



Masteroppgave

Barnesykepleie

November 2020

Forslag til fagprosedyre for å unngå eller redusere bruk av
fysisk tvang mot barn under stikkerelaterte prosedyrer på
somatisk barneavdeling

Et kvalitetsarbeid

Kandidatnavn: Anette Sva og Kristine-Helene Z. Nordmeland

Emnekode: MBARN5900

Antall ord:15182

Fakultet for helsevitenskap

FORORD

Vår bevissthet, interesse og faglige engasjement for å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn vokste etter undervisning om temaet på videreutdanningen i barnesykepleie.

Bruk av fysisk tvang ved stikkerrelaterte prosedyrer er en del av sykehushverdagen for barn på barneavdelingen. Kandidatene sitter igjen med en dårlig følelse av at man sviktet barnet etter at det har blitt benyttet fysisk tvang ved stikkerrelaterte prosedyrer.

Kandidatene ønsket seg konkrete tiltak som kunne hjelpe barna å mestre prosedyrene, slik at man kan unngå å måtte holde barna fast ved stikkerrelaterte prosedyrer. Dette ga oss inspirasjon til å skrive masteroppgave, og å lage et forslag til en fagprosedyre for å bidra til økt kvalitet i sykepleien til barnet, og samtidig bidra til å forebygge en eventuell traumatisk opplevelse.

Vi vil gjerne takke våre ledere Ingunn T. Thoresen, Susanne Asmyhr Wiker og Ellen Kjølmoen Jenssen på avdeling for barn og ungdom ved Akershus universitetssykehus, for at dere har tilrettelagt og gitt oss 3 uker permisjon med lønn for å skrive masteroppgaven.

Vi er stolte over å være en del av barne- og ungdomsklinikken, og setter stor pris på at dere er opptatt av å heve fagligkompetanse. Takk til alle som har støttet oss i denne prosessen. En stor takk til våre familier for deres tålmodighet og oppmuntring. En spesiell takk til Ingrid Rør Bjerke som var med å danne grunnlaget for denne masteroppgaven gjennom prosjektbeskrivelsen på videreutdanningen i barnesykepleie, og til Merete Fjellaksel som var med i begynnelsen av masteroppgaven. Deres faglige innspill og diskusjoner har vært til stor hjelp. Og til slutt en stor takk til våre veiledere Edel Jannecke Svendsen og Regina Skavhellen Aarvik for god veiledning, konstruktive tilbakemeldinger, faglige diskusjoner og ikke minst fagligengasjement for temaet. Samtidig vil vi også takke Dag-Gunnar Stubberud for å ha tatt seg tid til å svare på spørsmål og tilbakemeldinger på masteroppgaven.

Å skrive masteroppgave ved siden av 100% jobb og familie har vært en utfordrende, krevende og en veldig lærerik prosess. Vi har vært et veldig godt team som har utfyllt hverandres styrker og svakheter.

Lørenskog, 9. november 2020

Anette Sva og Kristine-Helene Zachariassen Nordmeland

SAMMENDRAG**Tittel og undertittel:**

Forslag til fagprosedyre for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under stikkerelaterte prosedyrer på somatisk barneavdeling.

Et kvalitetsarbeid.

Bakgrunn: Bruk av tvang mot barn som er innlagt på sykehus er en del av sykehushverdagen og forekommer regelmessig ved stikkerelaterte prosedyrer. Spesielt barn under skolealder blir utsatt for tvang. Tvang defineres og praktiseres ulikt blant helsepersonell. Bruk av tvang under stikkerelaterte prosedyrer kan gi alvorlige konsekvenser for barnet. Slik bruk av tvang er uformell og ikke lovregulert.

Hensikt: Hensikten med fagprosedyren er å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn under stikkerelaterte prosedyrer. Ved å standardisere gjennomførselen av stikkerelaterte prosedyrer og sikre kunnskapsbaserte tiltak kan sykepleiekvaliteten til barnet øke, samt redusere uønsket variasjon i helsehjelpen, i den hensikt at barnet kan oppleve den stikkerelaterte prosedyren som mindre traumatisk.

Metode: Masteroppgaven er et kvalitetsarbeid, nærmere bestemt et kvalitetsforbedringsarbeid hvor det er laget et forslag til en fagprosedyre. Kvalitetsarbeidet bygger på Konsmo sin “Modell for kvalitetsforbedring” og Helsedirektoratets “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” er brukt som retningslinjemetodikk. Fagprosedyren er evaluert med AGREE II.

Resultat: Masteroppgaven er et forslag til en kunnskapsbasert fagprosedyre, for å unngå eller redusere bruken av tvang ved stikkerelaterte prosedyrer.

Konklusjon: Forslaget til fagprosedyren kan gi sykepleiere ulike proaktive tiltak som kan bidra til å unngå eller redusere bruken av tvang under stikkerelaterte prosedyrer.

Nøkkelord: Barnesykepleie, fagprosedyre, fysisk tvang, stikkerelatert prosedyre, lystgass, barn, proaktive tiltak

ABSTRACT**Title and subtitle:**

A proposed clinical guideline to avoid or reduce the use of physical restraint on children during needle-related procedures in the somatic pediatric ward.

A quality work.

Background: The use of restraint against children who are admitted to hospital is a part of everyday hospital life and occurs regularly in needle-related procedures. Especially children under school age are subjected to restraint. Restraint is defined and practiced differently among nurses. The use of restraint during needle-related procedures can have serious consequences for the child.

Purpose: The purpose of this clinical guideline is to avoid or reduce the use of restraint against children during needle-related procedures. By standardizing the implementation of needle-related procedures and ensuring evidence-based alternatives, the quality of nursing can be improved, and unwanted variation in the health care delivery can be reduced, with the goal of ensuring the child a less traumatic experience with needle-related procedures.

Method: The master`s thesis is a quality work, more specifically a quality improvement work where a proposal for a clinical guideline has been made. The quality work is based on Kongsmo's "Model of quality improvement" and the Norwegian Directorate of Health's "Guidelines for Development of Evidence-based Guidelines" is used as a methodological guideline. The clinical guideline has been evaluated with AGREE II.

Results: The master's thesis is a proposal for an evidence-based clinical guideline, to avoid or reduce the use of physical restraint in needle-related procedures.

Conclusion: The proposed clinical procedure may provide nurses with various proactive alternatives that can help to avoid or reduce the use of physical restraint during needle-related procedures.

Keywords: Pediatric nurse, clinical procedure, physical restraint, needle-related procedure, nitrous oxide, children, proactive alternatives

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|--|----|
| 1.0 INNLEDNING | 8 |
| 1.1 Presentasjon av valgt tema. | 8 |
| 1.2 Kvalitetsarbeidets problemstilling..... | 9 |
| 1.3 Oppgavens avgrensning. | 9 |
| 1.4 Oppgavens oppbygning. | 9 |
| 2.0 TVANG..... | 11 |
| 2.1 Hva er tvang? | 11 |
| 2.2 Bruk av tvang. | 11 |
| 2.3 Konsekvenser for barnet ved bruk av tvang..... | 12 |
| 2.4 Barnesykepleierens funksjon og ansvar for å unngå eller redusere bruk av tvang. | 13 |
| 3.0 KVALITETSARBEID | 15 |
| 3.1 Kvalitetsforbedring..... | 15 |
| 3.1.1 Modell for kvalitetsforbedring | 15 |
| 3.1.2 Retningslinjemetodikk | 17 |
| 3.3 Barnesykepleierens funksjon- og ansvar for kvalitetsarbeid..... | 19 |
| 4.0 FORBEREDE OG PLANLEGGE | 20 |
| 4.1 Behovet for å utarbeide en fagprosedyre..... | 20 |
| 4.2 Finnes det kunnskapsbaserte fagprosedyrer om det aktuelle temaet? | 21 |
| 4.2.1 Kvalitetsvurdering av tidligere kvalitetsarbeid | 22 |
| 4.2.1.1 Kvalitetsvurdering av “Undgå ufrivillig fastholdelse af børn” | 23 |
| 4.3 Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikter. | 24 |
| 4.4 Fagprosedyrens målsetting, kvalitetsindikator og målgruppe..... | 24 |
| 4.5 Kunnskapsgrunnlaget. | 26 |
| 4.5.1 Forskningskunnskap..... | 26 |
| 4.5.2 Erfaringskunnskap..... | 31 |
| 4.5.3 Pasientkunnskap | 31 |
| 4.5.4 Kildekritikk | 32 |

| | |
|--|----|
| 4.5.4.1 Inklusjonskriterier | 32 |
| 4.5.4.2 Eksklusjonskriterier..... | 37 |
| 5.0 UTFORMING AV ANBEFALINGENE TIL FAGPROSEDYREN..... | 38 |
| 5.1 Målgruppe. | 38 |
| 5.2 Hensikt og omfang. | 38 |
| 5.3 Arbeidsbeskrivelse. | 38 |
| 5.3.1 Informasjon og forberedelse av barnet før en stikkerelatert prosedyre..... | 39 |
| 5.3.1.1 Etabler et godt samarbeid med barnet og omsorgspersonene | 39 |
| 5.3.1.2 Tilrettelegg så barnet kan forstå hva som skal skje..... | 40 |
| 5.3.1.3 Involver barnet i prosedyren | 41 |
| 5.3.1.4 Tydeliggjør omsorgspersonenes rolle under prosedyren | 42 |
| 5.3.2 Smertelindring | 43 |
| 5.3.2.1 Bruk av topikal anestesi | 44 |
| 5.3.2.2 Avledning | 45 |
| 5.3.3 Sedering..... | 46 |
| 5.3.4 Unngå eller tilstrebe minst mulig bruk av makt og tvang..... | 48 |
| 5.3.4.1 Tiltak ved bruk av makt og tvang..... | 49 |
| 5.3.5 Flytskjema | 50 |
| 6.0 PRESENTASJON AV FAGPROSEDYREN | 51 |
| 7.0 EVALUERING AV FAGPROSEDYREN | 62 |
| 7.1 Evaluering av fagprosedyren med bruk av AGREE II..... | 62 |
| 7.1.1 Avgrensning og formål..... | 62 |
| 7.1.2 Involvering av interessenter | 63 |
| 7.1.3 Metodisk nøyaktighet | 63 |
| 7.1.4 Klarhet og prestasjon..... | 64 |
| 7.1.5 Anvendbarhet | 65 |
| 7.1.6 Redaksjonell uavhengighet | 66 |
| 7.2 Ethiske overveielser. | 66 |
| 7.2.1 Sykepleiers holdninger til kvalitetsarbeidet | 67 |

| | |
|---|----|
| 7.2.2 Kvalitetsarbeidets bidrag til å ivareta etiske prinsipper | 67 |
| 7.2.3 Ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet..... | 68 |
| 7.2.4 Rettferdighetsprinsippet | 68 |
| 7.2.5 Autonomiprinsippet..... | 69 |
| 8.0 HVORDAN FØLGE OPP KVALITETSARBEIDET? | 70 |
| 9.0 KONKLUSJON | 72 |
| LITTERATURLISTE | 73 |

1.0 INNLEDNING

Masteroppgaven er et kvalitetsarbeid hvor det utarbeides et forslag til fagprosedyre. En fagprosedyre vil bidra økt kvalitet i helsetjenesten og bedre pasientsikkerhet som er et mål fra helsemyndighetene (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 5 og 36-38; Meld. St. 10 (2012-2013), s. 9, 80 og 117-121; Meld. St. 11 (2015-2016), s. 11 og 39; Helsedirektoratet, 2019, s. 15-19). Fagprosedyren vil bidra til at pasienten får en trygg og god helsehjelp ved at den standardiseres for å unngå uønskede variasjoner og hendelser (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 37; Meld. St. 10 (2012-2013), s. 86).

1.1 Presentasjon av valgt tema.

Tema for masteroppgaven er forhold som kan bidra til å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under stikkerrelaterte prosedyrer. Flere studier viser til at barn regelmessig blir utsatt for tvang i forbindelse med gjennomføring av prosedyrer på sykehus, til tross for at det kan være skadelig og traumatiserende (Brenner et al., 2014; Bray et al., 2015, s. 159; Crellin et al., 2011, s. 623-624; Kangasniemi et al., s. 613; Svendsen et al., 2017, s. 5). Tvang mot barn, og særlig fastholding kan resultere i traumer som kan gi behov for oppfølging i etterkant (Lindheim, 2018). Forskning viser at det oftest er yngre barn opp til skolealder som utsettes for tvang (Bray et al., 2015, s. 159; Brenner et al., 2014, s. 1192; Crellin et al., 2017, s. 625; Kirwan & Coyne, 2017, s. 49-50; Svendsen et al., 2017, s. 5). Hvordan man kan unngå eller redusere bruk av tvang er derfor et aktuelt tema som bør komme mer i fokus på barneavdelinger.

I det kliniske arbeidet erfarer kandidatene stor variasjon i bruk av tvang ved prosedyrer blant sykepleiere, grunnet ulik oppfatning og kunnskapsnivå rundt temaet. Forskning støtter også at det er sprikende oppfatning av hvordan tvang defineres blant helsepersonell (Svendsen et al., 2017, s. 5). Svendsen et al. (2017, s. 9) diskuterer viktigheten av å utvikle og evaluere målrettede intervensjoner som kan være alternativer til tvang, for å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn. En fagprosedyre med hensikt om å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn kan bidra til en større felles forståelse og økt kunnskapsnivå hos helsepersonell. Samtidig kan den bidra til en mer standardisert gjennomføring av slike prosedyrer til barn og redusere uønsket variasjon som beskrevet i Stortingsmedingene, Meld. St. 9 ((2019-2020), s. 37) og Meld. St. 10 ((2012-2013), s. 86).

En fagprosedyre for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under prosedyrer er relevant i utøvelsen av barnesykepleierens forebyggende-, behandlende-, lindrende- og helsefremmede funksjon. Samtidig har barnesykepleieren et ansvar for å bidra til

kvalitetsutvikling, og å forbedre praksis (Barnesykepleierforbudet [BSF], 2017, s. 7). Å unngå eller redusere bruk av tvang er samtidig et satsningsområde på avdeling for barn og ungdom ved Akershus universitetssykehus [Ahus]. Det er ytret et stort behov for utarbeidelsen av en slik fagprosedyre fra både ledelsen og fagmiljøet.

1.2 Kvalitetsarbeidets problemstilling.

“Forslag til fagprosedyre for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under stikkerrelaterte prosedyrer på somatisk barneavdeling”

“A proposed clinical guideline to avoid or reduce the use of physical restraint on children during needle-related procedures in somatic pediatric ward”

1.3 Oppgavens avgrensning.

Forslaget til fagprosedyren i masteroppgaven tar utgangspunkt i barn fra 2 års alder og opp til skolealder. Siden det er store ulikheter i barns kognitive og psykososiale utvikling, er det ikke definert en konkret øvre aldersgrense. Forslaget til fagprosedyren gjelder for sykepleiere, spesialsykepleiere, sykepleiestudenter og helsefagarbeidere som utfører eller deltar i prosedyrer på barn i somatisk barneavdeling. Med stikkerrelaterte prosedyrer menes for eksempel innleggelse av perifer venekanyle, spinalpunksjon, blodprøvetakning, subkutane og intramuskulære injeksjoner.

Masteroppgaven drøfter tiltak som kan anvendes på sengepostene, barneovervåkning og akuttmottak for barn på Ahus, hvor barn kommer for medisinsk og kirurgisk utredning, behandling eller oppfølging.

Forslaget til fagprosedyren vil videre bli omtalt som fagprosedyren, og den stikkerrelaterte prosedyren som prosedyre.

1.4 Oppgavens oppbygning.

Denne masteroppgaven presenteres som en monografi. Oppgavens oppbygning struktureres etter Kongsmo et al., (2015) sin “Modell for kvalitetsforbedring”, mens Helsedirektoratets (2012) “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” blir brukt som retningslinjemetodikk for å sikre en systematisk tilnærming i utarbeidelsen av forslaget til fagprosedyren.

Innledningsvis presenteres valgt tema, problemstilling og avgrensning. Deretter presenteres en teoridel om hva tvang er, bruken og konsekvensen av tvang samt barnesykepleierens funksjon og ansvar for å unngå eller redusere bruk av tvang. Videre presenteres masteroppgavens metodekapittel om kvalitetsarbeid, og en beskrivelse av barnesykepleierens funksjon og

ansvar for kvalitetsarbeid. Deretter synliggjøres behovet for kvalitetsarbeidet og tidligere kvalitetsarbeid om temaet, samt kunnskapssøket og kildekritikk under kapitlet “Forberede og planlegge”. Anbefalingene og presentasjonen av fagprosedyren baseres på funnene fra kunnskapssøket og kandidatens erfaringskunnskap. Fagprosedyren presenteres med egen litteraturliste. Fagprosedyren blir kvalitetsvurdert med “Appraisal of guidelines for research & evaluation II” også kalt AGREE II (Brouwers et al., 2017) i kapittel 7.0. Til slutt i masteroppgaven presenteres en plan for en eventuell implementering av fagprosedyren før masteroppgavens konklusjon.

Det er brukt APA 7th fra kildekompasset.no som referansestil i masteroppgaven.

2.0 TVANG

I dette kapitlet presenteres teorigrunnet om tvang som er viktig for å forstå bakgrunnen for fagprosedyren.

2.1 Hva er tvang?

Begrepet tvang kan ha flere dimensjoner avhengig av hvordan det benyttes. Det kan omhandle formell bruk av tvang som er regulert i flere lover, blant annet Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Helsepersonelloven (1999) Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og Psykisk helsevernloven (1999). Uformell bruk av tvang er ikke regulert og ofte ikke anerkjent. Denne formen for tvang ses ofte i den pediatrike delen av helsevesenet (Svendsen et al, 2017, s 7), og forekommer når behandlingen gjennomføres til tross for at barnet motsetter seg det (Kangasniemi et al., 2014, s. 614; Lombart et al., 2020, s. 236; Svendsen et al., 2017, s 5).

“Tvang eller makt kan regnes som tiltak pasienten motsetter seg” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9-2). Denne definisjonen legges til grunn for forståelse av tvang, fordi den er bred nok til å romme mange situasjoner og opplevelser for både barn, omsorgspersoner og helsepersonell. Siden det er lite forskning på hvordan barn opplever bruk av tvang (Svendsen et al., 2015a, s. 621), synes det viktig å benytte en vid definisjon for å kunne romme barns opplevelse.

Tvang kan også ses på som en metode som involverer en grad av makt for å begrense bevegelse (Royal collage of nursing [RCN], 2019, s. 3). Kangasniemi et al., (2014, s. 610) beskriver tre former for tvang som brukes mot barn innen somatisk pleie: fysisk, psykologisk eller medikamentell tvang. Fysisk tvang innebærer fysiske intervensjoner som begrenser barnets bevegelser (Kangasniemi et al., 2014, s. 610). Psykologisk tvang medfører verbale tiltak som manipulering, rasjonalisering eller endring av betingelsene, slik at barnet skal oppføre seg på en bestemt måte (Kangasniemi et al., 2014, s. 610; Svendsen, 2018). Medikamentell tvang innebærer å benytte legemidler for å roe ned barnet (Kangasniemi et al., 2014, s. 610).

2.2 Bruk av tvang.

Forskning viser at bruk av fysisk tvang mot barn er en del av hverdagen i den pediatrike delen av helsevesenet, og forekommer regelmessig i forbindelse med prosedyrer (Bray et al., 2015, s. 159; Bray et al, 2018, s. 208; Brenner, et al., 2014, s. 1192-1193; Crellin et al., 2011, s. 623-624; Kangasniemi et al., s. 613; Svendsen et al., 2017, s. 5-6). Det er spesielt barn under skolealder som blir utsatt for tvang, og forekommer når barnet motsetter seg behandling

(Bray et al., 2015, s. 159-160; Brenner et al., 2014, s. 1192; Kangasniemi et al., 2014, s. 614; Kirwan & Coyne, 2017, s.49-50 Lombart et al., 2020, s. 236-241; Svendsen et al., 2017, s. 5). Tvangen blir ofte brukt uten barnets og omsorgspersonenes samtykke (Demir, 2007, s. 373). Hyppigst ses bruk av fysisk tvang i form av å holde barnet for å begrense deres bevegelse (Bray et al., 2015, s. 159; Bray et al, 2018, s. 208; Brenner et al., 2014, s. 1192; Kirwan & Coyne, 2017, s. 49; Svendsen et al., 2017, s. 5).

Tvang blir også brukt for å gjøre sykepleierens jobb lettere, og for å få gjennomført prosedyren raskere (Kangasniemi et al., 2014, s. 614). Samtidig ses det økt bruk av tvang når det er mindre sykepleiere på jobb (Brenner et al., 2014, s. 1192). Demir (2007, s. 368) beskriver at tvang blir brukt for å ivareta barnets sikkerhet under prosedyrer, men at det kan skape negative opplevelser hos barnet. Bruk av tvang er en etisk utfordring (Lombart et al., 2020, s 241). I studien til Lombart et al. (2020, s. 214-241) kommer det frem at når helsepersonell vurderer at det er nødvendig å utføre en prosedyre blir forskjellen mellom legitimert og ulegitimert bruk av tvang uklart. Samtidig kommer det frem at tvang ofte blir brukt til tross for at prosedyren ikke er akutt nødvendig. Kirwan & Coyne (2016, s 52) og RCN (2019, s. 5) anbefaler at tvang bør ses på som absolutt siste utvei, og at andre alternativer må bli prøvd ut.

2.3 Konsekvenser for barnet ved bruk av tvang.

Bruk av tvang hos barn kan føre til fysisk og psykisk skade (Kirwan & Coyne, 2016, s. 47). Når barnet utsettes for tvang kan det på kort sikt føre til en opplevelse preget av ubehag, redsel, stress og angst. På lengre sikt kan det føre til negativ psykososial utvikling for barnet (Bray et al., 2015, s. 161; Brenner, 2013, s 6-7; Diseth, 2006, s. 248-249; Gjems & Diseth, 2011; Lindheim, 2018). Diseth (2006, s. 243-248) skriver at barn med alvorlig og/eller kronisk sykdom har forhøyet risiko for utvikling av posttraumatisk stresslidelse (Diseth, 2006, s.243-248). Umodenhet, rask vekst og utvikling gjør at barn er mer sårbare for stress og traumatiske opplevelser (BSF, 2017, s. 6). Bray et al. (2015, s. 158) skriver at fysisk tvang kan resultere i smerte, fysisk skade eller taleforstyrrelse, hvis makten under tvangen er for stor. Barn som har hatt traumatiske opplevelser, spesielt i forbindelse med fastholding, kan ha behov for oppfølging i etterkant (Lindheim, 2018).

Det er vanskelig å måle konsekvensene av tvang alene siden det kan være flere faktorer som spiller inn, som for eksempel ubehandlet smerte og sykdom under et sykehusopphold. Potensielle psykologiske konsekvenser kan variere fra smerte, emosjonelt stress og nedsatt mestringsevne til vansker med å skape gode relasjoner til helsepersonell (Gjems & Diseth, 2011; Lindheim, 2018; Kirwan & Coyne, 2016, s. 47; Sjøbjerg, 2019, s. 128).

Små barn er sensitive for hvordan prosedyrer blir utført, og viser ofte redsel og engstelse (Söderbäck, 2013, s. 637). Bruk av tvang kan forverre barnets opplevelse av prosedyren (Bray et al., 2015, s. 159-162; Brenner, 2007, s. 33; Svendsen et al., 2017, s. 4-6). Forskning viser at bruk av tvang er mer stressende for barnet enn selve smerten fra behandlingen eller prosedyren (Bray et al. 2015, s. 161; Brenner, 2007, s. 33). Negative opplevelser relatert til smerte og angst tidlig i livet kan føre til stikkerekke og unngåelse av helsehjelp senere i livet (Karlsson et al., 2014, s. 2). Bray et al. (2015, s. 161) finner at når tvang blir benyttet for å gjennomføre en prosedyre kan det føre til at det blir mer utfordrende å få gjennomført andre prosedyrer senere. Svendsen et al. (2015, s. 7) finner at når noen barn utsettes for tvang, greier de ikke å ta imot støtte, veiledning eller avledning. Opplevelsen av at deres protester ikke ble hørt gjorde at barnet mistet tilliten til de voksne.

2.4 Barnesykepleierens funksjon og ansvar for å unngå eller redusere bruk av tvang.

Barnesykepleie er en spesialisert kompetanse hvor det å møte barnets individuelle behov står i sentrum. Barnesykepleierens ansvar er å sørge for at den stikkerelaterte prosedyren oppleves forutsigbar og tilrettelagt uavhengig av en akutt situasjon eller ikke (BSF, 2017, s. 4-5). Det innebærer at barnesykepleieren skal "begrense omfang av lidelse, smerte, traumatiske opplevelser og forebygge utviklingskade" (BSF, 2017, s. 4). Dette er sentrale momenter i barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområde som bygger på faglige, juridiske og etiske retningslinjer. De er også sentrale i utøvelsen av barnesykepleierens forebyggende-, behandlende-, lindrende- og helsefremmede funksjon for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under stikkerelaterte prosedyrer.

Bruk av tvang kan, som nevnt i kapittel 2.3, være en traumatisk opplevelse for barnet. Barnet kan oppleve smerte, ubehag, redsel, stress, angst og nedsatt mestring. Det vil være uheldig siden barn er sårbare for stress og traumatiske opplevelser (BSF, 2017, s 6). Når barn er på sykehus er de i tillegg i et ukjent miljø med nye rutiner. Det kan også føre til redusert mestringsevne på grunn av usikkerhet og mangel på kontroll (BSF, 2017, s. 3; Sjøbjerg, 2019, s. 128). På bakgrunn av dette blir det viktig at barnesykepleieren bidrar til å styrke barnets mestring som er en del av den lindrende og helsefremmede funksjonen (BSF, 2017, s. 7). Mestring handler om å styrke barnets opplevelse av kontroll under prosedyren, som kan bidra til å redusere opplevelsen av stress (Helsedirektoratet, 2017, s. 7; Lazarus & Folkman, 1984, s. 141; Vifladt & Hopen, 2004, s.61). Barnesykepleieren må også begrense omfanget av både fysisk og psykisk belastning for barnet under prosedyren. Det er en del av barnesykepleierens forebyggende og lindrende funksjon ved å skape trygghet, og å redusere smerte, ubehag, stress og angst hos barnet. Dette kan bidra til å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot

barnet. Dermed kan barnesykepleieren også forebygge traumatiske opplevelser som kan føre til komplikasjoner og utviklingsskader som følge av den stikkerrelaterte prosedyren (BSF, 2017, s. 6).

Barn er avhengige av sine omsorgspersoner og de må inkluderes som likeverdige samarbeidspartnere i sykepleie til barnet (BSF, 2017, s. 4). Omsorgspersonene representerer trygghet og sikkerhet for barnet (Karlsson et al. 2014, s. 4; Sjøbjerg, 2019, s. 132), og spiller derfor en sentral rolle for å unngå eller redusere bruk av tvang under prosedyren.

Barnesykepleieren må trygge omsorgspersonene for at de igjen kan trygge barnet. For barn trenger nærhet, omsorg og støtte fra omgivelsen (Sjøbjerg, 2019, s. 125-132). Separasjon fra omsorgspersoner er en situasjon barn i alderen 2-6 år frykter mest (Salmela, Aronen et al., 2010, s. 721; Salmela, Salanterä et al., 2010, s. 1225). Ved å ha omsorgspersonene til stede under prosedyren legges det til rette for et trygt miljø for barnet, samtidig som det bidrar til å støtte familien som helhet. Dette er et trygghetsskapende tiltak som kan bidra til å redusere stress, angst, smerte og styrke barnets ressurser, og er en viktig del av barnesykepleierens helsefremmede og lindrende funksjon (BSF, 2017, s. 7-8).

Gjennom den forebyggende og lindrende funksjonen har barnesykepleieren også ansvar for å ivareta barnets autonomi, integritet og individuelle behov ut fra barnets alder og kognitive utvikling (BSF, 2017, s 6-8). Det blir derfor viktig å se og høre barnet, vektlegge barnets ytringer, inkludere barnet i prosedyren og ta høyde for deres individuelle behov (Barnelova, 1981, § 31; De forente nasjoners [FN] barnekonvensjon, 1989, artikkel 12; Grunnloven, 1814, § 104). Informasjonen som barnet og omsorgspersonene får før prosedyren må gis på en hensynsfull og alderstilpasset måte (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Samtidig er det viktig at barnesykepleieren kritisk reflekterer over hver enkelt situasjon, og utøver faglig og etisk skjønn som en del av den behandlende funksjon (BSF, 2017, s. 6). For å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn under stikkerrelaterte prosedyrer.

3.0 KVALITETSARBEID

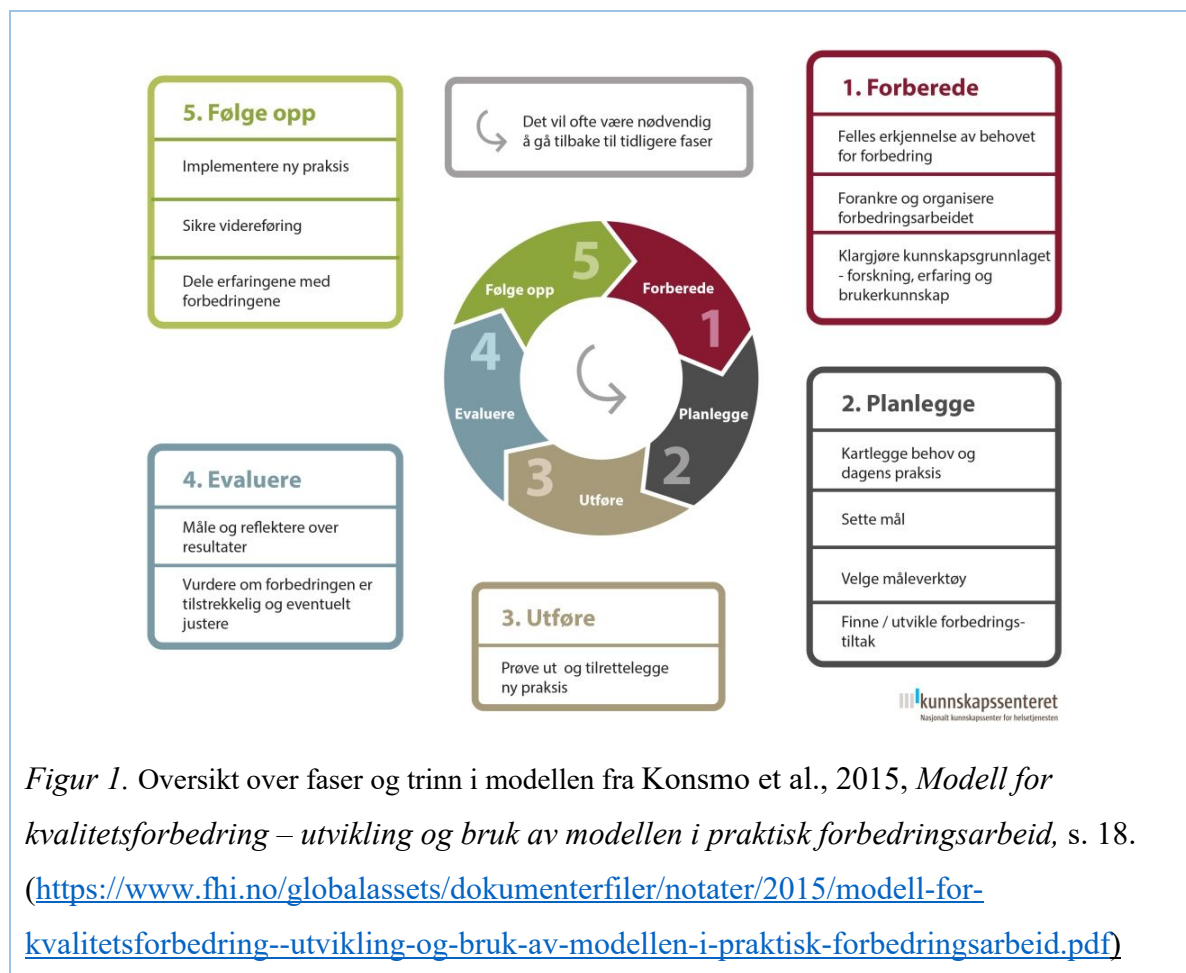
I masteroppgaven er det valgt kvalitetsarbeid som metode. Kvalitetsarbeid kan beskrives som et systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet for å kontinuerlig identifisere forbedringsområder, samt iverksette tiltak og sikre at de har effekt (Meld. St. 10, (2012-2013), s. 80). Kvalitetsarbeid kan deles i kvalitetskontroll og kvalitetsforbedring (Stubberud, 2018, s. 11). Masteroppgaven baserer seg på kvalitetsforbedring, nærmere bestemt utvikling av forslag til fagprosedyre. Utvikling av fagprosedyrer er en av flere metoder for å redusere uønsket variasjon, bedre pasientsikkerheten og heve kvalitet på helsetjenesten (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 5 og 36-38; Meld. St. 10 (2012-2013), s. 80-86 og 117-121; Meld. St. 11 (2015-2016), s. 11 og 39).

3.1 Kvalitetsforbedring.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess hvor det identifiseres et problem eller forbedringsområde, finner årsaker, tester mulige løsninger, og implementerer tiltak (Helsedirektoratet, 2018, §1). Ved kvalitetsforbedring jobber en systematisk (Stubberud, 2018, s. 43). Bruk av modeller og retningslinjemetodikk er derfor et verktøy for å kunne utføre arbeidsprosessen mer detaljert, i den hensikt å sikre en best mulig optimal utarbeidelse av kvalitetsforbedring (Konsmo et al. 2015, s.18; Stubberud, 2018, s. 43).

3.1.1 Modell for kvalitetsforbedring

Dette kvalitetsforbedringsarbeidet bygger på Konsmo et al. (2015) sin “Modell for kvalitetsforbedring”. Modellen er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som et hjelpemiddel for å beskrive hvordan en kan gå frem for å utføre et kvalitetsforbedringsarbeid (Konsmo et al., 2015, s. 5-7). Modellen er illustrert som en sirkel fordi kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess. Den består av fem ulike faser med flere trinn som gir en overordnet beskrivelse av arbeidsprosessen, som vist i figur 1 (Konsmo et al., 2015, s. 18). I tabell 1 er det laget en oversikt over arbeidsprosessen for masteroppgaven i henhold til modellen.



Figur 1. Oversikt over faser og trinn i modellen fra Kongsmo et al., 2015, *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*, s. 18. (<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>)

Tabell 1.

Oversikt over arbeidsprosessen i henhold til modell for kvalitetsforbedring

| | | |
|---------------------|--|---|
| 1. Forberede | Felles erkjennelse av behovet for forbedring Forankre og organisere forbedringsarbeidet | Det blir redegjort i kapittel 4.1 Dette er ikke aktuelt siden masteroppgaven er et eksamensarbeid. Kandidaten har vært i kontakt med ledelsen og fagmiljøet på Ahus anerkjenner behovet for dette kvalitetsarbeidet. |
| | Klargjøre kunnskapsgrunnlaget Forskning, erfaring og brukerkunnskap | Det blir redegjort i kapittel 4.5 |
| | 2. Planlegge | Kartlegge behov og dagens praksis |
| | Sette mål | Det blir redegjort i kapittel 4.4 |
| | Velge måleverktøy | Det blir redegjort i kapittel 4.4 |
| | Finne/utvikle forbedringstiltak | Det blir drøftet i kapittel 5.0 og presenteres i kapittel 6.0 |
| 3. Utføre | Prøve ut og tilrettelegge ny praksis | Dette er ikke aktuelt siden masteroppgaven er et eksamensarbeid. Kandidatene har sendt inn forslaget til fagprosedyren til relevante fagpersoner og ledelsen på avdelingen med tilbakemeldinger som er tatt i betraktning som beskrevet i kapittel 7.1.4. |
| 4. Evaluere | Måle og reflektere over resultat | Det blir redegjort i kapittel 7.0. Her blir fagprosedyren evaluert med AGREE II. |
| | Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere | |
| 5. Følge opp | Implementere ny praksis | I kapittel 8.0 blir det redegjort for videre oppfølging av en eventuell implementering av fagprosedyren. |
| | Sikre videreføring | |
| | Dele erfaringer med forbedringen | |

3.1.2 Retningslinjemetodikk

I utarbeidelsen av en fagprosedyre anbefales det å bruke retningslinjemetodikk som beskriver den overordnede prosessen (Stubberud, 2018, s. 106). Helsedirektoratets (2012) “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” er en retningslinjemetodikk som sikrer en systematisk tilnærming og fungerer som en sjekklister, samt at den bygger på kunnskapsbasert praksis. Den bidrar til vurdering av ønskede og uønskede konsekvenser, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter. Veilederen skal bidra til å ta gode beslutninger, fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og bidra til mindre uønsket variasjon (Helsedirektoratet, 2012, s. 10-11). Tabell 2 viser sjekklisten til Helsedirektoratet (2012) for utvikling av kunnskapsbasert retningslinje, og hvor i masteroppgaven det gjort rede for de ulike punktene.

| <i>Tabell 2.</i> Sjekkliste for utvikling av kunnskapsbasert retningslinje (Helsedirektoratet, 2012, s. 8). | | |
|--|--|---|
| Trinn | Fremgangsmåte | Kapittel |
| Bruke retningslinjemetodikk | “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” (Helsedirektoratet, 2012) | Se kapittel 3.2.2 |
| Vurder og begrunn behovet for en faglig retningslinje | <ul style="list-style-type: none"> • Faglig (uenighet) på området • Behov for kvalitetsforbedring • Geografiske, kjønnsmessige, etniske, sosiale eller andre ulikheter i tjenestetilbudet • Ressursmessige og økonomiske forhold • Prioritert fagområdet • Eventuelle vridningseffekter denne retningslinjen vil få for andre tjenester i egen eller andres organisasjoner | Dette er redegjort for i kapittel 4.1 |
| Skal du revidere eller utarbeide ny? Undersøk om det finnes retningslinjer om det aktuelle temaet | <ul style="list-style-type: none"> • Søk i retningslinjedatabasen: Helsebiblioteket.no • Søk på internett og i bibliografiske databaser • Vurder kvaliteten på eksisterende dokumenter/retningslinjer (AGREE II) • Få kjennskap til andre miljøer som arbeider med temaet (norske og utenlandske) • Meld fra om arbeidet til retningslinjedatabasen | Dette er det gjort for i kapittel 4.2 og 4.2.1. Siden dette er en Masteroppgave utarbeides det et forslag til fagprosedyre, og det vil ikke bli meldt fra om til Retningslinje-databasen. |
| Nedsett en arbeidsgruppe og håndter habilitet og interessekonflikter | <ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig kompetanse er representert i arbeidsgruppen, både helsefaglig og metodisk • De ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten er representert • Pasienter og/eller pårørende er representert (helst flere enn en) • Behovet for en referansegruppe i tillegg til arbeidsgruppen er vurdert • Habilitetsskjema er fylt ut • Habilitetsspørsmål og interessekonflikter er vurdert | Dette er redegjort for i kapittel 4.3 og 8. |
| Formuler målsetting, spørsmål, kvalitetsindikatorer og målgruppe | <ul style="list-style-type: none"> • Overordnet målsetting for den faglige retningslinjen er tydelig definert • De viktigste spørsmålene er klart formulert med problemstillinger, handlingsalternativer og både positive og negative utfallsmål/effekt mål (PICO) • Valg av kvalitetsindikatorer er presise • Målgruppe/pasientgruppe er tydelig definert | Dette er redegjort for i kapittel 4.4. PICO-skjema blir presentert i kapittel 4.5.1 |

| | | |
|---|---|--|
| Innhent og vurder kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon | <ul style="list-style-type: none"> • Pasient-, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap er innhentet • Systematiske søk er utført for å innhente og analysere kunnskapsgrunnlaget • Systematisk søk er beskrevet/dokumentert • Kvaliteten på dokumentasjonen for de viktigste utfallene/effektmålene er gradert • Betydningen av helsegevinst, bivirkning og risiko er vurdert • Betydningen av etiske verdier, preferanser og kultursensitive forhold er vurdert • Konsekvenser i forhold til helseøkonomi/ressursbruk er vurdert • Vurdering i forhold til lover og regler er gjennomført | Dette er redegjort for i kapittel 4.5 |
| Utform anbefalingene | <ul style="list-style-type: none"> • Det er gjort en eksplisitt vurdering av helsegevinst i forhold til ressursbruk, risiko og bivirkninger • Verdier, preferanser og etiske spørsmål knyttet til anbefalinger og forventede utfall er vurdert • Anbefalingene er formulert slik at de blir praktisk anvendbare i tiltenkte situasjoner • Eventuell uenighet fremkommer tydelig • Eventuelle alternativer vedrørende diagnostikk og behandling fremkommer tydelig • Gradering av anbefalingene og kunnskapsgrunnlaget fremkommer tydelig • Kapitler/avsnitt beregnet på de forskjellige målgruppene (pasient, helsepersonell, administrasjon, osv) presenteres tydelig • Verktøy som kan gjøre det enklere og følge anbefalingene er vedlagt • Innspill på anbefalingene fra eventuell referansegruppe er innhentet og vurdert • Høring og behandling av høringsinnspill er gjennomført • Det fremgår hvem som har utarbeidet og godkjent retningslinjen • Publiseringsdato og versjonsnummer er påført | Dette er redegjort for i kapittel 5.0 og 6.0 |
| Planlegg og gjennomfør implementering | <ul style="list-style-type: none"> • Barrierer og motstand mot eventuelle endringer er identifisert • Strategier er utarbeidet for å overkomme eventuelle barrierer • Det er klagt hvem som har ansvaret for og mandat til å iverksette eventuelle endringer • Det er tatt høyde for eventuelle behov for opplæring/kursing/ferdighetstrening før innføring av nye anbefalinger • Det er budsjettert med tilstrekkelige ressurser til implementering • Det er formulert en plan for iverksetting/implementering | Dette er ikke aktuelt siden masteroppgaven er et eksamensarbeid. Det er redegjort for videre oppfølging og eventuell implementering i kapittel 8.0 |
| Planlegg evaluering og oppdatering | <ul style="list-style-type: none"> • Det er utarbeidet en plan for evaluering av retningslinjen • Det er utarbeidet en plan for oppdatering av retningslinjen • Det er avsatt tilstrekkelige ressurser til evaluering/oppdatering | Dette er ikke aktuelt siden masteroppgaven er et eksamensarbeid. Fagprosedyren er evaluert i kapittel 7.0, og det er redegjort for videre oppfølging og en eventuell implementering i kapittel 8.0 |
| Gjennomfør evaluering og oppdatering | <ul style="list-style-type: none"> • Rapporter måloppnåelse i forhold til oppsatte resultatmål og evalueringsmetoder • Evaluer effekt av retningslinjen med resultater fra forhåndsundersøkelse som grunnlag • Rapporter retningslinjens påvirkning på tjenesten • Informer oppdragsgiver om effekten av retningslinjen • Vurder behov for oppdatering av retningslinjen | Dette er ikke aktuelt siden masteroppgaven er et eksamensarbeid. Fagprosedyren er evaluert i kapittel 7.0, og det er redegjort for videre oppfølging og en eventuell implementering i kapittel 8.0 |

3.3 Barnesykepleierens funksjon- og ansvar for kvalitetsarbeid.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-4a) lovfester at sykepleiere skal jobbe med systematisk kvalitetsarbeid. I følge Helsepersonelloven (1999, §4) skal helsehjelpen være faglig forsvarlig. Dette innebærer at barnesykepleieren er forpliktet gjennom lovverk til å bidra med kvalitetsarbeid. I tillegg har barnesykepleieren ansvar for å være faglig, etisk og juridisk oppdatert i utøvelsen av sykepleie, og skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Nasjonal Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring har som mål at det blir færre pasientskader og bedre pasientsikkerhetskultur i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2019, s. 2 og 12). Kvalitetsarbeid er en viktig del av utøvelsen av sykepleie til barn, og har innvirkning på den helsehjelpen barnet får (BSF, 2017, s 7; Stubberud, 2018, s. 14).

På bakgrunn av dette må barnesykepleieren bruke sin kompetanse som spesialsykepleier for å bidra til utvikling av fagområdet og forbedre praksis (BSF, 2017, s 7). Det kan bidra til å skape en trygg og sikker helsetjeneste, og bedre pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2019, s. 3; Meld. St. 9 (2019-2020), s. 5 og 36-38; Meld. St. 10 (2012-2013), s. 9, 80 og 117-121; Meld. St. 11 (2015-2016), s. 11 og 39). Det kan også legge grunnlaget for et tillitsforhold mellom pasienten, omsorgspersonene og barnesykepleieren siden det sikrer lik behandling. Dermed vil også respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd ivaretas (NSF, 2018, s. 5).

4.0 FORBEREDE OG PLANLEGGE

I dette kapittelet redegjøres det for fase 1. *forberede* og fase 2. *planlegge* i “Modell for kvalitetsforbedring” (Konsmo et.al., 2015), og trinn 2-6 i “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” (Helsedirektoratet, 2012) for å systematisere arbeidsprosessen.

4.1 Behovet for å utarbeide en fagprosedyre.

Kvalitetsarbeid bunner i en felles enighet om at det er behov for forbedring (Konsmo et al., 2018, s. 20). I Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019, s. 5) står det at pasientskader er et stort problem. Som nevnt innledningsvis og i kapittel 2.3 kan bruk av tvang påføre barnet fysisk og psykisk skade. Ved å unngå eller redusere tvangsbruk kan det bidra til en bedre opplevelse av sykehusoppholdet for barn, samtidig som det kan bidra til å redusere skade og videre traumer som følge av behandlingen.

Et av satsningsområdene på avdeling for barn og ungdom ved Ahus, er som nevnt i kapittel 1.1, å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn. Det finnes ingen spesifikke retningslinjer eller fagprosedyrer i avdelingen som omhandler bruken av tvang mot barn ved stikkerelaterte prosedyrer. Slik situasjonen er nå blir derfor ikke målet om standardisert helsehjelp oppfylt, og det er stor variasjon hvordan barn blir behandlet på avdelingen. Videre vil dette kunne føre til variasjon i bruk av fysisk tvang mot barn. Ved å benytte en kunnskapsbasert fagprosedyre vil behandlingen og tilbudet til barn som skal gjennomgå en stikkerelatert prosedyre standardisert. Både Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1), og Internkontrollforskriften i sosial/helsetjenesten (2002, § 1), stiller krav til å sikre god kvalitet til barn på sykehus. Kandidatenes erfaring fra arbeid og praksis ved ulike barneavdelinger tilsier at det er et forbedringspotensial for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under stikkerelaterte prosedyrer. Det samsvarer også med stortingsmeldingene, Meld. St. 9 ((2019-2020), s. 37), Meld. St. 10 ((2012-2013), s. 86) og Meld. St. 11 ((2015-2016), s. 39), at å minske variasjon gjennom standardisert helsehjelp vil pasientsikkerheten og kvaliteten kunne bedres.

Kandidatene har, som nevnt tidligere, erfaring med at fysisk tvang blir brukt ulikt på avdelingen, og at kunnskapen om tvang er forskjellig fra sykepleier til sykepleier. Studien til Svendsen et al., (2017, s. 5-9) viser også at helsepersonell har ulik definisjon av tvang samtidig som man vet lite om strategier for å unngå eller redusere tvang. Det er viktig å kunne utvikle ulike alternativer som kan bidra til å redusere bruken av tvang hos barn, for tvang skal

ikke være noe som “bare skjedde”. Det er et behov for bevissthet, åpenhet og videre debatt for å utforske fremtidige alternativer for å kunne utvikle effektive strategier for å minske bruken av tvang. Selv om man ikke vet alt om bruken av tvang på barn er det likevel viktig å benytte all tilegnelig kunnskap for å kunne unngå eller redusere bruk av fysisk tvang. Samtidig vil det være vanskelig for helsepersonell å unngå eller redusere tvangsbruken hvis kunnskapsnivået om tvang er lavt. Minst mulig bruk av tvang vil være i henhold til sentrale etiske prinsipper for sykepleiere (Nortvedt, 2016, s. 96-97). En slik prosedyre vil bidra til å ivareta kravet om faglig forsvarlig sykepleie: “faglig forsvarlig sykepleie har fundament i oppdatert og relevant kunnskap, i yrkesetiske retningslinjer og i myndighetskrav som lover/forskrifter og faglige retningslinjer” (NSF, 2018, s. 3).

4.2 Finnes det kunnskapsbaserte fagprosedyrer om det aktuelle temaet?

Når det skal utarbeides en ny fagprosedyre er det viktig å kartlegge tidligere kvalitetsarbeid på det aktuelle området for å unngå dobbeltarbeid (Helsedirektoratet, 2012, s. 16). For å kartlegge eksisterende kvalitetsarbeid ble det sett gjennom ferdige og påbegynte prosedyrer, aktuelle publikasjoner i retningslinjer, samt utført søk i nasjonale og internasjonale databaser, som vist i tabell 3. I søkene ble det søkt med ordene barn og tvang der det var aktuelt, se tabell 7 for ulike varianter av ordet tvang på engelsk. De ulike databasene ble valgt etter anbefaling fra “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” (Helsedirektoratet, 2012, s. 16), sykehusbibliotekar på Ahus, samt i boken “Kvalitet og pasientsikkerhet” (Stubberud, 2018, s. 110). Som det kommer frem av tabell 3 var det ingen relevante funn ved søk etter eksisterende kvalitetsarbeid.

Tabell 3.

Oversikt over systematisk søk etter eksisterende kvalitetsarbeid.

| Database | | Funn |
|--|--|----------------------|
| Kunnskapsbaserte retningslinjer | Kunnskapsbaserte fagprosedyrer via helsebiblioteket | Ingen relevante funn |
| | Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp fra Helsedirektoratet | Ingen relevante funn |
| | NICE Guidance UK | Ingen relevante funn |
| | Helsebibliotekets retningslinjer og veiledere | Ingen relevante funn |
| | Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer (SE) | Ingen relevante funn |
| | Sundhedsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer | Ingen relevante funn |
| | Center for kliniske retningslinjer (DK) | Ingen relevante funn |
| | Guidelines International Network G-I-N | Ingen relevante funn |
| | Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer publisert i tidsskrifter: – Medline – CINAHL | Ingen relevante funn |

Vider kontaktet kandidatene alle barneavdelinger på sykehus i Norge, Sverige og Danmark som vi fant e-postadressen til, som vist i tabell 4. I denne e-posten ble de forespurt om de hadde eller var i en prosess med å utarbeide et kvalitetsarbeid på det aktuelle temaet.

Bakgrunnen for det er at fagprosedyrer fra andre sykehus nødvendigvis ikke blir offentligjort, og det kan derfor ikke utelukkes at det eksisterer tilsvarende kvalitetsarbeid.

Som det kommer frem av tabell 4 hadde Aalborg Universitetshospital laget en fagprosedyre: “Undgå ufrivillig fastholdelse af børn”, som er kvalitetsvurdert i kapittel 4.2.1.1. Denne fagprosedyren beskriver medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for å unngå ufrivillig fastholding av barn i alderen 0-18 år ved ulike prosedyrer.

St. Olavs hospital skrev at de benytter fagprosedyren “Psykososial preoperativ forberedelse av barn, 0-18 år” for å redusere bruk av tvang mot barn. Dette er en fagprosedyre som er tilgjengelig på helsebiblioteket. “Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0-18” tar for seg viktigheten av god forberedelse før operasjon og et godt samarbeid mellom helsepersonell og barnet. Kandidatene vurderer denne fagprosedyren som relevant med tanke på at den blir mye brukt på ulike sykehus samtidig som vi ser en overføringsverdi, men den er ikke tilstrekkelig for å dekke det aktuelle temaet denne masteroppgaven tar for seg.

| <i>Tabell 4.</i> Oversikt over sendte mail til ulike sykehus i Norge, Sverige og Danmark. | | |
|--|--|--|
| Land | Sykehus | Svar |
| Norge | St.Olavs hospital | Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0-18 år |
| | Haukeland Universitetssykehus | Ingen respons |
| | Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø | Ingen respons |
| | Ålesund sjukehus | Ingen respons |
| | Sykehuset Østfold, Kalnes | Ingen aktuell prosedyre på temaet |
| | Sørlandet sykehus, Kristiansand | Ingen respons |
| | Stavanger Universitetssykehus | Ingen aktuell prosedyre på temaet |
| | Akershus Universitetssykehus | Ingen aktuell prosedyre på temaet |
| Sverige | Drammen Sykehus | Ingen aktuell prosedyre på temaet |
| | Karolinska Universitetssjukhuset, Solna | Ingen prosedyre |
| Danmark | Centralsjukhuset Karlstad | Ingen prosedyre |
| | Aarhus Universitetshospital | Ingen respons |
| | Alborgs Universitetshospital | Undgå ufrivillig fastholdelse af børn |
| | Odense | Ingen respons |
| | Rigshospitalet | Ingen aktuell prosedyre på temaet |

4.2.1 Kvalitetsvurdering av tidligere kvalitetsarbeid

Tidligere kvalitetsarbeid skal vurderes for å sjekke validiteten på arbeidet som er gjort (Stubberud, 2018, s. 111). Helsedirektoratets “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” anbefaler å vurdere kvaliteten på eksisterende kvalitetsarbeidet med verktøyet AGREE II (Helsedirektoratet, 2012, s. 16-17).

AGREE II er et anerkjent verktøy for å vurdere kvaliteten på faglige retningslinjer og fagprosedyrer (Kunnskapsbasertpraksis, 2018, s. 1). Med AGREE II vurderes kvalitetsarbeidet ut fra seks domener med totalt 23 underspørsmål (Brouwers et al., 2017, s. 0-4; Kunnskapsbasertpraksis, 2018a), som vist i tabell 5.

Tabell 5.

Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre fra kunnskapsbasert praksis (2018a).

| Domener | Kriterier |
|---|---|
| Avgrensning og formål | 1. Fagprosedyrens overordnede mål er klart beskrevet 2. De(t) kliniske (eller organisatoriske) spørsmål i retningslinjen er klart beskrevet 3. Populasjonen (pasienter, brukere, befolkning) retningslinjen omfatter er klart beskrevet |
| Involvering av interessenter | 4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper 5. Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning etc.) er forsøkt inkludert 6. Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert |
| Metodisk nøyaktighet | 7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget 8. Kriterier for utvalgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet 9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet 10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet 11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risiko er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene 12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget 13. Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering 14. Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet |
| Klarhet og presentasjon | 15. Anbefalingene er spesifikke og entydige 16. De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet 17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere |
| Anvendbarhet | 18. Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen er beskrevet 19. Retningslinjen er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis 20. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning 21. Retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering |
| Redaksjonell uavhengighet i instrumentet | 22. Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans 23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer |

4.2.1.1 Kvalitetsvurdering av “Undgå ufrivillig fastholdelse af børn”

Fagprosedyren “Undgå ufrivillig fastholdelse af børn” fra Ålborgs universitetshospital ble vurdert av kandidatene ved bruk av AGREE II. Denne fagprosedyren faller gjennom på de fleste domene, som vist i tabell 6. Totalvurdering er at denne fagprosedyren ikke tilfredsstillende kravene til en kvalitetssikker fagprosedyre. På bakgrunn av denne vurderingen, kan ikke denne fagprosedyren brukes. I og med at kandidatene ikke fant noen tilsvarende fagprosedyrer på temaet, startet kandidatene arbeidet med å utarbeide en egen fagprosedyre.

Tabell 6.

AGREE II-vurdering av “Undgå ufrivillig fastholdelse af børn”

| Domener | Kriterier |
|-------------------------------------|---|
| Avgrensning og formål | 1. Ja 2. Nei 3. Nei |
| Involvering av interessenter | 4. Uklart 5. Uklart 6. Ja |
| Metodisk nøyaktighet | 7. Nei 8. Nei 9. Nei 10. Nei 11. Nei 12. Nei 13. Nei 14. Nei |
| Klarhet og presentasjon | 15. Ja |

| | |
|--|---|
| | 16. Ja 17. Ja |
| Anvendbarhet | 18. Nei 19. Nei 20. Nei 21. Uklart |
| Redaksjonell uavhengighet i instrumentet | 22. Uklart 23. Nei |

4.3 Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikter.

For å sikre tverrfaglig kompetanse og erfaring i utarbeidelsen av en fagprosedyre anbefaler Helsedirektoratet (2012, s. 17) at arbeidsgruppen bør bestå av fagpersoner med relevant klinisk kompetanse, helseadministratorer, personer med metode- og forskningskompetanse samt representanter fra pasientgruppen. Dette ville ideelt sett vært en arbeidsgruppe bestående av erfarne sykepleiere fra barneavdelingen, barnesykepleiere, fagsykepleier, leger og eventuelt bioingeniører. Siden dette er en masteroppgave er det ikke involvert andre faggrupper, og arbeidsgruppen består derfor av to kandidater ved masterstudiet i barnesykepleie.

For å sikre fagprosedyrens troverdighet, objektivitet og faglig uavhengighet, må det oppgis habilitet. Habilitet og redaksjonell uavhengighet innebærer å informere om tilknytninger som kan komme i konflikt med arbeidet. Videre står det at målet med å redegjøre for habilitet er å sikre troverdighet og faglig uavhengighet for fagprosedyren (Helsedirektoratet, 2012, s. 19). Kandidatene har fått 3 uker permisjon med lønn for å jobbe med masteroppgaven. Det har ikke vært en økonomisk vinning utover lønnet permisjon som kan føre til inhabilitet eller innvirkning på den redaksjonelle uavhengigheten i denne masteroppgaven eller de endelige anbefalingene. Kandidatene arbeider heller ikke med andre prosjekter som kan føre til interessekonflikter. Ved videre arbeid med å implementere fagprosedyren, og nedsetting av arbeidsgruppe, må det på nytt tas stilling til habilitet og mulige interessekonflikter.

4.4 Fagprosedyrens målsetting, kvalitetsindikator og målgruppe.

Overordnet målsetting og problemstilling for utarbeidelse av en fagprosedyre må tydelig defineres og beskrives (Helsedirektoratet, 2012, s. 15). Målene skal samsvare med virksomhetens visjon og formål (Konsmo et al., 2015, s. 27). Å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang, er som nevnt tidligere, et satsningsområde i avdeling for barn og ungdom ved Ahus. Fagprosedyrens målsetting er å identifisere og sikre kunnskapsbaserte tiltak for økt kvalitet i utførelsen av sykepleien til barnet, og å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang. Tiltakene skal føre til at barnet opplever den stikkerelaterte prosedyren som mindre traumatisk, som også beskrives i kapittel "Hensikt og omfang" i selve fagprosedyren.

Det anbefales å definere fagprosedyrens kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorer er variabler som gir målbar informasjon innen et område. Hensikten er å kunne evaluere og kvalitetsvurdere bruken av fagprosedyren med disse kvalitetsindikatorerne (Helsedirektoratet, 2012, s. 20). Kvalitetsindikatorer deles inn i strukturindikator, prosessindikator og resultatindikatorer (Helsedirektoratet, 2012, s. 22; Konsmo et al., 2018, s. 26).

Strukturindikatorer sier noe om strukturelle forhold som for eksempel antall sykepleiere, tilgjengelig medisinsk utstyr og kompetanse (Helsedirektoratet, 2012, s. 22; Konsmo et al., 2018, s. 26). Strukturindikatorerne i dette kvalitetsarbeidet vil være sykepleiernes kompetanse i forhold til bruk av tvang mot barn, og deres mulighet til å anvende proaktive tiltak som kan forebygge tvang ved stikkerelaterte prosedyrer. Det er også andre kontekstuelle og strukturelle forhold som påvirker om man får unngått eller redusert bruk av tvang.

Dette kan for eksempel være antall sykepleiere som er på jobb og hvilken tid det er på døgnet. Som nevnt i kapittel 2.2 ses det økt bruk av tvang når det er mindre sykepleiere på jobb (Brenner et al., 2014, s. 1192). Ansvar for noen av de strukturelle endringene og dermed strukturindikatorerne vil ligge på ulike organisatoriske nivåer både inne på sykehus og samfunnet som sådan. For at fagprosedyren skal gjennomføres må også aktuelt medisinsk utstyr som skal brukes være tilgjengelig, som for eksempel Kiwanis dukke, utstyr til avledning og lystgass. Prosessindikatorer er konkrete tiltak som definerer handlingen på helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2012, s. 22; Konsmo et al., 2018, s. 26). Det vil i dette kvalitetsarbeidet være hvorvidt man bruker fagprosedyren i avdelingen.

Resultatindikatorer er utfallsmål som sier noe om resultatet av tiltakene (Helsedirektoratet, 2012, s. 22; Konsmo et al., 2018, s. 26). Resultatindikatorer vil i denne fagprosedyren være å unngå eller redusere bruk av tvang og å forebygge traumatiske opplevelser for barnet under en stikkerelatert prosedyre. Dette kan for eksempel gjøres ved å spørre sykepleieren i avdelingen om bruken av tvang mot barn under stikkerelaterte prosedyrer før og etter implementering av fagprosedyren. På denne måten kan man måle den faktiske bruken av tvang mot barn, og om det har blitt en endring i praksis etter implementering.

Det må komme tydelig frem hvem som utgjør målgruppe for fagprosedyren. Hvilken gruppe helsepersonell som skal benytte prosedyren, og hvilken pasientgruppe den skal rettes mot (Helsedirektoratet, 2012, s. 15). Målgruppen for fagprosedyren er todelt. Målgruppen som skal benytte fagprosedyren i sitt kliniske arbeide er sykepleiere, spesialsykepleiere, sykepleiestudenter og helsefagarbeidere. Mens målgruppen som skal nyte godt av fagprosedyren er barn. Dette er nærmere beskrevet under "Målgruppe" i selve fagprosedyren.

4.5 Kunnskapsgrunnlaget.

En fagprosedyre skal bygge på prinsippene for kunnskapsbasert praksis. Det innebærer bruk av kunnskapskilder som bygger på forsknings-, erfarings- og pasient-/brukerkunnskap (Helsedirektoratet, 2012, s. 10 og 24). Innhenting av dette kunnskapsgrunnlaget er en omfattende del i utviklingen av fagprosedyren (Stubberud, 2018, s. 118). Kunnskapen til denne fagprosedyren innhentes gjennom et systematisk kunnskapssøk for å finne relevant og oppdatert kunnskap. Kunnskapen må omhandle forhold som kan bidra til å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn på somatisk barneavdeling, helsepersonellens egne kunnskaper og erfaringer, samt kunnskap og erfaringer fra pasienter og deres omsorgspersoner.

4.5.1 Forskningskunnskap

For å finne forskningskunnskap er det anbefalt å søke i kunnskapspyramiden også kalt s-pyramiden, se figur 2 (Stubberud, 2018). Forskningskunnskapen utgjør en stor del av kunnskapssøket ved utarbeidelse av fagprosedyren. Denne kunnskapen er all relevant anvendt forskningskunnskap innen fagprosedyrens tema, og innhentes gjennom systematiske og dokumenterte søk. Det er viktig med en tydelig problemstilling og definerte inklusjon- og eksklusjonskriterier (Helsedirektoratet, 2012, s. 24-25; Stubberud, 2018, s. 119), som er nærmere beskrevet i kapittel 4.5.4.1 og 4.5.4.2.

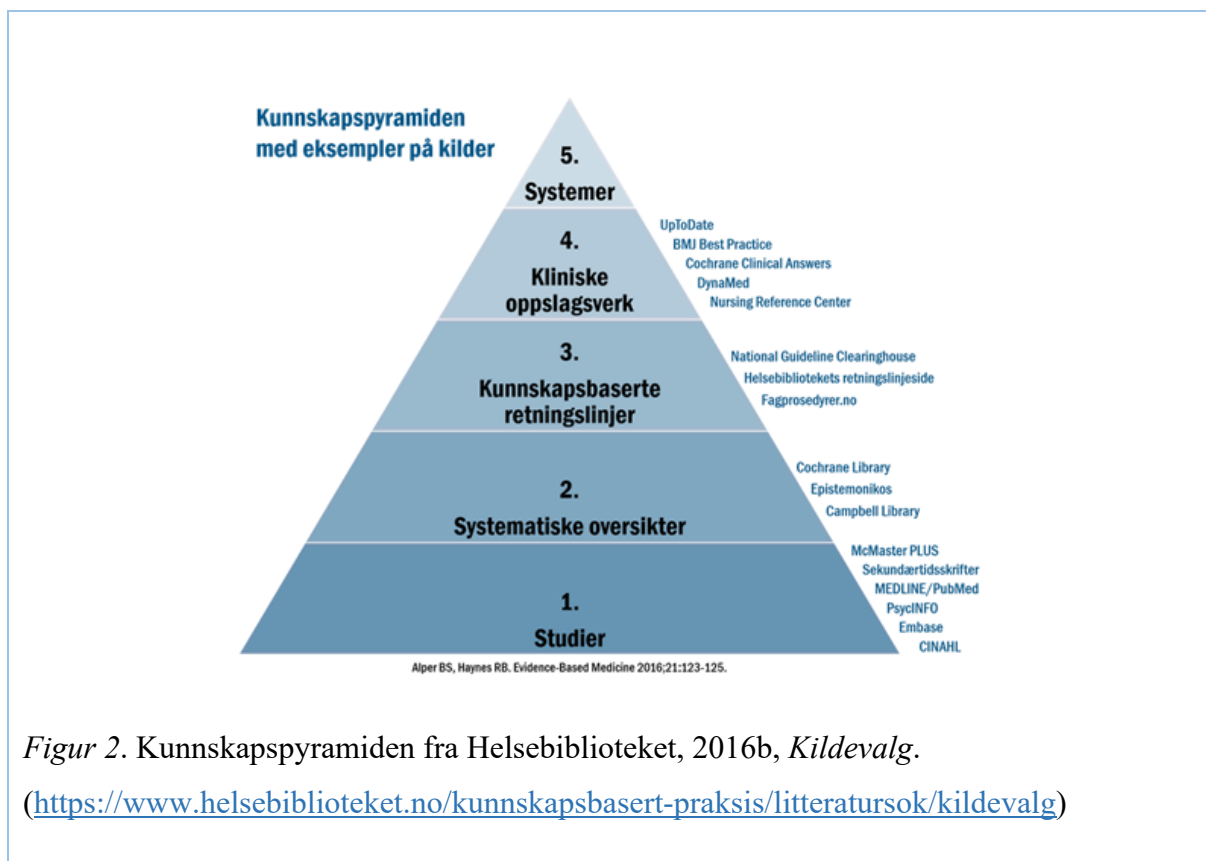
Søkeprosessen startet med å utarbeide et PICO-skjema for å strukturere kunnskapssøket (Helsedirektoratet, 2012, s. 28), knyttet til temaet å redusere bruk av tvang mot barn under prosedyrer på somatisk barneavdeling. PICO-skjema ble utarbeidet på bakgrunn av kandidatens tidligere erfaring om kunnskapssøk på temaet, og med veiledning fra bibliotekar. Deretter ble det søket opp MeSH-termer på norsk og engelsk, som vist i tabell 7. MeSH-termene ble søkt opp fra terminologibasen MeSH på Helsebiblioteket (2016c). MeSH-termer kan bidra til mer presise søk og entydig forståelse av termer (Aasen, 2020). Søkeordene ble kombinert med “or” og “and” som vist i tabell 7.

Tabell 7.

PICO-skjema for søk etter forskningskunnskap om hvordan redusere bruk av fysisk tvang mot barn under prosedyrer

| | P: Person/pasient/problem Barn under skolealder på sykehus | I: Intervensjon/eksponering | C: Sammenlikning | O: Utfall Redusere bruk av tvang |
|-----------|---|---|---|---|
| | Barn | Avledning, lystgass, smertelindring, autonomi, informasjon, forberedelse, prosedyre | - | Tvang |
| OR | Child (MESH) Child, preschool (MESH) Child, hospitalized (MESH) | Distraction Diversion Nitrous oxide (MESH) Analgesia (MESH) Personal Autonomy (MESH) Access to information (MESH) Preparation Anxiety (MESH) Fear (MESH) Stress, psychological (MESH) Pain, procedural (MESH) | Methods (MESH) Critical pathways (MESH) Helping procedure | Restraint, physical (MESH) Coercion (MESH) Holding Immobilization (MESH) Clinical holding |
| | AND | | | |

I utarbeidelsen av en fagprosedyre er man opptatt av å finne mest mulig oppsummert og kvalitetsvurdert forskningskunnskap. Som et hjelpemiddel kan man bruke kunnskapspyramiden som er et hierarki av informasjonskilder for å systematisere søkene. Øverst i pyramiden finner man allerede kvalitetsvurdert og oppsummert forskning, mens nederst finner man enkeltstudier som trenger å bli kvalitetsvurdert (Alper og Haynes, 2016, s. 124; Stubberud, 2018, s. 119-120).



I og med at det øverste trinnet “systemer” per i dag ikke er fullt utviklet, starter søkeprosessen på trinn 4 “Kliniske oppslagsverk” i kunnskapspyramiden (Stubberud, 2018, s. 120). Som vist i tabell 8 fant kandidatene lite kunnskap om fagprosedyrens tema og innhold på de øverste trinnene. Kandidatene måtte derfor gjøre søk lengst ned i pyramiden etter systematiske oversikter og enkeltstudier i ulike helsefaglige databaser, som vist i tabell 8. De ulike databasene ble valgt etter anbefaling fra bibliotekar på Ahus samt i boken “Kvalitet og pasientsikkerhet” (Stubberud, 2018, s. 121-122). Som vist i tabell 8 ga søkene treff på aktuell forskningskunnskap, og flere forskningsartikler ble funnet igjen i flere databaser. Søkene ble gjennomgått ved å lese overskrifter og abstrakter. På bakgrunn av dette ble relevante forskningskunnskap valgt ut for nøyere gjennomlesning. Denne søkeprosessen ble gjort over en periode på ca 4 uker, fra 31.01.20 til 26.02.20. Det ble også gjort et oppdatert søk før innlevering 20.10.20. Hensikten var å se om det har kommet oppdatert eller ny kunnskap på fagprosedyrens tema og innhold. Det ble ikke funnet noen flere relevante funn.

I søkeprosessen ble det søkt med ulike kombinasjoner av PICO-skjema, tabell 7. I trinn 4 og 5 i kunnskapspyramiden ble det søkt med ordene i P, I og O, ofte ble det bare søkt med enkelt ord. Det ble brukt norske søkeord der det var aktuelt. Først ble kolonnene nedover i PICO-skjema søkt sammen med “or”. Deretter ble det gjort søk med “and” i disse kombinasjonene, PO, PIO, IO, PCO, PI, CO, PICO, PIC. De kombinasjonene som ga flest treff var OP og IP. I

Medline og Cinahl ga kombinasjonen PI for mange treff alene til å se igjennom. I Cochrane ga kombinasjonene PI, PIC og CO for store treff alene på studier. Alle kombinasjonene ble avgrenset på slutten av søket til “child preschool 2-5 years”, “child 6-12 years”, publiserings dato “last 10 years” og språk til “Danish, English, Norwegian, Swedish”. Denne avgrensingen ble kun gjort ved søk i trinn 1 og 2 i kunnskapspyramiden. Det totale samlede søketreffet i de ulike databasene blir oppgitt tabell 8.

Tabell 8.

Systematisk søk i kunnskapspyramiden etter forskningskunnskap om hvordan unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under prosedyrer

| Kunnskapspyramiden | Databaser | Totalt antall treff | Relevante funn | |
|---|--|-------------------------------------|---|---|
| 5. Systemer | - | - | - | |
| 4. Kliniske oppslagsverk | UpToDate via helsebiblioteket | - | Cravero & Roback (2020) | |
| | BMJ Best practice via helsebiblioteket | - | Ingen relevante funn | |
| | Cochrane Clinical Answers | 4 | Ingen relevante funn | |
| | DynaMed | - | Dunn (2020) | |
| | Norsk elektronisk legehåndbok | - | Ingen relevante funn | |
| | Nursing reference center | 34 | Ingen relevante funn | |
| 3. Kunnskapsbaserte retningslinjer | Kunnskapsbaserte fagprosedyrer via helsebiblioteket | - | Ingen relevante funn | |
| | Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp fra Helsedirektoratet | - | Ingen relevante funn | |
| | NICE Guidance UK | - | Ingen relevante funn | |
| | Helsebibliotekets retningslinjer og veiledere | | - | Høivik, Mostad, Brudvik, Einen & Ødegård (2020) |
| | | | - | Høivik, Mostad, Einen & Ødegård (2020) |
| | | | - | Norsk barnelegeforening (2011) |
| | | | - | Norsk barnelegeforening (2014) |
| | | | - | Smeland (2020) |
| | | - | Robstad & Kaspersen (2020) | |
| | Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer (SE) | - | Ingen relevante funn | |
| | Sundhedsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer | - | Ingen relevante funn | |
| Center for kliniske retningslinjer (DK) | - | Landkildehus, Lind & Jensen, (2014) | | |
| Guidelines International Network G-I-N | - | Ingen relevante funn | | |
| Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer publisert i tidsskrifter: Medline CINAHL | | | Ingen relevante funn | |
| 2. Systematiske oversikter | Epistimonikos | 502 | Birnie, Noel, Chambers, Uman, & Parker (2018) | |
| | | | Pedersen, Bayat, Steen, & Jacobsson, (2013) | |

| | | | | |
|---|---|------|--|---|
| | | | Raicine, Pillai Riddell, Khan, Calic, Taddio & Tablon (2015) | |
| | | | Shah, Taddio, McMurtry, Halperin, Noel, Pillai Riddell & Chambers (2015). | |
| | | | Wente (2013) | |
| | The cochrane Library | 806 | Birnie, Noel, Chambers, Uman, & Parker (2018) | |
| | | | Raicine, Pillai Riddell, Khan, Calic, Taddio & Tablon (2015) | |
| | Folkehelseinstituttet – rapporter og trykksaker | 158 | Ingen relevante funn | |
| | Medline (Ovid) | 362 | Shah, Taddio, McMurtry, Halperin, Noel, Pillai Riddell & Chambers (2015). | |
| | | | Birnie, Noel, Chambers, Uman, & Parker (2018) | |
| | | | Pedersen, Bayat, Steen, & Jacobsson, (2013) | |
| | Cinahl | 458 | Bray, Snodin & Carter (2015) | |
| | | | Wente (2013) | |
| 1. Studier | Medline (Ovid) | 1237 | Ballard, Le May, Khadra, Fiola, Charette, Charest, Gagnon, Bailey, Villeneuve & Tsimicalis (2017). | |
| | | | Coyne & Scott (2014) | |
| | | | Koller & Goldman (2012) | |
| | | | Shave, Ali, Scott & Hartling (2018) | |
| | | | Svendsen, Moen, Pedersen, & Bjørk (2015a) | |
| | | | | Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk (2017) |
| | Cinahl | 1630 | Coyne & Scott (2014) | |
| | | | Kangasniemi, Papinaho & Korhonen, (2014) | |
| | | | Karlsson, Rydström, Enskär & Dalheim Englund (2014) | |
| | | | Sundal & Lykkeslet (2019) | |
| Svendsen, Moen, Pedersen, & Bjørk (2015a) | | | | |
| | | | Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk (2017) | |
| | | | Svendsen, Moen, Pedersen, & Bjørk (2018) | |
| | The Cochrane Library | 1881 | Ingen relevante funn | |

I tillegg ble noen artikler funnet ved håndsøk underveis i arbeidsprosessen, som vist i tabell 9. Med håndsøk mener kandidatene forskningskunnskap som er funnet utenom kunnskapssøket. Denne forskningskunnskapen ble funnet fra litteraturlister, noen forskningsartikler har kandidatene blitt tipset om og noe har kandidatene samlet opp gjennom videreutdanning i barnesykepleien. På bakgrunn av det totale funnet etter kunnskapslitteratur valgte kandidatene å ikke søke i flere databaser.

Tabell 9.

Relevante funnet ved håndsøk

| | |
|----------------|--|
| Håndsøk | Barneombudet (2011) |
| | Bray, Appleton & Sharpe (2019) |
| | Campbell, DiLorenzo, Atkinson & Pillai Riddell (2017). |
| | Tjelle, Pike, Hafstad, Bidonde, Harboe, & Juvet (2018) |
| | Norsk legemiddelhåndbok (2017) |
| | Norsk legemiddelhåndbok (2018) |
| | Royal collage of nursing. (2019) |
| | Salmela, Salanterä, & Aronen (2010) |
| | Salmela, Aronen & Salanterä (2010) |
| | Svendsen & Bjørk (2014) |
| | Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk (2015b). |
| | Söderbäck (2012) |

4.5.2 Erfaringskunnskap

Erfaringskunnskap for en sykepleier er kunnskap som tilegnes gjennom å praktisere sykepleiefaget, og er sykepleierens egne erfaringer. Denne erfaringen har en viktig betydning i behandlingsavgjørelser (Stubberud, 2018, s. 24). Barnesykepleierens kompetanse, erfaringer og observasjoner bør identifiseres og anerkjennes når en fagprosedyre skal utarbeides (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Kandidatens kunnskap om problemstillingen er basert på erfaringen vi har fått som sykepleiere på barneavdeling, videreutdanning i barnesykepleie og som barnesykepleiere. Erfaringene har gjort oss oppmerksom på at oppfattelsen og bruk av tvang praktiseres forskjellig på tvers av barneavdelinger, sykehus og fra helsepersonell til helsepersonell. På bakgrunn av dette ser kandidatene behovet for å utvikle barnesykepleiefaget ved å forbedre og standardisere bruken av fysisk tvang i praksis. Erfaring fra praksis underbygger behovet for en standardisert kunnskapsbasert fagprosedyre grunnet faglig uenighet på temaet (Helsedirektoratet, 2012, s.15).

4.5.3 Pasientkunnskap

I fagprosedyren vil pasientkunnskap være både barnet og omsorgspersonenes kunnskap og erfaringer, siden barnesykepleieren arbeider familiesentret (BSF, 2017, s. 4.). Et barn har rett til medvirkning fra de er modne nok til å danne seg en egen oppfatning, og senest fra syv års alder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samtidig blir ofte barnets medvirkning overprøvd av de voksne (Bray et al., 2015, s. 163; Coyne, 2011, s. 135). Forskning på barn er regulert av strengt lovverk (Grindheim & Håpoldøy, 2014), dette bekreftes også av forskning hvilket kan medføre at det er mindre forskning direkte på barns opplevelser (Bray et al., 2015, s. 162; Svendsen et al., 2015b, s. 2).

Regjeringen ønsker å utvikle “pasientens helsetjeneste” som er en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, hvor pasienten skal være en aktiv deltaker og pasientkunnskap skal vektlegges mer likeverdig med fagkunnskap (Meld. St.7 (2019-2020), s.7-8 og 18-20; Meld. St. 9 (2019-2020), s. 37; Meld. St. 10 (2012-2013), s. 8-13 og 47-54; Meld. St. 11 (2015-2016), s. 28-29). Det er flere muligheter for å innhente pasientkunnskap, deriblant i publisert litteratur og forskning, eller kontakt med pasientorganisasjoner. Å benytte forskjellige tilnærminger til et barn kan være nødvendig for å sikre god pasientmedvirkning (Helsedirektoratet, 2012, s. 24-25). Pasientmedvirkning innebærer at pasientens behov settes i sentrum, og at pasienten sikres aktiv deltagelse og medvirkning i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012, s. 24).

Helsebiblioteket (2018) anbefaler å søke etter pasientkunnskap i pasientorganisasjoner. Det ble søkt i ulike barnerelevante-pasientorganisasjoners nettsider. Det var ingen funn av relevans

for fagprosedyren. Ved utarbeidelse av fagprosedyren bør den sendes på bred høring i fagmiljøet og blant brukere, som blant annet til ungdomsrådet på Ahus. Dette er ikke aktuelt nå, i og med at dette er et eksamensarbeid.

4.5.4 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å vurdere og karakterisere om kilden er sann (Dalland, 2017, s. 158), og å vurdere kildens relevans og troverdighet. I tråd med anbefalingene fra Dalland ble flere aspekter vurdert. Kunnskapen til masteroppgaven ble vurdert ut ifra faglig relevans, hvorvidt de var tilstrekkelig oppdaterte, og holdt mål i forhold til et voksende fagfelt (Dalland, 2017, s. 158). I tillegg ble enkelt studiene og en systematisk oversikt som er brukt i forslaget til fagprosedyren kritisk vurdert etter sjekklister fra Kunnskapsbasert praksis (2018b; 2020), som vist i tabell 10, 11, 12, 13 og 14.

Hvis man skal vurdere hvilken evidens fagprosedyren bygger på, mener kandidatene at ikke alle anbefalingene har sterk evidens. Bakgrunnen for dette er at flere av anbefalingene kommer fra enkelt studier og det er derfor lite metaanalyse på disse anbefalingene. Samtidig er det, som nevnt i kapittel 4.5.3, lite forskning på temaet. Kandidatene mener allikevel at anbefalingene er relevante og bygger på gode kunnskapsbaserte erfaringer. Helsedirektorater (2012, s. 28-32) anbefaler bruk av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [GRADE] for å vurdere styrken på anbefalingene i fagprosedyren. Styrken på anbefalingene graderes for å kunne si noe om i hvilken grad man kan stole på at det gjør mer nytte enn skade å følge anbefalingene. GRADE vurderer tiltak basert på randomiserte kontroll studer til å ha høy kvalitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 28-29). Ut ifra GRADE-systemet vil derfor tiltakene i fagprosedyren ha svak anbefaling, siden det ikke ligger randomiserte kontrollerte studer til grunn. GRADE-systemet er komplisert (Stubberud, 2018, s. 125), og det anbefales å få en innføring, råd og veiledning i bruken av GRADE fra kyndige personer som kan systemet (Helsedirektoratet, 2012, s. 28). Det ikke brukt GRADE-systemet siden dette er et eksamensarbeid og fordi kandidatene ikke har kompetanse til å bruke dette systemet.

Det er ikke brukt den nyeste utgaven av Dalland (2017) fra 2020, men kandidatene har konkludert med at det mest sannsynlig ikke vil være store endringer mellom utgavene som vil ha betydning for masteroppgaven.

4.5.4.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene har bidratt til å strukturere kunnskapssøket, og å velge ut forskningskunnskap. Kunnskapen som inkluderes må ha relevante anbefalinger for å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn på sykehus. Funnene må også være overførbare til

norsk helsevesen. Barn opp til skolealder er et annet inklusjonskriterium, og et siste kriterium er at forskningskunnskapen er skrevet enten på engelsk eller et skandinavisk språk. På bakgrunn av dette velges intervensjoner som er gjennomførbare på kandidatens arbeidsplass som bruk av informasjon, forberedelse, medikamentell smertelindring, avledning og sedering.

Etter søkeprosessen satt kandidatene igjen med totalt 88 relevante funn. Funnene ble fordelt mellom kandidatene for så å bli lest og vurdert av den enkelte. I denne prosessen bistod en kollega som på dette tidspunkt var en kandidat på dette masterarbeidet.

Forskningskunnskapen ble delt inn i fargekoder med fargen grønn, gul og rød på bakgrunn av oppgavens inklusjonskriterier. Forskningskunnskapen i kategori grønn er relevante for fagprosedyren, de i kategori gul var kandidatene litt usikre på, og de i kategori rød var ikke relevante for fagprosedyren. Etter denne prosessen ble det holdt tre konsensumøter hvor funnene fra de ulike fargekategoriene ble diskutert og vurdert på ny. Alle konsensumøtene ble holdt via videooverføring. Før det aktuelle møte leste alle deltagerne forskningskunnskapen i den aktuelle fargekategorien. Etter denne prosessen ble 25 av funnene inkludert i fagprosedyren. I tillegg ble 12 funn fra håndsøk inkludert, som vist i tabell 9. Sluttresultatet er at 37 funn inkluderes og danner grunnlaget for fagprosedyren i dette masterarbeidet.

Som vist i tabell 8, inkluderes to funn fra kliniske oppslagsverk. Både Cravero & Roback (2020) og Dunn (2020) har anbefalinger om sedering av barn i forbindelse med prosedyrer. Fra kunnskapsbaserte retningslinjer inkluderes syv funn. Av disse hadde Høivik, Mostad, Brudvik et al. (2020), Norsk barnelegeforening (2014), Smeland (2020) og Landkildehus, Lind & Jensen (2014) relevante anbefalinger innen medikamentell smertelindring. Robstad & Kaspersen (2020) hadde relevante anbefalinger på ikke-medikamentelle tiltak, mens Høivik, Mostad, Einen et al. (2020) og Norsk barnelegeforening (2011) hadde også relevante anbefalinger om sedering på barn ved prosedyrer. Det inkluderes åtte systematiske oversikter. Både Birnie et al. (2018), Raicine et al. (2015) og Wentz (2013) har oppsummert forskning om smertelindring. De har relevante anbefalinger på ikke-medikamentell smertelindring og hvorfor smertelindring er viktig ved smertefulle prosedyrer. Shah et al. (2015) har relevante anbefalinger på hvordan man informerer og forbereder barnet til en prosedyre. Pedersen et al. (2013) har relevante anbefalinger på bruk av lystgass ved mindre prosedyrer på barn. Bray et al. (2015) oppsummerer forskning på det etiske perspektivet når barn blir holdt i forbindelse med prosedyrer, og har relevante anbefalinger på dette. Mens Campbell et al. (2017) har anbefalinger på hva som kan bidra til at barnet skal mestre den stikkerelaterte prosedyren. Studien til Koller og Goldman (2012) vurderer kandidatene til å være en systematisk oversikt.

Denne forkningsartikkelen er funnet i søket etter enkeltstudier, på bakgrunn av det velger kandidatene å kvalitetsvurdere den som vist i tabell 14. Alle enkeltstudiene er, som nevnt i kapittel 4.5.4, vurdert etter sjekklister ut ifra metoden som er brukt som vist nedenfor i tabell 10, 11, 12 og 13. Her er også deres relevans for fagprosedyren beskrevet.

I tillegg ble det funnet en metodevurdering på FHI fra Tjelle et al. (2018) som blant annet har undersøkt den kliniske effekten av lystgass ved sedering av barn under mindre og smertefulle prosedyrer. Det er også valgt å ta med en retningslinje utarbeidet av Royal Collage of Nursing (2019). Dette er en kilde som er mye brukt i forskningslitteratur om temaet tvang mot barn, bare i eldre versjoner. Den har flere nyttige anbefalinger. Kandidatene vurderer denne kilden som relevant og nyttig, samtidig som den er troverdig. Det er også valgt å ta med en fagartikkel fra Coyne & Scott (2013) den har relevante anbefalinger om når det er nødvendig å bruke tvang på barn, siden det ikke finnes så mye forskning på akkurat dette. Kandidatene har vurdert at dette er en troverdig kilde.

Det er også inkludert en pilotstudie fra Ballard et al. (2017) som måler om det er mulig, nyttig og effektiv å sette i gang en større studie. Denne studien kommer med relevante anbefalinger på ulike avledningsmetoder. Kandidatene har ikke kvalitetsvurdert denne studien med en sjekkliste grunnet at det ikke er funnet en passende sjekkliste. Studien er vurdert av kandidatene som troverdig, og inkluderes på bakgrunn av relevante anbefalinger på ulike former for avledning.

Tabell 10.

Kvalitetsvurdering av inkluderte kvalitative studier utført etter kunnskapsbasert praksis (2020) sin sjekkliste.

| | Bray, Appleton & Sharpe (2019) | Kangasniemi, Papinaho & Korhonen, (2014) | Karlsson, Rydström, Enskär & Dalheim Englund (2014) |
|--|---|---|--|
| Er formålet med studien klart formulert? | Ja | Ja | Ja |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | Ja | Ja | Ja |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | Nei | Nei | Ja |
| Er etiske forhold vurdert? | Ja | Ja | Ja |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | Ja | Ja | Ja |
| Er funnene klart presentert? | Ja | Ja | Ja |
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | Forskning om barnets opplevelse og hva de | Ser på sykepleierens oppfattelse av | Finner flere strategier for å redusere bruk av |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| | synes er viktig å informere om før en prosedyre på sykehus | definisjonen på tvang. Diskuterer etiske aspekter og barns rettigheter | tvang fra et sykepleiers perspektiv |
|--|--|--|-------------------------------------|

Tabell 11.

Kvalitetsvurdering av inkluderte kvalitative studier utført etter kunnskapsbasert praksis (2020) sin sjekkliste.

| | Salmela, Aronen & Salanterä (2010) | Salmela, Salanterä, & Aronen (2010) | Shave, Ali, Scott & Hartling (2018) |
|---|---|---|---|
| Er formålet med studien klart formulert? | Uklart | Ja | Ja |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | Ja | Ja | Ja |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | Nei | Ja | Nei |
| Er etiske forhold vurdert? | Ja | Ja | Ja |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | Ja | Ja | Ja |
| Er funnene klart presentert? | Ja | Ja | Ja |
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | Ser på hva barn frykter når de er på sykehus. Finner at sykehusopphold kan være en traumatisk opplevelse. | Ser på barns mestringsstrategier på sykehus, finner tiltak som bidrar til å styrke deres mestring | Ser på omsorgspersonene til barn på 3-12 år behov for informasjon. Studien finner at de ønsker detaljert informasjon, at informasjonene må tilpasses barnet og at de ønsker informasjon om hvordan de kan bidra til å redusere barnets prosedyrerelaterte smerte. |

Tabell 12.

Kvalitetsvurdering av inkluderte kvalitative studier utført etter kunnskapsbasert praksis (2020) sin sjekkliste.

| | Söderbäck (2012) | Sundal & Lykkeslet (2019) | Svensen & Bjørk (2014) |
|---|------------------|---------------------------|------------------------|
| Er formålet med studien klart formulert? | Ja | Ja | Ja |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | Ja | Ja | Ja |
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | Ja | Ja | Ja |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | Nei | Nei | Ja |
| Er etiske forhold vurdert? | Ja | Ja | Ja |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | Ja | Ja | Ja |
| Er funnene klart presentert? | Ja | Ja | Ja |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | Studien viser at barn har ulike måter å motsette seg og mestre prosedyren, og at sykepleiere og foreldre har stor innflytelse på barnets deltagelse. Videre at sykepleierens oppmerksomhet, respons og sensitivitet ovenfor barnet kan hjelpe barnet gjennomprosedyren. | Studien ser på samarbeidet mellom sykepleier og foreldre når barnet gjennomgår en prosedyre. | Finner kunnskap om alternative strategier for å redusere bruk av tvang, spesielt viktigheten av et godt samarbeid |
|---|---|--|---|

Tabell 13.

Kvalitetsvurdering av inkluderte kvalitative studier utført etter kunnskapsbasert praksis (2020) sin sjekkliste.

| | Svendsen, Moen, Pedersen, & Bjørk (2015a) | Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk (2015b) | Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk (2017) | Svendsen, Moen, Pedersen, & Bjørk (2018) |
|--|---|--|--|--|
| Er formålet med studien klart formulert? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | Ja | Nei | Uklart | Nei |
| Er etiske forhold vurdert? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Er funnene klart presentert? | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | Ser på interaksjonen mellom omsorgspersonene og sykepleier når barnet motsetter seg innleggelse av perifer venekanyle. Finner at det kan være utfordrende og uforutsigbart når man kan risikere å miste omsorgspersonenes samarbeid under prosedyren. | Finner kunnskap ulike uttrykksmetoder barn viser når de motsetter seg ved innleggelse av perifer venekanyle. | Studien finner svært ulike oppfatninger og forståelse av hva tvang er blant helsepersonell, samt helsepersonellens refleksjoner over hvorvidt man trenger/bør/kan/skal redusere bruk av tvang. | Ser på hvordan foreldrene opplever innleggelse av perifervene kanyle på barnet sitt. Studien konkluderer med at det viktig med en barnevennlig tilnærming og at prosedyren bør være godt planlagt. |

Tabell 14.

Kvalitetsvurdering av en inkluderte systematisk oversikt utført etter kunnskapsbasert praksis (2018b) sin sjekkliste.

| | Koller & Goldman (2012) |
|---|--|
| Er formålet med oversikten klart formulert? | Ja |
| Søkte forfatterne etter relevante typer studier? | Ja |
| Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet? | Uklart |
| Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert? | Ja |
| Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig? | Inkluderte studier er ikke slått sammen |
| Hva er resultatene? | Sammenlikner ulike former for aktiv og passiv avledning. Resultatene viser at avledning bidrar til mestring. Og at det ikke er forskjell mellom aktiv og passiv avledning, men at barnet selv må få velge. |
| Hvor presise er resultatene? | Uklart |
| Kan resultatene overføres til praksis? | Ja |
| Ble alle viktige utfallsmål vurdert? | Ja |
| Veier fordelene opp for ulemper og kostnader? | Ja |

4.5.4.2 Eksklusjonskriterier

For å begrense størrelse på søkene har kandidatene satt noen eksklusjonskriterier. Det ene eksklusjonskriteriet er forskningskunnskap eldre enn ti år. Grunnet for dette er at det har vært flere endringer i definisjoner og holdninger til tvang de siste årene. Denne begrensingen kan innebære at man har gått glipp av relevant litteratur. Basert på funnene tror ikke kandidatene at det er gått glipp av relevant litteratur. Andre eksklusjonskriterier var forskningskunnskap som omhandlet barn i psykiatrisk behandling, tannbehandling, på helsestasjon og legekantor for å finne mest mulig overførbar forskning til somatiske barneavdelinger. I tillegg ble artikler som kun omhandler spedbarn, eldre barn over skolealder og ungdom ekskludert fra søkeprosessen.

Av de artiklene kandidatene hadde med til gjennomgang etter søkeprosessen ble totalt 63 funn ekskludert på bakgrunn av de tre konsensusmøtene. Noen av funnene ble ekskludert på bakgrunn av at kandidatene vurderte de til å ha for dårlig kvalitet, noen inneholdt ikke relevante tiltak for å unngå eller redusere bruk av tvang på barn og noen handlet kun om pre- og postoperativ sykepleie, behandling av brannskader og kreftpasienter. I tillegg ble en artikkel ekskludert fordi den allerede var inkludert i den systematiske oversikten til Pedersen et al. (2013).

5.0 UTFORMING AV ANBEFALINGENE TIL FAGPROSEDYREN

I dette kapitlet drøftes utformingen av anbefalingene til fagprosedyren, som er valgt ut på bakgrunn av kunnskapssøket som tidligere beskrevet. Utformingen av anbefalingene er et av trinnene i fase 2. *planlegge* i “Modell for kvalitetsforbedring” (Konsmo et.al., 2015, s. 25-30) og trinn 7. i “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” (Helsedirektoratet, 2012).

En fagprosedyre kan struktureres på forskjellige måter. Her er det valgt å bruke samme struktur som Ahus sin mal for fagprosedyrer som vist i tabell 15.

Tabell 15.

Ahus sin mal for fagprosedyrer

- Tittel
- Dokumentadministrator
- Godkjent av
- Gyldig fra
- Revisjonsfrist
- Revisjon
- Målgruppe
- Hensikt og omfang
- Arbeidsbeskrivelse
- Grunnlagsdokumenter
- Mer informasjon

Utformingen av anbefalingene blir i det følgende kapitlet drøftet i samme rekkefølge som de blir presentert i fagprosedyren i kapittel 6.

5.1 Målgruppe.

Helsedirektoratet, (2012, s. 15) anbefaler, som nevnt i kapittel 4.4, at målgruppen for hvem som skal bruke fagprosedyren og hvem fagprosedyren skal gjelde for kommer tydelig frem. Fagprosedyrens målgruppe er derfor beskrevet i selve fagprosedyren.

5.2 Hensikt og omfang.

Under overskriften «Hensikt og omfang» i kapittel 6.0 har kandidatene valgt å beskrive målet med fagprosedyren. I følge Helsedirektoratet (2012) bør fagprosedyrens målsetting komme tydelig frem. Fagprosedyrens målsetting er redegjort i kapittel 4.4.

5.3 Arbeidsbeskrivelse.

Det å redusere eller unngå bruk av tvang mot barn under stikkerrelaterte prosedyrer handler om tiltak som bidrar til å skape tillitt, redusere stress, angst, smerte og redselen for det ukjente (Svendsen & Bjørk 2014, s. 25; Birnie et al., s. 30; Cravero & Roback, 2020), for å gi barnet

kontroll i situasjonen. Forskning viser primært til ikke-medikamentelle (Birnie et al. 2018; Svendsen & Bjørk, 2014; Wentse, 2013, s. 149) og medikamentelle tiltak (Svendsen & Bjørk, 2014, s. 19; Wentse, 2013, s. 149). Svendsen & Bjørk (2014, s. 26) konkluderer med at det er viktig å ta i bruk flere forskjellige tiltak for at det individuelle barnet skal bli gitt de beste mulighetene for å gjennomføre prosedyren med minst mulig tvang eller i bestefall uten bruk av tvang.

Forslag til overordnede anbefalinger i fagprosedyren ble derfor:

1. Informasjon og forberedelse av barnet før en stikkerelatert prosedyre
2. Smertelindring
3. Seding
4. Unngå eller tilstrebe minst mulig bruk av makt og tvang

5.3.1 Informasjon og forberedelse av barnet før en stikkerelatert prosedyre

Forskning viser at barn har et stort behov for informasjon før en prosedyre. Gjennom informasjon og forberedelse kan barnet bygge seg opp en forståelse av hva som skal skje under prosedyren, hvordan prosedyren kan oppleves og strategier som hjelper dem med å mestre situasjonen (Bray et al., 2019, s. 741; Svendsen & Bjørk, 2014, s. 22-25). Informasjon og forberedelse kan også bidra til å redusere barnets smerte, stress, redsel og angst (Birnie et al., 2018, s. 30; Karlsson et al., 2014, s. 5; Cravero & Roback, 2020). Dette kan igjen bidra til å unngå eller redusere tvangsbruken ved at barnet ikke motsetter seg prosedyren på grunn av redselen for det ukjente (Svendsen et al., 2015b, s. 4-8). På bakgrunn av pasientmålgruppens aldersspenn mener kandidatene det er avgjørende at sykepleier tilpasser tidspunkt for å gi informasjon. Mottakeligheten for informasjon vil påvirkes fordi barn har ulike alder, utviklingsnivå og tidligere erfaringer (Sjøbjerg, 2019, s. 128). Det er også lovpålagt i Pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) om å informere etter barnets individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Shave et al. (2018, s. 5) beskriver fem tiltak som bør være med for å involvere barnet i behandlingen: Behandle barnet slik at de forstår, forsikre seg om at barnet vet hva som skal skje, beskrive prosedyren med et alderstilpasset språk slik at det er gjenkjennbart for barnet, gi barnet tid til å bearbeide informasjonen og involvere barnet i prosedyren. Anbefalingsgrunnlaget videre i kapittelet vil ta utgangspunkt fra disse fem punktene.

5.3.1.1 Etabler et godt samarbeid med barnet og omsorgspersonene

Det anbefales å etablere en god relasjon for å oppnå et godt samarbeid med barnet og omsorgspersonene for å unngå eller redusere bruk av tvang (Karlsson et al., 2014, s. 4-5;

Sundal & Lykkeslet, 2019, s. 176-179; Svendsen & Bjørk, 2014, s. 22-26; Svendsen et al., 2015a, s. 624; Svendsen et al., 2017, s. 6). Samarbeid handler om relasjonsbygging til hverandre for å skape tillitt, og inngår allerede fra barnets første møte med sykehuset. For å danne en god relasjon må sykepleieren ha evne til å vise empati, respekt, engasjement, og å formidle trygget til barnet og deres omsorgspersoner (Sundal & Lykkeslet, 2019, s. 176-179). I studien til Svendsen & Bjørk (2014, s. 22) kommer det frem gjennom intervjuer med sykepleiere at samarbeid mellom barnet og sykepleier er det viktigste målet ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak, og kan være avgjørende under smertefulle prosedyrer. Sundal & Lykkeslet (2019, s. 176-179) og Svendsen & Bjørk (2014, s. 22-26) finner i sine studier at et godt samarbeid er essensielt for å sikre barnets villighet til å gjennomføre prosedyren med minst mulig motstand og protest. Et godt samarbeid representerer det motsatte av tvang (Svendsen & Bjørk, 2014, s. 26). En god relasjon mellom barnet og sykepleier er derfor viktig for et godt samarbeid, og vil kunne påvirke behandlingen og sykehusoppholdet videre (Svendsen & Bjørk, 2014, s.26; Karlsson et al., 2014, s. 5).

Det kan være utfordrende å vinne barnets tillit ved en prosedyre (Söderbäck, 2012, s. 645). Barnet må bli møtt med en positiv og leken atmosfære mellom sykepleiere, barnet og omsorgspersonene for å bidra til en mindre negativ og skremmende opplevelse (Svendsen & Bjørk 2014, s. 23). Bruk av humor kan styrke barnets opplevelse av mestring (Campbell et al., 2017, s. 615). Svendsen, Moen et al. (2018, s. 48) finner i sin studie at omsorgspersonene forventer et barnevennlig møte og at man tar seg tid, blir kjent med barnet og deres individuelle behov. Ved å etablere en god relasjon må sykepleien sette av tilstrekkelig tid til informasjon og forberedelse for å vinne barnets interesse og engasjement i en ukjent situasjon (Svendsen & Bjørk, 2014, s. 23; Svendsen et al., 2017, s. 6; Söderbäck, 2012, s. 644).

5.3.1.2 Tilrettelegg så barnet kan forstå hva som skal skje

Det anbefales å tilrettelegge så barnet kan forstå hva som skal skje (Bray et al., 2019, s. 741; Norsk barnelegeforening, 2014; Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14; Shave et al., 2018, s. 5; Söderbäck, 2012, s. 640). Å ikke vite hva som skal skje kan føre til at barnet opplever redsel for det ukjente og kan motsette seg prosedyren slik at gjennomføringen blir vanskeligere (Karlsson et al., 2014, s. 5). Sykepleierens kompetanse, barnets alder og erfaringer spiller derfor en viktig rolle for hvordan sykepleieren velger å ordlegge seg (Karlsson et al., 2014, s. 5).

Svendsen et al. (2017, s.6) beskriver at å informere og forberede barnet er en balansegang mellom å ikke bekymre barnet om følelsen av smerte, samtidig ikke undervurdere den. I studien til Svendsen & Bjørk (2014, s. 22) kommer det frem at barnets forventning om smerte

og deres nivå av stress påvirker barnets evne til å samarbeide. På bakgrunn av dette bør ikke prosedyren inneholde overraskelser for barnet, fordi uforberedt smerte kan oppleves verre enn om man er forberedt, og som et resultat kan barnet miste tilliten til helsepersonellet (Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14; Norsk barnelegeforening, 2014). Barn er aktive kunnskapsbyggere, og har behov for å forstå hvordan prosedyren skal gjennomføres, hvordan prosedyren kan oppleves og strategier som kan hjelpe dem med å mestre situasjonen (Bray et al., 2019, s. 741).

Bruk et alderstilpasset språk (Karlsson et al., 2014, s. 5; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Bruk et enkelt og beroligende språk og unngå ord som assosierer med redsel, for eksempel at prosedyren “ikke er farlig”. Ved stikkerelaterte prosedyrer kan man for eksempel si “noen barn føler ett trykk, noen føler at det gjør litt vondt, men det forsvinner fort” (Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14). Bruk metaforer barnet og omsorgspersonene kjenner igjen for å beskrive prosedyren (Karlsson et al., 2014, s. 5). Barnet har også ofte behov for detaljert informasjon om for eksempel hvor lang tid prosedyren vil ta, hvordan rommet ser ut og fargene på klærne til personalet (Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14; Bray et al., 2019, s. 739-742).

Barn er forskjellige med tanke på hvilket behov de har for informasjon der noen er mer nysgjerrige enn andre (Bray et al., 2019, s. 740-742). Det kommer frem i studien til Karlsson et al. (2014, s. 4) at engstelige barn fikk mindre informasjon enn de som var åpne og nysgjerrige. Sykepleieren må identifisere og vurdere det enkelte barnets behov for informasjon (Bray et al., 2019, s. 741-742; Karlsson et al., 2014, s. 4), og samtidig ta med i vurderingen at barnet kan være preget av omstendighetene (Bray et al., 2019, s. 741-742).

Ifølge Barneombudet (2011) ønsker barn informasjon direkte fra fagpersonene i en form som barnet forstår og at informasjonen skal være ærlig, men ikke skremmende. I en studie fra Bray et al. (2019, s. 740-742) blir barn intervjuet om deres behov for informasjon hvor de påpeker nettopp viktigheten av at sykepleier skal gi ærlig informasjon. Barna ønsker å vite hva som skal skje, om det gjør vondt og hva de kan gjøre for å mestre situasjonen. Dette ses som viktige for å bidra til å redusere redselen for det ukjente, som Svendsen et al. (2015b, s. 4-8) beskriver som et tiltak for å bidra til redusert tvangsbruk.

5.3.1.3 Involver barnet i prosedyren

Det anbefales å involvere barnet i prosedyren (Birnie et al., 2018, s. 30; Bray et al., 2019, s. 739-742; Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14; Shave et al., 2018, s. 5; Söderbäck, 2012, s. 640-

644). Det å involvere barnet kan skape nysgjerrighet og engasjement for prosedyren (Söderbäck, 2012, s.640-646).

Inviter barnet med og la det bli kjent med utstyret som skal brukes (Birnie et al., 2018, s. 30; Bray et al., 2019, s. 739-742; Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14; Söderbäck, 2012, s. 640-

644). Dette kan for eksempel gjøres ved å bruke bilder (Birnie et al., 2018, s. 30; Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14), la barnet få kjenne på utstyret, demonstrer prosedyren på en dukke eller på omsorgspersonene, eller la gjerne barnet selv få prøve på en dukke (Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14). På kandidatenes avdeling brukes Kiwanis dukke som en del av forberedelse til blant annet undersøkelser og prosedyrer og har god erfaring med den. Ved bruk av en slik dukke, som vist på figur 3, vil barnet selv eller med hjelp kunne plassere aktuelt utstyr på dukken.



Figur 3. Kiwanis dukke
Bilde: Privat

5.3.1.4 Tydeliggjør omsorgspersonenes rolle under prosedyren

Det er anbefalt at omsorgspersonene er til stede under prosedyren (Robstad & Kaspersen, 2020, s. 13; Svendsen et al, 2015a, s. 629). Omsorgspersonenes tilstedeværelse er en viktig rolle for barnets trykghetsfølelse (Karlsson et al 2014, s. 4). Separasjon fra omsorgspersoner er en av tingene barn i alderen 2-6 år frykter mest (Salmela, Aronen et al. 2010, s. 721; Salmela, Salanterä et al., 2010, s. 1225).

Forskning viser at både omsorgspersonenes mestring og stress påvirker om barnet får en optimal mestringsrespons eller om omsorgspersonenes stressatferd blir overført til barnet (Campbell et al., 2017; Raicine et al., 2016, s. 176). Ved stress kan barnets opplevde smerte øke (Shave et al., 2018, s. 2), og det vil derfor være uheldig at omsorgspersonenes stress skal overføres til barnet ved prosedyren. I RCN (2019, s. 6) sin retningslinje skriver de at sykepleiere må fortelle omsorgspersonene at de ikke må føle seg skyldig om de ikke ønsker å være til stede eller å holde barnet under prosedyren. Samtidig må barnet være i fokus og omsorgspersonenes stress og følelser bør bli lagt til side. Deres tilstedeværelse vil derfor være viktig uansett hvor stressende og smerte full prosedyren er. Sykepleierens oppgave blir dermed å legge til rette for at omsorgspersonene opplever mestring fremfor stress under prosedyren. Ved å inkludere omsorgspersonene i forberedelsen til prosedyren kan det gi dem følelse av mestring, trykghet og reduksjon av stressnivå (Robstad & Kaspersen 2020, s. 13).

I studien til Bray et al. (2015, s. 161) kommer det frem at omsorgspersonene utførte majoriteten av den fysiske tvangen under prosedyren. Noen hadde en positiv opplevelse av å holde barnet sitt, mens andre hadde motstridene følelser eller syntes det var følelsesmessig

vanskelig å delta (Bray et al., 2015, s. 162; Svendsen, Moen et al., 2018, s. 50). Flere av omsorgspersonene satt igjen med en følelse av anger, og at de hadde sviktet barnet når det ble holdt mot ens vilje (Bray et al., 2015, s. 162). Svendsen et al. (2015a, s. 628) konkluderer i sin studie med at under en vanskelig prosedyre kunne det oppstå en utfordrende og uforutsigbar situasjon for helsepersonellet hvor de risikerte å miste omsorgspersonenes samarbeid.

I noen situasjoner kan omsorgspersonene føle at de må velge mellom å være barnets støtter eller sykepleierens “hjelper”. Kandidatene har erfaring med at omsorgspersonene ofte blir instruert i å holde barnet fast når de sitter på deres fang. De vil da bli en “hjelper” for helsepersonellet ved at de holder fast barnet under prosedyren. Videre konkluderer Svendsen et al. (2015a, s. 629) med at omsorgspersonene bør unngå å ta eller blir gitt rollen som “hjelper”, og kun skal ha en trøstende rolle. På bakgrunn av dette blir sykepleierens oppgave å tydeliggjøre omsorgspersonenes rolle. Dette gjøres ved å informere om hvem som gjør hva, når og hvordan, og å lage tydelige avtaler i forkant av prosedyren i forhold til hvilken rolle omsorgspersonene skal ha. (Robstad & Kaspersen, 2020, s.13). Kangasniemi et al. (2014, s. 612) finner at den viktigste omsorgsrollen ved en prosedyre er å berolige barnet, avlede barnets oppmerksomhet fra prosedyren og trøste det etterpå. Robstad & Kaspersen (2020, s. 13) anbefaler at barnet bør få mulighet, hvis ønsket, til å være på omsorgspersonenes fang, men at omsorgspersonene ikke skal påføre barnet smerte.

5.3.2 Smertelindring

Smerte er et komplekst fenomen bestående av anatomiske, fysiologiske og psykologiske faktorer (Smeland, 2020, s.5). International Association for the Study of Pain ([IASP], 2017, 4. avsn) definerer smerte som en “ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade”. Opplevelsen av smerte er en personlig og subjektiv opplevelse. På bakgrunn av dette er det kun personen selv som kan avgjøre om det er vondt eller ikke (Smeland, 2020, s. 5). Smertelindring handler ikke bare om den sensoriske opplevelsen, men også om de emosjonelle opplevelsene som å redusere redsel, stress og å gi barnet opplevelsen av kontroll (Wente, 2013, s. 141). Barnet kan derfor oppleve smerte ulikt selv om de gjennomgår den samme prosedyren (Smeland, 2020, s. 5). Samtidig som man ser at barn i ulike alder ofte kommuniserer smerte på forskjellige måter, både verbalt og nonverbalt (Slota, 2013, s. 80).

Smertelindring kan gis som både medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring, det vil i det følgende kapittel bli videre diskutert. Manglende smertelindring og stresshåndtering hos barn påvirker ikke bare opplevelsen av prosedyren, men også resultatet av prosedyren

(Pedersen et al., 2013, s. 1). Forebygging og lindring av smerte er en viktig del av sykepleien som gis til barn på sykehus (BSF, 2017, s. 6). Barn skal ikke oppleve ukontrollert smerte, verken av sin sykdom eller ved utredning og behandling (Norsk barnelegeforening, 2014). Samela, Aronen et al. (2010, s. 721) beskriver at det barn frykter når de er på sykehus er sykepleieprosedyrer og smerte. At barn opplever smerte og stress i forbindelse med en prosedyre er ikke uvanlig. Det er derfor viktig at barnet tilbys adekvat smertelindring for å bidra til å skape en god opplevelse for barnet, slik at fremtidig redsel for prosedyrer og sykehus kan forebygges (Birnie et al., 2018, s. 13; Landkildehus et al., 2014 s. 8). Raicine et al. (2016, s. 178) anbefaler at adekvat smertelindring er av størst betydning for å redusere redsel og angst. Barnets tidligere smerteopplevelse vil påvirke barnets opplevelse ved en senere anledning. Smerteopplevelsen påvirkes av redsel, tidligere erfaringer, grad av selvbestemmelse og kontroll (Raicine et al., 2016, s. 177-178; Smeland, 2020, s. 6). Videre er det kjent at smertefulle erfaringer i barneårene kan påvirke smerteopplevelsen i voksen alder (Olsen et al., 2019). Wente (2013, s. 149) anbefaler bruk av ikke-medikamentell smertelindring som en viktig del av sykepleien til barn, også i kombinasjon med medikamentell smertelindring.

5.3.2.1 Bruk av topikal anestesi

Topikal anestesi er lokalbedøvelse som brukes på huden (Høivik, Mostad, Bruvik et al., 2020, s. 31). En systematisk oversikt fra Shah et al. (2015, s. 59) viser evidens for at topikal anestesi er effektiv for å redusere smerte i forbindelse med injeksjoner både subkutan og intramuskulært. Smertelindring bør alltid vurderes uansett alder, og barnet bør alltid få tilbud om topikal anestesi før en stikkerelaterte prosedyre (Landkildehus et al., 2014, s.14; Høivik, Mostad, Bruvik et al., 2020, s. 31; Norsk barnelegeforening, 2014; RCN, 2019, s. 8; Shave et al., 2018, s. 3). Forskning viser til at barn får regelmessig påført topikal anestesi i form av krem før stikkerelaterte prosedyrer (Shave et al., 2018 s. 5; Svendsen et al., 2015b, s. 2; Söderbäck, 2012, s. 638). Høivik, Mostad, Bruvik et al. (2020, s. 31-32) skriver at ved stikkerelaterte prosedyrer som for eksempel innleggelse av perifervenekanyle, blodprøvetaking og spinalpunksjon er topikal anestesi med enten lidokain/prilokain (Emla) eller lidokain/tetrakain (Rapydan) en effektiv måte å redusere smerte. Det kan enten påføres som krem eller plaster.

Lidokain/prilokain (Emla) har en optimal smertelindrende effekt etter 45- 60 minutter, og kan gis til barn helt ned i nyfødt alder (Høivik, Mostad, Bruvik et al. 2020, s. 31-32; Norsk legemiddelhandbok, 2018). I tillegg må plasteret med lidokain/prilokain (Emla) fjernes 15 minutter før prosedyren slik at vasokonstriksjonen oppheves. På den andre siden gir

lidokain/tetrakain (Rapydan) en rask smertelindrende effekt allerede etter 10 minutter og full effekt etter 30min. Den gir heller ingen vasokonstriksjon, men er ikke anbefalt til barn under 3 år (Høivik, Mostad, Brudvik et al. 2020, s. 31-32; Norsk legemiddelhåndbok, 2017). Å stikke på blodårer som ikke er vasokonstrigerte gjør at det blir enklere å finne blodårene (Norsk barnelegeforening, 2014). Dette er relevant ved innleggelse av perifer venekanyle og blodprøvetaking for å redusere sjansen for bomstikk som kan bidra til at prosedyren tar lenger tid med potensielt større risiko for bruk av tvang. I en randomisert studie på voksne fant Sawyer et al. (2009, s. 214) ingen forskjell på den smertelindrende effekten når medikamentene hadde fått optimalvirketid. På grunn av kostnad foretrekker kandidatene bruk av lidokain/prilokain (Emla) selv om det har vesentlig lengre applikasjonstid. I de tilfellene hvor det ikke er mulig å vente opp mot 60 minutter bør det til tross for økt kostnad tilbys lidokain/tetrakain (Rapydan) for å forebygge smerteopplevelse. Spørsmålet vil derfor være om denne ventetiden vil være mer kostbar enn bruken av lidokain/tetrakain (Rapydan).

5.3.2.2 Avledning

Avledning ses som det tiltaket helsepersonell oftest tar i bruk for å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn, og kan være en strategi for å hjelpe barnet gjennom prosedyren (Svendsen & Bjørk, 2014, s. 24- 25). Prosedyrer og smerte er en sentral frykt hos barn på sykehus (Salmela, Aronen et al., 2010, s. 721). Avledning forstås som ulike distraksjonsteknikker (Svendsen & Bjørk, 2014, s. 24) som kan bidra til reduksjon av redsel, stress og smerte hos barnet ved å flytte fokus fra den smertefulle opplevelsen, eller forventingen om denne, og til noe hyggeligere (Ballard et al, 2017, s. 424-425; Birini et al, 2018, s. 35; Svendsen & Bjørk, 2014, s. 24; Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14). På bakgrunn av dette kan avlednings ses som et tiltak som bidrar til å unngå eller redusere bruk av tvang mot barnet under prosedyren.

For at avledningen skal ha god effekt fant Svendsen et al. (2014, s. 25) at barnet bør ha en grunnleggende opplevelse av kontroll i situasjonen, hvis ikke kan resultatet være at barnet føler seg lurert. Avledning kan være risikabelt fordi balansegangen mellom avledning, og samtidig å sørge for nok forutsigbarhet og kontroll for barnet under prosedyren kan være utfordrende. For å sikre at barnet opplever kontroll, redusert smerte og stress under prosedyren, kreves det at sykepleien tar hensyn til det individuelle barnet. Sykepleieren må også forsøke å opprettholde samarbeidet mellom sykepleier, barnet og omsorgspersonene under hele prosedyren (Svendsen, et al., 2014, s. 24-26).

Svendsen et al. (2015b, s. 7) understreker at selv om helsepersonell ikke alltid kan gjøre som barnet vil, som for eksempel å la være å legge inn perifer venekanyle, er det viktig å anerkjenne barnets perspektiv og protest. Dette innebærer å ikke avfeie eller ignorere barnas

emosjoner og uttrykk. Bray et al. (2015, s. 164) finner at barnets synspunkt ofte blir nedprioritert, til fordel for omsorgspersonenes -, og helsepersonellens synspunkter. Coyne (2011, s. 135) skriver at barn ofte vil være deltagende i beslutninger som angår dem, men at det likevel er helsepersonell og omsorgsgivere som tar avgjørelsene. Hvis helsepersonellet ukritisk benytter samme avledningsstrategi ovenfor alle barn uten å ta hensyn til det individuelle barnets følelser og uttrykk, kan dette gå på tvers av FNs barnekonvensjon (1989, artikkel 12 og 13) om barnets rett til å bli hørt, danne seg egne synspunkter og retten til å ytre seg fritt. Robstad & Kaspersen (2020, s. 15-16) skriver at hvis avledning skal fungere kan det være avgjørende at barnet selv får velge avledningsmetode.

Det skilles mellom aktiv og passiv avledning (Koller & Goldman (2012, s. 669- 676); (Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14). Aktive former for avledning fremmer barnets involvering i en aktivitet under en prosedyre. Metodene krever aktiv deltagelse, og vil derfor involvere flere sensoriske komponenter. Ved passiv avledning kreves det at barnet er rolig under prosedyren. Her vil barnet observere en aktivitet eller få stimuli i motsetning til selv å ta aktivt del i aktiviteten (Koller & Goldman, 2012, s. 669- 676). Eksempler på de ulike avledningene ses i tabell 15.

Tabell 15.

Eksempler på ulike avledning (Ballard et al., 2017, s. 421-423; Koller & Goldman, 2012, s. 669- 676; Robstad & Kaspersen, 2020, s. 14-17; Svendsen & Bjørk, 2014, s. 23; Wente, 2013, s. 141).

| Aktiv avledning | Passiv avledning |
|--|---|
| Se i en bok Blåse såpeboler Synge en sang Sykehusklovner Spille spill Bruk av smokk Leke med en leke Puste- og avspenningsøvelser | Bli lest for Se på at noen blåser såpebobler Høre på musikk eller at noen synger Se på barne-tv eller film på tv/telefon/nettbrett Sykehusklovner Fantasireise |

Newell et al. (2018, s. 1012) fant i sin studie at det ikke er noen forskjell på barnets smerte og stress om man velger passiv eller aktiv avledning. På bakgrunn av dette ses det som hensiktsmessig å tilpasse avledningen etter barnets individuelle behov og alder i forhold til hva barnet liker, for å få et optimalt utbytte av avledningen.

5.3.3 Sedering

Hensikten med å sedere barnet er å oppnå samarbeid for å ivareta pasientsikkerheten og minimerer psykologiske traumer. Sedering bør vurderes ved prosedyrer der barnet kan oppleve høy grad av smerte og/eller frykt for situasjonen, eller at barnets bevegelse kan hindre utførelse av prosedyren (Cravero & Roback, 2020; Dunn, 2020; Norsk barnelegeforening, 2011). Barnet vil under sederingen være ved bevissthet, men barnets

kognitive funksjon og koordinasjon kan være påvirket (Norsk barnelegeforening, 2011, 5. avsn). På bakgrunn av dette kan sedering bidra til at prosedyren blir tryggere å gjennomføre fordi barnet i mindre grad opplever smerte og frykttrespons (Cravero & Roback, 2020; Dunn, 2020), noe som kan bidra til færre uforutsette reaksjoner. Et optimalt sederende legemiddel bør være effektivt og ha en angst- og smertelindrende effekt, samtidig som det bør være lett å administrere, ha lite bivirkninger, rask effekt og kort halveringstid (Pedersen et al, 2013, s. 2).

Forskning viser at både midazolam og lystgass er gode legemidler til sedering av barn for å redusere stress og angst under prosedyren (Pedersen et al., 2013, s. 3; Tjelle et al., 2018, s. 30-31). Overnevnte legemidler gis ofte i kombinasjon med topikal anestesi ved smertefulle prosedyrer (Norsk barnelegeforening, 2011; Pedersen et al., 2013, s. 2). Midazolam blir ofte brukt ved angst og uro, men har ingen analgetisk effekt (Høvik, Mostad, Einen et al., 2020, s. 38). En metodevurdering av Tjelle et al. (2018, s. 36-58) viser at bruk av lystgass har signifikant lavere smertescore sammenliknet med blant annet midazolam, og at lystgass er assosiert med redusert opplevelse av smerte hos barnet.

Midazolam er et sederende legemiddel med en rask innsettende effekt (Høvik, Mostad, Einen et al., 2020, s. 39; Norsk barnelegeforening, 2011; Norsk legemiddelhåndbok, 2019), og har en lang halveringstid på 1,5–6,5 timer med betydelige individuelle variasjoner (Norsk legemiddelhåndbok, 2019). Midazolam kan i noen tilfeller gi respirasjonsdepresjon som en alvorlig bivirkning. Dette krever at barnet må ligge til observasjon i etterkant av administrering (Høvik, Mostad, Einen et al., 2020, s. 39; Norsk barnelegeforening, 2011; Norsk legemiddelhåndbok, 2019). Midazolam blir ofte administrert nasalt, noe som er slimhinneirriterende og vondt for barnet. I tillegg kan barn som har fått midazolam reagere med hyperaktivitet, agitasjon, fiendtlighet og uro (Ekmark & Larsson, 2014, s. 54; Høvik, Mostad, Einen et al., 2020, s. 38; Luckett & Hays, 2013, s. 93; Pedersen et al., 2013, s. 2; Norsk barnelegeforening 2011). Midazolam kan også gi amnesi, ved at den påvirker eksplisitte hukommelsen (Høvik, Mostad, Einen et al., 2020, s. 38). Det betyr at barnet kan huske prosedyren som skremmende, uten å kunne sette ord på det (Pedersen et al., 2013, s. 2).

Lystgass er en medisinsk gass som administreres som inhalasjon. Den har en rask innsettende effekt, samtidig som den er smertefri for barnet og enkel å administrere (Pedersen et al., 2013, s. 2-6; Tjelle et al., 2018, s. 16-17). I tillegg har lystgass lett smertelindrende effekt (Høvik, Mostad, Einen et al., 2020, s. 38). Tjelle et al. (2018, s. 62) konkluderer i sin metodevurdering at lystgass kan gis til barn uten å gi alvorlige bivirkninger sammenlignet med midazolam. Olsen et al. (2019) anbefaler bruk av lystgass til barn fra 4 år for å kunne sikre at barnet forstår hva som skal skje, og at de kan samarbeide i og med at administrasjonen skjer ved tett

maske. Videre skriver Olsen et al. (2019) at lystgass bare ble gitt når det var forventet en god effekt. Lystgass blir anbefalt ved små prosedyrer med en makstid på 30 min (Tjelle et al., 2018, s. 61).

På en side kan det sies at lystgass er ett godt alternativ som kan bidra til redusert bruk av tvang, men på en annen side kreves det et samarbeid mellom sykepleier, barnet og omsorgspersonene for å få gjennomført en lystgassbehandling. I studien til Olsen et al. (2019) opplevde både barnet og sykepleierne god effekt ved bruk av lystgass under prosedyrene. Effekten som ble beskrevet var lett eufori og likegyldighet hos barnet, som kan påvirke smerteopplevelsen. Duchicela et al. (2017, s. 1615) konkluderer med at lystgass er effektiv for å redusere smerte og angst hos barn som gjennomgår mindre prosedyrer. Mens Tjelle et al. (2019, s. 31) fant at pasienter som fikk lystgass statistisk hadde signifikant lavere stress enn kontrollgruppen.

Den fremste fordelen med lystgass er den korte restitusjonstiden sammenlignet med andre medikamenter. Kort restitusjonstid kan effektivisere sykehusprosedyrene (Tjelle et al., 2018, s. 61), som igjen kan gange både barnet, omsorgspersonene og helsepersonellet. Olsen et al. (2019) viser til at lystgass er ett godt alternativ til midazolam. Valg av legemiddel avhenger av situasjon og type prosedyre (Høvik, Mostad, Einen et al., 2020, s. 38), og må gis i samsvar med lege og avdelingens rutiner for administrasjon. I de situasjonene barnet ikke kan få tilbud om lystgass eller barnet er under 4 år kan midazolam være et godt alternativ.

5.3.4 Unngå eller tilstreb minst mulig bruk av makt og tvang

Målet med fagprosedyren, er som nevnt, å unngå eller redusere bruken av fysisk tvang hos barn ved stikkerelaterte prosedyrer. Kandidatene mener at man ikke kan unngå situasjoner hvor man må holde barnet imot deres vilje, men ønsker i slike situasjoner å ha en mal på hvordan sykepleieren skal holde barnet.

I RCN (2019, s..) sin retningslinje “Restrictive physical interventions and the clinical holding of children and young people” anbefales det en mer støttende holding av barnet under prosedyren, og klassifiserer dette som klinisk holding. Det brukes lite kraft under holdingen, og den er ment som støtte slik at barnet kan få hjelp til å holde for eksempel armen eller benet stille under den stikkerelaterte prosedyren. Ved kliniske holding samtykker barnet til at helsepersonellet kan holde/støtte barnet under prosedyren, og kan derfor ikke regnes som tvang (RCN, 2019).

Bruk av makt eller tvang kan, som nevnt i kapittel 2.3, ha negative konsekvenser både på kort og lengre sikt for barnet, og bør begrenses så mye som mulig (RCN, 2019, s. 6; Svendsen et

al., 2017, s. 5). På bakgrunn av dette må en etterstrebe bruk av klinisk holding, med samtykke fra barnet. Siden bruk av tvang ved prosedyren kan forverre barnets opplevelse (Bray et al., 2015, s. 159-162; Brenner, 2007, s. 33; Svendsen et al., 2017, s. 4-6). Barnet kan oppleve smerte, stress, redsel, angst og miste kontrollen ved bruk av fysisk tvang (Bray et al., 2015, s. 161; Svendsen et al., 2017, s. 5), og det kan være en vanskelig, kaotisk og stressende opplevelse for barnet, omsorgspersonene og sykepleieren som deltar (Svendsen & Bjørk, 2014, s. 23).

5.3.4.1 Tiltak ved bruk av makt og tvang

Tvang skal kun brukes som en aller siste utvei og være i tråd med barns rettigheter når proaktive strategier ikke har ført frem. Beslutningen om å bruke tvang må baseres på at utfallet av å ikke utføre prosedyren vil utgjøre større skade for barnet enn om fysisk tvang ikke anvendes (RCN, 2019, s. 7). Å utøve makt mot barnets vilje for å få fullført en prosedyre vil gå imot moralske og etiske prinsipper. Er det helt nødvendig å ta i bruk fysisk tvang skal det være for å ivareta barnets beste, og det må utføres på bakgrunn av faglig forsvarlighet. Sykepleier må ha mot til å stoppe prosedyren når tvangen går utover de etiske grensene, og agere ut ifra barnets etiske premisser (Bray et al., 2015, s. 161).

Ved bruk av tvang skal det ikke delta flere helsepersonell enn helt nødvendig. Prosedyren skal utføres med minst mulig inngripende grad av makt, og fastholdingen skal skje over så kort tid som mulig (RCN, 2019, s. 7; Coyne & Scott, 2014, s. 24-25). Omsorgspersonene og barnet må få informasjon om hva som skal skje under prosedyren, hva slags rolle de ulike personene har, og eventuelt hvilke former for fastholding som vil bli brukt. De må også få informasjon om tidsaspektet for fastholdingen. Sykepleieren må forsøke å opprettholde barnets og omsorgspersonenes samarbeid når det blir brukt fysisk tvang (RCN, 2019, s. 6). Kort tid etter prosedyre bør barnet og omsorgspersonene få en debriefing på hendelsen. I denne debriefingen skal det forklares hvorfor man gjorde som man gjorde, anerkjenn barnets følelse, gi skryt til barnet og gi en premie (Coyne & Scott, 2014, s. 26). Når prosedyren er gjennomført med bruk av fysisk tvang anbefales det at dette blir nøye dokumentert i journalen til barnet (RCN, 2019, s. 6) Det anbefales også å dokumentere hvis det ble brukt tiltak som hjalp barnet gjennom prosedyren, slik at de samme tiltakene kan bli brukt neste gang (Coyne & Scott, 2014, s.26).

Samtidig ser kandidatene at det er en fordel med tilstrekkelig teknisk kompetanse til å utføre prosedyren, for å redusere sjansen for bomstikk og bruk av fysisk tvang.

5.3.5 Flytskjema

Et flytskjema er et kart over en arbeidsprosess, og kan ha ulike typer målestokk og detaljeringsgrad. Med et flytskjema kan man lettere oppnå en felles forståelse av hvordan arbeidsprosessen i fagprosedyren bør være (Helsebiblioteket, 2016a).

Kandidatene har derfor valgt å utarbeide et flytskjema som er med i fagprosedyren for at anbefalingene skal være lett tilgjengelig. Fagprosedyren er i seg selv lang, derfor er det fint med et flytskjema der anbefalingene er oppsummert. Det kan bidra til å effektivisere bruken av fagprosedyren, ved at den blir lett tilgjengelig. Flytskjemaet kan skrives ut og lages som en lommefolder eller henges inne på sykepleierbasen. Flytskjemaet er utarbeidet slik at konkrete tiltak står på forsiden og utdypingen av tiltakene på baksiden. Flytskjemaet er presentert til slutt i fagprosedyren.

6.0 PRESENTASJON AV FAGPROSEDYREN

Fagprosedyre for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under stikkerrelaterte prosedyrer

Dokumentadministrator:

Godkjent av:

Gyldig fra:

Revisjonsfrist:

Revisjon: 1.0

1.0 Målgruppe

Målgruppen er sykepleiere, spesialsykepleiere, sykepleiestudenter og helsefagarbeidere som utfører eller deltar i stikkerrelaterte prosedyrer på barn. Fagprosedyren gjelder ved stikkerrelaterte prosedyrer for alle barn fra 2 år og opp til skolealder som kommer for enten medisinsk eller kirurgisk utredning, behandling eller oppfølging. Det settes ingen øvre aldersgrense på grunn av ulikheter i barns kognitive utvikling.

Fagprosedyren kan ha en overføringsverdi til leger, bioingeniører, radiografer, helsefagarbeider eller annet helsepersonell, ved å tilpasse og individualisere fagprosedyren.

2.0 Hensikt og omfang

Hensikten er å unngå eller redusere bruk av tvang mot barnet.

Målet med fagprosedyren er å identifisere og sikre kunnskapsbaserte tiltak for økt kvalitet i utførelsen av sykepleien til barnet, for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang. Tiltakene kan også føre til at barnet opplever den stikkerrelaterte prosedyren som mindre traumatisk.

Målet er at helsehjelpen vil kunne standardiseres og uønsket variasjon reduseres.

Fagprosedyren vil en ikke kunne forhindre all bruk av fysisk tvang mot barn, men den er et verktøy som beskriver forebyggende tiltak for å unngå eller redusere bruken av fysisk tvang på et generelt nivå og som på individuelt nivå kan føre til at mange barn slipper å oppleve fysisk tvang.

3.0 Arbeidsbeskrivelse

Å unngå eller redusere bruk av tvang mot barn under den stikkerrelaterte prosedyrer handler om tiltak for å skape tillitt, redusere stress, angst, smerte og redselen for det ukjente ^(3, 8, 32).

Dette kan gjøres ved ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak ^(3, 32, 39) ved

- Informasjon og forberedelse av barnet før en stikkerrelatert prosedyre
- Smertelindring
- Seding

- Unngå eller tilstrebe minst mulig bruk av makt

3.1 Informasjon og forberedelse før en stikkerelatert prosedyre

Pre-informasjon kan bidra til at barnet bygger seg opp en forståelse av hva som skal skje under prosedyren, hvordan prosedyren kan oppleves og strategier som hjelper dem med å mestre situasjonen ^(4, 32). Det kan igjen bidra til redusert tvangsbruk ved at barnet ikke motsetter seg prosedyren ⁽³⁴⁾. Gi informasjon etter barnets individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkferdigheter ^(21, 29).

3.1.1 Etabler et godt samarbeid med barnet og omsorgspersonene ^(14, 31, 32, 33, 35)

Et godt samarbeid representerer det motsatte av tvang ⁽³²⁾. Samarbeid er viktig for å skape tillitt ⁽³¹⁾, og for å sikre barnets villighet til å gjennomføre prosedyren med minst mulig motstand og protest ^(31,32). Dette gjøres ved å skape et barnevennligmøte ⁽³⁶⁾ fra første stund barnet ankommer avdelingen ⁽³¹⁾

- Ha en positiv og leken atmosfære ⁽³²⁾
- Bruk humor, det kan styrke barnets opplevelse av mestring ⁽⁶⁾
- Sett av tilstrekkelig med tid til informasjon og forberedelse ^(32, 35, 36, 37)
- Bli kjent med barnet og deres individuelle behov ^(32, 35, 36, 37)

3.1.2 Tilrettelegg så barnet kan forstå hva som skal skje ^(4, 18, 24, 29)

Informasjonen om prosedyren skal være ærlig, men ikke skremmende ^(1,4) og skal ikke inneholde overraskelser da det kan føre til tillitsbrudd. ^(18, 24)

- Bruk et alderstilpasset språk ^(14, 21)
- Unngå ord assosiert med redsel. Eks: at prosedyren “ikke er farlig”, si heller “noen barn føler ett trykk, noen føler at det gjør litt vondt, men det forsvinner fort” ⁽²⁴⁾
- Bruk metaforer barnet gjenkjenner for å beskrive prosedyren ⁽¹⁴⁾
- Informer om detaljer rundt prosedyren, eks: tidsaspektet, fager på personalets klær og hvordan rommet ser ut ^(4,14, 24)
- Identifiser det enkelte barnets behov for informasjon. ^(4, 14) Husk at barnet kan være preget av omstendighetene ⁽⁴⁾
- Informasjonen skal gis direkte fra helsepersonellet ^(1, 4)
- Informer barnet om hva som skal skje, om de kan oppleve smerte og hva de kan gjøre for å mestre situasjonen ⁽⁴⁾

3.1.3 Involver barnet i prosedyren. ^(3, 4, 24, 29)

Å involvere barnet kan skape nysgjerrighet og engasjement for prosedyren ⁽³⁷⁾. La barnet bli kjent med utstyret som skal brukes ^(3, 4, 24)

- Bruk bilder ^(3, 24)
- La barnet få kjenne på utstyret ⁽²⁴⁾
- Demonstrer prosedyren på en dukke ⁽²⁴⁾ eks: Kiwanis dukke som vist på figur 1



Figur 1. Kiwanis dukke
Bilde: Privat

3.1.4 Tydeliggjør omsorgspersonenes rolle under prosedyren ⁽²⁴⁾

Separasjon fra omsorgspersoner er en av tingene barn i alderen 2-6 år frykter mest ^(26, 27). Omsorgspersonene bør være til stede under prosedyren ^(24, 33). Deres tilstedeværelse er viktig for barnets trygghetsfølelse ⁽¹⁴⁾.

- Inkluder omsorgspersonene i forberedelsen ⁽²⁴⁾ for at de skal oppleve mestring fremfor stress under prosedyren ⁽¹⁴⁾
- Lag tydelige avtaler i forkant av prosedyren. Hvem gjør hva, når og hvordan? ⁽²⁴⁾
- Omsorgspersonenes viktigste oppgaver er å: berolige, avlede oppmerksomheten bort fra prosedyren, og å trøste barnet etterpå ⁽¹³⁾
- Barnet bør få mulighet, hvis ønsket, å sitte på omsorgspersonenes fang ⁽²⁴⁾
- Omsorgspersonene skal ikke påføre barnet smerte ⁽²⁴⁾

3.2 Smertelindring

Mange barn frykter sykehusprosedyrer og smerte. ⁽²⁶⁾ Et barn skal ikke oppleve ukontrollert smerte, ⁽¹⁸⁾ og skal derfor tilbys adekvat smertelindring ^(3, 16). Det kan bidra til

- Å skape en god opplevelse for barnet ^(3, 16)
- Reduksjon av redsel, stress og angst for prosedyren ^(22, 23, 30, 39)
- Opplevelse av kontroll ^(23, 30, 39)
- Unngåelse av fremtidig redsel for prosedyrer og sykehus ^(3, 16, 23)

3.2.1 Bruk av topikal anestesi

Topikal anestesi er effektivt for å redusere den stikkerelaterte smerten under prosedyren, ⁽²⁸⁾ og skal alltid tilbys barnet ^(11, 16, 18, 25, 29). Det er to aktuelle alternativer med topikal anestesi

Lidokain/prilokain (Emla)

- Har en optimal smertelindrende effekt etter 45-60 minutter, kan gis til barn ned i nyfødt alder ^(11, 20)
- Tas av 15 min før prosedyren for å oppheve vasokonstriksjonen ^(11, 18)

Lidokain/tetrakain (Rapydan)

- Kun til barn over 3 år ^(11, 19)
- Har effekt allerede etter 10 minutter og optimal smertelindrende effekt etter 30 min ⁽¹¹⁾
- Gir ingen vasokonstriksjon ^(11, 18)

3.2.2 Avledning

Avledning kan være en strategi for å hjelpe barnet gjennom prosedyrer ⁽³²⁾. Ved å flytte fokus fra den smertefulle opplevelsen, eller forventingen om denne, og over til noe hyggeligere ^(3, 24, 32). For at avledning skal ha god effekt er det viktig at sykepleier

- Sørger for nok forutsigbarhet og kontroll i situasjonen for barnet under hele prosedyren ⁽³²⁾
- Ivaretar interaksjonen/samarbeidet mellom seg, barnet og omsorgspersonene ⁽³²⁾
- Anerkjenne barnets individuelle behov ved å både se og høre barnet ^(5, 10, 34), og ikke avfeie eller ignorere barnas emosjoner og uttrykk ⁽⁵⁾
- La barnet få velge avledningsmetode ⁽²⁴⁾

Avledningen kan gis aktivt og/eller passivt ^(15, 24). Tilpass avledningen etter barnets individuelle behov. Eksempler på avledning: ^(2, 15, 24, 32, 39)

| Aktiv avledning | Passiv avledning |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se i en bok • Blåse såpeboler • Synge en sang • Sykehusklovner • Spille spill • Bruk av smokk • Leke med en leke • Puste- og avspenningsøvelser | <ul style="list-style-type: none"> • Bli lest for • Se på at noen blåser såpebobler • Høre på musikk eller at noen synger • Se på barne-tv eller film på tv/telefon/nettbrett • Sykehusklovner • Fantasireise |

3.3.Sedering

Hensikten med å sedere barnet er å oppnå samarbeid for å ivareta pasientsikkerheten og minimerer psykologiske traumer, og bør vurderes under følgende prosedyrer: ^(8, 9, 17)

- Der barnet kan oppleve høy grad av smerte og/eller frykt for prosedyren ^(8, 9, 17)
- Når barnets bevegelse kan hindre utførelsen ^(8, 9, 17)

Lystgass (fra 4 år) og midazolam er gode sederende legemidler for å redusere stress og angst hos barn under prosedyrer ^(22, 38). Gis i kombinasjon med topikal anestesi ^(17, 22). Valg av

legemiddel avhenger av situasjon og type prosedyre ⁽¹²⁾, og må gis i samsvar med lege etter avdelingens rutiner for administrasjon.

3.4. Unngå eller tilstreb minst mulig bruk av makt og tvang

Bruk av makt eller tvang kan ha negative konsekvenser både på kort og lengre sikt for barnet, og bør begrenses ^(25,35). Etterstrebe derfor å bruke klinisk holding fremfor fysisk tvang fordi tvang ved prosedyren kan forverre barnets opplevelse ^(5,35).

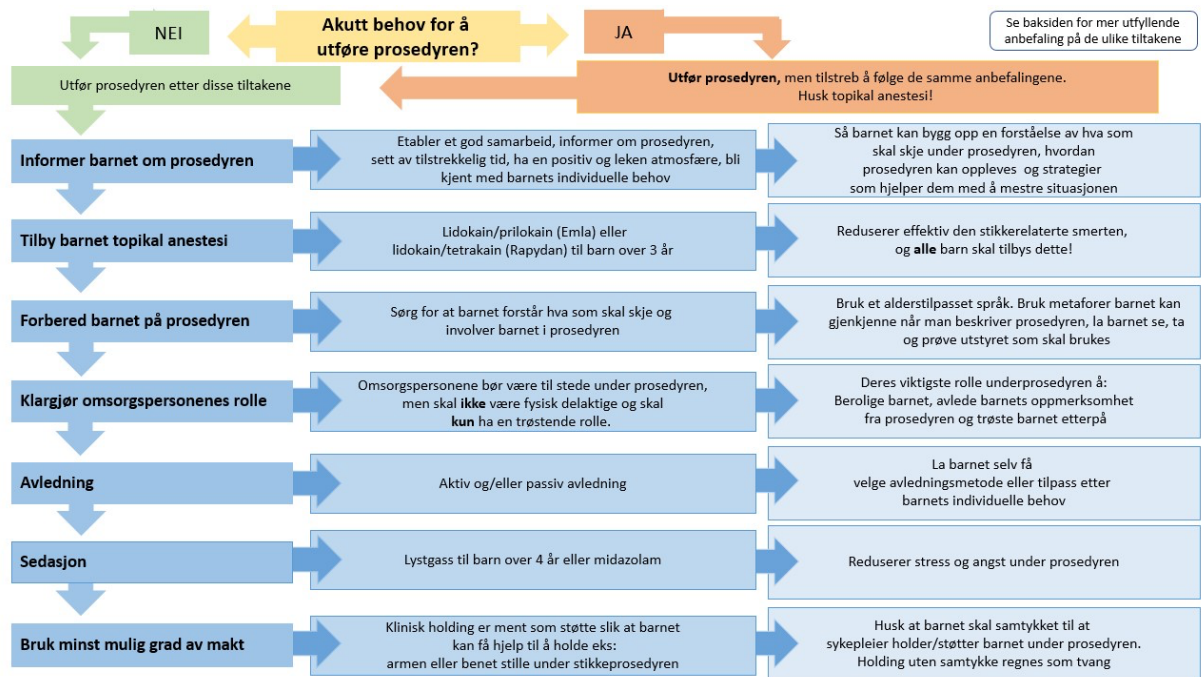
Ved klinisk holding:

- Brukes det lite kraft og er ment som støtte slik at barnet kan få hjelp til å holde for eksempel armen eller benet stille under stikkeprosedyren ⁽²⁵⁾
- Barnet skal *samtykke* til at sykepleier holder/støtter barnet under prosedyren, blir holdingen utført uten samtykke er det tvang ⁽²⁵⁾

3.4.1 Tiltak ved bruk av makt og tvang

- Tvang skal kun brukes som en aller siste utvei og være i tråd med barns rettigheter når proaktive strategier ikke har ført frem ⁽²⁵⁾
- Beslutningen om å bruke tvang må baseres på at utfallet av å ikke utføre prosedyren vil utgjøre større skade for barnet enn om tvang ikke anvendes ⁽²⁵⁾, og være for å ivareta barnets beste på bakgrunn av faglig forsvarlighet ⁽⁵⁾
- Sykepleier må stoppe prosedyren når tvangen går utover de etiske grensene, og agere ut ifra barnets etiske premisser ⁽⁵⁾
- Det skal ikke delta flere helsepersonell enn helt nødvendig ⁽²⁵⁾
- Prosedyren skal utføres med minst mulig inngripende grad av makt, og fastholdingen skal skje over så kort tid som mulig ^(7,25)
- Gi informasjon om hva som skal skje under prosedyren, hva slags rolle de ulike personene har, og eventuelt hvilke former for fastholding som vil bli brukt og informasjon om tidsaspektet for fastholdingen ⁽²⁵⁾
- Forsøk å opprettholde barnets og omsorgspersonenes samarbeid ⁽²⁵⁾
- Gjennomfør en debrifing med barnet og omsorgspersonene kort tid etter hendelsen. Forklar hvorfor man gjorde som man gjorde, anerkjenn barnets følelse, gi skryt til barnet og gi en premie ⁽⁷⁾
- Dokumenter bruken av tvang i journalen til barnet ⁽²⁵⁾. Dokumenter også hvis det ble brukt tiltak som hjalp barnet gjennom prosedyren, slik at de samme tiltakene kan bli brukt neste gang ⁽⁷⁾

3.5 Flytskjema



| | | |
|---|---|--|
| Informér barnet om prosedyren | <ul style="list-style-type: none"> • Ha en positiv og leken atmosfære • Bruk gjerne humor • Sett av tilstrekkelig med tid til informasjon og forberedelse. • Bli kjent med barnet og deres individuelle behov for å vinne barnets interesse og engasjement | <ul style="list-style-type: none"> • Bruke av et alderstilpasset språk som er enkelt og beroligende, og unngå ord som er assosiert med redsel. Eks: at prosedyren "ikke er farlig", si heller "noen barn føler ett trykk, noen føler at det gjør litt vondt, men det forsvinner fort" • Gjenkjenne det enkelte barnets behov for informasjon, samtidig som det tas med i vurderingen at barnet kan være preget av omstendighetene |
| Tilby barnet topikal anestesi | Lidokain/prilokain (Emla) <ul style="list-style-type: none"> • Optimal effekt oppnås etter 60 min • Tas av 15 min før prosedyren for å oppheve vasokonstriksjonen | Lidokain/tetrakain (Rapydan) <ul style="list-style-type: none"> • Kun til barn over 3 år. • Har en virketid på 10 minutter • Gir ingen vasokonstriksjon |
| Forbered barnet på prosedyren | <ul style="list-style-type: none"> • Bruke metaforer barnet kjenner igjen for å beskrivelse av prosedyren. • Informere barnet om hvordan prosedyren blir gjennomført, og hvordan prosedyren vil oppleves • Informer om detaljer rundt prosedyren: tidsaspektet, fager på personalets klær, hvordan rommet ser ut | <ul style="list-style-type: none"> • Bruk bilder • La barnet få kjenne på utstyret • Demonstrer prosedyren evt på en dukke |
| Klargjør omsorgspersonenes rolle | <ul style="list-style-type: none"> • Barn frykter separasjon fra omsorgspersonene • Inkluder omsorgspersonene i prosedyreforberedelsene, det kan gi dem følelsen av mestring, trygghet og reduksjon av stressnivå. • Omsorgspersonenes stress og mestringsevne kan overføres til barnet og påvirke om barnet får en optimal mestringrespons under prosedyren | Avtal med omsorgspersonene om: <ul style="list-style-type: none"> • Hvem gjør hva • Når • Hvordan |
| Avledning | <ul style="list-style-type: none"> • Sørg for nok forutsigbarhet og kontroll i situasjonene for barnet under hele prosedyren • Ivaretar interaksjonen/samarbeidet mellom seg, barnet og omsorgspersonene • Anerkjenn barnets individuelle behov ved å både se og høre barnet og ikke avfeie eller ignorere barns emosjoner og uttrykk | <ul style="list-style-type: none"> • Aktiv avledning: Barnet tar selv del i avledningen, eks: se i en bok, blåse såpebobler, synge, spille spill, leke med en leke. • Passiv avledning: Barnet er ikke aktivt deltagende i avledningen, eks: bli lest for, se på at noen blåser såpebobler, se på nettbrett/telefon, høre på musikk. |
| Sedasjon | Sedering bør vurderes under prosedyren: <ul style="list-style-type: none"> • Når barnets smerte og/eller frykt er for stor • Når barnets bevegelse kan hindre utførelsen • For å unngå negative følelsesmessige følger for barnet • For å oppnå samarbeid for å ivareta pasientsikkerheten og minimere psykologiske traumer | |
| Bruk minst mulig makt | <ul style="list-style-type: none"> • Tvangsbeslutningen baseres på at utfallet uten tvang vil gjøre større skade for barnet • Benyttes som aller siste utvei i tråd med barns rettigheter etter at proaktive strategier ikke har ført frem • Stopp prosedyren når tvangen går over de etiske grenser, ager ut ifra barnets etiske premisser. • Kun nødvendig helsepersonell tilstede, bruk, minst mulig inngripende grad av makt, over så kort tid som mulig. | <ul style="list-style-type: none"> • Informer barnet og omsorgspersonene om hva som skal skje under prosedyren, hva slags rolle de ulike personene har, og evt hvilke former for fastholding som vil bli brukt. • Barnet og omsorgspersonene må kort tid etter prosedyren få en kort debrief på hendelsen. • Forklar hvorfor man gjorde som man gjorde, gi skryt til barnet og gi en premie • Dokumenter tvangsbruket i journalen til barnet og dokumenter også eventuelle avledningsteknikker som hjalp barnet |

Grunnlagsdokumenter

1. Barneombudet (2011). *Sykehusekspertene*. Hentet fra <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Sykehussekspertene.pdf>
2. Ballard, A., Le May, S., Khadra, C., Fiola, J.L., Charette, S., Charest, M-C., Gagnon, H. Bailey, B., Villeneuve, E. & Tsimicalis, A. (2017). Distraction kits for pain management of children undergoing painful procedures in the emergency department: a pilot study. *Pain Management Nursing*, 18(6), 418-426. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.08.001>
3. Birnie, K.A., Noel, M., Chambers, C.T., Uman, L.S., & Parker, J.A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, 2018(10), 1-53. DOI: [10.1002/14651858.DOI.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.DOI.pub4)
4. Bray, L., Appelton, V. & Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? *Child care, health and development*, 45, 737-743. <https://doi.org/10.1111/cch.12692>
5. Bray, L., Snodin, J. & Carter, B. (2015). Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nursing Inquiry*, 22 (2), 157-167. DOI: 10.1111/nin.12074
6. Campbell, L., DiLorenzo, M.A., Atkinson, N. & Pillai Riddell, R. (2017). Systematic review: A systematic review of the interrelationships among children`s coping responses, children`s coping outcomes, and parent cognitive-affective, behavioral, and contextual variables in the needle-related procedures context. *Journal of pediatric psychology*, 42(6), 611-621. DOI: 10.1093/jpepsy/jsx054
7. Coyne, I. & Scott, P. (2014). Alternatives to restraining children for clinical procedures. *Nursing children and young people*, 26 (2), 22-27.
8. Cravero, J.P., & Roback, M.G. (2020, 10. juni). *Procedural sedation in children outside of the operating room*. UpToDate. Hentet 21. Oktober 2020. <https://www.uptodate.com/contents/procedural-sedation-in-children-outside-of-the-operating-room>
9. Dunn, L.K. (2020). *Procedural sedation and analgesia in children and adolescents*. DynaMed. Hentet 24. oktober 2020. <https://www.dynamed.com/drug-review/procedural-sedation-and-analgesia-in-children-and-adolescents/>

10. FNs barnekonvensjon (1989, 20. November). *FNs konvensjon for barns rettigheter*. Ratifisert i Norge 8. januar 1991, revidert oversettelse fra 2003. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
11. Høivik, T., Mostad, U., Brudvik, C., Einen, M., & Ødegård, I.H. (2020). Medikamentell smertelindring. I Brudvik, C., Einen M., Grønlie, I., Høivik, T., Kaspersen, K-H.F. & Ødegård, I.H. (red.) *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn og unge (s. 23-38)*. Nationalt kunnskapsnettverk for legemidler til barn.
https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje_versjon_1.pdf
12. Høivik, T., Mostad, U., Einen, M., & Ødegård, I.H. (2020). Seding. I Brudvik, C., Einen M., Grønlie, I., Høivik, T., Kaspersen, K-H.F. & Ødegård, I.H. (red.) *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn og unge (s. 38-42)*. Nationalt kunnskapsnettverk for legemidler til barn.
https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje_versjon_1.pdf
13. Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nursing Ethics*, 21(5), 608-620. DOI: 10.1177/0969733013513214
14. Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Dalheim Englund, A.-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9 (1), 1-11. DOI: <http://tps://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>"h"
15. Koller, D. & Goldman, R.D. (2012). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27 (6), 652-681. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>
16. Landkildehus, E., Lind, M.S. & Jensen, C.S. (2014). Klinisk retningslinje for anvendelse af lokalbedøvende creme/gel som smerteprofylakse ved stikprocedurer hos børn. Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi. Aalborg Universitetssykehus. Hentet 31. Januar 2020 fra
https://cfkr.dk/media/353602/klinisk_retningslinje_for_anvendelse_af_lokalbed_vend_e_cremegel_som_smerteprofylakse_ved_stikprocedurer_hos_b_rn-1.pdf
17. Norsk barnelegeforening (2011). *13.6 Sedasjon med midazolam eller kloralhydrat ved prosedyrer og undersøkelser i sykehus*. Hentet 1 februar 2020 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144670&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>

18. Norsk barnelegeforening (2014). *13.4 Smertebehandling*. Hentet 1 februar 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144668&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>
19. Norsk legemiddelhåndbok (2017, 20. oktober). *L22.1.1.5 Lidokain–tetrakain*. Hentet 19. Oktober 2020 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L22.1.1.5/Lidokain–tetrakain>
20. Norsk legemiddelhåndbok (2018, 15. oktober). *L22.1.1.4 Lidokain–prilokain*. Hentet 19. Oktober 2020 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L22.1.1.4/Lidokain–prilokain>
21. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
22. Pedersen, R.S., Bayat, A., Steen, N.P., & Jacobsson, M-L. (2013). Nitous oxide provides safe and effective analgesia for minor paediatric procedures – a systematic review. *Danish medical journal* 60(6): A4627. https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-12/a4627.pdf
23. Raicine, Pillai Riddell, Khan, Calic, Taddio & Tablon (2015). Systematic Review: Predisposing, Precipitating, Perpetuating, and Present Factors Predicting Anticipatory Distress to Painful Medical Procedures in Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(2), 159–181. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv076
24. Robstad, A.B. & Kaspersen, K-H.F (2020). Ikke- medikamentelle metoder. I Brudvik, C., Einen M., Grønlie, I., Høivik, T., Kaspersen, K-H.F. & Ødegård, I.H. (red.) *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn og unge* (s. 12-22). Nationalt kunnskapsnettverk for legemidler til barn. https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smarteretningslinjer/Smarteretningslinje_versjon_1.pdf
25. Royal collage of nursing. (2019). *Restrictive physical interventions and the clinical holding of children and young people; Gudance for nursing staff*. London: Royal Collage of Nursing.
26. Salmela, M., Aronen, E.T. & Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears og 4- to 6-year-old children. *Child: care, health and development*, 37(5), 719-726. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x>

27. Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E.T. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing* 66 (6), 1222-1231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x>
28. Shah, V., Taddio, A., McMurtry, M., Halperin, S.A., Noel, M., Pillai Riddel, R. & Chambers, C.T. (2015). Pharmacological and combined interventions to reduce vaccine injection pain in children and adults. Systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 31 (105), 38-63. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000281
29. Shave, K., Ali, S., Scott, S.D. & Hartling, L. (2018). Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC Pediatrics*, 18 (324), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1300-y>
30. Smeland, A.H. (2020). Barn og smerte. I Brudvik, C., Einen M., Grønlie, I., Høivik, T., Kaspersen, K-H.F. & Ødegård, I.H. (red.) *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrrelaterte smerter hos barn og unge* (s. 5-7). Nasjonalt kunnskapsnettverk for legemidler til barn.
https://www.legemidletilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje_1.pdf
31. Sundal, H. & Lykkeslet, E. (2019). Hospitalized children – parents` and nurses` collaboration in procedural situations. *Pediatric nursing*, 45(4), 174-179.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.oslomet.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=51f4e26f-8b6d-43ed-b24e-49fb82f73f89%40sdc-v-sessmgr01>
32. Svendsen, E. J. & Bjørk, I. T. (2014). Experienced nurses` use of non-pharmacological approaches comprise more than relief from pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.12.001>
33. Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2015a). Parent-healthcare provider interaction during peripheral vein cannulation with resistive preschool children. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), s. 620- 630.
<https://doi.org/10.1111/jan.12852>
34. Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2015b). Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC Pediatrics*, 15(190), 1-11. DOI: [10.1186/s12887-015-0508-3](https://doi.org/10.1186/s12887-015-0508-3)
35. Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in pediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 12(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>

36. Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2018). "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*, 41(2018) 46-51. <https://doi.org/j.pedn.2018.03.004>
37. Söderbäck, M. (2012). Young (3-5 year-old) children`s way of engagement in care procedures involving venepuncture. *Journal of Reasearch in Nursing*. 18(7), 636-648. <https://doi.org/10.1177/1744987111434191>
38. Tjelle, T.E., Pike, E., Hafstad, E., Bidonde, J., Harboe, I. & Juvet, L.K. (2018). Health technology assessment: Effectiveness and safety of nitrous oxide as sedation regimen in children. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/metodevurdering-av-sikkerhet-og-effekt-ved-bruk-av-lystgass-for-barn/>
39. Wentz, S.J.K. (2013). Nonpharmacological pediatric pain management in emergency departments: a systematic review of the literature. *Journal of emergency nursing*. 39(2), 140-150. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011>

Mer informasjon:

Forfattere: Anette Sva (barnesykepleier) & Kristine-Helene Z. Nordmeland (barnesykepleier)

Enheter:

Utarbeidet ved enhet:

Dokumentkategori:

7.0 EVALUERING AV FAGPROSEDYREN

I dette kapittelet evalueres fagprosedyren som er en del av fase 4. *evaluere* i “Modell for kvalitetsforbedring” (Konsmo et al., 2015, s. 32-34), og trinn 10. *gjennomfør evaluering og oppdatering* i “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” (Helsedirektoratet, 2012, s. 9 og 42). Hensikten med å evaluere er å vurdere om tiltakene har innfridd i forhold til målsettingen og om det har ført til forbedring (Helsedirektoratet, 2012, s. 42; Konsmo et al., 2015, s. 32). Siden masteroppgaven er et eksamensarbeid og fagprosedyren ikke skal implementeres på nåværende tidspunkt blir ikke de formelle prosessene fulgt og fullstendig evaluert. Fagprosedyren blir i dette kapittel evaluert og strukturert etter domene i AGREE II, som er beskrevet i kapittel 4.2.1. Ikke alle domenene vil være aktuelle å vurdere, men de vil bli nevnt og diskutert. Kandidatene har sendt forslaget til fagprosedyren til fagpersoner på avdelingen og innhentet innspill til forbedring. Disse innspillene trekkes inn i evalueringen. Videre i kapittelet vil etiske overveielser i fagprosedyren drøftes.

7.1 Evaluering av fagprosedyren med bruk av AGREE II.

7.1.1 Avgrensning og formål

1. Fagprosedyrens overordnede mål er klart beskrevet

Målet med fagprosedyren er å identifisere og sikre kunnskapsbaserte tiltak for økt kvalitet i utførelsen av sykepleien til barnet, og å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang for at barnet skal oppleve den stikkerrelaterte prosedyren som mindre traumatisk. Dette kommer klart frem i både i kapittel 4.4 og under fagprosedyrens overskrift “Hensikt og omfang”.

2. Det kliniske spørsmålet i fagprosedyren er klart beskrevet

Det kliniske spørsmålet er hvordan man kan redusere bruk av tvang mot barn under prosedyrer. Spørsmålet er gjort rede for PICO i kapittel 4.5.1.

Etter endt søkeprosess ser kandidatene at det kliniske spørsmålet er bredt og at det kunne vært mer spesifikt rettet mot stikkerrelaterte prosedyrer. Spissingen og omformulering av fagprosedyren mot stikkerrelaterte prosedyrer var en avgjørelse kandidatene gjorde etter endt søkeprosess. Kandidatene konkluderer med at det er fremkommet nok relevant forskning på temaet til tross for dette.

3. Populasjonen fagprosedyren omfatter er klart beskrevet

Fagprosedyrens pasientmålgruppe er barn fra 2 år og opp til skolealder. Det er nærmere beskrevet i kapittel 4.4 og under overskriften “Målgruppe” i selve fagprosedyren.

7.1.2 Involvering av interessenter

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper

Arbeidsgruppen har bestått av to kandidater som er barnesykepleiere. I kapittel 4.3 er det gjort rede for den ideelle arbeidsgruppen, og siden dette er et eksamensarbeid er det ikke involvert andre faggrupper.

5. Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler er forsøkt inkludert

I fagprosedyren er det søkt etter forskningskunnskap fra helsepersonell og pasient. Som beskrevet i kapittel 4.5.3 er forskning på barn regulert av strengt lovverk (Grindheim & Håpoldøy, 2014), hvilket kan medføre at det er mindre forskning direkte på barns opplevelser. Pasientkunnskapen som er brukt baseres på fortolkning av barnets og omsorgspersonenes erfaring.

6. Fagprosedyrens målgruppe er klart definert

Målgruppen fagprosedyren skal gjelde for er sykepleiere, spesialsykepleiere, sykepleiestudenter og helsefagarbeidere. Dette er gjort rede for i kapittel 4.4 og er beskrevet under overskriften “Målgruppe” i selve fagprosedyren.

7.1.3 Metodisk nøyaktighet

7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget

Søkestrategien er gjort rede for i kapittel 4.2 og 4.5 og beskriver hvor og hvordan det er søkt etter kunnskapsgrunnlaget.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet

Kriteriene for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er tydelig beskrevet i kapittel 4.5.4.1 og 4.5.4.2. Disse kriteriene kan ha bidratt til at relevant kunnskap har blitt utelatt, men basert på funnene i kunnskapssøket vurderer kandidatene at det er funnet nok relevant kunnskap om temaet.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet

Kandidatene har vurdert styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget. Helsedirektoratet (2012, s. 28-32) anbefaler bruk av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [GRADE] for å vurdere styrken på anbefalingene i fagprosedyren. Det er ikke brukt GRADE-systemet siden dette er et eksamensarbeid, og fordi kandidatene ikke har kompetanse til å bruke dette systemet. Kandidatene har diskutert nærmere hvilken evidens fagprosedyren bygger på under kapittel 4.5.4.

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet

Det er brukt “Modell for kvalitetsforbedring” og “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” for å utarbeide fagprosedyren. Metoden for å utarbeide en fagprosedyre er beskrevet i kapittel 3.1.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risiko er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene

De helsemessige gevinstene i anbefalingene vil være tiltak som bidrar til reduksjon av stress, angst, smerte og redselen for det ukjente. Dette for å gi barnet kontroll i situasjonen i den hensikt å forebygge traumatiske opplevelser for barnet under den stikkerelaterte prosedyren. Disse forholdene drøftes i kapittel 5.0.

Hypotetisk er det risiko at nødvendig helsehjelp kan bli utsatt fordi man prøver å unngå eller redusere bruk av tvang, og derfor er det valgt å ta med et punkt med tiltak ved bruk av tvang som vist i kapittel 5.3.4.1 og i fagprosedyren.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget

Det fremgår tydelig at anbefalingen henger sammen med kunnskapsgrunnlaget til fagprosedyren ved at det henvises til kilder ved hver anbefaling.

13. Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering

Det er ikke aktuelt med en eksternt vurdering av fagprosedyren siden dette er et eksamensarbeid. Det ble innhentet innspill til innholdet i fagprosedyren fra fagmiljøet ved kandidatens avdeling, og tilbakemeldingene ble tatt med i utarbeidelsen. Tilbakemeldingen omhandlet primært språk og lengden på fagprosedyren, men at tiltakene var tydelige og relevante. Kandidatene fikk også tilbakemelding på at forslaget til fagprosedyren er et veldig godt grunnlag for videre arbeid med implementering i kandidatens avdeling.

14. Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet

Det er ikke utarbeidet en beskrivelse for revidering av fagprosedyren siden dette er et eksamensarbeid. Det ble gjort et oppdatert kunnskapssøk før innlevering som beskrevet i kapittel 4.5.1. Det er redegjort for oppdatering av fagprosedyren ved en eventuell implementering i kapittel 8.0.

7.1.4 Klarhet og prestasjon

15. Anbefalingene er spesifikke og entydige

Kandidatene mener at anbefalingene kommer klart frem, i og med at det er laget underkapitler som gjør prosedyren spesifikk og entydig. Det er utarbeidet et flytskjema som kan være et

nyttig verktøy for å gjøre prosedyren mer brukervennlig. Prosedyren gir likevel rom for å individualiseres til hvert enkelt barn, da alle barn er ulike med individuelle behov.

16. De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet

I fagprosedyren beskrives enkelte tiltak med flere alternative tilnærminger. Det er fordi fagprosedyren må individualiseres og tilpasses det enkelte barns individuelle behov og alder.

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere

Kandidatene mener de sentrale anbefalingene i fagprosedyren er lette å finne ved at de er uthevet med fet skrift.

7.1.5 Anvendbarhet

18. Faktorer som kan hemme og fremme bruk av fagprosedyre er beskrevet

Inkludering av fagpersoner i implementeringen kan gi eierskap i fagprosedyren og fremme bruken (Helsedirektoratet, 2012). Tidlig kommunikasjon og inkludering av leder kan være nyttig. Dette er beskrevet videre i kapittel 8.0.

Fagprosedyren ble, som nevnt i punkt 13, sendt ut til fagpersoner og leder på kandidatens avdeling. Kandidatene fikk positive tilbakemeldinger og det ble ytret et ønske om implementering av fagprosedyren. Kandidatene fikk konstruktive tilbakemeldinger og de fleste signaliserte at prosedyren var litt lang og med mye tekst, og at den kunne være mer lettlest om anbefalingene ble delt opp i punkter. En lang prosedyre kan føre til at den ikke blir benyttet. Kandidatene tok hensyn til tilbakemeldingene og gjorde den mer konkret. Flere av tiltakene ble satt opp punktvis for å gjøre fagprosedyren mer oversiktlig. Tilbakemeldingene på flytskjemaet var bare positive, og at det kan bidra til å gjøre fagprosedyren mer tilgjengelig og anvendbar. Noen av tilbakemeldingene var forslag til flere tiltak og at fagprosedyren bør brukes til flere kliniske prosedyrer enn bare stikkerelaterte. Det har ikke blitt inkludert i fagprosedyren siden det er et eksamensarbeid og oppgaven ville blitt for omfattende. Holdninger til kvalitetsarbeid vil ha en betydning for om fagprosedyren vil bli anvendt, dette er nærmere diskutert i kapittel 7.2.1.

19. Fagprosedyren er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis

Når fagprosedyren skal implementeres legges den ut på EQS, som er Ahus sitt felles nettsed for fagprosedyrer. Denne fagprosedyren vil bli linket opp mot fagprosedyren "Bruk av lystgass til barn" som ligger i EQS fra før. Den kommer også ha en link til "Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn og ungdom" fra Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn.

20. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning
Dette er ikke aktuelt siden masteroppgaven er et eksamensarbeid. Ved en eventuell implementering krever ikke fagprosedyren ytterligere ressurser enn ellers. Grunnet at det allerede er satt av tid til fag ved faglunsjer. Dette er beskrevet videre i kapittel 8.0. Det kreves derimot at sykepleier må sette av tid til barnet i forbindelse med forberedelsene til prosedyren.

21. Fagprosedyren inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering
Det er ikke aktuelt å sette opp kriterier for etterlevelse og evaluering siden dette er et eksamensarbeid. Det er kort redegjort for en eventuell implementering i kapittel 8.0. Kvalitetsindikatorer brukes for å evaluere om fagprosedyren har innfridd etter implementering. Det er beskrevet i kapittel 4.4.

7.1.6 Redaksjonell uavhengighet

22. Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans
Fagprosedyren er uavhengig av bidragsytende instans. Kandidatene har fått 3 uker permisjon med lønn for å jobbe med masteroppgaven. Det har ikke vært en økonomisk vinning utover lønnet permisjon. Det har ikke innvirkning på inhabilitet eller på den redaksjonelle uavhengigheten i masteroppgaven og de endelige anbefalingene. Dette er gjort rede for i kapittel 4.3.

23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer
Kandidatene arbeider ikke med andre prosjekter som kan som kan føre til interessekonflikter. Det er heller ingen interessekonflikter i arbeidsgruppens medlemmer, som i denne masteroppgaven er kandidatene. Ved videre arbeid med å implementere fagprosedyren, og nedsetting av arbeidsgruppe, må det på nytt tas stilling til habilitet og mulige interessekonflikter. Det er gjort rede for interessekonflikter i kapittel 4.3.

7.2 Ethiske overveielser.

Helsedirektoratet (2012, s. 34) anbefaler at etiske vurderinger tas med ved utarbeidelse av en ny fagprosedyre. De etiske overveielserne har som mål å sørge for at nødvendige og vanskelige valg gjøres til det beste for pasienten (Helsedirektoratet, 2012, s. 34). Etik er en sentral del av sykepleieryrket: "Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet" (NSF, 2016). Arbeid i tråd med etiske retningslinjer er særlig viktig når barn utgjør pasientgruppen. Barn er en sårbar gruppe grunnet at de er emosjonelt og kognitivt umoden, og i konstant utvikling (BSF, 2017, s. 3). Kirwan og Coyne (2016, s. 51) skriver at sykepleieren har en plikt i sin omsorg for pasientene, til å beskytte

deres rettigheter og å sikre trygghet og velvære. Det medfører at unødige bruk av tvang har moralske og kliniske implikasjoner for alle involverte. Dette drøftes nærmere i kapittel 7.7.2.

7.2.1 Sykepleiers holdninger til kvalitetsarbeidet

Helsepersonellens holdninger til fagprosedyre vil være av betydning for om det fremmer eller hemmer bruken av en fagprosedyre, som beskrevet i kapittel 8.0. Barnesykepleieren har en viktig rolle i å forbedre praksis og utvikle barnesykepleiefaget. Som barnesykepleier har man ansvar for å informere, undervise og veilede kollegaer (BSF, 2017, s. 8). Barnesykepleieren har derfor en viktig rolle å påvirke holdninger til kvalitetsarbeid. For sykepleien skal være forskningsbasert, og sykepleieren må derfor holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis (NSF, 2019). Dette er også lovregulert i Helsepersonelloven (1999, § 4). Samtidig viser forskning at sykepleiere sjeldent bruker oppdatert forskning i sin arbeidshverdag (Weum et al., 2017). Videre skriver Weum et al. (2017) at det forklares blant annet med mangel på kompetanse til å vurdere forskning, spesielt blant sykepleiere uten mastergrad eller lav stillingsprosent, og grunnet mangel på tid til å finne forskning.

Implementering av en fagprosedyre handler om å benytte anbefalingene og rådene som er beskrevet i fagprosedyren. Ved å implementere en fagprosedyre vil daglige rutiner bli endret og barrierer mot endringene må fjernes (Helsedirektoratet, 2012, s. 41). Kandidatens erfaring tilsier at bruken av fagprosedyrer er varierende. Dette kan medføre barrierer ved implementering av fagprosedyren. Det kan kreve et holdningsarbeid for å motivere og eventuelt endre sykepleiers daglige rutiner (Stubberud, 2016, s. 142-143). Oppmerksomheten til fagprosedyren bør være rettet mot faglige forbedringer slik at positive holdninger til nødvendige endringer kan skapes (Helsedirektoratet, 2012, s. 41). Til tross for at det er ytret et behov om en slik fagprosedyre og tilbakemeldingene har vært positive, er det ingen garanti for at fagprosedyren blir brukt. Helsepersonellet kan oppleve det tidkrevende å sette seg inn i en ny fagprosedyre og bruk av den. Noen av tiltakene krever at det må settes av mer tid til pasienten. Det kan være utfordrende i en hektisk hverdag i kandidatens avdeling. Ved å forenkle fagprosedyren i et flytskjema kan det bidra til at den er lettere å bruke. Kandidatene har også et ønske om å trykke den opp i små kort som får plass i lommen, det kan gjøre at den blir mer tilgjengelig. Promoteringen av fagprosedyren når den skal implementeres vil også spille en rolle for om den blir brukt. Promotering av fagprosedyren er nærmere beskrevet i kapittel 8.0.

7.2.2 Kvalitetsarbeidets bidrag til å ivareta etiske prinsipper

Sykepleien er etisk fundamentert i sykepleiens grunnlag og etiske rettigheter (NSF, 2019). I tillegg er fire etiske prinsipper sentrale: Velgjørenhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet,

autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Nortvedt, 2016, s. 96-99). Nortvedt (2016, s. 96) beskriver velgjørenhetsprinsippet som å ville, og etter beste evne gjøre, det beste for pasienten. Ikke skade-prinsippet handler om å ikke forårsake lidelse, eller påføre skade. Ikke skade innebærer varsomhet, empati og omtanke i pleien, og å ikke utsette pasienten for unødig smerter og belastning (Nortvedt, 2016, s. 97). Autonomiprinsippet handler om at pasienten skal kunne ta egne valg og bestemme over egen behandling og pleie, om vedkommende er kompetent til det. Pasienten kan også nekte behandling (Nortvedt, 2016, s. 98). For å oppnå rettferdighet må en ta stilling til likebehandlingsprinsippet, med lik behandling til hver pasient, samt å ta ansvar for rettferdig fordeling av ressurser (Stubberud, 2018, s. 16). For pasienten betyr det retten til lik omsorg uansett, uavhengig av kjønn, etnisitet, sosiale status og sosialt nettverk. Sykepleieren forplikter seg til å balansere pleiebehovene til den enkelte pasienten opp mot rettferdig ressursbruk for de mange (Nortvedt, 2016, s. 98).

7.2.3 Ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet

Som nevnt i kapittel 3.3 er fagprosedyrer et tiltak som kan bidra til at praksis i større grad baseres på forskningsbasert kunnskap. Når praksis baseres på forskningsbasert kunnskap, kan det bidra til tryggere praksis (Meld. St 10 (2012-2013), s. 86). Hvis den planlagte fagprosedyren blir implementert, kan det bidra til at barns rett til medbestemmelse ivaretas bedre. Gjennom å benytte fagprosedyren for å unngå eller redusere bruk av tvang, kan sykepleieren bidra til å motvirke at barnet utsettes for unødig belastning og traumer, og slik arbeide i tråd med ikke-skade prinsippet. Velgjørenhetsprinsippet kan sies å ivaretas ved bruk av fagprosedyren, fordi fagprosedyren skal bidra til at tvang ikke er første løsning. I stedet er det ivaretagelsen av pasientens beste som er hovedmålet, fremfor effektivitet eller økonomi. Som nevnt i kapittel 1.1 og 2.3 anbefaler Lindheim (2018) at barn som har hatt traumatiske opplevelser, spesielt i forbindelse med fastholding, kan ha behov for oppfølging i etterkant. Om en kan unngå traumatiske opplevelser hos barna stemmer det overens med både velgjørenhets- og ikke skade-prinsippet. I tillegg vil det å unngå behov for senere oppfølging medføre mindre ressursbruk og kostnader for helsevesenet i et langtidsperspektiv. Samtidig kan det å følge flere punkter i en prosedyre for å begrense bruk av tvang medføre noe mer tidsbruk for personalet i prosedyresituasjonen. Det kan dermed ikke utelukkes at det kan påvirke behov for bemanning, og/eller tiden helsepersonellet bruker hos den enkelte pasient.

7.2.4 Rettferdighetsprinsippet

Helse- og omsorgsdepartementet beskriver at pasienter på ulike sykehus kan oppleve variasjon i kvalitet og tilbud, og av ulike grunner blir behandlet ulikt (Meld. St 11 (2018-

2019), s. 25). Helsemyndighetene anbefaler blant annet å bruke fagprosedyrer for å unngå uønsket variasjon (Meld. St 10 (2012-2013), s. 86). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringer har som visjon “å skape en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid, og overalt” (Helsedirektoratet, 2019, s. 3). Dette er føringer som tilsier at å utvikle en fagprosedyre som unngår eller reduserer bruk av fysisk tvang mot barn, samstemmer med målet om at alle pasienter, uansett sykehus og avdeling, skal få samme trygge og gode helsehjelp. Alle har lik rett til omsorg avhengig av deres pleiebehov, men uavhengig av rase, kjønn, og familie (Nortvedt, 2016, s. 99).

7.2.5 Autonomiprinsippet

Ved å implementere en fagprosedyre for å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang på barn, kan det bidra til at barnets autonomi ivaretas, da barnets selvbestemmelse prioriteres høyt. Dette samstemmer med det juridiske prinsippet om medbestemmelse, som gir barn rett til å delta i beslutningsprosesser, samt å bli hørt (Aasen, 2008, s. 5). Å ivareta barnets autonomi er i tråd med barnesykepleierens helsefremmende funksjons- og ansvarsområde. Det er et viktig mål for barnesykepleieren å styrke barnets mestring, ressurser og egenomsorgskapasitet (BSF, 2017, s. 7). Å ivareta barnets verdighet og integritet, deriblant rett til medbestemmelse, og retten til å ikke bli krenket, beskrives også i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019).

8.0 HVORDAN FØLGE OPP KVALITETSARBEIDET?

Etter at forslaget til fagprosedyren er ferdigstilt gjenstår fase 5. *Følge opp* i “Modell for kvalitetsforbedring” (Konsmo et al., 2015, s. 32-34). I Helsedirektoratets (2012, s. 9 og 42) “Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer” gjenstår trinn 8. *planlegging og gjennomfør implementering*, trinn 9. *planlegg evaluering og oppdatering* og trinn 10. *gjennomfør evaluering og oppdatering*.

Ved utvikling av en fagprosedyre er lederens engasjement avgjørende for å lykkes med implementering av arbeidet (Konsmo et al., 2015, s. 21). Kandidatene har allerede inkludert ledelsen og fagmiljøet på avdeling for barn og ungdom ved Ahus, og har godkjenning til å utarbeide en fagprosedyre på temaet. Ved videre arbeid med implementering av fagprosedyren må det etableres en ny arbeidsgruppe. Denne arbeidsgruppen bør ha en tverrfaglig kompetanse og erfaring (Helsedirektoratet, 2012, s.17; Konsmo et al, 2015, s. 23). I kapittel 4.3 er den ideelle arbeidsgruppen til fagprosedyren beskrevet, og det er anbefalt å involvere representanter som er interessert i arbeidet (Helsedirektoratet, 2012, s.17) Denne gruppen vil bli nedsatt tidlig i prosessen.

Kandidatene ser for seg å presentere fagprosedyren ved fremlegg på faglunsjer i avdelingen og på fagdag. Ved en faglunsj er det satt av 30 minutter en gang i uka til fag. Etter promoteringen av fagprosedyren kan det ses hensiktsmessig å prøve ut fagprosedyren som en pilotstudie. Ved å prøve ut fagprosedyren kan man avdekke mangler og svakheter for å kunne evaluere og eventuelt justere fagprosedyren (Konsmo et al., 2015, s. 31). Dersom fagprosedyren fungerer tilfredsstillende er det viktig å sikre at kvalitetsforbedringen innføres (Konsmo et al., 2015, s 35). Før implementering må fagprosedyren settes ut på høring. For å sikre god faglig kvalitet, pasientmedvirkning og effektiv implementering er det viktig at utkastet til fagprosedyren sendes på høring til grupper og instanser den berører, slik at de får mulighet til å uttale seg før den tas i bruk (Helsedirektoratet, 2012, s. 41). På Ahus ville denne høringsgruppen bestå av ledelsen, fagmiljøet på avdeling for barn og ungdom, sykepleiergruppen og ungdomsrådet. På Ahus inkluderes også en ressursperson fra staben i høringsgruppen for å sikre at fagprosedyren er teknisk godkjent. Videre sendes fagprosedyren til godkjenning til avdelingsleder for sykepleierne og eventuelt klinikksjefen.

Kandidatene tenker å sende ut et spørreskjema til kollegaene på avdelingen før og etter implementeringen for å måle resultatindikatoren. Resultatindikatorer er beskrevet i kapittel 4.4. På denne måten kan man måle den faktiske bruken av fysisk tvang mot barn, og om det har blitt en endring i praksis etter implementering og om prosedyren blir brukt. Det må også

lages en plan for revidering og videre oppfølging. De ansvarlige for fagprosedyren bør planlegge hvordan og hvor ofte den skal revideres (Helsedirektoratet, 2012, s. 42).

Helsebiblioteket (2015) anbefaler at en kunnskapsbasert fagprosedyre skal oppdateres innen 3 år. På Ahus er standarden at fagprosedyren oppdateres hvert 2. år. Arbeidsgruppelederen vil være den som har ansvaret for oppdateringen av fagprosedyren.

Ved et videre arbeid med fagprosedyren har kandidatene et ønske om å se på flere tiltak til smertelindring og sedering som per dags dato ikke tilbys på avdelingen, som for eksempel bruk av kuldespray, TENS, buzzy pain relief system og sedering med Deksmetomidin (Dexdor).

9.0 KONKLUSJON

I denne masteroppgaven har kandidatene utarbeidet et forslag til en fagprosedyre med mål om å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang mot barn under stikkerrelaterte prosedyrer. Temaet bunner i kandidatenes interesse for faget, og egne erfaringer etter å ha jobbet mange år med barn på sykehus. Kandidaten har erfaring med at bruk av fysisk tvang mot barn, og at det ofte tas i bruk i hverdagen på en barneavdeling. Samtidig som sykepleiere i varierende grad utøver proaktive tiltak i forkant av bruken av fysisk tvang.

Forslaget til en fagprosedyre kan bidra til at sykepleien til barnet består av kunnskapsbaserte anbefalinger som kan gi økt kvalitet samtidig som den standardiserer gjennomførelse av en stikkerrelatert prosedyre. Dersom anbefalingene benyttes, vil de kunne bidra til å unngå eller redusere bruk av fysisk tvang under en stikkerrelatert prosedyre. Fagprosedyren kan legge til rette for at barnet opplever kontroll og mestring i situasjon, som kan føre til reduksjon av stress, angst, smerte og redselen for det ukjente. Dermed reduseres sjansen for at barnet motsetter seg prosedyren og at fysisk tvang blir brukt. Fagprosedyren gjøre at barnet opplever prosedyren mindre traumatiserende.

Dette eksamensarbeidet har gitt kandidatene en større forståelse av temaet tvang, og proaktive tiltak som kan og bør benyttes ved en stikkerrelatert prosedyre. Kandidatene har fått større respekt for viktigheten av å unngå og i størst mulig grad redusere bruken av fysisk tvang. Videre ønsker kandidatene at fagprosedyren kan bli implementert på flere barneavdelinger og andre sykehus. Kandidatene ønsker også å publisere en artikkel i tidsskriftet Sykepleien for å spre budskapet til flest mulig og at vi sammen kan unngå eller redusere bruken av fysisk tvang. Fagprosedyren kan også ha en overføringsverdi til bruk ved andre ubehagelige og smertefulle prosedyrer som barn må gjennom på sykehus.

LITTERATURLISTE

- Aasen, H. S. (2008). Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 1, 4-27.
- Aasen, S.E. (2020, 3. januar). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Alper, B.S. & Haynes, R.B. (2016). EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *Evid Based Med* 21(4), 123-125. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2016-110447>
- Barnelova (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7/KAPITTEL_6#§30
- Barneombudet (2011). *Sykehusekspertene*. Barneombudet. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Sykehusekspertene.pdf>
- Barnesykepleierforbundet (2017). *Barnesykepleier - funksjons- og ansvarsområder*. [Brosjyre]. https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/barnesykepleier-funksjons-og-ansvarsomrader-2017_0.pdf
- Ballard, A., Le May, S., Khadra, C., Fiola, J.L., Charette, S., Charest, M-C., Gagnon, H., Bailey, B., Villeneuve, E. & Tsimicalis, A. (2017). Distraction kits for pain management of children undergoing painful procedures in the emergency department: a pilot study. *Pain Management Nursing*, 18(6), 418-426. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.08.001>
- Birnie, K.A., Noel, M., Chambers, C.T., Uman, L.S., & Parker, J.A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, 2018(10), 1-53. [10.1002/14651858.DOI.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.DOI.pub4)
- Bray, L., Carter, B., Ford, K., Dickinson, A., Water, T. & Blake, L. (2018). Holding children for procedures: An international survey of health professionals. *Journal of Child Health Care* 22(2), 205-215. <https://doi.org/10.1177/1367493517752499>
- Bray, L., Appelton, V. & Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? *Child care, health and development*, 45, 737-743. <https://doi.org/10.1111/cch.12692>

- Bray, L., Snodin, J. & Carter, B. (2015). Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nursing Inquiry*, 22(2), 157-167. DOI: 10.1111/nin.12074
- Brenner, M. (2007). Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: An extraordinarily stressful event. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30 1-2), 29–37. <https://doi.org/10.1080/01460860701366658>
- Brenner, M. (2013). A Need to Protect: Parents' Experiences of the Practice of Restricting a Child for a Clinical Procedure in Hospital. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 36 (2-1), 5-16. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.768312>
- Brenner, M., Drennan, J., Treacy, M.P. & Fealy, G.M. (2014). An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: a factorial survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1189-1198. DOI: 10.1111/jocn.12650
- Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. (2017). *Appraisal of guidelines for research & evaluation II*. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Campbell, L., DiLorenzo, M.A., Atkinson, N. & Pillai Riddell, R. (2017). Systematic review: A systematic review of the interrelationships among children's coping responses, children's coping outcomes, and parent cognitive-affective, behavioral, and contextual variables in the needle-related procedures context. *Journal of pediatric psychology*, 42(6), 2017, 611-621. DOI: 10.1093/jpepsy/jsx054
- Coyne, I. (2011). Children's experience of hospitalisation and their participation. I G.M. Brykczynska, & J. Simons (Red.), *Ethical and philosophical aspects of nursing children and young people* (s. 127-143). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Coyne, I. & Scott, P. (2014). Alternatives to restraining children for clinical procedures. *Nursing children and young people*, 26 (2), 22-27.
- Cravero, J.P., & Roback, M.G. (2020, 10. juni). *Procedural sedation in children outside of the operating room*. UpToDate. Hentet 21. Oktober 2020. <https://www.uptodate.com/contents/procedural-sedation-in-children-outside-of-the-operating-room>

- Crellin, D., Babl, F.E., Sullivan, T.P., Cheng, J., O'Sullivan, R. & Hutchinson, A. (2011). Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatric Emergency Care* 27(7), 622-627. DOI: 10.1097/PEC.0b013e31822255b6
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Demir, A. (2007). The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review* 54, 367-374.
<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.hioa.no/doi/pdfdirect/10.1111/j.1466-7657.2007.00547.x>
- Diseth, T. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and psychopathology*, 18, 233-251. DOI: 10.1017/S0954579406060135
- Duchicela, S.I., Meltzer, J.A. & Cunningham, S.J. (2017). A randomized controlled study in reducing procedural pain and anxiety using high concentration nitrous oxide. *American Journal of emergency medicine* 35, 1612-1616. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aje.2017.04.076>
- Dunn, L.K. (2020, 22. oktober). *Procedural sedation and analgesia in children and adolescents*. DynaMed. Hentet 24. oktober <https://www.dynamed.com/drug-review/procedural-sedation-and-analgesia-in-children-and-adolescents/>
- Ekmark, L. & Larsson, B. A. (2014) Seding av barn vid procedurer. *Information från Läke-medelsverket*, 25(3), 51-58.
<https://www.lakemedelsverket.se/48d702/globalassets/dokument/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/information-fran-lakemedelsverket-nr-3-2014.pdf>
- FNs barnekonvensjon (1989, 20. November). *FNs konvensjon for barns rettigheter*. Ratifisert i Norge 8. januar 1991, revidert oversettelse fra 2003. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Internkontrollforskriften i sosial/helsetjenesten (2002). *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* (FOR-2002-12-20-1731). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-20-1731>
- Gjems, S. & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(9), 857-862.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/09/forebygging-og-behandling-av-psykologiske-traumer-hos-somatisk-syke-barn>

Grindheim, H. K. & Håpoldøy, R. (2014). Å forske på barns premisser. *Sykepleien* 8, 50- 53.

<https://sykepleien.no/forskning/2014/08/forske-pa-barns-premisser>

Grunnloven (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17/KAPITTEL_1-5#KAPITTEL_1-5

Helsedirektoratet (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. (Veileder IS-1870). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)

[retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)

[3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikli](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)

[ng%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)

Helsebiblioteket (2015, 29.oktober). *Oppdatering av prosedyre*. Hentet 29.oktober 2020 fra

[https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-](https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/oppdatering-av-prosedyre)

[fagprosedyrer/oppdatering-av-prosedyre](https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/oppdatering-av-prosedyre)

Helsebiblioteket (2016a, 6.juni). *Flytskjema*. Hentet 22.oktober 2020 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/flytskjema>

Helsebiblioteket (2016b, 7. juni). *Kildevalg*. Hentet 3. november 2020 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket (2016c, 24. Oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Hentet 19.januar 2020 fra

[https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-](https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk)

[mesh-pa-norsk-og-engelsk](https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk)

Helsebiblioteket (2018, 12. november). *Litteratursøk*. Hentet 30. januar 2020 fra

[https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-](https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#Seks)

[fagprosedyrer/litteratursok#Seks](https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#Seks)

Helsedirektoratet (2017). *Stress og mestring*. Oslo: Helsedirektoratet

[\[mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-\]\(https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-</p></div><div data-bbox=)

[43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten)

Helsedirektoratet (2018, 29. oktober). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helsedirektoratet.

https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_attachment/inline/b9c73ab0-2447-482f-aab5-44364d27f108:2f0307310ad8b1fc91c7958ad673ffbc423cc570/nasjonal-handlingsplan-for-pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring-endelig.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m.*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_9

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Høivik, T., Mostad, U., Brudvik, C., Einen, M., & Ødegård, I.H. (2020). Medikamentell smertelindring. I C. Brudvik, M. Einen, I. Grønlie, T. Høivik, K-H.F. Kaspersen, & I.H. Ødegård (red.), *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn og unge* (s. 23-38). Nationalt kunnskapsnettverk for legemidler til barn.

https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje_1.pdf

Høivik, T., Mostad, U., Einen, M., & Ødegård, I.H. (2020). Seding. I C. Brudvik, M. Einen, I. Grønlie, T. Høivik, K-H.F. Kaspersen, & I.H. Ødegård (red.), *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn og unge* (s. 38-42). Nationalt kompetansenettverk for legemidler til barn.

https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje_1.pdf

International Association for the Study of Pain (2017, 14. desember). *IASP Terminology*.

Hentet 10. juni fra <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>

- Kangasniemi, M., Papinaho, O. & Korhonen, A. (2014). Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nursing Ethics*, 21(5), 608-620. DOI: 10.1177/0969733013513214
- Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Dalheim Englund, A.-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-11. <http://tps://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>"h
- Kirwan, L. & Coyne, I. (2017). Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 46-54. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1177%2F1367493516666730>
- Koller, D. & Goldman, R.D. (2012). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), 652-681. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>
- Konsmo, T., DeVibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Notat nr. 1 om kvalitetsutvikling*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
- Kunnskapsbasert praksis (2018a, april). *Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Kunnskapsbasert praksis (2018b, april). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Kunnskapsbasert praksis (2020, oktober). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Landkildehus, E., Lind, M.S. & Jensen, C.S. (2014). *Klinisk retningslinje for anvendelse af lokalbedøvende creme/gel som smerteprofylakse ved stikprocedurer hos børn*. Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi, Aalborg Universitetssykehus. Hentet 31. Januar 2020 fra

https://cfkr.dk/media/353602/klinisk_retningslinje_for_anvendelse_af_lokalbed_vende_cregel_som_smerteprofylakse_ved_stikprocedurer_hos_b_rn-1.pdf

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindheim, M. Ø. (2018, 16. april). *Når barn er på sykehus*. Norsk psykologforening.
<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/naar-barn-er-paa-sykehus>
- Lombart, B., De Stefano, C., Dupont, D., Nadji, L. & Galinski, M. (2020). Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. *Nursing Ethics*. Vol 27(1) 230-246. <https://doi.org/10.1177/0969733019833128>
- Luckett, T.R. & Hays, S.R. (2013). Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade. I M.F. Hazinski (red.), *Nursing care of the critically ill child* (s. 77-99). (3rd edition). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Meld. St. 7 (2019-2020). *National helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 11 (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>

Newell, A., Keane, J., McGuire, B.E., Heary, C., McDarby, V., Dudley, B., Moran, J., Francis, K. & Caes, L. (2018). Interactive versus passive distraction and parent psychoeducation as pain management techniques during pediatric venepuncture. A randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain*, 34(11), 1008-1016. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000628

Norsk barnelegeforening (2011). *13.6 Sedasjon med midazolam eller kloralhydrat ved prosedyrer og undersøkelser i sykehus*. Helsebiblioteket. Hentet 1. februar 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144670&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>

Norsk barnelegeforening (2014). *13.4 Smertebehandling*. Helsebiblioteket. Hentet 1 februar 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144668&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>

Norsk legemiddelhåndbok (2018, 15. oktober). L22.1.1.4 Lidokain–prilokain. Hentet 19. Oktober 2020 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L22.1.1.4/Lidokain–prilokain>

Norsk legemiddelhåndbok (2017, 20. oktober). L22.1.1.5 Lidokain–tetrakain. Hentet 19. Oktober 2020 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L22.1.1.5/Lidokain–tetrakain>

Norsk legemiddelhåndbok (2019, 18. juni). L22.3.1.2.1 Midazolam. Hentet 11.10.20 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L22.3.1.2.1/Midazolam>

Norsk sykepleierforbund (2018). *Forsvarlighet – Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie* [Brosjyre]. https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighetsheft%20e-april_2018..pdf

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 25. Oktober 2020 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleierens etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Olsen, A., Iversen, C. & Størdal, K. (2019, 9. september). Bruk av lystgass hos barn. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, (12). DOI: 10.4045/tidsskr.18.0338

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

- Pedersen, R.S., Bayat, A., Steen, N.P., & Jacobsson, M-L. (2013). Nitous oxide provides safe and effective analgesia for minor paediatric procedures – a systematic review. *Danish medical journal* 60(6): A4627. https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-12/a4627.pdf
- Raicine, Pillai Riddell, Khan, Calic, Taddio & Tablon (2015). Systematic Review: Predisposing, Precipitating, Perpetuating, and Present Factors Predicting Anticipatory Distress to Painful Medical Procedures in Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(2), 159–181. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv076
- Robstad, A.B. & Kaspersen, K-H.F (2020). Ikke- medikamentelle metoder. I C. Brudvik, M. Einen, I. Grønlie, T. Høivik, K-H.F. Kaspersen, & I.H. Ødegård (red.), *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelevante smerter hos barn og unge (s. 12-22)*. Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje_versjon_1.pdf
- Royal collage of nursing. (2019). *Restrictive physical interventions and the clinical holding of children and young people; Guidance for nursing staff*. London: Royal Collage of Nursing.
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Salmela, M., Aronen, E.T. & Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4-to-6-year-old children. *Child: care, health and development*, 37(5), 719-726. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x>
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E.T. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1222-1231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x>
- Sawyer, J., Febbraro, S., Masud, S., Ashburn, M.A. & Campbell, J.C. (2009). Heated lidocaine/tetracaine patch (Synera™, Rapydan™) compared with lidocaine/prilocaine cream (EMLA™) for topical anaesthesia before vascular access. *British Journal of Anaesthesia*, 102(2), 210-215. <https://doi.org/10.1093/bja/aen364>
- Shah, V., Taddio, A., McMurtry, M., Halperin, S.A., Noel, M., Pillai Riddell, R. & Chambers, C.T. (2015). Pharmacological and combined interventions to reduce vaccine injection pain in

- children and adults. Systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 31(105), 38-63. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000281
- Shave, K., Ali, S., Scott, S.D. & Hartling, L. (2018). Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC Pediatrics*, 18(324), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1300-y>
- Slota, M.C (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. I M.F. Hazinski (red.), *Nursing care of the critically ill child* (s. 77-99). (3rd edition). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Smeland, A.H. (2020). Barn og smerte. I C. Brudvik, M. Einen, I. Grønlie, T. Høivik, K-H.F. Kaspersen, & I.H. Ødegård (red.), *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrelaterte smerter hos barn og unge* (s. 5-7). Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje_versjon_1.pdf
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sundal, H. & Lykkeslet, E. (2019). Hospitalized children – parents` and nurses` collaboration in procedural situations. *Pediatric nursing*, 45(4), 174-179. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.oslomet.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=51f4e26f-8b6d-43ed-b24e-49fb82f73f89%40sdc-v-sessmgr01>
- Svendsen, E. J. & Bjørk, I. T. (2014). Experienced nurses` use of non-pharmacological approaches comprise more than relief from pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.12.001>
- Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2015a). Parent-healthcare provider interaction during peripheral vein cannulation with resistive preschool children. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 620- 630. <https://doi.org/10.1111/jan.12852>
- Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2015b). Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC Pediatrics*, 15(190). 1-11. [10.1186/s12887-015-0508-3](https://doi.org/10.1186/s12887-015-0508-3)

- Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in pediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *International Journal of qualitative studies on health and well-being*. 12(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>
- Svendsen, E.J. (2018, 26. august). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien*. [10.4220/Sykepleiens.2018.71912\(link is external\)](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912(link%20is%20external))
- Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjørk, I.T. (2018). “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*, 41(2018) 46-51. <https://doi.org/j.pedn.2018.03.004>
- Söderbäck, M. (2012). Young (3-5 year-old) children`s way of engagement in care procedures involving venepuncture. *Journal of Reasearch in Nursing*. 18(7), 636-648. <https://doi.org/10.1177/1744987111434191>
- Søbjerg, I.L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D-G. Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s. 128-166). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tjelle, T.E., Pike, E., Hafstad, E., Bidonde, J., Harboe, I. & Juvet, L.K. (2018). Health technology assessment: Effectiveness and safety of nitrous oxide as sedation regimen i n children. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/metodevurdering-av-sikkerhet-og-effekt-ved-bruk-av-lystgass-for-barn/>
- Vifladt, E. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring*. Oslo: NKLMS.
- Wente, S.J.K. (2013). Nonpharmalogical pediatric pain management in emergency departments: a systematic review of the literature. *Journal of emergency nursing*. 39(2), 140-150. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011>
- Weum, M., Bragstad, L. K. & Glavin, K. (2017, 24. november). Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. *Sykepleien Forskning*, 12. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64242>