av tvang. Tvangsbruk uten dialog på forhånd kan medføre brutte tillitsforhold mellom sykepleiere, foreldre og barnet.

Tillit- og relasjonsbygging rangeres som essensielle oppgaver før prosedyregjennomføring (9, 12), og det fremstår som om sykepleierne i studien kun delvis etterlever dette. Dette funnet viser litt av dilemmaet rundt tvang, da sykepleierne ikke alltid har mulighet til å utføre arbeidet slik de ønsker. En mulig årsak til det kan være en hektisk arbeidshverdag. Likevel avkrefter sykepleierne i studien at en hektisk arbeidshverdag med lite tid til overs påvirker valget om hvorvidt tvang skal benyttes. Denne motsetningen kan medføre usikkerhet om hvorvidt tvang kunne vært unngått i større grad.

Studien har ikke direkte undersøkt bruken av alternativer til tvang, men sykepleierne rapporterte at de kun av og til har mulighet til å benytte slike alternativer. Det kan ses en sammenheng mellom lite bruk av alternativer til tvang og mangel på prosedyrer og retningslinjer. Sykepleiere har plikt til å sette seg inn i slike arbeidsverktøy. Flertallet av deltakerne er erfarne sykepleiere og burde anerkjenne disse tvangsreducerende faktorene.

Studiedeltakerne rapporterte at det finnes lite lovverk, få prosedyrer og retningslinjer rundt tvangsbruk mot barn, noe tidligere forskning kan bekrefte (3, 8, 10). Majoriteten av sykepleierne beskrev at de ikke kjente til veiledere, retningslinjer eller prosedyrer rundt tvangsbruk. Studieresultatene viser at majoriteten av deltakerne benytter tvang, noe som muligens kan koples til mangelen på lovverk og medførende usikkerhet hos helsepersonellet (3, 8, 10).

Flertallet av sykepleierne oppga at de ikke benytter et kartleggingsverktøy for tvangsbruk. Majoriteten av sykepleierne mener at et slikt verktøy ville vært nyttig og kunne begrenset bruken av tvang, noe som også er vist i tidligere forskning (5, 7, 11).

Det kan være vanskelig for enkeltpersoner å benytte slike verktøy om de ikke er implementert i avdelingen, men bruk og eventuell identifisering av behov kan føre til at slike verktøy tas i bruk. Flertallet av deltakerne avkreftet å ha fått opplæring i tvang og mente at det skulle ha blitt gjennomført. Opplæring kan medføre mindre bruk av tvang (3, 8, 11), og det burde diskuteres hvorvidt slik opplæring burde iverksettes.

Metodediskusjon

Denne studien er en beskrivende studie, og resultatene kan ikke nødvendigvis generaliseres. Likevel gir funnene en god oversikt over fenomenet som kan ha betydning for videre studier (15, 16). Spørreskjemaundersøkelser gir mye informasjon (16), men kan påvirkes av hvorvidt deltakerne svarer ærlig (15).

Studien er utført anonymt, noe som er en styrke og øker muligheten for å få ærlige svar. Det anbefales å bruke validerte spørreskjemaer (15), noe vi ikke fant ved oppstart av denne studien. Den benyttede undersøkelsen er pilottestet, noe som også kan styrke studiens reliabilitet (15, 16). Vi valgte å inkludere litteratur som er av eldre dato da det ikke finnes mye forskning på dette feltet.

I studien inkluderte vi deltakere fra ulike pediatriske avdelinger, noe som anses som en styrke. Studien er kun gjennomført ved ett sykehus. Det hadde vært interessant å gjennomføre denne undersøkelsen ved flere sykehus for å styrke studien og få en bredere kunnskap om sykepleieres erfaringer om temaet.

Undersøkelsen hadde en svarprosent på 47. Forskning viser at sykepleiere kan synes at emnet tvang og diskusjoner rundt dette emnet er traumatiserende (6, 9, 10), og temaet anses som tabu (6, 10, 12).

Holdningene rundt temaet kan påvirke deltakernes evne til å svare ærlig. Dette fenomenet kan også være en årsak til den lave svarprosenten, men 50 prosent svar anses som normalt ved spørreundersøkelser (15). Det var dessverre ganske travelt i klinikken under datasamlingen, noe som kan ha påvirket deltakelsesprosenten.

Konklusjon

Sykepleierne rapporterte at tvang benyttes ved barneavdelinger på utvalgssykehuset. Majoriteten av sykepleierne benytter tvang ukentlig. Fysisk tvang er den tvangstypen som benyttes hyppigst, og tvang brukes oftest mot barn under fire år. Invasive prosedyrer og administrering av medikamenter er de prosedyrene som oftest assosieres med tvangsbruk. De faktorene som oftest assosieres med bruk av tvang, er at prosedyren haster, barnet har lav alder og dermed også liten evne til forståelse.

Involvering av foreldre, forberedelser og avledning er de mest essensielle faktorene for å begrense tvangsbruk. Disse faktorene viser at sykepleierne benytter tvang som et tiltak for å ivareta barnets beste, og ikke på generelt grunnlag slik tidligere forskning kan antyde. Sykepleierne rapporterte at de kun av og til har mulighet til å benytte alternativer som kan redusere tvangsbruk, noe som burde føre til endringer i sykepleiernes arbeidshverdag.

Sykepleierne som var ansatt på sykehuset i denne studien, anses å være sammenliknbare med sykepleiere på andre sykehus i Norge. Denne kunnskapen vil også ha verdi på andre norske barneavdelinger. Det er viktig med videre forskning om hvordan alternative tiltak til tvang kan iverksettes, slik at bruken kan reduseres. I tillegg bør betydningen av prosedyrer og retningslinjer undersøkes.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



FYSISK TVANG: Små barn med liten evne til forståelse er spesielt utsatt. Involvering av foresatte, avledning og informasjon kan redusere tvangsbruken. *Illustrasjonsfoto: Yuri Arcurs / Mostphotos*

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). 10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn. Statistikkbanken [internett]. Oslo: SSB; 2021 [hentet 17.04.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
2. Statistisk sentralbyrå (SSB). 07459: Befolkning, etter kjønn, alder, statistikkvariabel, år og region. Statistikkbanken [internett]. Oslo: SSB; 2021 [hentet 17.04.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>
3. Svendsen EJ. Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. Sykepleien. 2018;106(71912):e-71912. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.71912](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912)
4. Hordvik E, Straume M. Syke barn i familien: informasjon og veiledning til foreldre. Oslo: Pedagogisk forum; 1997. Q-0936. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0003/ddd/pdfv/170247-sykebarn.pdf> (nedlastet 30.03.2021).
5. Bray L, Carter B, Ford K, Dickinson A, Water T, Blake L. Holding children for procedures: An international survey of health professionals. J Child Health Care. 2018;22(2):205–15. DOI: [10.1177/1367493517752499](https://doi.org/10.1177/1367493517752499)
6. Bray L, Ford K, Dickinson A, Water T, Snodin J, Carter B. A qualitative study of health professionals' views on the holding of children for clinical procedures: Constructing a balanced approach. J Child Health Care. 2019;23(1):160–71. DOI: [10.1177/1367493518785777](https://doi.org/10.1177/1367493518785777)
7. Lombart B, De Stefano C, Dupont D, Nadjji L, Galinski M. Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. Nurs Ethics. 2019;27(1):230–46. DOI: [10.1177/0969733019833128](https://doi.org/10.1177/0969733019833128)
8. Kirwan L, Coyne I. Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. J Child Health Care. 2017;21(1):46–54. DOI: [10.1177/1367493516666730](https://doi.org/10.1177/1367493516666730)
9. Svendsen EJ, Moen A, Pedersen R, Bjørk IT. «But perhaps they could reduce the suffering?» Parents' ambivalence toward participating in forced peripheral vein cannulation performed on their preschool-aged children. Journal of Pediatric Nursing. 2018;41:e46–51. DOI: [10.1016/j.pedn.2018.03.004](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.03.004)
10. Svendsen EJ, Pedersen R, Moen A, Bjørk IT. Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2017;12(1):1363623. DOI: [10.1080/17482631.2017.1363623](https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623)
11. Bray L, Carter B, Snodin J. Holding children for clinical procedures: perseverance in spite of or persevering to be child-centered. Research in Nursing & Health. 2016;39(1):30–41. DOI: [10.1002/nur.21700](https://doi.org/10.1002/nur.21700)
12. Svendsen EJ, Moen A, Pedersen R, Bjørk IT. Parent – healthcare provider interaction during peripheral vein cannulation with resistive preschool children. Journal of Advanced Nursing. 2016;72(3):620–30. DOI: [10.1111/jan.12852](https://doi.org/10.1111/jan.12852)
13. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 09.01.2020).
14. International Test Commission (InTestCom). The ITC guidelines for translating and adapting tests (Second edition), www.InTestCom.org. InTestCom; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf (nedlastet 18.01.2021).
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice. 11. utg. Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer Health; 2020.
16. Ringdal K. Enhet og mangfold – samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 4. utg. Oslo: Fagbokforlaget; 2018.
17. Ljoså TM, Jacobsen HB, Granan L-P, Reme SE. ReKS modifiserte oversettelsesmetode for spørreskjema. Regional Kompetansetjeneste for Smerte (ReKS), Oslo Universitetssykehus (OUS); 2013. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Regional-kompetansetjeneste-for-smerte/Documents/ReKS%20modifiserte%20oversettelsesprosedyre%20for%20sp%C3%B8rreskjema%2018sept2015.pdf> (nedlastet 18.01.2021).
18. Polit DF, Yang FM. Measurements and the measurement of change: a primer for the health professions. Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer; 2016.