

Sykepleieres erfaringer med barns motstand mot medisinske prosedyrer

En kvalitativ studie fra barneavdelinger

Cathrine Sofie Brandvik Hol, Evita Celin Harvold, Trude Fløystad Eines og Cecilie Katrine Utheim Grønvik

Cathrine Sofie Brandvik Hol, Helse Møre og Romsdal,

cathrine.sofie.brandvik.hol@helse-mr.no

Evita Celin Harvold, Molde kommune

Trude Fløystad Eines, Høgskolen i Molde

Cecilie Katrine Utheim Grønvik, Høgskolen i Molde

Sammendrag

Sykepleiere møter ofte utfordringer når barn motsetter seg medisinske prosedyrer under sykehusopphold, og i enkelte tilfeller kan fysisk fastholding være nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp. Studiens hensikt var å utforske sykepleieres erfaringer med barn, innlagt i barneavdeling, som motsetter seg medisinske prosedyrer. Det ble gjennomført individuelle intervjuer med seks sykepleiere fra to ulike barneavdelinger. Analysen, inspirert av Malteruds systematiske tekst-kondensering, resulterte i tre resultatkategorier: sykepleieres erfaringer når fastholding er siste utvei, forebygging av fastholdning gjennom informasjon og medvirkning og sykepleieres erfaringer som barnets advokat. Studien viser at bruk av fastholding når barn motsetter seg medisinske prosedyrer, utfordrer sykepleiere både faglig og etisk. I tillegg viser studien behov for nasjonale retningslinjer, opplæring og arenaer for tverrprofesjonell refleksjon, for bedre ivaretagelse av barns integritet og rett til medvirkning under medisinske prosedyrer.

Nøkkelord

Fysisk fastholding, barn, etiske dilemma, pediatrik sykepleie, kvalitativ forskning

Fagfellevurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.8274>

© Forfatterne. Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal lisens](#).

Introduksjon

I 2024 mottok 361 974 barn og unge i alderen 0-19 år somatisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2025). Selv om barn ofte omtales som én samlet pasientgruppe, dekker de i realiteten et stort aldersspenn fra nyfødte til ungdom, nær voksen alder. Dette innebærer betydelige variasjoner i utviklingsnivå, og evne til å forstå og medvirke i helsehjelpen. Barns forståelse av medisinske prosedyrer er derfor knyttet til både kognitive utvikling og tidligere erfaringer. Eksempelvis vil et barn på 4-5 år ha begrenset forståelse for årsak-virkning, noe som kan gjøre det utfordrende for dem å forstå hvorfor en prosedyre må gjennomføres. Barn fra 11-12 års alderen kan i større grad bruke tidligere erfaringer til å forstå årsakssammenhenger og hensikten med en prosedyre (Grønseth & Markestad, 2017). Barns ulike utviklingsnivå stiller derfor store krav til helsepersonell, som må tilpasse både kommunikasjon og tilnærming i møte med hvert enkelt barn (Helsepersonelloven, 1999, §4). I tillegg fremhever De forente nasjoners (FNs) barnekonvensjon at barn har rett til tilpasset informasjon om diagnose, behandling og prosedyrer (FN, 1989, artikkel 13).

Begge foreldre med foreldreansvar skal samtykke til barnets helsehjelp (Pasient-brukerrettighetsloven, 1999, §4-4). Barns rett til selvbestemmelse utvikles gradvis i takt med alder og modenhet, og barn som har fylt 12 år skal få sin mening tillagt stor vekt i beslutninger som angår dem (Barnevernsloven, 2021, §31). Helsepersonell har plikt til å respektere barns selvbestemmelsesrett, men ved livsnødvendige prosedyrer kan beslutningsansvaret overtas av helsepersonell dersom samtykke ikke foreligger (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I helsepersonelloven omtales tvang som helsehjelp gitt uten samtykke ved akutt behov, der helsepersonell har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, også når pasienten motsetter seg helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, §7). Pasient- og brukerrettighetsloven omtaler tvang som helsehjelp gitt til pasienter uten samtykkekompetanse som aktivt motsetter seg hjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). Det foreligger i dag ingen spesifikke lovbestemmelser som regulerer bruk av tvang og fastholding av barn, noe som kan bidra til juridiske og etiske dilemmaer i sykepleie til barn (Svendsen, 2018a).

For mange barn innebærer møtet med sykehus medisinske undersøkelser og behandling i ukjente og ofte skremmende omgivelser. Det fremmede miljøet, kombinert med ukjent medisinsk utstyr og kontakt med nye personer, kan bidra til at barn opplever økt stress og utrygghet som kan bidra til at de yter motstand (Grønseth & Markestad, 2017; Østberg et al, 2024). Flere studier fant at barn som mottar behandling i sykehus ofte opplever redsel og engstelse i forbindelse med medisinske prosedyrer (Rønningen & Eilertsen, 2023; Sundal, 2021; Svendsen et al., 2017; Svendsen, 2018b). Andre studier viser at når barn motsetter seg helsehjelp, kan det være nødvendig for helsepersonell, og i enkelte tilfeller også

foreldre, å benytte fysisk fastholding for å sikre gjennomføring av nødvendige prosedyrer (Forsner et al., 2023; Lombart et al., 2019). I en kartleggingsstudie om bruk av tvang på norske barneavdelinger hadde 96 prosent av sykepleierne brukt fysisk tvang i sin yrkesutøvelse, og 43 prosent utøvde fastholding av barn ukentlig i forbindelse med gjennomføring av prosedyrer (Rønningen & Eilertsen, 2023). I tidligere studier kommer det også frem at fastholding benyttes i akutte situasjoner når det haster å gi helsehjelp, eller der det er behov for å redusere risikoen for feil og komplikasjoner (Forsner et al., 2023; Rønningen & Eilertsen, 2023; Sundal, 2021; Svendsen et al., 2017; Svendsen, 2018b). Barns motstand mot prosedyrer kan ofte forstås i lys av tidligere negative erfaringer, eller som en reaksjon på forventet smerte og ubehag (Forsner et al., 2023; Segers et al., 2024; Østberg et al., 2024). Bruk av tvang kan i tillegg erfares traumatiserende for barnet, og føre til psykiske belastninger som angst, unngåelsesatferd, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og sosiale vansker (Dyregrov, 2010). Sykepleiere har derfor et stort ansvar når barn motsetter seg medisinske prosedyrer; sykepleiere skal sikre nødvendig helsehjelp samtidig som de forebygger unødige ubehag og krenkelse.

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understrekes sykepleierens ansvar for å beskytte barnet mot unødvendig bruk av tvang, ivareta barnets autonomi, og utvise refleksjon over egen praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Det er behov for mer kunnskap om hvordan sykepleiere vurderer og håndterer barns motstand i kliniske situasjoner, samt hvilke strategier som benyttes for å forebygge bruk av tvang (Rønningen & Eilertsen, 2023). Hensikten med denne studien var derfor å utforske sykepleieres erfaringer med barn, innlagt i barneavdeling, som motsetter seg medisinske prosedyrer.

Metode

Det ble valgt et kvalitativt design med en induktiv tilnærming, der datamaterialet ble samlet inn med bruk av individuelle intervjuer. Intervju er velegnet når formålet med studien er å samle data om subjektive erfaringer, emosjonelle reaksjoner, holdninger og meninger (Malterud, 2017).

Rekruttering og utvalg

Rekrutteringen ble gjennomført ved at avdelingsledere ved fem ulike barneavdelinger i Norge ble forespurt om å dele ut et informasjonsskriv til sykepleiere med erfaring med sykepleie til barn. Sykepleiere som ønsket å delta, tok kontakt med oss, og tidspunkt for intervju ble avtalt. Seks sykepleiere fra to ulike sykehus samtykket til å delta i studien. Demografiske kjennetegn ved deltakerne presenteres i tabell 1. Intervjuene ble gjennomført i februar og mars 2025.

Tabell 1. Demografiske kjennetegn ved deltakerne.

Kjønn	Alder	Videreutdanning som barne- sykepleier	Antall år som sykepleier på barne-avdeling	Arbeidssted
Mann	55	Ja	24	Avdeling for barn, kreft og blodsykdommer
Kvinne	51	Ja	19	Per tiden i permisjon fra stilling som sykepleier ved barneavdeling
Kvinne	27	Nei	1	Barneavdeling
Kvinne	26	Nei	5	Barneavdeling
Kvinne	51	Nei	28	Barneavdeling
Kvinne	34	Nei	1	Barneavdeling

Datainnsamling

Før gjennomføring av individuelle intervju, utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål innenfor temaene erfaringer, vurderinger og tiltak når barn motsetter seg medisinske prosedyrer. Første- og andreforfatter gjennomførte samtlige intervju; én hadde rollen som moderator og ledet samtalen, mens den andre fungerte som co-moderator med ansvar for å ta notater, supplere med oppfølgingsspørsmål og oppsummere hovedpunkter til slutt. Informantene fikk anledning til å bekrefte eller korrigere det som ble formidlet. Tre av intervjuene ble gjennomført digitalt, og tre ble gjennomført fysisk på informantenes arbeidssted. Intervjuene varte fra 45–60 minutter.

Det ble gjort lydopptak ved hjelp av diktafonappen i Nettskjemaet til Universitetet i Oslo (u.å.). Opptakene ble deretter automatisk transkribert. Transkripsjonene ble i etterkant kvalitetssikret ved manuell gjennomgang og kontrollert opp mot innholdet i lydopptakene, for å sikre at utsagnene var gjengitt ordrett og for å fjerne personidentifiserende opplysninger. Det endelige datamaterialet utgjorde 77 sider med transkribert tekst.

Analyse av data

Analyseprosessen ble gjennomført i fire trinn, inspirert av Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering (2017). Første- og andre forfatter utførte det innledende analysearbeidet, og de øvrige forfatterne deltok i påfølgende diskusjoner og analyse av datamaterialet.

I første trinn leste første- og andreforfatter det transkriberte materialet flere ganger uavhengig av hverandre for å danne seg et helhetsinntrykk. Deretter ble helhetsinntrykkene diskutert på tvers og vi kom frem til seks foreløpige tema som utgangspunkt for videre analyse: ulik forståelse om fastholdning er tvang, forsøker

å forebygge fastholding, viktig å etablere tillitsfulle relasjoner, situasjoner når fastholding er nødvendig, emosjonelle reaksjoner og mangelfull opplæring.

I det andre trinnet tok vi utgangspunkt i de foreløpige temaene fra det første trinnet, og identifiserte meningsbærende enheter som vi vurderte kunne bidra til å belyse studiens hensikt. Etter flere runder med diskusjoner mellom alle forfatterne, systematiserte vi de meningsbærende enhetene i ulike kodegrupper.

I det tredje trinnet gikk alle forfatterne gjennom materialet i kodegruppene på nytt og sorterte meningsinnholdet i flere subgrupper ved å tolke og abstrahere data (Malterud, 2017). I dette trinnet både fjernet og flyttet vi meningsinnhold mellom de ulike kodegruppene, og laget nye kodegrupper som passet bedre til meningsinnholdet. For hver kodegruppe utarbeidet vi kondensat som oppsummerte hovedinnholdet.

I trinn fire, sammenfattet og syntetiserte vi kondensatene fra trinn tre til tre ulike resultat kategorier. Eksempel på analyseprosessen, presenteres i tabell 2.

Tabell 2. Eksempel fra analyseprosessen.

Foreløpige tema	Meningsbærende enheter	Kodegrupper	Kondensat	Resultat-kategori
Årsaker til fastholding	«I en situasjon hvor det gjelder liv og død, gjør du det du må»	Nødvendig med fastholding i kritiske situasjoner	Når situasjoner oppleves kritisk for barnets liv eller helse, fremstår fastholding som nødvendig for å få gjennomført behandlingen.	Sykepleieres erfaringer når fastholding er siste utvei
Årsaker til fastholding	«Jeg vet at dersom jeg ikke holder denne hånden i ro nå så kommer legen til å bomme. Det er kjempeviktig at jeg holder barnet i ro».	Nødvendig med fastholding i kritiske situasjoner	I slike situasjoner overstyrer ansvaret for å redde liv eller forhindre alvorlig forverring andre hensyn.	Sykepleieres erfaringer når fastholding er siste utvei
Årsaker til fastholding	«Av og til så er det slik at man bare må holde fast barnet da. Barn er jo på sykehuset for en grunn, og det er ofte nødvendig å gjennomføre prosedyrene».	Fastholding for å forhindre skade	Fastholding brukes for å holde barnet i ro under prosedyrer for å forhindre skade. Dette oppleves som en del av ansvaret for pasientsikkerhet og faglig forsvarlig sykepleie.	Sykepleieres erfaringer når fastholding er siste utvei

Forskningsetiske vurderinger

Studien ble meldt til SIKT (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, referanse-nummer 670891). Alle informantene mottok et skriftlig informasjonsskriv som beskrev studiens hensikt, at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke sitt samtykke uten konsekvenser. Informantene ble også informert om at alle personidentifiserende opplysninger ville bli anonymisert. Etiske og juridiske rettigheter ble i tillegg gjentatt muntlig før lydopptakene startet ved hvert intervju. Alle opplysninger og data ble behandlet konfidensielt, anonymisert og lagret i tråd med forskningsetiske retningslinjer (Fangen, 2022). Dataene ble lagret i Nettskjema (Universitet i Oslo, u.å.), som er en sikker forskningsserver med to-trinnsautentisering.

Resultat

Analysen resulterte i tre resultatkategorier som belyser sykepleieres erfaringer med barn, innlagt i barneavdeling, som motsetter seg medisinske prosedyrer; sykepleieres erfaringer når fastholding er siste utvei, forebygging av fastholding gjennom informasjon og medvirkning og sykepleieres erfaringer som barnets advokat.

Sykepleieres erfaringer når fastholding er siste utvei

Sykepleierne fortalte at de hadde erfaring med at barn motsetter seg medisinske prosedyrer og at barn ble holdt fast for å sikre gjennomføring av nødvendig helsehjelp. Videre ga de uttrykk for at fastholdning av barn bør unngås og kun benyttes som siste utvei, når andre tiltak ikke førte frem. En sykepleier beskrev dette slik: *«Av og til er det slik at man bare må holde fast barnet. Barn er jo på sykehus for en grunn, og det er ofte helt nødvendig å gjennomføre prosedyrene»* (intervju 4).

Noen av sykepleierne forklarte at uro under en prosedyre kunne medføre at prosedyren ble mislykket, slik at barnet måtte komme tilbake til sykehuset for å få gjennomført prosedyren. Andre sykepleiere fremhevet at mangelfull fastholding kunne medføre unødvendig ubehag, smerter og forlenget sykehusopphold for barnet. En sykepleier beskrev følgende erfaring under en spinalpunksjon: *«Vi greide ikke å holde barnet i ro i et fast grep, og det førte til at legen stakk feil. Det var helt forferdelig, for barnet fikk spinalhodepine og måtte ligge helt stille i flere timer etterpå»* (intervju 2).

Et gjennomgående funn var sykepleieres opplevelse av utilstrekkelig opplæring og fravær av retningslinjer knyttet til forsvarlig fastholdelse av barn som motsetter seg medisinske prosedyrer. Noen sykepleiere uttrykte bekymring for at mangelfull opplæring og fravær av klare retningslinjer bidro til at gjennomføring av fastholdelse i stor grad ble basert på individuelle vurderinger. En sykepleier beskrev

sin erfaring slik: *«Det er stor forskjell på hvordan du kan holde fast hånden til et barn. Du kan enten gjøre det ved et fast grep som låser hånden helt, eller mer forsiktig slik at barnet ikke føler seg så fanget»* (intervju 1).

Andre ga uttrykk for at de savnet et system for tverrprofesjonell refleksjon i etterkant av situasjoner hvor fastholding av barn hadde blitt gjennomført.

Forebygging av fastholding gjennom informasjon og medvirkning

Sykepleierne beskrev barns motstand mot medisinske prosedyrer som en naturlig reaksjon, ofte utløst av frykt og manglende forståelse for situasjonen. En sykepleier formidlet sin erfaring slik: *«Barn vet ikke alltid sitt eget beste. De motsetter seg det som er ubehagelig, eller det de tror er ubehagelig»* (intervju 6). For å møte denne motstanden, la sykepleierne vekt på å etablere en tillitsfull relasjon til både barnet og foreldrene, og gi tilpasset informasjon om hvorfor og hvordan prosedyren skulle foregå. Noen av sykepleierne fortalte at de bevisst benyttet forebyggende tiltak som kognitivt- og individtilpasset kommunikasjon, lek og distraksjon for å unngå fastholding.

Sykepleierne formidlet at det var viktig å forebygge bruk av fastholding gjennom alderstilpasset informasjon og involvering av barnet i forberedelser før gjennomføring av prosedyren. I situasjoner hvor fastholding var siste utvei, beskrev sykepleierne at det var viktig å involvere barnet i beslutningen om foreldre eller sykepleiere skulle holde barnet. Noen sykepleiere fremhevet at de foretrakk å utføre fastholdingen selv, for å sikre en mest mulig skånsom gjennomføring. En sykepleier forklarte det slik:

«Hvis det ikke er jeg som holder barnet, så er det noen andre som må holde. Hvis jeg holder det, så vet jeg i alle fall hvordan det blir holdt og jeg kan stå inne for at jeg holder så skånsomt som jeg bare kan. Samtidig vet jeg at dersom jeg ikke holder denne hånden i ro nå, så kommer legen til å bomme» (intervju 5).

Andre sykepleiere uttrykte motvilje mot å utøve tvang, og overlot fastholdingen til foreldrene. En sykepleier beskrev sin erfaring slik: *«Jeg prøver i det lengste å unngå at det er vi sykepleiere som holder, at det er vi som utøver den fastholdningen»* (intervju 6).

Sykepleieres erfaringer som barnets advokat

Sykepleierne formidlet motstridende følelser knyttet til det å holde fast et barn som yter motstand. Noen sykepleiere fortalte om negative følelser som ubehag, skyld og tvil i situasjoner når de måtte holde fast et barn. Andre sykepleiere begrunnet fastholdingen med at handlingen var til barnets beste. En sykepleier formulerte dette slik:

«Jeg kjente lettelse over å ha fått gjennomført prosedyren, men det er ingen god følelse å holde fast et barn som absolutt ikke har lyst. Jeg føler at jeg trår over en grense, men samtidig må jeg bare tenke at det er til barnets beste» (intervju 4).

Noen av sykepleierne fortalte om krevende situasjoner der de vurderte kollegaers bruk av fysisk fastholding som unødvendig inngripende og fremsto som overdreven maktbruk. I slike situasjoner, beskrev sykepleierne hvordan de grep inn for å skjerme barnet. De prøvde enten å distrahere kollegaen til å slippe taket, eller ga råd om mindre inngripende grepsteknikk. Om ingen av disse tiltakene førte frem, tilbød de seg å overta fastholdingen av barnet. En sykepleier formidlet sin erfaring slik:

«Det vanskeligste er når jeg observerer at noen bruker mer makt enn nødvendig for å holde fast barnet. Da gjør jeg noe for å oppmerksomheten bort fra fastholdingen, slik at den som holder, slipper opp litt» (intervju 1).

Andre sykepleiere beskrev at de av hensyn til barnet hadde stoppet kollegaer i gjennomføring av en prosedyre. Det å stoppe kollegaer ble imidlertid ikke alltid møtt med forståelse i kollegiet. En sykepleier illustrerte en utfordrende erfaring på denne måten: *«Jeg har gått inn og stoppet prosedyrer på barn hvor jeg har ment at, nå er det nok. Dette barnet tåler ikke mer. I etterkant har jeg fått kjeft fra legen» (intervju 2).*

Noen sykepleiere fremhevet betydningen av faglig trygghet i møte med komplekse og etisk utfordrende situasjoner. De understreket at det å føle seg trygg på egen kompetanse og kliniske vurderingsevne var avgjørende, særlig i situasjoner preget av faglig uenighet knyttet til bruk av fastholding overfor barn som motsetter seg medisinske prosedyrer. Sykepleierne fremhevet at rollen som barnets advokat, med ansvar for å ivareta barnets interesser og rettigheter, var særlig viktig når barnet ikke selv var i stand til å kommunisere egne behov. Andre sykepleiere uttrykte at hensynet til barnets integritet, trygghet og behov veide tyngre enn de kollegiale utfordringene som kunne oppstå ved uenighet om bruk av fastholding i gjennomføring av medisinske prosedyrer.

Diskusjon

Studien viser at sykepleiere har erfaring med fastholding av barn som motsetter seg medisinske prosedyrer. Sykepleierne erkjenner at denne praksisen reiser faglige, juridiske og etiske dilemmaer, særlig knyttet til balansen mellom barnets rett til autonomi og sykepleieres ansvar for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp. I studien kommer det frem at sykepleierne har ulike oppfatninger om hvorvidt fastholding av barn under medisinske prosedyrer forstås som bruk av tvang, noe

som er i samsvar med tidligere forskning (Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen, 2018b). I dag finnes det ingen spesifikk lovgivning som regulerer fastholding av barn i somatiske sykehus, noe som gjør det utfordrende for sykepleiere å navigere i grenselandet mellom nødvendig helsehjelp og inngripende tiltak (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I denne studien legitimerer sykepleierne fastholdingen med utgangspunkt i prinsippet om «barnets beste». Dette prinsippet er forankret i både FNs barnekonvensjon (1989, artikkel 3) og i Barnelova (1981), Barnevernloven (2021) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Likevel er begrepet «barnets beste» ikke entydig definert, noe som gir rom for ulike tolkninger i praksis. Studiens funn viser at dette fører til variasjon i hvordan sykepleiere vurderer hva som er barnets beste i situasjoner der de motsetter seg medisinske prosedyrer. Statsforvalteren understreker at lovverket skal sikre forsvarlige helsetjenester og avgrense lovlig og ulovlig bruk av tvang, og krever at andre løsninger alltid forsøkes først (Statsforvalteren, 2024). Mangel på juridisk avklaring kan medføre at barn blir utsatt for tiltak som kan gi både psykiske og fysiske skadevirkninger. Forskning viser at fastholdning under prosedyrer kan føre til at barn opplever angst, frykt eller tillitsbrudd i relasjon til helsepersonell, og noen barn kan også få langvarige traumer (Rønningen & Eilertsen, 2023; Svendsen et al., 2017; Svendsen, 2018b). Det er derfor viktig at sykepleiere som arbeider med barn, har kunnskap om hvilke alvorlige konsekvenser fastholding kan ha for barnets helse og utvikling. I tillegg er det viktig at sykepleierne får opplæring i forebyggende tiltak som kan redusere behovet for fastholdning (Dalton & Doupnik, 2024; Svendsen, 2018a). Studiens funn antyder et behov for en juridisk avklaring av hvorvidt og under hvilke betingelser fastholding av barn kan gjennomføres. En slik avklaring kan bidra til bedre støtte for sykepleiere i krevende situasjoner, redusere ulik praksis, og styrke barns rettsikkerhet.

Studios funn viser videre at sykepleierne vurderer det som viktig å involvere barn for å forebygge fastholding. Dette samsvarer med et barnerettslig perspektiv, der barns juridiske rett til medvirkning i helsetjenesten er forankret både i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1, §3-4) og i FNs barnekonvensjon (1989, artikkel 12). Juridisk sett har barn mellom 12 og 16 år i visse tilfeller selvstendig samtykkekompetanse. Medvirkning innebærer at barnet har krav på tilpasset informasjon og gis reell mulighet til å uttrykke sine synspunkter, basert på alder, modenhet og utviklingsnivå (Pasient- brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonell har derfor et selvstendig ansvar for å vurdere hva som er faglig forsvarlig og til barnets beste, også i situasjoner der barnet motsetter seg helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018).

Studios funn kan forstås i lys av en relasjonell tilnærming til medvirkning, hvor dialog og samarbeid mellom barn, foreldre og helsepersonell står sentralt. En relasjonell tilnærming med fokus på samarbeid kan bidra til å redusere behovet for

fastholding ved å skape trygghet og forutsigbarhet for barnet (Forsner et al., 2023). Samtidig viser studiens funn at sykepleiere erfarer etiske dilemmaer når hensynet til barnets rett til medbestemmelse må balanseres mot kravet om forsvarlig helsehjelp. Dette reiser spørsmål om i hvilken grad medvirkning alltid er gjennomførbart i akutte situasjoner, hvor tidspress og medisinske hensyn kan begrense muligheten for dialog. I slike situasjoner må sykepleiere foreta skjønnsmessige avveier mellom barnets rett til medvirkning og behovet for å sikre adekvat og forsvarlig behandling. Likevel understrekes betydningen av at barnet møtes med respekt, gis tilpasset informasjon og opplever seg tatt på alvor, også i situasjoner der de ikke får gjennomslag for egne ønsker (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016). Dette perspektivet innebærer at sykepleiere må balansere mellom barnets rett til å bli hørt og en faglig vurdering av hva som er til barnets beste, noe som krever både juridisk, etisk og relasjonell kompetanse (Sundal, 2021). Videre viser studiens funn at graden av medvirkning må tilpasses barnets alder og utviklingsnivå. Mens yngre barn i større grad uttrykker seg gjennom kroppslige reaksjoner og motstand, vil eldre barn i større grad ha forutsetninger for aktiv medvirkning i beslutningsprosesser. Sykepleiere må derfor vurdere og anerkjenne ulike uttrykksformer hos barnet, noe som ofte innebærer en kontinuerlig avveining mellom å ivareta barnets rett til å bli hørt og utøvelse av profesjonelt skjønn.

I denne studien kommer det frem variasjon i sykepleieres vurderinger av hvem som bør holde barnet under prosedyrer. Sykepleiere som foretrekker at foreldrene holder barnet, kan forstås i lys av tilknytningsteori. Tilknytningsteori beskriver hvordan barn i situasjoner preget av stress eller utrygghet aktiverer tilknytningsatferd og søker nærhet til sine primære omsorgspersoner for å oppnå trygghet og emosjonell regulering (Ainsworth et al., 1978/2015; Bowlby, 1982). Samtidig viser nyere forskning at det å holde fast barnet mot dets vilje kan oppleves som emosjonelt belastende for foreldre (Hay et al., 2025; Murdoch & Chang, 2022; Plummer et al., 2025). Funn i denne studien synliggjør dermed et spenningsfelt mellom hensynet til barnets behov for trygghet gjennom nærhet til foreldre og den emosjonelle belastningen fastholding kan påføre foreldrene. Samtidig viser forskning at sykepleiere erfarer etisk og emosjonell belastning når de fastholder barn mot deres vilje (da Silva et al., 2024). Bruk av fastholding berører derfor ikke bare barnet, men medfører også emosjonelle belastninger og etiske dilemmaer for både foreldre og sykepleiere, noe som understreker behov for økt bevissthet rundt relasjonelle og etiske aspekter knyttet til bruk av fastholdning når barn motsetter seg medisinske prosedyrer eller behandling.

Når enkelte sykepleiere i denne studien velger å holde fast barnet selv, kan dette forstås som uttrykk for en faglig vurdering av egen kompetanse til å gjennomføre fastholding på en skånsom måte. Samtidig peker funnene på behov for en rollefordeling hvor helsepersonell ivaretar de tekniske aspektene ved fastholding, mens foreldre i større grad bidrar til å sikre barnet emosjonell trygghet (Plummer et

al., 2025). For at foreldre skal innta en aktiv rolle i slike situasjoner, bør sykepleiere tilby informasjon, veiledning og støtte foreldrene. Ifølge tidligere forskning bidrar god informasjon og veiledning til at foreldre i større grad mestrer å støtte barnets reaksjoner, noe som er viktig for en vellykket gjennomføring av prosedyren (Hashavya et al., 2023). Med et slikt perspektiv deltar ikke foreldrene bare i en støttende rolle, men også som en viktig ressurs i gjennomføringen av prosedyren. En slik forståelse kan ha implikasjoner for klinisk praksis, ved å tydeliggjøre behovet for rolleavklaring mellom foreldre og sykepleiere i håndtering av situasjoner som involverer fastholding.

Et sentralt funn i studien er sykepleieres behov for tydelige retningslinjer og systematisk opplæring i bruk av fastholding på barneavdelinger, noe som samsvarer med funnene til Forsner et al. (2023). Fravær av retningslinjer og opplæring innebærer at sykepleiere i stor grad må basere sine vurderinger av når og hvordan fastholding av barn skal gjennomføres på egen erfaring og faglig skjønn. Tidligere forskning viser også at sykepleiere ofte står alene i slike vurderingssituasjoner, og at mangel på retningslinjer og opplæring kan føre til usikkerhet og betydelig variasjon i praksis (Kirwan & Coyne, 2016; Page et al., 2015; Svendsen, 2018b; Østberg et al., 2024). Variasjon i hvordan sykepleiere håndterer barn som motsetter seg medisinske prosedyrer, antyder at barn kan få ulik behandling avhengig av hvilken sykepleier som er på vakt, noe som utfordrer det juridiske prinsippet om likeverdig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999). Det er derfor behov for nasjonale retningslinjer som veileder og støtter sykepleiere i krevende situasjoner, og sikrer at fastholding kun benyttes som en siste utvei når nødvendig helsehjelp ikke kan gis på annen måte. Nasjonale retningslinjer og opplæring kan i tillegg støtte sykepleiere til å ta etiske og juridisk riktige beslutninger når barn motsetter seg medisinske prosedyrer eller behandling. Det kan bidra til en mer forutsigbar og likeverdig helsehjelp til barn som motsetter seg medisinske prosedyrer og redusere bruk av fastholding.

Funn i studien kan forstås som at sykepleiere prioriterer hensynet til barnets trygghet og integritet i situasjoner hvor de erfarer det som nødvendig å korrigere eller avbryte en kollega som utøver overdreven makt ved fastholding av et barn. I tillegg viser studien at sykepleiere savner tverrprofesjonell refleksjon knyttet til etiske og juridiske dilemmaer når sykepleiere selv må holde fast et barn for å gjennomføre en medisinsk prosedyre. Manglende refleksjon kan i tillegg bidra til at helsepersonell i mindre grad vurderer egen og andres praksis kritisk (Bray et al., 2015). Manglende refleksjon kan bidra til at uhensiktsmessige praksiser opprettholdes over tid, at etiske dilemmaer i mindre grad synliggjøres og bearbeides, og at helsepersonell i større grad står alene i krevende vurderinger. Fravær av refleksjon kan også føre til økt usikkerhet i praksis og redusert faglig trygghet, noe som potensielt kan påvirke kvaliteten på omsorgen som gis (Lockertsen & Mo, 2024). Tverrprofesjonell refleksjon kan forebygge moralsk

stress, styrke faglig trygghet og bidra til økt kvalitet på sykepleien (Ingstad, 2019). Et første steg bør derfor være å fremme en kultur for tverrprofesjonell erfaringsutveksling og refleksjon blant helsepersonell i barneavdelinger, noe som kan bidra til økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet i sykepleien (Aakre, 2016; Vråle et al., 2017).

Metodiske styrker og svakheter

En metodisk styrke ved studien er at det er valgt et forskningsdesign som er egnet for å utforske deltakernes subjektive erfaringer og perspektiver (Malterud, 2017). Studiens troverdighet er styrket ved at forskerne aktivt søkte bekreftelse på egne tolkninger underveis i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Utvalget bestod av sykepleiere med ulik alder, kjønn og varierende yrkeserfaring, noe som utgjør en metodisk styrke. Dette mangfoldet bidro til et rikt og nyansert datamateriale, og ulike perspektiver knyttet til sykepleieres erfaringer med barn som motsetter seg medisinske prosedyrer (Malterud, 2017).

En metodisk svakhet knyttet til datainnsamlingen er at tre av intervjuene ble gjennomført digitalt. Selv om dette muliggjorde inkludering av sykepleiere på tvers av geografiske avstander, kan den digitale formen ha påvirket relasjonen og samtaleflyten mellom intervjuer og sykepleier. Denne svakheten ble imidlertid kompensert ved bruk av videointervju, som tillot visuell kontakt og dermed muliggjorde en viss grad av nærhet i kommunikasjonen.

En annen metodisk svakhet i studien er at første- og andre forfatter hadde begrenset erfaring med å analysere kvalitative data. Dette ble imidlertid håndtert ved å benytte systematisk tekstkondensering som analysetilnærming, en metode som er egnet for forskere med varierende grad av erfaring (Malterud, 2017). I tillegg deltok erfarne forskere i analysearbeidet, noe som styrker studiens troverdighet og bidrar til å ivareta kvaliteten i analysen av datamaterialet.

Mangel på en tydelig avklaring om spørsmålene gjaldt erfaringer med en spesiell aldersgruppe, kan også vurderes om en metodisk svakhet. Dette kan ha ført til at sykepleierne oppfattet spørsmålene ulikt, noe som igjen kan ha påvirket hvilke erfaringer de valgte å dele. Studien omfatter et lite utvalg bestående av seks sykepleiere fra to ulike sykehus i Norge, noe som begrenser studiens overføringsverdi. Studiens funn kan likevel ha overføringsverdi til andre arenaer hvor helsepersonell gjennomfører prosedyrer på barn, for eksempel ved fastlegekontor, helsestasjon eller i skolehelsetjenesten.

Konklusjon og anbefalinger for videre forskning

Studien viser at sykepleiere i barneavdelinger står i et komplekst spenningsfelt mellom faglig ansvar, juridiske rammer og etiske dilemmaer når barn motsetter seg medisinske prosedyrer. Selv om fastholding ofte vurderes som en siste utvei, bidrar

fravær av nasjonale retningslinjer og juridisk avklaring til usikkerhet og variasjon i praksis. Dette utfordrer prinsippet om likeverdig helsehjelp og kan få konsekvenser for barnets psykiske og fysiske helse. Funnene viser at «barnets beste» brukes som begrunnelse, men at begrepet tolkes ulikt, noe som understreker behovet for å tydeliggjøre hvordan dette skal vurderes og anvendes i kliniske vurderinger- og sykepleie til barn.

Sykepleiere bør gi barn alders- og individtilpasset informasjon, involvere både barn og foreldre systematisk i beslutningsprosesser, og prøve ut mindre inngripende tiltak før eventuell fastholding. Videre peker studien på behov for styrket juridisk, etisk og relasjonell kompetanse gjennom systematisk opplæring og tverr-profesjonell refleksjon noe som kan bidra til bedre faglige beslutninger og økt pasientsikkerhet.

Studien løfter I tillegg frem et behov for utvikling av nasjonale retningslinjer som klart definerer når og hvordan fastholding av barn kan benyttes i somatisk helsehjelp til barn. Retningslinjene bør i tillegg tydeliggjøre juridiske rammer, integrere etiske vurderinger i beslutningsgrunnlaget, noe som kan styrke sykepleieres faglige trygghet og bidra til mer forutsigbar og likeverdig praksis. Det er behov for videre forskning som utforsker barns og foreldres erfaringer med motstand og fastholding i helsetjenesten, med særlig vekt på hvordan erfaringene varierer mellom ulike aldersgrupper og utviklingsnivå. Videre bør forskning inkludere barns og foreldres perspektiver på alternative, alderstilpassede tilnærminger for å forebygge bruk av fastholding.

Litteratur

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft: Pasientnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978/2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books.
- 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. <https://doi.org/10.1111/nin.12074>
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). *Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare*.

- Journal of Child Health Care, 20(4), 494–502.
<https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Dalton, E. M. & Doupnik, S. K. (2024). *Envisioning zero: A path to eliminating restraint use in children's hospitals*. Pediatrics, 153(1), e2023064054.
<https://doi.org/10.1542/peds.2023-064054>
- da Silva, R. A., Tordivelli, R. S., Garcia de Avila, M. A., Bray, L., Ferraz de Almeida, G. M., Francisco, J. C., & Gaíva, M. A. M. (2025). *Holding and restraining children for clinical procedures: A scoping review of health professional reported and observed practice*. Journal of Child Health Care, 29(3), 755–774. <https://doi.org/10.1177/13674935241248677>
- De forente nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*: Vedtatt av De Forente nasjoner, 20. november 1989; Ratifisert av Norge 8. januar 1991. Barne- og familiedepartementet. Fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/dd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere* (2. Utg). Fagbokforlaget.
- Fangen, K. (2022). *Kvalitativ metode*. Forskningsetisk bibliotek (FBIB), De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Forsner, M., Cyrén, M., Gerdin, A. & Rullander, A. C. (2023). *It hurts to get forced: Children's narratives about restraint during medical procedures*. Paediatric and Neonatal Pain, 5(4), 110–118.
<https://doi.org/10.1002/pne2.12093>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatric og pediatrik sykepleie* (4. Utg.). Fagbokforlaget.
- Hashavya, S., Pines-Shwartz, N., Guzner, N., Ohana Sarna Cahan, L., & Gross, I. (2023). *The impact of parental presence on invasive procedures in the pediatric emergency department: A prospective study*. Journal of Clinical Medicine, 12(17), 5527. <https://doi.org/10.3390/jcm12175527>
- Hay, S., Kinney, S., Richards, S., Newall, F., Hawley, M., & O'Neill, J. (2025). *Parents' experiences of holding their child for healthcare procedures: A qualitative exploratory study*. Journal of Advanced Nursing, 81(12), 8839–8847. <https://doi.org/10.1111/jan.16935>
- Helsedirektoratet. (2018). § 4-3 *Hvem som har samtykkekompetanse*. I Rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie* (1.utg.). Gyldendal.
- Kirwan, L. & Coyne, I. (2016). *Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practice*. Journal of Child Health Care, 21(1), 46–56. <https://doi.org/10.1177/1367493516666730>

- Kvale, S. Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lockertsen, V. & Mo, A. (2024). *Hva kan støtte nyutdannede sykepleieres etiske beslutningskompetanse? En diskusjonsartikkel om vilkår for god etisk refleksjon i klinisk praksis*. Sykepleien Forskning, 19(95849), e-95849. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.95849>
- Lombart, B., De Stefano, C., Dupont, D., Nadji, L. & Galinski, M. (2019). *Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care*. Nursing Ethics, 27(1), 230-246. <https://doi.org/10.1177/0969733019833128>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (5. Utg.). Universitetsforlaget.
- Murdoch, L., & Chang, Y.-S. (2022). *Parental experiences of caring for children who have learning disabilities and procedural anxiety in hospital: An interpretive phenomenological study*. Child: Care, Health and Development, 48(5), 809–819. <https://doi.org/10.1111/cch.12990>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/yrkesetiske-retningslinjer>
- Page, A., McDonnell, A., Vanes, N., Gayson, C., Moss, F., Mohammed, N. & Smith, C. (2015). *Clinical holding with children who display behaviours that challenge*. British Journal of Nursing, 24(21), 1086-1093. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.21.1086>
- 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>
- Plummer, K., Kotzur, C., & Foster, M. (2025). *Rethinking procedural holding through a trauma-informed lens*. Journal of Pediatric Nursing, 83, 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.05.001>
- Rønningen, R., & Eilertsen, M. E. (2023). *Tvang på barneavdeling – en kartleggingsstudie*. Sykepleien Forskning, 23(18), e-91598. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91598>
- Segers, E. W., van den Hoogen, A., Schoonhoven, L., van de Putte, E. M. & Ketelaar, M. (2024). *How to meet coping strategies and preferences of children during invasive medical procedures: perspectives of healthcare professionals*. European Journal of Pediatrics, 183(12), 5291-5301. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05802-1>
- Statistisk sentralbyrå. (2025). *10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn* [Statistikkbanktabell]. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
- Statsforvalteren. (2024, 15. november). *Tvang*. <https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/>
- Sundal, H. (2021). *Children's Co-Determination During Challenging procedures: Nurses and Parents experiences of caring under short term hospital stays*

- in Norway. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, e34-e39.
<https://doi.org/10.1016/j.Pedn.2020.09.018>
- Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A. & 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), 1363623.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>
- Svendsen, E. J. (2018a). *Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn*. *Sykepleien*, 106(71912), e-71912
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2018.71912>
- Svendsen, E. J. (2018b). *Restraint during medical procedures in hospitalizes preschool children: An exploratory study*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. DUO vitenarkiv.
<https://hdl.handle.net/11250/4186975>
- Universitetet i Oslo. (u.å). Nettskjema. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Vråle, G. B., Borge, L. & Nedberg, K. (2017). *Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning*. *Sykepleien Forskning*, 12, 61626.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61626>
- Østberg, M. K., Hougaard, P. F., Kynø, N. M. & Svendsen, E. J. (2024). *The use and prevention of procedural restraint in children – A scoping review*. *Journal of Pediatric Nursing*, 79, e110-e118.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.10.006>