

1514

1515

1516

BSYBAC-6

Bacheloroppgave i sykepleie

**Hvilke faktorer kan fremme og hemme smertelindring hos barn og ungdom
innlagt i sykehus?**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i sykepleie

Stavanger, 29.01.24

Sammendrag

Bakgrunn: Smerte forekommer hos mange barn under sykehusinnleggelse. Erfaringer viser at barns smerte fortsatt blir oversett, undervurdert og underbehandlet. Dette kan medføre skadelige konsekvenser for pasienten på kort og lang sikt. Det er derfor viktig at sykepleier har god kompetanse i forhold til smertebehandling hos barn.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse faktorer som kan fremme og hemme smertelindring hos barn og ungdom innlagt i sykehus.

Metode: I denne oppgaven er Febe Fribergs integrative metode brukt. Fem vitenskapelige artikler ble analysert. Funnene ble drøftet opp mot teori som var relevant i oppgaven.

Resultater: Faktorene som fremmet smertelindring var at sykepleier hadde sensitivitet for kroppslige uttrykk hos barnet, balanserte mellom takt og tvang, var barnets representant, tilpasset tiden til den enkelte pasient, vedlikeholdt håp og motivasjon og brukte ulike medikamentelle og ikke-medikamentelle smertebehandlingsmetoder. Faktorer som hindret smertelindring var manglende og begrensede ressurser, kompetanse og personell, mangel på konsekvent smerteevaluering og -vurdering og manglende smerterapportering fra pasientene.

Nøkkelord: Barn, ungdom, pasient, pediatri, smertelindring, smertelindrende tiltak, sykehus, pediatripsykehus

INNHALDFORTEGNELSE

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering	1
1.3 Hensikt	1
2. Teoretisk rammeverk	2
2.1 Smerte hos barn	2
2.2 Etikk og omsorg	3
2.2.1 Kari Martinsens omsorgsteori	4
2.3 Smertekartleggingsverktøy	4
2.3.1 Numeric Rating Scale (NRS)	5
2.3.2 Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)	5
3. Metode	6
3.1 Hva er metode	6
3.2 Integrativ litteraturoversikt	6
3.2.1 Litteratursøk	6
3.2.2 Valg av databaser, artikler, søkestrategi og søkeord	7
3.2.3 Analyse	9
4. Resultater	11
4.1 Faktorer som kan fremme god smertelindring	11
4.1.1 Å være sensitiv overfor legemlige uttrykk	11
4.1.2 Å balansere mellom bruk av takt og tvang	11
4.1.3 Å tilpasse tiden	12
4.1.4 Å være barnets advokat	13
4.1.5 Å vedlikeholde motivasjon og håp	13
4.1.6 Medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring	14
4.2 Hindringer for god smertelindring	14
4.2.1 Manglende ressurser	14
4.2.2 Manglende kompetanse	15
4.2.3 Manglende helsepersonell	15
4.2.4 Mangel på konsekvent smerteevaluering og -vurdering	15
4.2.5 Barns smerterapportering	16
5. Diskusjon	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.1.2 Forskernes bakgrunn	17
5.1.3 Etiske hensyn	17
5.1.4 Deltakerne i studiene	18
5.1.5 Kvantitativ og kvalitativ tilnærming som metode	18
5.1.6 Integrativ litteraturstudie som metode	19
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Barn blir ikke tilstrekkelig smertebehandlet	21
5.2.2 Mangel på ressurser, kompetanse og tid	21
5.2.3 Dokumentasjon, rapportering og kartlegging	22
5.2.4 Sykepleierens væremåte og holdninger	23
5.2.5 Informasjon og kommunikasjon	25
6. Anvendelse av resultatene i praksis	26
Referanser	27
Vedlegg	

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har gjennom vår sykepleierutdanning hatt lite erfaring med sykepleie og smertelindring med barn, og derfor har vi interesse i å fordype oss i dette temaet. Med barn menes i denne oppgaven den pediatriske pasienten, altså barn og unge opp til atten år. Barn er sårbare, og lindring og forebygging av smerter er en sentral funksjon i sykepleien (Grønseth & Markestad, 2022, s. 173). Det forekommer fortsatt undervurdering og underbehandling av smerte hos barn og ungdom (Smeland og Sørensen, 2018). Dette er ikke i tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1b) som sier at alle pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg har sykepleieren ansvar for “å yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse” ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2023, avsn. 1.1).

1.2 Problemformulering

Mange barn innlagt på sykehus opplever smerte av ulik grad, og samtidig blir smerte fortsatt underbehandlet. Ved å forske på dette problemet kan man få større forståelse og mer kunnskap om barns opplevelse av smerte ved innleggelse på sykehus. Utilstrekkelig smertebehandling kan få konsekvenser for barnet både i form av fysiologiske og psykologiske skader. Kunnskap om hvilke faktorer som kan hemme og fremme smertelindring kan gi ledetråder for hvordan en kan redusere antall barn som blir underbehandlet og dermed får følger av dette.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse faktorer som kan fremme og hemme smertelindring hos barn og ungdom innlagt i sykehus. I oppgaven har vi valgt å ha hovedfokus på pasientperspektiv og sykepleierperspektiv. Forskingen som er gjort i studiene er utført på sykehusavdelinger i Danmark, Sverige, Canada og Brasil.

2. Teoretisk rammeverk

2.1 Smerte hos barn

International Association for the Study of Pain (IASP) er en internasjonal organisasjon for smerteforskning og smertebehandling. IASP definerer smerte slik: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller ligner det som er assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (Heggen & Danielsen, 2020, avsn. 3). Denne definisjonen kan være litt vanskelig å forstå. I bunn og grunn slår IASP fast at smerte er en opplevelse som kan oppstå på grunn av et nervesignal. Men slik er det ikke alltid. Vi kan også oppleve smerte uten at det er noen vevsskade eller nervesignal. Personer kan ha smerte, uten at vi finner noe galt med hverken nervesystemet eller der de har vondt, såkalt idiopatisk smerte (Norsk helseinformatikk, 2023).

Smerten er også en emosjonell opplevelse (Stubhaug & Ljosa, 2023). Det betyr at den påvirkes av hva vi føler. Hvis vi for eksempel er redde eller deprimerte, oppleves smerten ofte sterkere og mer ubehagelig. «De psykiske problemene kan være av mange slag, men det er ikke uvanlig at depresjon eller angst kan gi eller forsterke kroppslige symptomer, deriblant smerter» (Norsk helseinformatikk, 2023, avsn. 19). I tillegg har smerte et kognitivt aspekt. Hvordan vi tolker smerten, farlig eller ufarlig, eller husker en lignende smerte som grusom eller noe vi kan takle, har også stor betydning for hvordan vi opplever smerten (Stubhaug og Ljosa, 2023). Smerte kan være en hovedårsak til ulike lidelser.

Smertebehandling hos barn kan være mer kompleks enn hos voksne. En grunn til dette er at barn har fysiologiske trekk som skiller dem fra voksne, for eksempel når det gjelder opptak, fordeling, nedbrytning, utskillelse og effekt av medikamenter (Spigset, 2021). I tillegg er smerte en kompleks og subjektiv opplevelse for hvert enkelt individ. Subjektiv smerte vil si at det er kun personen som kjenner smerten som kan si noe om hvordan smertene oppleves. Barn uttrykker ofte smerte forskjellig fra voksne. En har i tidligere forskning (Brudvik et al., 2016) sett at barns smerter har hatt tendens til å ikke bli behandlet tilstrekkelig.

2.2 Etikk og omsorg

I løpet av livet møter de fleste en eller annen form for sykdomslidelse, og mange av oss havner i en livssituasjon der det er krevende å utføre grunnleggende egenomsorg og vi kan bli mer avhengig av andre mennesker. Avhengigheten mellom mennesker kommer frem tydelig når vi havner i livsvansker som sykdom eller skade (Kristoffersen, 2021, s. 261).

Helsepersonell som daglig er i primær kontakt med andre mennesker og deres helse, er avhengig av å handle og utøve sykepleie ut fra strenge yrkesetiske retningslinjer.

Sykepleie innebærer å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse, lindre lidelse eller bidra til en verdig død. Sykepleieren ivaretar det enkelte menneskets verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren viser også respekt og omtanke for pårørende. (Norsk sykepleierforbund, 2023, punkt 1)

Yrkesetiske prinsipper er viktige innen sykepleiefaget, og skal ytes i møte med den enkelte pasient, her iblant velgjørhetsprinsippet. En kan beskrive velgjørhetsprinsippet som “tanken om både å ville og, etter beste evne, å gjøre det beste for pasienten” (Nortvedt, 2021, s. 85). Faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp er uttrykt i helsepersonelloven (1999, § 4) og dette kan trekkes til velgjørhetsprinsippet. God sykepleie til barn med smerter fordrer komplekse sykepleiekunnskaper og ferdigheter. Samtidig skal en behandler ha vilje og evne til å velge den beste behandlingsmetoden for pasienten.

Et annet prinsipp er ikke-skade-prinsippet, som sier noe om hvordan man kan minimalisere smerte for å unngå dårlig praksis og feilbehandling (Kristoffersen og Nortvedt, 2021, s. 42). Dette kan trekkes inn i det smertelindrende behandlingsforløpet med pediatriske pasienter. Barn er en sårbar pasientgruppe i den forstand at de ikke er kognitivt og fysiologisk ferdig utviklet. Dette fører til at den som utfører behandlinger, prosedyrer og smertelindring skal inneha spesiell faglig kunnskap (Grønseth & Markestad, 2022, s. 173). God sykepleiefaglig kunnskap fremmer pasientens sikkerhet, og det fører til at ikke-skade-prinsippet sikres (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42). Ved sykepleie av pediatriske pasienter som er smertepåvirket, er det viktig at sykepleieren tar avgjørelser som bidrar til å gjøre det beste for pasienten. Det å iverksette tiltak som oppnår optimal smertelindring kan motvirke ytterligere skade.

Det siste prinsippet som er viktig å trekke inn i oppgaven og som gjelder alle pasientgrupper innen helsetjenesten, er autonomiprinsippet. Dette prinsippet skal sikre mot maktovergrep, paternalisme og beskytte grunnleggende menneskerettigheter. Dette beskytter også barns

interesser i møte med helsevesenet. Det vil si at barn og foreldre kan uttrykke sine ønsker i valg av ulike behandlingsmetoder, og dette innebærer ikke mulighet til å kreve en behandlingsform som er uforsvarlig, skadelig eller bryter med anerkjente faglige normer (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42).

2.2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsen (2003) tar for seg avhengighetsbegrepet i sin definisjon av omsorg i dagliglivet. Hvordan avhengighet ikke trenger å være en motsetning til selvhjulpenhet, men en naturlig del av menneske-til-menneske-forholdet (Kristoffersen, 2021, s. 254). Dette kan en trekke inn i avhengigheten mellom pasient og sykepleier. En pediatrik pasient er i enda større grad enn en voksen pasient avhengig av sykepleieren, også når vi tar i bruk farmakologisk og ikke-farmakologisk smertelindring. Et barn har ikke det samme utgangspunkt som en voksen pasient når det gjelder sykehusinnleggelse, derfor er en barnepasient mer avhengig av sykepleier enn en voksen pasient er. Når en person er avhengig av en annen kan det føre til sårbarhet, usikkerhet og følelse av å miste kontroll. Det er derfor viktig for en sykepleier å vite hvilken rolle en har i en relasjon til barnepasienten og hvordan en kan fylle denne rollen på en god måte. Hvordan kan sykepleier vise barnepasienten at en vil gjøre vel? Hvordan kan man få barnet til å forstå at de handlinger en utfører er til barnets beste? Pasienten er avhengig av at sykepleier utfører jobben sin på en profesjonell og nøyaktig måte for å forebygge skader og lidelser og at sykepleieren tar ansvaret for den svake på alvor (Kirkevold, 2021, s. 326). En del av denne jobben kan være å la barnet forstå at en sykepleier er til å stole på, og at barnet kan være avhengig av sykepleier og samtidig være trygg. Det å skape trygghet i relasjonen mellom sykepleier og barnepasienter, vil være med på å dempe frykt og stress hos barnet og det kan også bidra til økt tillit til sykepleiere.

2.3 Smertekartleggingsverktøy

Ved vurdering, behandling og evaluering av smerte kan hjelpemidler og verktøy benyttes. Flere standardiserte kartleggingsverktøy er spesielt tilrettelagt for voksne, og få er testet hos barn. Barn har begrenset evne til å uttrykke smerte, eller kan uttrykke smerte på andre måter enn voksne. En studie ved Reinertsen et al. (2014) viser at det forekommer lite bruk av systematisk smertevurderingsverktøy for barn i norske barneavdelinger. Mange helsepersonell i praksis erfarer smertekartleggingsverktøy som kompliserte og tidkrevende (Reinertsen et al., 2014). "Siden barn har begrenset evne til å meddele smerteopplevelsene

sine, er smertevurdering og smertelindring hos barn svært utfordrende” (Grønseth & Markestad, 2022, s. 176).

Smertekartlegging hos barn er en vesentlig del av smertelindrende behandling (Bratli et al., 2020). Ikke tilfredsstillende smertelindring kan ha ulike komplikasjoner, kortsiktige eller langsiktige, fra mild til moderat og i verste tilfelle kan det føre til mortalitet. Faglig kunnskap om barnets fysiologi og om smerteopplevelse er helt sentralt for å kunne oppnå optimal smertelindring hos barn. Bratli et al. presenterer ulike verktøy som inneholder systematiske vurderinger, kunnskap om barnets fysiologi, barnets smerteopplevelse og holdning til barn som har smerte. Studien gir en introduksjon på fire av fem nasjonale smertekartleggingsmetoder for barnepasienter. To av verktøyene som er nevnt er NRS og FLACC.

2.3.1 Numeric Rating Scale (NRS)

NRS er et utprøvd og mye brukt smertevurderingsverktøy utviklet av Downie et al. (1978) som baserer seg på selvrappotering ved hjelp av en tallinje. Verktøyet er egnet for barn fra og med åtte år. NRS kan bli presentert verbalt eller grafisk og inneholder tall fra null til ti som graderer smerte fra ingen smerte til verst tenkelige smerte.

2.3.2 Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

FLACC er et smertevurderingsskjema rettet mot barn som ikke kommuniserer verbalt (Reinertsen et al., 2014). Hensikten med studien til Reinertsen et al. var å skape en enkel og konsistent metode for å identifisere, dokumentere og evaluere smerte. Resultatet viser tilfredsstillende utfall, og studien indikerer høy reliabilitet og kvalitetssikring ved bruk av dette kartleggingsverktøyet. Når bruken av FLACC og NRS sammenliknes, finner Reinertsen et al. at de som bruker FLACC i større grad dokumenterer smerteatferd enn de som bruker NRS.

3. Metode

3.1 Hva er metode

Metode er en beskrivelse av fremgangsmåten en bruker for å få svar på et forskningsspørsmål. I prosessen mot å belyse problemstillingen er det viktig å gjøre en systematisk datainnsamling, etterprøve kunnskap og å ha en metodisk tilnærming, for å få resultater og ny kunnskap som er aktuell og holdbar. Målet er å komme frem til et resultat som speiler virkeligheten i størst mulig grad. “Jo bedre du behersker metoden, desto bedre blir resultatene” (Dalland, 2020, s. 57).

Kvantitativ metode er basert på analyse av målbare enheter, tall, statistikk og harde og objektive data, som vil si eksakt og presis faktakunnskap (Thidemann, 2015, s.75). Kvalitativ metode kan brukes når forskningsspørsmålet baserer seg på meninger, følelser, opplevelse, erfaringer, tanker og holdninger (s. 76). Ved kvalitativ studie kan man få dybdeforståelse av informantens perspektiv.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

I denne oppgaven har vi etterfulgt Friberg et al. sin metode (2022) som er en integrativ litteraturstudie, også kalt litteraturoversikt, da alle artiklene vi valgte var vitenskapelige artikler. En integrativ litteraturstudie kan brukes når kvalitativ og kvantitativ forskning innen samme felt skal bekrefte, styrke eller avkrefte hverandre. I arbeidet med den integrative litteraturoversikten fulgte vi en strukturert arbeidsflyt (Friberg, 2022, s. 41). Analysearbeidet som er en del av denne arbeidsflyten, innebærer at vi har sammenstilt, analysert og tolket. Til slutt har vi gjort essensielle elementer til en ny helhet, som vil si å syntetisere.

3.2.1 Litteratursøk

Oppgaven startet med å søke etter artikler som vi mente var aktuelle for hensikten. Vi ønsket å finne artikler som oppfylte følgende kriterier: fagfelleverderte studier som ikke var eldre enn ti år fra geografiske områder som var overførbare til helsevesenet i Norge.

3.2.2 Valg av databaser, artikler, søkestrategi og søkeord

Databaser som ble brukt var Cinahl og PubMed grunnet at disse databasene har vitenskapelige artikler som er rettet mot sykepleiefag. Ved gjennomgang av søkeresultatene sorterte vi ut noen artikler hvor vi synes at overskriften virket interessant. Videre utvelgelse ble foretatt basert på abstrakter. Flere vitenskapelige artikler ble ekskludert da disse var oversiktsartikler og noen var gjennomført utenfor vårt geografisk avgrensede område. Andre artikler ble ekskludert senere i prosessen fordi dataene viste seg å ikke svare på vår hensikt. Mest aktuelle artikler ble gransket og analysert, og med det ønsket vi å finne ut hva artiklene hadde å fortelle oss.

Studien til Silva et al. (2019) ble funnet ved bruk av databasen Cinahl og søkeordene var “child*”, “cancer”, “pain*” og “nurs*”. Funksjonen *avansert søk* ble anvendt, men uten å krysse av på ytterligere punkter. Søket var avgrenset til artikler mellom 2014 og 2024. Ved dette søket kom det opp 25 659 treff. Av disse treffene ble det valgt ut ni artikler hvor abstraktene ble lest gjennom. Ut av disse ble fem artikler lest gjennom og til slutt satt vi igjen med en artikkel som vi tenkte var relevant for vår hensikt og problemformulering.

Det andre søket ble utført i databasen PubMed. Søkeordene “pain”, “treatment”, “children” og “hospital” resulterte i 39344 artikler uten avgrensning. Fem abstrakter ble lest gjennom, men artiklene var ikke relevante for vår problemstilling. Vi fortsatte å se etter artikler og avgrenset søket fra 2014-2024. Av disse leste vi åtte abstrakter og alle artiklene ble lest grundig. Til slutt satt vi igjen med studien til Andersson et al. (2022).

Artikkelen til Walther-Larsen et al. (2016) ble funnet ved å kombinere et søk med ordene “hospitalized”, “child”, “pediatric”, “denmark” og “cancer pain” på databasen Cinahl. I tillegg ble det ikke begrenset til en bestemt periode. Søkene resulterte i mange treff, og nevnte artikkel viste seg relevant for vår hensikt.

Søkingen som resulterte i artikkelen til Karlsson et al. (2014) ble utført ved å anvende følgende søkeord: “hospitalized”, “child”, “pediatric”, “cancer” og “pain”. I denne søkingen ble databasen Cinahl benyttet. Søket ga et treff på 8551 artikler og av de ble fire abstrakter lest, derav artikkelen som ble tatt med i denne litteraturstudien.

Den siste studien vi har valgt å inkludere i denne oppgaven er artikkelen til Mahon et al. (2022). Databasen som ble brukt var Cinahl. Vi brukte følgende søkeord: “pain management”, “child” og “hospital”. Avanserte søk ble anvendt og utvalgskriteriene var tidsbegrensning fra 2013 til og med 2024. Det resulterte i 68380 studier, hvorav fem artikler ble lest. Ved hjelp av kritisk granskning valgte vi bort flere artikler. Til slutt satt vi igjen med artikkelen til Mahon et al..

Det ble også forsøkt å finne artikler på British Nursing Index og Medline, med søkeordene “pain*”, “child*”, “pediatry”, “nursing” og “hospital”. Disse ga ingen treff av relevans.

Tabell 1 Artikler som er brukt i litteraturstudien.

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Andersson, V., Bergman, S., Henoeh, I., Simonsson, H. & Ahlberg, K. (2022). Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care: a cross-sectional study from Sweden.	Smertebehandling av barn og ungdom med kroniske smerter som mottar sykehusbehandling ved et sykehus i Sverige.	Beskriver forekomsten av smerte, selvrapportert smerteintensitet ved bevegelse og i hvile, smertelindring og overholdelse av retningslinjer for smertebehandling hos barn som mottar behandling i sykehus. Studien undersøker også selvrapporterte utsagn om smertelindring og om hvor ofte helsepersonellet spurte om smertene.	Pasient	Kvantitativ metode. Strukturert intervju 69 barn ble intervjuet. En av forskerne snakket med barna, mens en annen forsker registrerte svarene. Analysen er presentert med beskrivende statistikk, inkludert gjennomsnitt med standardavvik og proporsjoner. Wilcoxon signed-rank test ble brukt for sammenligning av resultater.
Karlsson, K, Rydstro, I., Enskar, K. & Englund, A.-C., D. (2014). Nurses’ perspectives on supporting children during needle-related medical procedures.	Sykepleiernes oppfatninger av å støtte barn gjennom nålprosedyre.	Hensikten med studien er å identifisere hva som er hovedfaktorene som forårsaker smerter hos barn. Hvordan kan sykepleiere gjenkjenne smerter hos barn og hvordan kan en sykepleier ved hjelp av ulike ressurser oppnå god smertelindring hos pediatriske pasienter.	Sykepleier	Kvalitativ studie. Data ble utført ved bruk av videoopptak gjennom observasjoner av nålprosedyrer med påfølgende intervjuer. En såkalt Reflective Lifeworld Research-tilnærming (RLR) ble brukt og en fenomenologisk analyse ble gjort.

<p>Silva, T. P., Silva, L. J., Rodrigues, B. M. R. D., Silva, Í. R., Chistoffel, M. M. & Leite, J. L. (2019). Care management for the hospitalized child with chronic cancer pain: intervening conditions.</p>	<p>Smertebehandling av barn innlagt i sykehus med kroniske kreftrelaterte smerter.</p>	<p>Å forstå de intervenerende betingelsene for smertebehandling for barn med kroniske smerter innlagt i sykehus.</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Ved bruk av semistrukturerte intervjuer og ikke-deltakende observasjoner.</p> <p>Det ble utført selektiv transkribering. I tillegg ble notater og diagrammer brukt for å hjelpe til med den teoretiske analysen av dataene. En paradigmatisk modell ble brukt i analyse.</p>
<p>Walther-Larsen, S., Pedersen, M. T., Friis, S. M., Aagaard, G. B., Rømsing, J., Jeppesen, E. M. & Friedrichsdorf, S. J. (2016). Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals.</p>	<p>Smerteutbredelse og -opplevelse hos sykehusinnlagte barn i Danmark.</p>	<p>Å beskrive utbredelsen av smerte hos barn innlagt i universitetssykehus i Danmark, samt å identifisere hovedkildene til smerteopplevelse.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Tverrsnittstudie med kvantitativ og kvalitativ metode. Individuelle intervjuer ble gjennomført.</p> <p>Intervjuene varte i omtrent ti minutter, og svarene ble tatt opp ved hjelp av en spørreundersøkelse (SurveyXact) på et elektronisk nettbrett.</p>
<p>Mahon, P., Aitken, C., Veiga, M. & Poitras, S. (2022). Time for Action: Understanding Health Care Professionals Views on Pain and Pain Management in a Pediatric Hospital.</p>	<p>Helsepersonells syn på smerte og smertebehandling hos barn.</p>	<p>Karakterisere helsepersonells oppfatning av smerte hos barn og smertebehandling på et pediatrik sykehus.</p>	<p>Helsepersonell</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Individuelle intervjuer med helsepersonell.</p> <p>Lyddoptak ble konvertert av forskerne til skriftlige transkripsjoner.</p>

3.2.3 Analyse

Under analysearbeidet etter Friberg et al. sin metode (2022) foretok vi en datareduksjon slik at vi satt igjen med data som svarte til vår hensikt. Vi laget en oversiktstabell, og ved hjelp av denne fikk vi en oversikt som grunnlag for den videre analysen. Dataene ble sammenlignet for å finne mønster og lete etter likheter og ulikheter. Oversiktstabellen var også til hjelp for å få en god struktur på materialet.

Tabell 2 Oversiktstabell over resultater i vår litteraturstudie

Faktorer som kan fremme god smertelindring	Hindringer for god smertelindring
<i>Å være sensitiv overfor legemlige uttrykk</i>	<i>Manglende ressurser</i>
<i>Å balansere mellom bruk av takt og tvang</i>	<i>Manglende kompetanse</i>
<i>Å tilpasse tiden</i>	<i>Manglende helsepersonell</i>
<i>Å være barnets advokat</i>	<i>Mangel på konsekvent smerteevaluering og - vurdering</i>
<i>Å vedlikeholde motivasjon og håp</i>	<i>Barns smerterapportering</i>
<i>Medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring</i>	

4. Resultater

4.1 Faktorer som kan fremme god smertelindring

4.1.1 Å være sensitiv overfor legemlige uttrykk

Sykepleiere bør være sensitive i forhold til barnets kroppsspråk. Tolkning av kroppsspråk kan gi mer informasjon om pasienten enn det som blir sagt verbalt, for eksempel kvalme, hodepine og magesmerter (Mahon et al., 2022, s. 177). I tillegg kan sykepleieren også lese foreldres ansiktsuttrykk. (Karlsson et al., 2014, s. 5). Sykepleieren kan utfra barnets kroppsspråk bestemme om det er passende å spørre om pasienten ønsker å se på det som skjer under prosedyren. Noen barn kan reagere med frykt når de ser nålen, og prosedyren bør da om mulig utsettes (Walther-Larsen et al., 2016, s. 330). Det å lese kroppsspråk kan gi sykepleieren en forståelse av hvor nysgjerrig pasienten er. Barn som ikke viser noen tegn til nysgjerrighet, kan være redde. Sykepleier kan også vurdere hvilke omgivelser som er best for pasienten ved gjennomføring av prosedyren (Karlsson et al., s. 5).

4.1.2 Å balansere mellom bruk av takt og tvang

Sykepleier bør tilnærme seg barnet på en taktfull måte og tilpasse sin væremåte for hvert enkelt møte. Ved å gjøre seg kjent med pasienten kan sykepleieren lære hva barnet føler og hvordan det opplever situasjonen. Dette kan ha betydning for om det blir god flyt i prosedyren (Karlsson et al., 2014, s. 6). Lek kan brukes som distraksjon dersom barnet er redd. Det kan innebære at barnet får se og ta på utstyret som skal brukes og utføre prosedyren på en bamse, foreldre eller helsepersonell i forkant, for å ufarliggjøre prosedyren (Silva et al., 2019, s. 185). En sykepleier mente man noen ganger må være både sykepleier og klovn (Karlsson et al., s. 6). I slike situasjoner kan det hjelpe å være to helsepersonell til stede, en som kan distrahere og en som kan gjennomføre prosedyren (Andersson et al., 2022, s. 5).

Den som skal sette nålen bør ha en nøytral væremåte. “Don’t go on and smile and think what fun this is. For the child, this isn’t a funny situation. But then I don’t need to look as though I’m strict or angry” (Karlsson et al., 2014, s. 6). Sykepleierne i studien til Karlsson et al. foretrakk naturlig tilnærming uten behov for distraksjon.

Barn vil ikke alltid samarbeide, og det kan noen ganger være nødvendig å bruke tvang (Karlsson et al., 2014, s. 6). Det er viktig å få samtykke fra foreldrene, og at barnet i størst

mulig grad er involvert i hvordan prosedyren skal bli gjennomført. På en annen side kan foreldre gi et negativt inntrykk av sykdom og sykehusinnleggelse, og dette kan smitte over på barnet (Silva et al., 2019, s. 184).

En sykepleier mente at bruk av tvang burde unngås: “For my own sake, it might be easier and just go in and do it quickly. But it isn’t good in the long run” (Karlsson et al., 2014, s. 6). En annen sykepleier mente at tvang noen ganger var nødvendig, fordi sykepleieren da må bruke tid på å diskutere med barnet.

4.1.3. Å tilpasse tiden

Ved gjennomførelse av nål-prosedyrer er det viktig at sykepleieren tilpasser tiden til hver enkelt pasient. Hvis sykepleier bruker for lang tid, kan barnets redsel øke og prosedyren blir utfordrende å gjennomføre: “She cannot have that extra time that many children want and it almost becomes bothersome. It has to be done anyway, they just get worked up” (Karlsson et al., 2014, s. 7). Helsepersonell mente at noen perioder har man utfordringer med å tilpasse tiden. Har man tid til å forberede barn? Bør man bruke tid til å bli kjent med barn? Alle har virkelig tid til å få barna til å føle seg trygge og ikke forårsake noen form for traumer eller smerte, men noen ganger kan en tenke: “jeg må få dette unnagjort og siden jeg kan få hjelp nå så er det nå det blir gjort” (Mahon et al., 2022, s. 175).

Akutte nål-prosedyrer har vist seg å øke redsel, mens ved planlagte prosedyrer kan redselen reduseres. Tidshåndtering har vist seg å være avgjørende for å redusere redsel, og for å øke pasientens følelse av å ha kontroll (Karlsson et al., s. 7). Det å vente med å gi bedøvelse til barnet til det er på sykehuset, fremfor å sette på et bedøvende plaster hjemme kan gi barnet mer tid til å bli vant til de ukjente omgivelsene rundt seg.

I often think that they are helped as soon as they are given local anesthetic and may be in the playroom [at the hospital] and during the time for the local anesthetic to work they play and feel more at home. (Karlsson et al., 2014, s. 7)

I situasjoner der foreldre har dårlig tid, bør sykepleieren støtte barnet. Dersom foreldre for eksempel sier at de ikke har tid til lokal anestesi, bør sykepleier heller utsette timen enn å utføre prosedyren uten smertelindring (Karlsson et al., 2014, s. 7). Tidshåndtering spiller en viktig rolle for kvaliteten på smertebehandling (Mahon et al., 2022, s.175).

4.1.4 Å være barnets advokat

Foreldrene har vanligvis hovedrolle og ansvar for å støtte barn gjennom smertebehandling. Når barn føler seg rolig og trygg i prosedyrer, spiller foreldreomsorg mindre rolle (Karlsson et al., 2014, s. 6). Dersom barn derimot blir redde og bekymret, forutsetter det en vesentlig involvering av foreldre. En sykepleier mente at det var viktig å etablere et godt forhold med foreldrene, og at dårlig forhold med dem kunne være en hindring (Silva et al. 2019, s.184). Alle deltakere i studien til Mahon et al. (2022, s. 176) understrekte at pårørende og sosiale nettverk kan spille en betydelig rolle i deres evne til å håndtere smerte.

En sykepleier nevnte viktigheten av å fremme barnets stemme, og å støtte barnets meninger og valg. Hen opplevde at leger hadde lite oppmerksomhet rundt barns utfordringer relatert til smerte som følge av prosedyrer. “Then you have to be the voice of the child quite simply. There are doctors who prescribe lots of tests. What in the world, we can’t just take that amount of blood” (Karlsson et al., 2014, s. 7). Sykepleieren var opptatt av at barnet i minst mulig grad skulle oppleve prosedyrelatert smerte. Sykepleiere kan også være barnets talsperson overfor leger, spesielt når foreldrene ikke er i stand til å ytre seg (Karlsson et al., s. 7).

4.1.5 Å vedlikeholde motivasjon og håp

Å fremme håp og mot til barn er en måte å støtte barn når man skal gjennomføre en prosedyre som kan medføre smerte. Det å gi ros kan bidra til at barna får positive og gode opplevelser. Sykepleier bruker ofte uttrykk som “tøff” og “flink” som resulterer i at barn deltar og samarbeider under prosedyren. Det å være modig har stor betydning for at barn takler ubehagelige situasjoner (Karlsson, et al., 2014, s.7).

So, you were so brave, you still did it despite being sad and not wanting to do it before, and you did it anyway. I think it’s important to communicate this so the principle of being good does not prevail. (Karlsson, et al., 2014, s.7)

Belønning gjennom gaver kan være en del av den støttende prosessen mot å håndtere smerte i forkant av prosedyren. Studien til Karlsson et al. (2014) har vist at det å la barnet få se i gaveesken på forhånd kan motivere dem til å gjennomføre smertefulle prosedyrer. Noen ganger kan barnet se på belønningen som en bestikkelse. I slike situasjoner kan foreldrene ta med seg belønningen hjem og gi det til barnet senere.

Ved å støtte foreldre, kan sykepleier bidra til å hjelpe dem med å støtte barnet. Sykepleieren kan da forsøke å sette seg inn i foreldrenes situasjon (Silva et al., 2019, s. 185). Et eksempel er at noen foreldre kan reagere negativt dersom barnet skriker under prosedyren. I en slik situasjon er det viktig at sykepleieren viser foreldrene og barnet at det er greit å reagere, fordi barnet opplever smerte. Når en prosedyre ikke blir vellykket og må gjøres på nytt, er det viktig at sykepleieren prøver å støtte barnet og å fremme mot og håp til neste gang prosedyren må gjennomføres (Karlsson et al., 2014, s. 8).

4.1.6 Medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring

I studien til Andersson et al. (2022, s. 4-5) oppga 51 barn (74%) at smertelindrende medikamenter hadde hatt effekt. 40 barn (58%) hadde effekt av ikke-medikamentell smertelindring som blant annet å snakke med foreldre og helsepersonell (26%), aktiv fysisk aktivitet som dansing, fysioterapi, bevegelser eller massasje (9%) og passiv fysisk aktivitet som varme/kulde, press mot det smertefulle området, immobilisering eller avslapning (20%). 33% hadde hatt effekt av kognitiv distraksjon som blant annet innebar å tenke på andre ting, leketerapi, kreativt håndarbeid, bruk av mobiltelefon, høre på musikk og å se på tv. Fem barn oppga at ingen ting hjalp for å lette smertene. I studien til Walther-Larsen et al. (2016) var metodene som hadde best effekt på de største smertene: deltakelse av omsorgspersoner, distraksjon, informasjon, smertelindrende legemidler, amming, posisjonering og pasientdeltakelse.

4.2 Hindringer for god smertelindring

4.2.1 Manglende ressurser

Helsepersonell mente at manglende ressurser var en faktor som kunne hindre god smertelindring. Helsepersonell fortalte at pasienter på postoperativ sengepost hadde opplevd sviktende rutiner for smertelindring. Mangel på bemanning og ulike smertetiltak gjorde at smertelindring ble inadekvat og utilfredsstillende. En sykepleier fortalte at hen ideelt sett ønsket å ha både medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindringsverktøy tilgjengelig i alle prosedyrer, og at dette kunne vært en fordel for eksempel ved innsetting av kateter (Mahon et al., 2022, s.174).

4.2.2 Manglende kompetanse

Mange deltakere i studien til Mahon et al. (2022) indikerer signifikant manglende kompetanse av ulike typer smertekartleggingsverktøy eller manglende kunnskap og utdanning i forhold til ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder. En informant fortalte at hen måtte lære om ulike smertelindringsverktøy, som for eksempel bedøvende krem, etter hen startet i jobben. Informanten ønsket mer opplæring om smerte. Hen mente at opplæring og erfaring kunne bidra til mer kunnskap om ulike smertelindringsalternativer, noe som kunne bidra til å redusere smerte. Kompetanse blant sykepleiere og helsepersonell er et viktig aspekt i behandlingsprosessen. Studien til Silva et al. (2019) fremlegger at profesjonell kvalifikasjon og insuffisiens i kompetanse har påvirkning for omsorgspraksis. Informant i en studie mente at mangel på faglig kompetanse om for eksempel legemidler ville gjøre det utfordrende å undervise annet personell (Silva et al, s. 184). Mangel på konsekvent kompetanse om smerte hos helsepersonell er indisert i studien til Mahon et al. (2022). I noen tilfeller kan mangel på kompetanse og kunnskap hindre god smertelindring. I denne studien kom det også fram at kun 13,8% av sykepleierne hadde opplæring knyttet til smertelindring og 80% av disse hadde ikke fått spesialisert opplæring.

4.2.3 Manglende helsepersonell

Fravær, mangel og høy utskiftning av helsepersonell, såkalt absenteeisme, kan begrense omsorgen for pasienten og bidra til at helsepersonell blir overarbeidet og demotivert (Silva et al., 2019, s. 183). Det kom tydelig frem at helsepersonell stadig møtte utfordringer med mye fravær og personalskifte, flytting av fast pleie-team og erstatning med ikke-spesialisert helsepersonell. Informantene til Silva et al. opplevde at disse utfordringene reduserte kvaliteten og hemmet god smertelindring hos barn. En sykepleier sa at en barriere mot å få farmakologisk behandling kunne være mangel på ordinerende lege og manglende personell til å overvåke pasienten (Mahon et al., 2022, s.174).

4.2.4 Mangel på konsekvent smerteevaluering og -vurdering

Studien til Mahon et al. (2022) tydet på at det ikke var noen konsekvent metode for smertekartlegging. Metoden som ble tatt i bruk for evaluering og vurdering av smerte hadde ikke spesifisert konsekvente verktøy og strategier til bestemte aldersgrupper. En deltaker i denne studien kom med følgende uttalelse:

I would love for someone in this initiative to create a toolkit for pain assessment and resources that include ones for nonverbal children and I would want it to be something you can quickly pull up, like an info sheet like this is for this age group and this one is for non-verbal with a caregiver reporting and then there would be a more detailed learning hub course on how to properly use these measures. (Mahon et al., 2022, s. 175)

Studien til Walther-Larsen et al. (2016) viste at 54% av barna som hadde opplevd moderat til alvorlig smerte ikke hadde noen dokumentert smertevurdering. Dette kan ifølge forskerne bety at medikamentell behandling enten ikke ble gitt, at det ble gitt, men ikke dokumentert eller at barnet selv eller foreldre ikke ønsket medisiner.

4.2.5. Barns smerterapportering

I Andersson et al. (2022) sin studie ble det oppdaget at 49 (71%) av barna fortalte helsepersonell når de hadde smerte. Åtte (12%) oppga at de noen ganger fortalte personell, mens seks (9%) oppga at de ikke fortalte helsepersonell når de hadde smerte. Fem (7%) svarte at de foretrakk å fortelle til foreldre fremfor helsepersonell. 43 barn (62%) oppga at de regelmessig ble spurt av helsepersonell om de hadde smerte. Seks barn (9%) oppga at de noen ganger ble spurt om de hadde smerte og 19 barn (28%) oppga at de aldri ble spurt. Resultatene indikerer at helsepersonellens manglende spørsmål om smerter kan hindre tilstrekkelig smerterapportering og smertelindring.

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Overførbarhet

I starten av bachelorprosjektet var et kriterium at studiene helst skulle være fra Norge. Under gjennomføring av søkeprosessen fant vi ikke mye forskning som var gjort i Norge. De fleste artiklene som dukket opp var fra USA eller ikke-vestlige land. Når vi leste disse artiklene oppdaget vi at det fantes forskjell i blant annet kultur og økonomi som påvirket helsevesenet og levevilkår i disse landene. Vi syntes derfor at disse artiklene ikke hadde relevans sammenlignet med helsevesenet i Norge og vestlige land. Den geografiske avgrensningen ble derfor endret til land som var overførbare til Norge, når det gjaldt helsevesen. Valget om å ta med studien til Silva et al. (2019) som var utført i Brasil ble gjort på bakgrunn av at innholdet og resultatet kunne være relevant også i et norsk eller skandinavisk sykehus. Smerte er et universelt fenomen, og karakteristika på smerte hos barn kan ha mange likheter i ulike land. Det å ta med en artikkel fra et ikke-vestlig land kan også bidra med å gi nye perspektiver og kunnskap.

En svakhet i oppgaven er at alle artiklene bruker engelsk, som for oss er et fremmed språk. Dette kan føre til misforståelser. Noen akademiske språklige begrep og uttrykk virker fremmede, som kan resultere i feiltolkning av innhold og betydning av tekst. Derfor har vi brukt god tid på å lese og samtale om resultatene i studiene, for å arbeide med vår forståelse av artiklene.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Forskerne i studiene var sykepleiere, spesialsykepleiere, doktorgradsstudenter, psykologer og professorer med erfaring innen pediatri og smerte. Flere av disse forskerne har erfaring med å gjennomføre forskningsarbeid innenfor dette fagfeltet, noe vi tenker var en fordel.

5.1.3 Etske hensyn

Etske hensyn har blitt godt ivaretatt i artiklene. Disse hensynene innebærer blant annet at deltakerne i studiene blir tilstrekkelig informert både skriftlig og muntlig. Informasjonen skal tilpasses ut fra deltakerens forutsetninger (Fossheim, 2015). Det skal i tillegg være mulig for

deltakerne å trekke seg når som helst, og dette skal det informeres om i forkant av studien (Helsenorge, 2023).

Fire av de fem artiklene har blitt vurdert og godkjent av etiske komitéer, mens i den femte artikkelen (Walther-Larsen et al., 2016) ble det gitt samtykke fra det danske datatilsynet. I sistnevnte studie ble ikke helsepersonell informert i forkant av studien. Årsaken til dette var at forskerne ville få et mest mulig reelt resultat.

5.1.4 Deltakerne i studiene

Deltakerne i studiene var barn innlagt på sykehus som hadde opplevd smerte, samt sykepleiere og annet helsepersonell som jobbet med barn med smerter i sykehus. Andre deltakere i studiene var leger, pediatere, sykepleieteknikkere, farmasøyter og fysioterapeuter. Vi har valgt å fokusere på pasient- og sykepleieperspektiv. Dette ble valgt fordi vi ønsket å få frem barnets egen opplevelse av smertelindring, samtidig som vi tenkte at sykepleierne kunne bidra ved å formidle erfaringer og opplevelser med observasjoner og utøvelse av smertelindring til barn.

I studien til Karlsson et al. (2014) var informantene sykepleiere og kriteriet for deltakelse var at informantene hadde deltatt i en til to nål-prosedyrer på barn mellom tre til sju år. Noen deltakere hadde lang erfaring med å jobbe med barn og noen sykepleiere var rekruttert på arbeidsplassen. I tillegg ble pasienter som rapporterte smerte rekruttert. Studien svarer derfor godt til vår hensikt siden vi har valgt å fokusere på pasient- og sykepleieperspektiv.

Vi har valgt å ta med Mahon et al. (2022) sin studie som i tillegg til sykepleiere også inkluderer helsepersonell fra andre yrkesgrupper. Helsepersonellet bestod av syv sykepleiere, syv sykepleieteknikkere, og syv andre helsepersonell: to leger, to fysioterapeuter, en sosionom, en psykolog og en farmakolog. Disse yrkesgruppene ble inkludert med tanke på at de i likhet med sykepleiere var i tett kontakt med barn. Vi tenker at alle disse yrkesgruppene kan tilføre kunnskaper til vår studie siden de samarbeider med sykepleierne i møte med barn innlagt på sykehus.

5.1.5 Kvantitativ og kvalitativ tilnærming som metode

Kvalitative artikler som ble brukt i studien var artiklene til Silva et al. (2019), Karlsson et al. (2014) og Mahon et al. (2022). Metodene som ble brukt var intervju og ikke-deltakende

observasjon i førstnevnte artikkel, intervju i sistnevnte artikkel, og videoopptak av observasjoner, med påfølgende intervjuer i Karlsson et al. sin artikkel. I tillegg ble alle intervjuene transkribert og videre tolket. Studien til Andersson et al. (2022) benyttet kvantitativ metode, og stilte åpne spørsmål ved bruk av spørreskjema. Artikkelen til Walther-Larsen et al. (2016) har brukt metodetriangulering, der kvalitativ og kvantitativ metode utfyller hverandre.

Metodetriangulering vil si å benytte kombinasjon av metoder hvor forskerne får nyansert, perspektivrik og helhetlig forståelse, samtidig som de sammenligner data ut fra de ulike metodene og gir et sterkt kunnskapsgrunnlag (Thidemann, 2015). “Et hovedargument for å mikse metodebruk er at det kan gi en bedre og dypere forståelse av tematikken man ønsker å belyse, og dermed styrke tilliten til konklusjonene” (Andersen, 2017, avsn. 1). Da får man et helhetlig syn og resultater mot forskningsspørsmålet. Vi tenker derfor at vår oppgave styrkes ved at våre inkluderte artikler har ulike metodiske tilnærminger. En kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder kan bidra til å basere oppgaven på både tall og harde data, samt myke data som innebærer blant annet meninger, opplevelser, tanker og holdninger. Dette kan gjøre at en får flere innfallsvinkler og at resultatet blir basert på et mer helhetlig perspektiv. Kvalitative og kvantitative metoder “bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjon handler og samhandler” (Dalland, 2020, s. 54).

5.1.6 Integrativ litteraturstudie som metode

Vi ble tildelt Febe Fribergs metode: integrativ litteraturstudie. Denne metoden ga oss mulighet til å komme med en ny syntese basert på analyse og tolkning av kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom artiklene, og vi har derfor fått anledning til å gå i dybden for å besvare vår hensikt.

I analysearbeidet av studiene var hensikten å få en helhetlig forståelse. Febe Friberg et al. (2022, s. 190) skriver om helikopterprinsippet, som handler om å være kreativ og åpen når man velger ut artikler. Samtidig bør man ha et kritisk blikk og være fokusert på det man egentlig er ute etter. Vi valgte artikler som la frem perspektivet til pasienter og helsepersonell, slik at vi fikk et vidt overblikk.

Vi ønsket å finne artikler som ikke var helt like, for å skape mer allsidighet i oppgaven. Artikkelen til Silva et al. (2019) handler for eksempel om barn med kroniske kreftsmarter på sykehus, og har hovedfokus på ikke-medikamentell smertelindring, i likhet med artikkelen til Karlsson et al. (2014). Andersson et al. (2022) og Walther-Larsen et al. (2016) sine artikler inneholder statistikk som støtter vår problemformulering og i tillegg sier disse noe om medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Artikkelen til Mahon et al. (2022) presenterer helsepersonellens oppfatninger om smertelindring av barn i sykehus.

De valgte studiene er ikke eldre enn ti år. Helsevesenet er stadig i utvikling og kunnskap fornyes kontinuerlig. Vi ønsket artikler som var relevante for nåtiden. Alle artiklene hadde individuelle intervjuer. Det resulterte i at informantenes svar ikke ble påvirket av hverandre og vi ser dette som en styrke. Informantene kan snakke fritt og utvide sitt svar under et intervju. På en annen side kunne gruppeintervju vært fordelaktig dersom vi ønsket å lære om “erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler” (Malterud, 2002, s. 2469).

I arbeidet med oppgaven har vi vært tre studenter som har samarbeidet. Vi tenker at dette kan ha vært positivt for oppgaven da vi har hatt muligheten til å diskutere oss imellom. I prosessen har vi endret hensiktens ordlyd. Dette gjorde vi for at hensikten skulle være mest mulig presis og gi oppgavens røde tråd.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Barn blir ikke tilstrekkelig smertebehandlet

Noe som går igjen i flere artikler er at barn opplever moderate til sterke smerter. I Walther-Larsen et al. (2016) sin studie ser vi at 213 (37%) av barna opplevde moderate til alvorlige smerter i løpet av de siste 24 timene og 43 % av disse hadde ønsket at det ble satt i gang tiltak. Disse tallene strittet imot lokale og internasjonale retningslinjer. I Andersson et al. (2022) sin studie var prosentandelen betydelig høyere på 50 barn (72%).

5.2.2 Mangel på ressurser, kompetanse og tid

Manglende ressurser og kompetanse hos helsepersonell truer kvaliteten på barneomsorgen og skaper utrygghet i utøvelse av pleie. "Lav bemanning, manglende kompetanse og svikt i rutiner og retningslinjer har stor betydning for forsvarlig sykepleie" (Norsk sykepleierforbund, u.å., avsn. 33). Fravær og høy utskiftning av helsepersonell fører til et utfordrende arbeidsmiljø. Et dårlig arbeidsmiljø vil kunne påvirke arbeidsmoral og effektivitet hos ansatte, og øke risikoen for sykefravær (Bonsaksen et al., 2021, s. 699). Disse fenomenene affiserer behandlingsforløpet til barn. Studien til Silva et al. (2019) viser til at absenteeisme generer unødvendige forsinkelser av utskrivningsprosessen, dermed noe som forlenger sykehusinnleggelse til barn. Manglende utstyr og medikamenter, samt utstyr med dårlig kvalitet påvirket sykepleien negativt ved at det bidro til utsatt smertelindring eller repetering av smertefulle prosedyrer som kunne øke pasientens stress, redsel og angst (Silva et al., 2019, s. 185).

Manglende kompetanse i utførelse av barnesykepleie kan redusere kvaliteten på behandlingen. Studien til Mahon et al. (2022) fremhever at de fleste helsepersonell ikke hadde nok kompetanse om smertelindring. Det var inkonsekvent bruk av kartleggingsverktøy og utilstrekkelig kunnskap om ulike smertelindrende metoder som var tilpasset barn. For å handle riktig og forsvarlig i en gitt situasjon, kreves det en kompetent sykepleier. Når man skal utøve sykepleie på en kompetent måte, må man ha oppdatert kunnskap, relevante ferdigheter samt faglige og personlige egenskaper (Norsk Sykepleierforbund, u.å., avsn. 15). Kontinuerlige endringer og utvikling i sykepleiefag og forskning gjør at helsepersonell må ta ansvar for å oppdatere og utvikle kunnskap og kompetanse. Helsepersonell som deltok i

studien til Mahon et al. (2022) anbefalte at alle burde få obligatoriske kurs og opplæring om barns smerte for å jevne ut kompetansecforskjeller blant helsepersonell.

5.2.3 Dokumentasjon, rapportering og kartlegging

Selvrapporing har en essensiell rolle for å identifisere, indikere, evaluere og lindre smerte. Artikkelen til Andersson et al. (2022) viste til at noen barn ikke rapporterte smerte til helsepersonell og noen av barna rapporterte direkte til foreldre. Smerte er en subjektiv opplevelse (Norsk helseinformatikk, 2023, avsn. 2). Derfor har selvrapporing stor betydning ved vurdering og kartlegging av pasientens behov. Når en skal dokumentere og evaluere smerte er barnet selv den viktigste kilden, i tillegg til foreldrenes og sykepleieres vurdering av barnets atferd og ansiktsuttrykk, spesielt før skolealder og når barnet ikke har verbalt språk (Grønseth & Markestad, 2022, s.176). Forholdet mellom barn og sykepleiere er asymmetrisk, noe som gjør at barn er avhengig av helsehjelpen fra sykepleieren som skal gi den. Martinsen (2003) vektlegger dette avhengighetsbegrepet i nær sammenheng med omsorg hvor relasjoner mellom mennesker etablerer seg (s. 44). Omsorg bygger på uegennyttig gjensidighet (Kristoffersen, 2021, s. 234). Omsorgen skal skje uten krav om gjengjeld. Barn er avhengig av sykepleierens vurdering og evaluering om deres smerte, noe som fører til økt behov for omsorg og forståelsesevne av tilstrekkelig smertelindring.

I studien til Mahon et al. (2022) rapporterte helsepersonell at standardiserte smertekartleggingsverktøy ikke ble brukt konsekvent. En konsekvens av dette kan være at smertekartlegging kan bli påvirket av helsepersonellens personlige utførelse og subjektive meninger og holdninger. Disse hindringene kan være i veien for å kunne utøve omsorg som helsepersonell. For å oppnå god smertelindring, er det krav til systematisk vurdering av barns smerte og bruk av verktøy som er tilpasset barnas behov (Smeland & Sørensen, 2018; Scott et al., 2012; Zisk-Rony et al., 2015). En undersøkelse av Reinertsen et al. (2014) oppga at NRS som kartleggingsverktøy ble skåret ut fra sykepleierens subjektive vurdering og tolkning av barns smerte. I denne studien ble det pekt ut at FLACC har funnet variasjoner i observert atferd hos det enkelte barn som indikerer ulik grad av smerte. Dette kan påvirke hvilke tiltak som iverksettes. Sykepleier beskrev i artikkel til Mahon et al. (2022) at det må være en del av evaluering å spørre om pasientens historie under kartlegging, og sjekke barn om det er noe man gruer seg til, for å lage en basis i vurdering. Barn er sårbare og kan ha vanskeligheter med å formidle smertene sine, noe som gjør at de krever ekstra oppmerksomhet (Andersson

et al., 2022, s. 7). Ved bruk av flere faktorer og aspekter av smertekartlegging kan man danne et helhetlig bilde av smertens sammensatte natur.

Smerteevaluering i hvile og aktivitet hos barn ble utført i studien til Andersson et al. (2022) hvor det var dokumentert at flere barn skåret høyere på smerten i aktivitet enn i hvile til tross for ordinerte faste og eventuelle smertestillende medikamenter. Denne evalueringen tar i betraktning ulike faktorer ved å kartlegge barnets smerter når det er både i aktivitet og i hvile. For å skape forståelse av smerte er det avgjørende å få ulike aspekter av barns egne perspektiver på deres smerteopplevelser. I vurderingen av FLACC-verktøy er det viktige parametre som er tatt hensyn til, som for eksempel barns kroppsstilling og aktivitetsnivå for å bedømme smerte. I tillegg er barnas atferd som konsentrasjon, oppmerksomhet, humør og søvnmønster endret ved smerte (Grønseth & Markestad, 2022, s. 177).

Svikt og mangel i dokumentasjon ble fremhevet i forskningsartikkelen til Anderson et al., (2022) som en hemmende faktor for smertelindring. Plikten til å dokumentere er hjemlet i helsepersonelloven (1999, § 39), noe som sikrer pasienter et trygt og forsvarlig behandlingsforløp. Relevant og nødvendig dokumentasjon bidrar til helsehjelp av god kvalitet som inkluderer effektive, tilfredsstillende og gode pasientforløp (Pasientjournalforskriften, 2019, §1).

5.2.4 Sykepleierens væremåte og holdninger

5.2.4.1 Bygge tillitsforhold

Når sykepleier skal gjøre seg kjent med et barn krever det at sykepleier tilpasser sin væremåte overfor hvert enkelt barn. Det å nærme seg barnet med forsiktighet kan gjøre at det gradvis tilvenner seg sykepleieren og dette kan gjøre situasjonen mindre skremmende. Det bør være en viss taktfullhet i denne tilnærmelsen (Karlsson et al., 2014, s. 6). For å samhandle med pasienten best mulig, er det essensielt å ha faglig skjønn. Det å ha et faglig skjønn innebærer blant annet sansende tilstedeværelse, være oppmerksom i møte med pasienten, evne til å ta avgjørelser i ulike situasjoner og å anvende kunnskaper og prosedyrer (Martinsen, 2011, s.7). Lek kan bidra til at barnet føler seg sett og får bekreftelse av den voksne. Barnet kan få en følelse av at det får være med på å bestemme og ta avgjørelser, og at det blir tatt på alvor og respektert.

Autonomiprinsippet skal verne pasienten mot maktovergrep og beskytte menneskerettigheter (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42). Autonomiprinsippet gjelder også barn i den grad det er forsvarlig. Dette kan være med på å utjevne forskjellen mellom barnet og den voksne og gjøre at det blir en viss symmetri mellom dem (Utdanningsdirektoratet, 2018). Når det er dannet en relasjon og barnet føler at det kan stole på sykepleieren, kan det bidra til et bedre samarbeid mellom dem.

Kari Martinsens omsorgsteori understreker viktigheten av at sykepleier engasjerer seg i og viser interesse overfor pasienten. Sykepleieren må være villig til å sette seg i pasientens sko. Ved å forestille seg at en bytter posisjon med pasienten, eller at pasienten var ens eget barn, kan det bli lettere å finne ut hva som er best for pasienten (Kristoffersen, 2021, s. 267).

5.2.4.2 Å være barnets advokat

Det å være barnets “advokat” kan bety at sykepleieren skal være barnets representant og gjøre det som er det beste for pasienten. Dette er blant annet viktig fordi at barn ikke alltid kan formidle smerter og ubehag selv. Barn kan heller ikke alltid ta avgjørelser på egen hånd, fordi de ikke er modne eller fullstendig utviklet kognitivt. Det er da viktig å ha et godt system for smertekartlegging, og å følge opp og dokumentere medikamentadministrering. Støtte er spesielt viktig når barnet er redd eller bekymret (Karlsson et al., 2014, s. 7).

Sykepleiere må noen ganger være barnets advokat i møte med legen. Et eksempel på dette er at sykepleieren kan si ifra dersom legen ordinerer flere medikamenter som krever nålprosedyrer, noe som fører til at barnet må stikkes flere ganger. Noen ganger må sykepleier også si imot foreldre dersom dette bidrar til å gjøre det beste for barnet (Karlsson et al., 2014, s. 7).

5.2.4.3 Fremme motivasjon, håp og tro

En viktig oppgave for sykepleiere er å fremme håp hos pasienten. Håp kan bidra til å gi pasienten et fremtidsrettet perspektiv som kan gi motivasjon til å fortsette behandlingen og til å “se et lys i enden av tunnelen”. Håp kan skapes ved for eksempel å bidra til at pasienten får positive opplevelser som gjennom ros, eller ved bruk av belønning. Informasjon om effekten av smertelindrende medikamenter kan også bidra til å skape håp hos pasienten (Karlsson et al., 2014, s. 7). “Aktiv mestring, derimot, der man bevarer optimismen og håpet og tar tak i

problemer for å løse dem, styrker barnets/ungdommens motstandskraft (resiliens) og gir mer krefter til å håndtere situasjonen” (Grønseth & Markestad, 2022, s. 191)

5.2.4.4 Helsepersonells holdninger

Helsepersonell som jobber med barn med smerte i hverdagen kan etter hvert bli mindre emosjonelt påvirket av pasientens smerter. Det er derfor viktig at personellet er bevisst sine holdninger, og en kan derfor for eksempel diskutere holdninger med kolleger. Det er også viktig å velge undersøkelses- og behandlings-metoder som medfører minst mulig smerte (Grønseth & Markestad, 2022, s. 174).

5.2.5 Informasjon og kommunikasjon

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-4) skal informasjon gis til både pasient eller bruker og til den som har foreldreansvar, dersom pasienten er under 16 år. Videre står det at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-5).

Når en sykepleier skal gi informasjon til et barn er det viktig å bruke enkle ord og det kan tas i bruk enkle metaforer som barnet forstår. Informasjonen som skal gis til barn må tilpasses ut fra hvor mye informasjon barnet klarer å ta til seg i forhold til alder, sykdom, samarbeidsevne, erfaring, redsel og evne til å holde fokus (Karlsson et al., 2014, s. 4).

6. Anvendelse av resultatene i praksis

Et gjennomgående problemområde i oppgaven var manglende kompetanse hos helsepersonell. Dette kan få direkte konsekvenser for pasienten, som at smerte ikke blir oppdaget, og komplikasjoner av sykdom eller behandling hvor smerte er et symptom kan bli oversett, som igjen kan føre til akutte og kroniske smerter eller varig skade på pasienten. Vi har sett at langvarig eller intens smerte kan føre til psykiske plager senere i livet, i tillegg kan det føre til hyper-/hyposensitiv fenotype for akutte og vedvarende smerter og stress senere i livet. Vi tenker at funnene som er gjort i oppgaven indikerer at det trengs stor forbedring i å lindre smerte. Derfor ønsker vi å komme med følgende forslag til tiltak som kan fremme smertelindring hos barn:

- Holde jevnlig kurs på arbeidsplassen om smertekartleggingsverktøy, og gi tilstrekkelig opplæring til personell med mindre kunnskap.
- Bli kjent med barnet som et menneske
- Gi god informasjon til pasient og pårørende og tilpasse kommunikasjon med barnet
- Tilstrekkelig bemanning og ressurser for å oppnå godt arbeidsmiljø og god behandling
- Smertelindring som et obligatorisk tiltak i behandlingsplan
- Å kartlegge pasientens smerteopplevelse gjennom selvrapportering og systematisk bruk av ulike smertekartleggingsverktøy som er tilpasset barnets alder og behov
- Å ha fokus på barnets beste
- Undervise helsepersonell jevnlig om ulike smertelindringstiltak og -metoder
- Å ha fokus på forbedring av hemmende faktorer for smertelindring
- Tilpasse omgivelser når en er med barn
- Tilpasse intervensjoner til hvert enkelt barn og inkludere en multimodal tilnærming som kombinerer både ikke-medikamentelle og medikamentelle intervensjoner.
- Å tilpasse sin væremåte og bruke lek og fantasi i samhandling med barn
- Å fremme håp ved å understøtte barn gjennom bruk av ulike kommunikasjonsteknikker og strategier for å sette seg inn i barnets verden under smertefulle prosedyrer, behandling og undersøkelser.
- Ta i bruk mer spesifiserte smertekartleggingsverktøy, som for eksempel FLACC.

Referanser

- Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien*, 105, Artikkel e-64738. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Andersson, V., Bergman, S., Henoch, I., Simonsson, H. & Ahlberg, K. (2022). Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care: a cross-sectional study from Sweden. *BMC Pediatrics*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03319-w>
- Bonsaksen, H., Nerdrum T., Østertun, P. & Geirdal, A. (2021). Psychological distress and its associations with psychosocial work environment factors in four professional groups: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 698–707. <https://doi.org/doi:10.1111/nhs.12856>
- Bratli, L., Nystrøm, V. & Leonardsen A-C., L. (2020). Hvordan kan sykepleiere kartlegge barns smerte? *Sykepleien*, 108, Artikkel e-80444. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80444>
- Brudvik, C., Moutte S., Baste, V. & Morken, T. (2016). A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting. *Emergency Medicine Journal* 34, 138-144. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205825>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A. & Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Diseases* 37(4), 378-381. <https://doi.org/10.1136/ard.37.4.378>
- Fossheim, H., J. (2015, 17. juni). *Samtykke* De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/samtykke/>
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg., s.185-199). Studentlitteratur
- Friberg, F. (2022). Tankeprocessen under examensarbetet., I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg., s. 41-56). Studentlitteratur.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatric og pediatrik sykepleie* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Heggen, C. & Danielsen, A. (2020). Pasienters kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere. *Sykepleien*, 108, Artikkel e-81840. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81840>
- Helsenorge. (2023, 15. mars). *Dine rettigheter når du deltar i en klinisk studie*. <https://www.helsenorge.no/kliniske-studier/vilkar-og-rettigheter-ved-deltakelse/>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Terminology* <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A.-C., D. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), Artikkel 23063. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>
- Kirkevold, M. (2021). Pasientsikkerhet, kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Fag og Profesjon Bind 1* (4.utg., s. 319-364). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H., (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Fag og Profesjon Bind 1* (4.utg., s. 15-28). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie - relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Fag og Profesjon Bind 1* (4.utg., s. 29-78). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Fag og Profesjon Bind 1* (4.utg., s. 225-287). Gyldendal Akademisk.
- Mahon, P., Aitken, C., Veiga, M. & Poitras, S. (2022). Time for Action: Understanding Health Care Professionals Views on Pain and Pain Management in a Pediatric Hospital. *Pain Management Nursing*, 24(2), 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.10.002>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger *tidsskriftet*, 122(25), 2468-2472. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2011). Klinisk Sykepleje. *Omsorg, sårbarhet og tid Fest-forelæsning ved tildeling af St. Olavs Orden* 25(4), 5-9 <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1903-2285-2011-04-02>
- Norsk Helseinformatikk. (2023, 21. februar). *Smerte*. <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/smerte?page=all>
- Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

- Norsk sykepleierforbund. (u. å). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>
- Reinertsen, H., Christophersen, K.-A. & Helseth, S. (2014). Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC. *Sykepleien*, 9(2), 132-140
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0030>
- Silva, T. P., Silva, L. J., Rodrigues, B. M. R. D., Silva, Í. R., Chistoffel, M. M. & Leite, J., L. (2019). Care management for the hospitalized child with chronic cancer pain: intervening conditions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 181–188.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0514>
- Smeland, A. & Sørensen, K. (2018). Ny prosedyre kan gi mer kunnskap og kompetanse om barns smerte. *Sykepleien*, 106, Artikkel e-72230.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72230>
- Spigset, O. (2021, 25. oktober). Legemiddelbehandling av barn. I *Norsk Helseinformatikk*.
<https://nhi.no/sykdommer/barn/diverse/legemiddelbehandling-av-barn?page=1>
- Stubhaug, A. & Ljosa, T., M. (2023, 8. juni). *Smerte- et symptom, en sykdom og en diagnose*. Oslo universitetssykehus. Hentet 14. november 2023 fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2018, 8. mars). *Barns trivsel - voksnes ansvar*.
<https://www.udir.no/laring-og-trivsel/stottemateriell-til-rammeplanen/trivselsveileder/7-Barns-samspill-og-lek>
- Walther-Larsen, Pedersen, M. T., Friis, S. M., Aagaard, G. B., Rømsing, J., Jeppesen, E. M. & Friedrichsdorf, S. J. (2016). Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 61(3), 328–337. <https://doi.org/10.1111/aas.12846>

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkelogg

Søkelogg	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
08.11 Da Silva Child Management	Cinahl	child* AND cancer AND pain* AND nurs*	2014-2024	25 659	9	5	1
09.11 pain and pain management	PubMed	pain and treatment children hospital		39344	5		0
10.11 pain and pain management	PubMed	pain and treatment children hospital	2014-2024	23517	8	8	1
10.11 Pain prevalence in Denmark	Cinahl	hospitalized child pediatric denmark cancer pain		15 862	7	3	1
10.11 Nurses perspective (Karlsson)	Cinahl	hospitalized child pediatric cancer pain	2014-2024	8551	4	2	1
22.11 Time for action	Cinahl	pain management* child* hospital*	2013-2023	68 380	5	2	1

Vedlegg 2 Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land Artikkeltittel	Hensikten med studien	Metode og analyse	Perspektiv og utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Andersson, V., Bergman, S., Henoeh, I., Simonsson, H. & Ahlberg, K. (2022). BMC Pediatrics, Sverige Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care: a cross-sectional study from Sweden.	Beskriver forekomsten av smerte, selvrapporert smerteintensitet ved bevegelse og i hvile, smertelindring og overholdelse av retningslinjer for smertebehandling hos barn som mottar behandling i sykehus. Studien undersøker også selvrapporerte utsagn om smertelindring og om hvor ofte helsepersonellet spurte om smertene.	En kvantitativ, tverrsnittstudie med beskrivende statistikk som dataanalyse. Metoden ble utført ved et fylkessykehus i Vest-Sverige.	Pasientperspektiv 69 barn/ungdom i alderen 6–18 år som hadde opplevd smerter under sykehusoppholdet ble inkludert.	Til tross for evidensbaserte retningslinjer opplevde halvparten av barna/ungdommen moderate til sterke smerter, noe som understreker behovet for forbedring. Smertenivåer bør vurderes både i hvile og under bevegelse. Respons på behandling bør evalueres for å forhindre underbehandling av smerte. Etterlevelse av retningslinjer og profesjonell kommunikasjon er av største betydning for smertebehandling hos barn/ungdom. Ikke-farmakologiske metoder er en verdifull del av en smertebehandlingsstrategi. Denne studien viser at det er viktig å evaluere og forbedre smertebehandlingen også utenfor spesialiserte tertiære klinikker.
Karlsson, K., Rydstro, I., Enskar, K. & Englund, A. D. (2014). International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. Sverige. Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures.	Hensikten med studien er å identifisere hva som er hovedfaktorene som forårsaker smerter hos barn. Hvordan kan sykepleiere gjenkjenne smerter hos barn og hvordan kan en sykepleier ved hjelp av ulike ressurser oppnå god smertelindring hos pediatriske pasienter.	Kvalitativ metode med 20 individuelle intervjuer, inkludert 20 videoopptak av utførte nål-prosedyrer. En såkalt Reflective Lifeworld Research-tilnærming (RLR) ble brukt og en fenomenologisk analyse ble gjort.	Sykepleierperspektiv 14 sykepleiere tok del i studien, hvor seks av disse deltok ved to intervjuer som resulterte i 20 intervjuer	Studien kom frem til at sykepleiere må se hvert enkelt barn, møte barnet i dets egen verden, og velge støttende handlinger, samtidig som de må balansere ansvaret for å ferdigstille nål-prosedyrer.
Silva, T. P., Silva, L. J., Rodrigues, B. M. R. D., Silva, Í., R., Chistoffel, M. M. & Leite, J. L. (2019). Care management for the hospitalized child with chronic cancer pain: intervening conditions. Brazil. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN	Å forstå de intervensjoner betingelsene for smertebehandling for barn med kroniske smerter innlagt i sykehus	Kvalitativ metode/forskning, forankret i henholdsvis metodologisk og teoretisk rammeverk, Grounded Theory og Complex Thinking. Det semistrukturerte intervjuet og ikke-deltakende observasjonen ble brukt til å samle inn dataene.	Sykepleierperspektiv Det ble organisert i tre utvalgsgrupper, den første var sammensatt av syv sykepleiere; den andre av syv sykepleier teknikere; og den tredje og siste gruppen på syv andre helsepersonell, to leger, to fysioterapeuter, en sosialarbeider, en psykolog og en farmasøyt.	Begrensende forhold for smertebehandling: mangel på personell og ressurs, fravær, ineffektivt samarbeid, utskiftning av personell og utilstrekkelig faglig kvalifikasjon. På den annen side ble det presentert tilretteleggende forhold: tilstrekkelig fagkunnskap, effektivt samarbeid, dialog, empati, og bygge en relasjon med barnet
Walther-Larsen, Pedersen, M. T., Friis, S. M., Aagaard, G. B., Rømsing, J., Jeppesen, E.	Å beskrive utbredelsen av smerte hos barn innlagt i	Både kvantitativ og kvalitativ. Metoden er basert på observasjon. I denne studien måler	Pasientperspektiv 570 pediatriske pasienter som	To hundre og tretten barn (37 %) svarte at de hadde opplevd smerter i løpet av de siste 24 timene. Ett hundre og trettifire (24 %)

<p>M., & Friedrichsdorf, S. J. (2016),</p> <p>Acta Anaesthesiologica Scandinavica.</p> <p>Danmark.</p> <p>Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals.</p>	<p>universitetssykehus i Danmark, samt å identifisere i hovedkildene til smerteopplevelse.</p>	<p>etterforskeren utfallet og eksponeringene hos studiedeltakerne samtidig. Intervjuene varte i omtrent 10 minutter, og svarene ble tatt opp ved hjelp av en spørreundersøkelse (SurveyXact) på et elektronisk nettbrett. Undersøkelserverktøyet var basert på Taylor og Friedrichsdorfs revisjoner. Fem til seks par intervjuere som hver består av en sykepleier, en smertesykepleier, en smertelege eller en barnelege introduserte studien for familien som henvendte seg direkte til barnet mellom 5 og 18 år eller henvendte seg til en av foreldrene for yngre pasienter eller ved kognitive funksjonshemninger. Intervjuene ble utført mellom kl. 08.00 og 20.00.</p>	<p>rapportere smerteopplevelsen og behandlingen av dem i løpet av de siste 24 timene etter innleggelse. Målet var å kartlegge alle pediatrike pasienter i alderen 0–18 år. Pediatrike pasienter og kirurgiske pasienter er inkludert.</p>	<p>indikerte moderat til alvorlig smerte, og 43 % ville ha foretrukket en intervensjon for å lindre smerten.</p> <p>Hos barn innlagt på sykehus i mer enn 24 timer var forekomsten av moderat/alvorlig smerte signifikant høyere sammenlignet med barn innlagt samme dag. Den mest vanlige smertefulle prosedyren som ble navngitt av barna var nålprosedyrer, som blodprøvetaking og intravenøs kanylering.</p>
<p>Mahon, P., Aitken, C., Veiga, M. & Poitras, S. (2022).</p> <p>Pain management Nursing</p> <p>Canada</p> <p>Time for Action: Understanding Health Care Professionals Views on Pain and Pain Management in a Pediatric Hospital.</p>	<p>Karakterisere helsepersonells oppfatning av smerte hos barn og smertebehandling på et pediatrik sykehus.</p>	<p>Kvalitativ metode hvor studien og resultater har mulighet til å gå dypere inn i helsepersonells personlige erfaring med smerte- og smertebehandling av barn på sykehus. Intervjuene ble gjennomført på et tidspunkt som passer for helsepersonell i normal arbeidstid. Lydopptak ble konvertert av forskerne til skriftlige transkripsjoner. Analyse av transkripsjonene ble fullført gjennom <i>tolkningsbeskrivelse</i> som bruker en <i>constructivist approach</i> (Thorne, 2016) hvor forskeren og deltakerne bygger kunnskap i sine interaksjoner.</p>	<p>Sykepleierperspektiv</p> <p>Helsepersonell varierte i alder fra 24 til 68 år, med over 45 % av deltakerne har minst 15 års erfaring innen pediatri. 31 helsepersonell ble intervjuet. Helsepersonell som er inkludert i studien innebærer lege, sykepleier og helsefagarbeider.</p>	<p>Studien resulterer at helsepersonell mener har en betydelig mangel på ressurser, spesielt pedagogiske ressurser. Økt kompetanse blant annet helsepersonell spiller en viktig rolle for å vurdere og lindre smerte hos barn..Det er også mangel på tid til å evaluere hver pasient skikkelig og bruke systematisk smerteverktøy konsekvent for både verbale og ikke-verbale barn. Helsepersonell varierte i sine meninger som til om en prosedyre er smertefull eller ubehagelig, og denne oppfatningen avviker ofte fra oppfatningen av barnet. I tillegg anerkjenner personalet at kulturelt mangfold av både ansatte og pasienter kan påvirke smertevurdering og behandling hos barn. Derfor er det behov for økt kompetanse og i tillegg kulturelt mangfold opplæring for ansatte.</p>