



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

**Kartlegging av smerte hos barn/Assessment of
childrens pain**

Kandidatnummer: 4422

Totalt antall sider inkludert forsiden: 47

Antall ord: 8319

Veileder: Tove Bjørnland Vadset

Innlevert Ålesund, 23/5-16

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tove Bjørnland Vadset

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).
Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 23/5-16

Sammendrag

Bakgrunn: Barn skal ikke oppleve ukontrollerte smerter på grunn av sykdom, utredning og behandling. Smerter hos barn er likevel undervurdert og underbehandlet. Barn som er innlagt på sykehus kan oppleve moderate til sterke smerter. Smerte hos barn vurderes og behandles ikke tilfredsstillende.

Hensikt: Studiens hensikt er å belyse viktigheten av å kunne kartlegge smerter hos barn etter beste evne, og hvilke utfordringer sykepleiere kan støte på i kartleggingen av smerte hos barn.

Metode: Litteraturstudien er basert på 8 forskningsartikler, hvorav 5 er kvalitativ og 3 kvantitativ.

Resultat: Sykepleiere har gode kunnskaper på mange områder innen fagområdet smerte hos barn, men det er likevel et gap mellom de kunnskapene sykepleierne har og praktisk handling.

Konklusjon: Sykepleiere må informeres om at bruken av smertekartleggingsverktøy må forbedres ved å vise til forskning. En vil ikke kunne bedre et problem dersom man ikke vet at det er et problem. Det må iverksettes holdningsendrende tiltak og kunnskapsnivået må bedres.

Nøkkelord: Barn, sykepleier, smerte.

Abstract

Background: Children shall not experience uncontrolled pain due to disease, diagnosis and treatment. Although, pain in children is underestimated and undertreated. Children who are hospitalized may experience moderate to severe pain. Pain in children is assessed and treated unsatisfactory.

Purpose: The purpose of this study is to highlight the importance of being able to identify pain in children, and present challenges nurses may encounter in the survey of pain in children.

Method: This literature study is based on eight research articles: five qualitative and three quantitative.

Results: Nurses have good knowledge in many areas within the field of pain in children, but there is still a gap between the knowledge the nurses have and the practical action.

Conclusion: Nurses must be informed that the use of pain assessment tools need to be improved by referring to research. It is impossible to improve a problem if you do not know that there is a problem. Attitude modification measures must be implemented and the level of knowledge must be improved.

Key words: Child, nurse, pain.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 STUDIENS HENSIKT	2
1.3 PROBLEMSTILLING	2
1.4 BEGREPSAVKLARING	2
1.5 BEGRENINGER OG SPESIELLE FOKUS	2
1.6 OPPBYGGING AV OPPGAVEN	2
2.0 TEORIBAKGRUNN	3
2.1 HVA ER SMERTE?	3
2.1.2 <i>Smertefysiologi</i>	3
2.2 VURDERING AV SMERTER HOS BARN	4
2.2.1 <i>Kartleggingsverktøy</i>	4
2.3 FAKTORER SOM KOMPLISERER SMERTEVURDERINGEN AV BARN	5
2.4 LOVER OG RETTIGHETER	5
2.5 FORHOLD SOM PÅVIRKER SMERTEOPPLEVELSEN HOS BARN	6
2.6 FAKTORER SOM KAN VIRKE INN PÅ SYKEPLEIERENS VURDERINGER OG TILTAK OVERFOR BARNES SMERTE	6
2.7 FORELDRENE VURDERING	7
2.8 HELSEPERSONELLS TIDLIGERE SYN PÅ SMERTE HOS BARN	7
2.9 RELEVANTE TEORIER	8
2.9.1 <i>Jean Piagets kognitive utviklingsteori</i>	8
2.9.2 <i>Kari Martinsen omsorgsteori</i>	8
3.0 METODE	10
3.1 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE	10
3.2 DATAINNSAMLING.....	10
3.3 INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	10
3.4 ETISKE AVVEIINGER	11
3.5 KVALITETSVURDERING	11
3.6 SØKESTRATEGI	12
3.7 SØKEHISTORIE.....	13
3.8 ANALYSE.....	14
4.0 RESULTAT	16
4.1 SYKEPLEIERES KUNNSKAPER OG HANDLINGER	16
4.2 BRUKEN AV SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY	19
5.0 DISKUSJON	21
5.1 METODEDISKUSJON	21
5.2 RESULTATDISKUSJON	22
5.2.1 <i>Sykepleieres kunnskaper og handlinger</i>	22
5.2.2 <i>Bruken av smertekartleggingsverktøy</i>	26
6.0 KONKLUSJON	29
LITTERATURLISTE	30
VEDLEGG	33

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barn skal ikke oppleve ukontrollerte smerter på grunn av sykdom, utredning og behandling (Grønlie og Kaspersen, 2011). Sykepleiere skal forebygge og lindre smerte da det er en sentral funksjon i sykepleien (Grønseth og Markestad, 2011). Selv om vi vet dette, er smerter hos barn undervurdert og underbehandlet. Barn kan oppleve moderate til sterke smerter under et sykehusopphold. Smerter hos barn vurderes og behandles ikke tilfredsstillende. Smerte oppleves som noe av det mest stressbetonte i et menneskeliv. Utover selve smerteopplevelsen, har underbehandlet smerte negative konsekvenser i form av forverring av skade, forsinket sårtilheling, forlenget sykehusopphold og utvikling av kroniske smerter (Hovde et al., 2011).

Smerte er subjektivt og krever derfor at pasientens egen opplevelse danner grunnlaget for å vurdere graden av smerte og effekten av lindrende tiltak. Siden barn har begrensede evner til å meddele smerteopplevelsene sine, er smertevurdering og smertelindring hos barn svært utfordrende (Grønseth og Markestad, 2011). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) fremkommer det at sykepleierens fundamentale plikt er blant annet å lindre lidelse.

Et annet kjent problem er at sykepleiere gir mindre eller færre doser smertestillende legemiddel enn det legen har forordnet, selv etter et kirurgisk inngrep. Kunnskapsmangel, usikkerhet om tolking av smerter og engstelse for bivirkninger er hovedgrunnene til det. Når legen forordnet smertestillende legemidler som skal gis ved behov, venter mange sykepleiere med å gi smertestillende til barnet er tydelig smertepåvirket, i stedet for å gi smertestillende forebyggende slik at behandlingseffekten blir bedre. Helsepersonell som ser mye smerter daglig, kan etter hvert distansere seg fra pasientens smerter. Det er dermed tydelig at sykepleiere jevnlig må diskutere sine egne holdninger og vurderinger av smerter (Grønseth og Markestad, 2011).

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å belyse viktigheten av å kunne kartlegge smerter hos barn etter beste evne, og hvilke utfordringer sykepleiere kan støte på i kartleggingen av smerte hos barn.

1.3 Problemstilling

«Hvordan erfarer sykepleiere bruken av kartleggingsverktøy i vurderingen av smerte hos barn innlagt i sykehus?»

1.4 Begrepsavklaring

Universitetet i Oslo (2015) definerer erfaring som noe man har fått innsikt i ved at man har lært/erfart noe. Kartleggingsverktøy er hjelpemidler for å vurdere smerter (Grønseth og Markestad, 2011). Berntzen et al. (2013) definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av vevsødeleggelse og er alltid subjektiv.

1.5 Begrensninger og spesielt fokus

Denne oppgaven vil fokusere på hvordan sykepleiere erfarer bruken av smertekartleggingsverktøy i vurderingen av smerte hos barn uten psykisk utviklingshemming og barn som ikke er premature.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven besvares ved å først vise til relevant teori som vil belyse temaet i oppgaven. Deretter blir det gjort rede for metodebeskrivelsen som tar for seg søkestrategi, datainnsamling og analysen som er gjort av valgte forskningsartikler. Til slutt kommer drøftingen av sentrale funn fra artiklene i lys teorien rundt temaet, og en liten konklusjon.

2.0 TEORIBAKGRUNN

2.1 Hva er smerte?

Smerte blir definert som «en ubehagelig og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse og er alltid subjektiv». Smerte er sammensatt (Berntzen et al., 2010). Smerte blir av Grønstad og Markestad (2011) definert som «det pasienten sier det er». Smertens subjektive kultur gjør at pasientens egen opplevelse danner grunnlaget for å vurdere graden av smerte og effekten av tiltak. På grunn av at barn har en begrenset evne til å meddele smerteopplevelsene sine, er smertevurdering og smertelindring hos barn svært utfordrende.

2.1.2 Smertefysiologi

I huden har vi spesialiserte nervefibrer, der noen leder trykk, andre berøring og atter andre temperatur. Sensoriske nerver som hovedsakelig leder trykk, berøring og temperatur, er forholdsvis tykke og omgitt av et isolerende fettlag, en myelinskjede, som gir rask impulshastighet gjennom nervefibrene. Nociseptivt ledende fibrer er tynne, og noen mangler myelinlag. Impulser etter skader blir ledet fra perifere steder i og på kroppen til hjernen via spesielle nervebaner. Underveis blir disse impulsene påvirket av transmitterstoffer. I hjernen blir denne informasjonen bearbeidet og tolket. Signaler fra skadet vev blir registrerte av spesialiserte reseptorer (nociseptorer) i den distale delen av nervefibrene. Fibrene som transporterer de nociseptive signalene går inn til ryggmargens bakhorn, der den danner synapser med andre sensoriske nervefibrer, som leder impulsene videre til thalamus. Underveis i sentralnervesystemet passerer impulsene flere synapser. I synapsen i ryggmargens bakhorn regulerer portceller strømmen av impulser som får slippe gjennom. Det er først når de nociseptive signalene når hjernen at de kan bli tolket som smerte (Berntzen et al., 2010).

2.2 Vurdering av smerter hos barn

Å vurdere smerter innebærer å bedømme hvorvidt barnet har smerter eller ikke, hvor smertene er lokalisert, intensitet og kvalitet. De viktigste kildene er fysiologiske parameter. Disse parameterne er økt puls, økt respirasjonsfrekvens, økt blodtrykk, svett hud og lavere SpO₂. Andre kilder er foreldrenes og sykepleierens vurderinger av smertetilstanden ut fra barnets atferd og ansiktsuttrykk og barnets egen beskrivelse (Grønseth og Markestad, 2011).

2.2.1 Kartleggingsverktøy

Det finnes flere hjelpemidler for å vurdere smerter hos barn. Smertevurderingsskjemaer er tilpasset ut i fra barns alders- og utviklingstrinn, og etter om barnet selv kan dele smerteopplevelsen verbalt eller ikke (Grønseth og Markestad, 2011). Da smerte er en subjektiv opplevelse, sier Reinerten (2008) at selvrapportering som for eksempel VAS-skalaen er gullstandard for smertevurdering.

Analoge skalaer fanger opp en dimensjon av smerteopplevelsen, vanligvis smertens intensitet. Eksempler på slike skalaer er bilder av ansiktsuttrykk (konkret analog skala) og VAS-skalaer (visuell analog skala) der barnet selv bedømmer hvor sterk smerten er. VAS-skalaen kan brukes hos barn fra 5-6 års alderen da de kan bedømme smertens intensitet. Om barnet skårer høyere enn 2-3 på skalaer med ansiktsuttrykk og høyere enn ca. 4 på VAS-skalaer, kan det bety at barnet trenger smertestillende medikamenter (Grønseth og Markestad, 2011).

I flerdimensjonale smerteskjemaer bedømmes flere faktorer samlet for å vurdere barnets smerter. I slike smerteskjemaer ser man på kroppsstilling og aktivitetsnivå som viktige parametere. Eksempler på disse skjemaene er FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) og Comfort Scale. FLACC er laget for barn i alderen 2 måneder til 8 år, men har blitt brukt opp til 18 år. Comfort Scale er beregnet på barn i alderen 0-17 år og er egnet til smertevurdering etter kirurgiske inngrep og hos intensivpasienter (Grønseth og Markestad, 2011).

Barn kan gi pålitelige verbale uttrykk for smerteopplevelsen fra 5-7-årsalderen. I 7-11-årsalderen kan barnet beskrive smerter både som et fysisk fenomen og som psykisk ubehag i form av redsel, angst og frykt, og bidra med viktige opplysninger i smertevurderingen. Barn sier ofte ikke direkte fra om de har smerter, før i 8-10-årsalderen. Pleiepersonalet må derfor spørre barnet direkte (Grønseth og Markestad, 2011).

2.3 Faktorer som kompliserer smertevurderingen av barn

Alle barn er forskjellige når det kommer til å uttrykke smerter. Gråt er et tydelig signal om ubehag og er et vanlig uttrykk for opplevde smerter. I barnealderen gråter man jevnlig av flere andre årsaker, og det er dermed ikke et tegn som er nok til å kunne vurdere om barnet har smerter. Morens bedømmelse av gråt er verdifull tilleggsinformasjon i vurderingen. Noen barn gir lite smerteuttrykk fordi de trekker seg inn i seg selv for å sende signalene ut til omgivelsene, noe som spesielt skjer om barnet er utslitt. Smertepåvirkede barn kan også sovne av utmattelse eller avlede litt av oppmerksomheten fra smerte ved å leke. Denne atferden kan mistolkes, og man tror ikke at barnet er smertepåvirket. Det er vanlig at smertene forsterkes og kommer mer til syne om kvelden, når aktiviteten avtar og barnet skal legge seg (Grønseth og Markestad, 2011).

2.4 Lover og rettigheter

I helsepersonellovens (1999) kapittel 2, § 4 står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre står det at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. I bruker- og pasientrettighetslovens (1999) kapittel 6 om barns særlige rettigheter, § 6-2, konstateres det at barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven.

2.5 Forhold som påvirker smerteopplevelsen hos barn

Barn lærer av smerteerfaringene sine, og tidligere negative erfaringer, forsterker smerteopplevelsen. Barnet kan lære at mamma, legen eller sykepleieren påfører barnet smerte, men at de også trøstes når det er vondt. Positiv oppmerksomhet i form av berøring, trøst, ros eller annen belønning etter smertefulle inngrep oppveier litt av den negative opplevelsen. Motsatt kan barnet lære at «ingen hører på meg når det er vondt», eller at «ingen liker barn som skriker». Barn kan også lære at smerte er noe de til en viss grad kan beherske, eller at det er farlig og ukontrollerbart. De venner seg ikke til å gjennomgå smertefulle prosedyrer og undersøkelser; opplevelsen kan tvert imot bli mer traumatisk etter hvert. Barn og ungdoms smerteopplevelse og uttrykk er også påvirket av deres kulturelle bakgrunn. Frykt og redsel forsterker smerten dramatisk. Utmattelse forsterker også smerteopplevelsen. Smerter som vedvarer og ikke behandles, øker i intensitet og blir etter hvert vanskeligere å lindre (Grønseth og Markestad, 2011).

2.6 Faktorer som kan virke inn på sykepleierens vurderinger og tiltak overfor barns smerte

Forskjellige sykdomstilstander og inngrep hos barnet kan påvirke sykepleierens forventninger til at barnet har smerte. Jo mer alvorlig diagnosen er, jo mer akseptabelt er det å gi smertestillende medikamenter. Sykepleieres personlige egenskaper, kunnskap og erfaringer kan påvirke deres vurderinger og tiltak i praksis. Verdier og holdninger kan påvirke situasjonen. Sykepleiers erfaring med egen smerte kan påvirke vurderingen av smerte hos barnet. Dersom sykepleier har erfart mye smerte selv eller innenfor nærmeste familie, finner de flest smerteindikatorer hos barna. Sykepleiere som har egne barn, gir raskere smertestillende enn sykepleiere uten barn. Dersom sykepleieren har fulgt barnet over en lengre periode, kan det også påvirke smertevurderingen. Jo mer erfaring en sykepleier har med å vurdere smerte, jo flere strategier tar hun i bruk for å vurdere smertene hos barnet. Faktorer på arbeidsplassen kan også virke inn på vurderingen. Dessverre påvirker knapphet på tid kvaliteten på smertevurderingen. Det krever interesse og engasjement blant helsepersonell.

Sykepleiere kan føle seg hjelpeløse i forhold til å kunne påvirke praksis slik at holdninger endrer seg (Reinertsen, 2008).

2.7 Foreldrenes vurdering

Det er foreldrene som kjenner barnets temperament, dagligdagse aktiviteter og tidligere reaksjoner på smerter best. De oppdager også lettere atferdsforandringer og er best til å tolke verbale utsagn som tyder på smerte. Å ha et godt og nært samarbeid med foreldrene er derfor viktig, spesielt når barna er små eller har nedsatt funksjonsevne, og har uklare uttrykk for smerter. Både foreldrenes og helsepersonellens vurdering kan imidlertid avvike fra barnets vurdering av smerten, som dermed alltid må tillegges stor vekt (Grønseth og Markestad, 2011).

2.8 Helsepersonells tidligere syn på smerte hos barn

Det fantes nesten ikke en spesifikk forskning knyttet til behandling av smerte av barn før i midten av 1970 tallet. Helsepersonell trodde tidligere at barn ikke kunne føle noe særlig smerte på grunn av at de hadde et dårlig utviklet eller umodent nervesystem. Helsepersonell på denne tiden trodde at barn gråt til smertefulle prosedyrer fordi at de var redde eller ønsket at foreldrene skulle være hos dem, ikke med at de faktisk hadde smerter. De trodde også at barn verken responderte på eller husket smerter på samme måte som voksne. Så sent som i midten av 1980-årene kunne premature og små barn bli hjerteoperert uten smertestillende medikamenter. Barn i alle aldre føler smerte, også premature og nyfødte barn. Barn husker smerter og kan vegre seg mot å motta medisinsk behandling senere i livet på grunn av tidligere smertefulle prosedyrer på sykehus. Årsakene til at barns smerte var underbehandlet i forhold til voksne, skyldes blant annet ulike myter eller holdninger til barns smerte, manglende kunnskap om smerte hos barn, manglende evne og vilje til å vurdere barnas smerte og gjøre noe med det, redsel for bivirkninger av opioider og redsel for avhengighet av smertestillende medikamenter (Reinertsen, 2008).

2.9 Relevante teorier

2.9.1 Jean Piagets kognitive utviklingsteori

Jean Piaget har studert hvordan barn utvikler seg kognitivt, ved å se på hvordan barnet lærer å oppfatte, forstå og forholde seg til omgivelsene sine. Piaget hevder at barnet best erverver kunnskap om omgivelsene sine når det er samsvar mellom stimuleringen og barnets evne til å ta imot informasjon. Barnet har på ulike alderstrinn ulik evne til å ta imot informasjon, og kobler sammen kunnskapselementer på forskjellige stadier for å forstå verden omkring seg, og på hvert alderstrinn kan barnet forstå en viss grad av kompleksitet i sine omgivelser (Håkonsen, 2009).

Piaget deler den kognitive utviklingen inn i fire faser, der jeg går ut i fra to faser, som er fra 1,5 år og opp til 12 år. Preoperasjonelt stadium er fra 1,5-7 år der barnet utvikler evnen til å bruke symboler, som språket, for å forstå sine omgivelser. Tenkningen er fortsatt preget av «her-og-nå» aktiviteter. Konkretoperasjonelt stadium er det tredje stadiet som går fra alderen 7-12 år. Her kan barnet utføre «mentale operasjoner» og er dermed i stand til å overføre kunnskap fra en sammenheng til en annen. De utvikler også bedre forståelse for tid og rom, og tenkingen er preget av konkrete tankeprosesser (Håkonsen, 2009).

2.9.2 Kari Martinsen omsorgsteori

Martinsen (1989) hevder omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, som betyr å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Omsorg betyr også at en har omtenksomhet og bekymring. Omsorg er dermed et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor de grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Skal omsorg forstås positivt må en ha et kollektivistisk menneskesyn. Dette synet innebærer at frihet, selvstendighet og ansvar får mening gjennom avhengighetsrelasjoner.

Ansvar for syke er en forlengelse av det synspunktet at mennesker er avhengige av hverandre. Prinsippet om ansvar for svake kan uttrykkes gjennom moralske universalprinsipp. Det kan begrunnes med at vi er avhengige av hverandre. Alle kan komme i situasjoner der en vil trenge hjelp av andre. Derfor bør en handle slik at alle kan få samme muligheter til å leve det beste liv de er i stand til (Martinsen, 1989). Prinsippet framhever at det er forskjell på menneskers makt og deres evne til å sikre seg den hjelpen de trenger. Overfor dem som på grunn av sykdom, alder eller andre forhold ikke er i stand til å sikre seg den nødvendige helsehjelpen, har helsepersonell en særlig plikt til å yte omsorg (Kirkevold, 1992).

Omsorg er et forhold mellom to mennesker som innebærer en form for gjensidighet. Det mest vanlige er det sosialantropologene kaller generalisert gjensidighet. Det betyr at man gir og «sørger for» den andre uten å forvente noe tilbake. Det er et forhold mellom mennesker der den ene er forpliktet til å gi mer enn de får igjen (Martinsen, 1989).

3.0 METODE

3.1 Systematisk litteraturstudie

Ved sykepleierutdanningen ved NTNU i Ålesund skal bacheloroppgaven besvares som en systematisk litteraturstudie. For å kunne utføre en systematisk litteraturstudie må det finnes tilstrekkelig antall artikler av god kvalitet. Systematiske litteraturstudier skal inneholde en tydelig formulert problemstilling som besvares gjennom å systematisk identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2013).

3.2 Datainnsamling

Arbeidet med litteraturstudien startet i det små i desember 2015. Det ble utarbeidet en prosjektplan samt en framdriftsplan. De artiklene som er valgt presenterer to forskjellige temaer som vil være relevant i denne oppgaven. To av artiklene legger mer vekt på kartleggingsverktøyet FLACC, men sier også noe om kunnskap og holdninger. De resterende artiklene fokuserer mest på sykepleieres kunnskaper og holdninger.

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Etter flere prøvesøk ble det skrevet en liste med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene skulle gå ut i fra engelsk eller nordiske språk. For å få nyere forskningsartikler var det naturlig å velge artikler fra 2006 og fram til nå. Artiklene skulle være fra kontinent som Europa, Nord-Amerika og Australia. Dette på grunn av at undertegnede antar at helsevesenet i disse kontinentene er mest likt det norske. Artiklene kunne gå ut fra alle typer smerte. I tillegg måtte artiklene ha en tydelig IMRAD-struktur. Artikler som handlet om premature og psykisk utviklingshemmede barn ble ekskludert.

3.4 Etiske avveininger

I følge Forsberg og Wengström (2013) skal en gjøre etiske avveininger når en skal utføre en systematisk litteraturstudie. I denne oppgaven går jeg ut i fra et sykepleieperspektiv. I de forskningsartiklene jeg har valgt er det sykepleiere som blir forsket på, men likevel er barn involvert. Sykepleierne i artiklene jobber med barn og blir observert mens de er i kontakt med barn. Da jeg anser barn som en sårbar gruppe valgte jeg artikler som er blitt vurdert av en forskningsetisk komité.

I forskningsetiske retningslinjer står det at barn har krav på beskyttelse. Det fastslås at forskning på barn og deres liv og levekår er verdifull og viktig, og at barn og unge er sentrale bidragsyttere her. Likevel understreker retningslinjene at barn og unge kan trenge beskyttelse som deltakere i forskning, og at metode og innhold i forskningen må tilpasses barns alder og individuell situasjon. Forholdet mellom barns kompetanse og sårbarhet er sentralt for de etiske vurderingene (Backe-Hansen, 2009). Forsberg og Wengström (2013) skriver at man skal velge artikler som har fått godkjenning fra en etisk komite eller hvor det har blitt foretatt grundige etiske hensyn.

Med tanke på egne etiske hensyn er artikler som har blitt vurdert av en forskningsetisk komité blitt valgt. Resultater fra forskningsartiklene blir gjenfortalt så ordrett som overhodet mulig. Noen endringer av resultat har ikke forekommet (Forsberg og Wengström, 2013).

3.5 Kvalitetsvurdering

Da det var bestemt hvilke artikler denne oppgaven skulle ta utgangspunkt i, ble disse kvalitetsvurdert. Kvalitet kan defineres som «oppfyllelse av krav, standarder eller forventninger» (Grepperud, 2009). Det første var å se om forskningsartiklene hadde en klar IMRAD-struktur, hvor det inneholdt innledning, metode, resultat og diskusjon. Sjekklistene til Norsk Kunnskapscenter (2008) ble brukt i vurderingen av de kvalitative og kvantitative forskningsartiklene. Det ble til slutt inkludert 5 kvalitative og 3 kvantitative artikler. Kvalitetsvurderingen fortsatte med å undersøke om artiklene var på nivå 1 eller 2 i Norsk senter for forskningsdata (2016), under publiseringskanaler. Dette ble gjort før å undersøke om tidsskriftene er vitenskapelige. Det ble inkluderte 7 artikler på nivå 1 og 1 artikkel på nivå

2. Nivå 1 er i utgangspunktet alt som kan inkluderes ut fra den definisjonen på en vitenskapelig publikasjon (Universitets- og høskolerådet, 2004). Denne definisjonen lyder;

En vitenskapelig publikasjon defineres gjennom fire kriterier, hvorav samtlige må være oppfylt. Publikasjonen må: presentere ny innsikt, være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning, være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den og være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie, bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfelleevaluering (Universitets- og høskolerådet, 2004, s. 25).

De publiseringskanalene som navngis til nivå 2 skal etter anbefalingene i dette prosjektet være de som oppfattes som de mest ledende i brede fagsammenhenger og utgir de mest betydelige publikasjonene fra ulike lands forskere (Universitets- og høskolerådet, 2004).

3.6 Søkestrategi

Helt i begynnelsen av søkene ble det utført prøvesøk med flere forskjellige søkeord og kombinasjoner. Søkene ble prøvd i Oria, Medline, PubMed, SveMed+ og CINAHL. Det var i begynnelsen veldig vanskelig å finne de rette søkeordene, men etter en god del søking og feiling var undertegnede inne på noe. Etter alle prøvesøkene og tidligere erfaringer ble databasene SveMed+ og CINAHL brukt. Disse databasene ble valgt på grunn av gode artikler på en oversiktlig måte og fordi undertegnede var best kjent med disse databasene fra tidligere oppgaver.

De mest brukte og relevante søkeordene ble ramset opp på et ark og i en tabell. Søkeordene var både på norsk og engelsk. Søkeordene ble brukt noe forskjellig da det var noe vanskelig å finne artikler. Det var likevel kun de søkeordene jeg brukte. Etter hvert ble sytten artikler lest, der åtte av disse ble plukket ut.

Ved veiledning ble det ikke-systematiske søket påpekt. Oppgaven var allerede godt i gang. Det ble derfor søkt etter søkeord som fant alle artiklene som allerede var valgt. Dette gikk bra og jeg fant artiklene. De nye søkeordene ble satt opp i en ny tabell på engelsk.

Jeg brukte trunkering som kan vises som «child*», som gjør at jeg får opp alle ord som begynner med «child». For å gjøre søket enklere benyttet jeg meg av den boolske operatøren «AND», som finner referanser som inneholder søkeordene A og B. Denne boolske operatøren kombinerer søkeord og begrenser søkeresultatet med å gi et mindre utvalg (Forsberg og Wengström, 2013).

Tab. 1. Søkeord.

ENGELSK
Child*
Nurs*
Pain*

3.7 Søkehistorie

Det ene søket ble utført i databasen SveMed+ som er en nordisk database innenfor medisin og helse. Det kan tenkes at helsevesenet i Norden er ganske likt det norske, derfor ble denne databasen brukt. Jeg benyttet søkeordene «child pain nurs» i MeSH-termlinjen. Her gikk det ikke å bruke den boolske operatøren AND. Søket resulterte i 364 artikler. Søket ble begrenset til norsk språk, som resulterte i 43 artikler. Alle overskrifter ble lest, men kun to artikler ble lest og inkludert i oppgaven. Disse artiklene finner du som nummer 3 og 4 i vedlegg 1.

Det andre søket ble utført i databasen CINAHL som inneholder engelskspråklige artikler blant annet om sykepleie. Søkeordene «child* AND nurs* AND pain*» ble brukt og resulterte i 2810 artikler. Det ble begrenset til «peer reviewed» artikler som resulterte i 2440 artikler. Det ble så begrenset til akademiske artikler som førte til et resultat på 2410 artikler.

Begrensningene fortsatte med artikler fra år 2003 og senere som dermed ga 1471 artikler. Det ble valgt engelske artikler med et resultat på 1290 forskningsartikler. Videre ble det begrenset geografisk til USA, Europa, Uk og Irland, Australia og New Zealand, continental europe og Canada. Det resulterte i 1249 artikler. Videre ble det begrenset til tema som nursing knowledge, clinical assessment tools, postoperative pain og pain. Dette ga 389 artikler. Da det fortsatt var mange artikler begrenset jeg videre til barn fra 1 måned til 18 år, som ga 376 artikler. Det kunne ikke strammes inn mer, og derfor starter jeg å lese overskrifter. Jeg la merke til at mange av artiklene handlet om ikke-farmakologisk smertelindring og barn med psykisk utviklingshemming. Artiklene som ble inkludert er nummerert som 1, 2, 5, 6, 7 og 8 i vedlegg 1.

3.8 Analyse

Å analysere innebærer å gjøre store mengder informasjon og data forståelig, å redusere volumet og å identifisere mønster. Det betyr altså å dele opp i mindre deler. I en vitenskapelig kontekst vil analysearbeidet innebære å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøke dem hver for seg. Deretter tar syntesen til, som betyr å sette sammen deler til en helhet. Analysearbeidet innebærer videre å dele opp det som er undersøkt og sette det sammen på en ny måte. Det blir brukt innholdsanalyse i denne oppgaven (Forsberg og Wengström, 2013).

I steg 1 skulle jeg lese igjennom artiklene flere ganger for å bli kjent med materialet. Jeg hadde allerede lest artiklene flere ganger før jeg begynte med analysedelen. Når jeg kom til analysedelen var jeg dermed godt kjent med artiklene, noe som var en fordel og gjorde at analysen gikk lettere enn forventet. I steg 2 skulle jeg finne ut av hva artiklene handlet om, og gi uttalelsene/funnene koder. Artiklene ble repetert utallige ganger og funnene ble markert med fargetusjer før jeg deretter listet opp relevante funn på et eget ark. Alle artiklene ble markert med tall, slik at de artiklene som hadde samme funn ble lenket sammen. I steg 3 skulle jeg minimere kodene til kategorier. Når jeg hadde lenket kodene sammen, som fortalt i steg to, fant jeg relevante kategorier, som blir vist i vedlegg. I steg 4 skulle jeg sammenfatte kategoriene i temaer. Temaene er alltid en tolkning og kan formuleres til overordnede metaforer og begrep for å sammenfatte alle kategoriene. I steg 5 skulle jeg tolke og diskutere

mitt resultat (Forsberg og Wengström, 2013). Steg 5 blir gjort rede for i resultatdelen i oppgaven. Oversikt over tema og underkategorier finnes i vedlegg 1, og blir lagt fram i resultatdelen.

Tab. 2. Tema.

Tema	Funn i artikler
1. Sykepleieres kunnskaper og holdninger	1, 2, 3, 6, 7, 8
2. Bruken av smertekartleggingsverktøy	1,4, 5, 6

4.0 Resultat

Analysen resulterte i to hovedtema. Disse temaene er sykepleieres kunnskaper og handlinger, og bruken av smertekartleggingsverktøy.

4.1 Sykepleieres kunnskaper og handlinger

Et at mine hovedfunn i denne oppgaven handler om sykepleieres kunnskaper og handlinger, samt holdninger relatert til smerte hos barn. Det kommer fram at sykepleiere har gode kunnskaper på mange områder innen fagområdet smerte hos barn, men at det likevel er et gap mellom de kunnskapene sykepleierne har og praktisk handling. De kunnskapsmanglene som ble avdekket gikk på spørsmål knyttet til medikamenter, opioidavhengighet, faren for respirasjonsdepresjon ved bruk av opioider og overrapportering av smerter (Hovde mfl. 2011, Van Hulle Vincent 2007, Twycross 2007).

I studien til Stanley og Pollard (2013) kommer det derimot fram at sykepleiernes gjennomsnittlige kunnskapsnivå lå på 66,6 % (PNKAS), noe som er lavere enn den generelt aksepterte sykepleierstandarden på 85 %. Det bør også legges til at nivået antakelig er enda lavere da dette var en frivillig undersøkelse, og man kan anta at det var de med interesse for feltet som deltok.

I studien til Hovde mfl. (2011), sier nesten 90 % av deltakerne at barnet/ungdommen er den som kan bedømme egen grad av smerte best, at smerte er subjektivt. Når deltakerne derimot stilles overfor to pasienthistorier, nyttiggjøres imidlertid ikke denne kunnskapen tilfredsstillende. Om lag 2/3 av sykepleierne mener at pasienten har mindre smerter enn det han selv uttrykker. Gjennomsnittet rapporterte 2,8 på skala fra 0-10, riktig svar var 8. Det kan se ut som at sykepleierne og spesialsykepleiernes kunnskaper ikke viser seg i handling. Smerte er ikke lenger subjektivt, men det sykepleierne mener det er. Det kommer også fram at halvparten av sykepleierne mener at pasienter overrapporterer grad av smerter oftere enn det som er tilfellet (Hovde mfl. 2011, Van Hulle Vincent 2007).

Studien til Twycross (2007) sier at sykepleierens syn på smertebehandling kan påvirke hvordan de handler. Å ha god kunnskap om smertefysiologi kan bedre forståelsen av hvorfor man vil fjerne smerten og bruke de hjelpemidlene man har for å få fjernet smertene.

Funn fra studien til Griffin mfl. (2008) sier at utdanningsnivå og yrkeserfaring ikke hadde sammenheng med sykepleiers smertebehandlingsanbefalinger. Hovde mfl. (2011) sier derimot at spesialsykepleiere har mer kunnskap enn sykepleiere, ifølge besvarelsen på spørreskjemaet. Stanley og Pollard (2013) og Hovde mfl. (2011) sier at de fant et statistisk signifikant positivt forhold mellom kunnskapsnivået og yrkeserfaring knyttet til å jobbe på en barneavdeling. Sykepleiere med flere års yrkeserfaring fra en barneavdeling skåret høyere enn vanlige sykepleiere på spørsmål om smerte hos barn.

I studien utført av Twycross (2007) kommer det fram at sykepleierne ga smertestillende medikament når barna klaget på smerter. Det ble i liten grad gitt smertestillende medikamenter forebyggende til barna. Sykepleierne var flinke til å kontrollere dosen av medikamentet som skulle bli gitt til barnet og holdt lokale og nasjonale prosedyrer, unntatt i ett aspekt. To sykepleiere kontrollerte medikamentet, men bare en sykepleier kontrollerte barnets identitet før de administrerte legemiddelet. Det virket ikke som at sykepleierne administrerte smertestillende medisiner jevnlig. Slik var det selv om det var foreskrevet smertestillende jevnlig, opptil 3-4 ganger om dagen. Sykepleierne valgte å vente til barnet klaget på smerter. Sykepleierne sviktet når det kom til å gi barna smertestillende regelmessig. Dersom det hadde blitt foreskrevet et spekter av dose, etter hvor mye smerter barnet hadde, var det en tendens til å gi minst mulig av dosen, enn dersom dosen var fastsatt.

Det spørsmålet som ble sjeldnest besvart rett i studien til Hovde mfl. (2011) var knyttet til en case der barnet hadde en smerteintensitet lik 8 på en skala fra 0-10 (0= ingen smerter, 10= verst tenkelige smerte). Sykepleierne ble bedt om å vurdere hvilken dose morfin barnet trenger. Legen hadde forordnet 1-3 mg morfin inntil hver time, inntil pasienten er smertelindret. Totalt 33,3 % av spesialsykepleierne og 15,4 % av sykepleierne ville gi maksimal dose, som var det riktige svaret. Av det samlede utvalget var det 21,9 % som valgte å ikke gi morfin.

Sykepleierne som deltok i studien til Griffin mfl. (2008) fikk blant annet tre caser, der de ble bedt om å vurdere hvilken dose morfin de ville administrere fra ingen til 0,1 mg/kg, fra da de «vurderte» barnet og 3 timer senere. Noen sykepleiere svarte at de ikke ville administrere noe, mens andre ville administrere den maksimale dosen. Slik var det gjennomsnittlig på alle casene. Dersom smertene ikke var redusert innen de tre timene, ville de som ikke ga maksdose øke dosen. Det blir nevnt at sykepleiere med personlig erfaring med smerte ville gi høyere maksdose med smertestillende enn sykepleiere som ikke hadde den erfaringen.

Selv om 90 % av sykepleierne i studien av Van Hulle Vincent (2007) godtok barnas egen smertevurdering som var lik 8 (det ene barnet lagde grimaser og det andre smilte), valgte 50 % av sykepleierne å administrere mindre smertestillende, og 20 % av sykepleierne valgte å ikke gi noen form for smertestillende til barnet som smilte.

Det ble ikke observert at foreldre ble oppmuntret konsekvent til å delta i vurderingen og kartleggingen av barnas smerte i studien til Twycross (2007). Det ble sjelden gitt noen form for forklaringer til foreldre om barnas smerter. Sykepleieres interaksjoner med foreldre om barnas smerter hadde en tendens til å bli relatert i forhold til administrering av smertestillende medikamenter. Det var foreldrene som tok initiativ til kommunikasjon, fordi foreldrene hadde et spørsmål eller fortalte at barnet hadde smerter.

I et av de ti best besvarte spørsmålene i artikkelen til Hovde mfl. (2011) blir sykepleierne bedt om å svare sant/usant på følgende: «Foreldre skal ikke være tilstede under smertefulle prosedyrer». Det rette svaret er usant, der totalt 98,3 % av sykepleierne svarte usant.

Bare 1 av 20 sykepleiere involverte familie involvering som en del av smertekartleggingen i studien til Van Hulle Vincent (2007).

4.2 Bruken av smertekartleggingsverktøy

Det andre funnet i denne oppgaven handler om kartleggingsverktøyet FLACC, og hvordan denne fungerer opp imot barnets egen vurdering.

I artikkelen til Willis mfl. (2003) kommer det fram at det ikke var noen korrelasjon mellom poengsummene fra kartleggingsverktøyene FLACC og VAS hos barna under 5 år. Det var likevel en signifikant og positiv korrelasjon mellom FLACC- og VAS poengene hos barn over 5 år. FLACC er valid hos barn over 5 år. Sykepleierne i artikkelen kom fram til at barn under 5 år mulig ikke har en god forståelse for selvrappotering.

Studien til Reinertsen mfl. (2014) sier at samsvar i skåringer mellom sykepleier 1 og 2 kunne betegnes som tilfredsstillende, og viste høy reliabilitet. Korrelasjonen mellom skåringene til sykepleier 1 og 2 var meget tilfredsstillende. De vurderte med andre ord barnets smerteatferd nesten likt. FLACC er vurdert til å være valid i bruk i vurderingen av smerte hos barn i aldersgruppen 0-5 år.

Verktøyet The Bong and Baker Faces Scale var inkludert som en del av innkomstnotatet/sykepleierhistorien i artikkelen til Twycross (2007), samt en del av en preoperativ sjekklister, men den ble bare observert brukt i ett tilfelle. Spørsmålet sykepleieren ga for å forklare verktøyet var hvordan de *følte* det i stedet for hvordan smerteintensiteten var. Ved et tilfelle skulle en sykepleier reevaluere smerteintensiteten til et barn etter administrering av kodein ved å bruke en VAS-skala med nummer fra 0-10. Sykepleieren forklarte ikke verktøyet og ventet heller ikke på å la barnet få svare. I flere tilfeller ble ikke kartleggingsverktøy brukt for å vurdere smerter – barna ble heller bedt om å si noe om hvordan det føltes.

I Van Hulle Vincent's (2007) artikkel ble sykepleierne bedt om å skrive ned hva som er viktig i kartleggingen av smerte hos barn og kategorisere disse, før deretter å bestemme hva som er viktigst å gjøre og i hvilken rekkefølge. Bare 10 sykepleiere (50%) valgte både FLACC og

selvrapportering (VAS) som viktige i deres mappe. Alle deltakerne rangerte selvrapportering og bruk av FLACC som likt, men få inkluderte faktisk ikke selvrapportering som en del av kartleggingen i sin mappe.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Ved søkestart under prøvesøkingen var det vanskelig å finne gode søkeord som resulterte i gode artikler. Under prøvesøkingen resulterte søkene i mange artikler om barn med spesielle behov. Da problemstillingen inneholder «sykepleieres erfaringer», prøvde undertegnede å finne kvalitative artikler der sykepleiere ble intervjuet. Etter mye søking resulterte ikke søket etter denne typen artikler. Dette kan tyde på at de trengs mer forsknings rundt sykepleieres erfaringer.

Det ble etter hvert brukt forskjellige søkeord i de forskjellige databasene, som betydde mindre systematisk søk. Dette ble påpekt under veiledning. Oppgaven var godt i gang, som resulterte i at det ble lett etter søkeord som inkluderte alle artiklene som allerede var valgt. Under de første søkene ble det lest sytten artikler, der åtte av disse ble inkludert.

I denne oppgaven er det lagt vekt på akademisk ærlighet ved at det visest til kilder. Dette gjøres for å ikke ta ære for andres arbeid. Det er mulig et pluss at det er blitt funnet teori fra pensumboka «Pediatri og Pediatrisk sykepleie», samt andre pensumbøker en har hatt på studiet. Det har også blitt hentet teori fra andre relevante bøker samt internett. I metodedelen er pensumboken «Att göra systematiska litteraturstudier» blitt tatt som utgangspunkt.

Det er kun blitt brukt to databaser i søket etter artikler, noe som kanskje kan være en svakhet for oppgaven. SveMed+ og CINAHL ble brukt da disse var godt kjent fra før. De ble også brukt da de er enkle å bruke og man får et oversiktlig og ryddig søk.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er blitt benyttet. Fokuset var nyere forskning fra 2006 og fram til nå. Under den første søkingen glemte undertegnede å inkludere årstall som resulterte i en artikkel fra 2003. På grunn av dette ble det valgt å inkludere årstall fra 2003 og nyere i

CINAHL. Denne artikkelen var relevant i forhold til oppgaven. Det er kanskje et pluss for oppgaven at man ser forskjellen av bruken av FLACC i 2003 og fram til nå.

Google Translate har blitt brukt som et hjelpemiddel for å oversette engelsken undertegnede ikke forsto. Dette gir oppgaven en liten styrke, da det er større sannsynlighet for at artiklene er forstått rett. Det har vært brukt sekundærlitteratur, som kan være en svakhet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleieres kunnskaper og handlinger

Et av hovedfunnene fra resultatdelen er relatert til sykepleieres kunnskaper og handlinger, samt holdninger til smerte. Det kom fram at sykepleiere har gode kunnskaper på mange områder innen fagområdet smerte hos barn. Flere forskningsrapporter viser at det likevel er et gap mellom de kunnskapene sykepleierne har og praktisk handling. Det kommer fram at sykepleiernes holdninger og egne interesser har stor innflytelse på hvordan de håndterer smerte (Hovde et al. 2011, Van Hulle Vincent 2007, Twycross 2007 a/b). Reinertsen (2008) støtter opp under dette og sier at verdier og holdninger påvirker situasjonen. Det er kjent fra før at smertevurdering og smertelindring er utfordrende hos barn (Grønseth og Markestad, 2011). Hvorfor er det nettopp slik?

Sykepleiernes egne erfaringer med smerte eller smerte innenfor familie, samt å oppleve barn med smerte på arbeidsplassen kan påvirke håndteringen av smerte. Sykepleieren kan i verste fall distansere seg fra smertene barnet sier det har. Knapphet på tid på arbeidsplassen er også en faktor (Reinertsen 2008). Dette står i kontrast til at sykepleiere er lovpålagt å holde seg oppdatert, også innen dette fagområdet, og gi omsorgsfull hjelp. Sykepleiere er også lovpålagt å innhente bistand dersom det er nødvendig (Helsepersonelloven 1999). Det må nevnes at noen barn gir lite smerteuttrykk fordi de trekker seg inn i seg selv for å sende signalene ut til omgivelsene, noe som spesielt skjer om barnet er utslitt. Smertepåvirkede barn kan også sovne av utmattelse eller avlede litt av oppmerksomheten fra smerte ved å leke. Denne

atferden kan mistolkes, og man tror ikke at barnet er smertepåvirket (Grønseth og Markestad, 2011).

Spørsmål knyttet til medikamenthåndtering og administrering av medikament er området der sykepleiere har minst kunnskap (Hovde et al. 2011, Van Hulle Vincent 2007, Twycross 2007 a). Her er dermed sykepleierne lovpålagt å holde seg oppdatert som nevnt i helsepersonelloven (1999) og sykepleierne skal dermed repetere dette fagstoffet ved å innhente ny forskning. Flere forskningsrapporter viser til at sykepleierne underadministrerer smertestillende medikamenter, og i noen tilfeller utelater smertelindrende medikament fullstendig (Hovde mfl. 2011, Van Hulle Vincent 2007, Twycross 2007 a). Det kan tyde på at et foreldet syn på smertelindring henger igjen den dag i dag. Før i tiden var helsepersonell ofte redd for bivirkninger og redd for å skape avhengighet av smertestillende medikamenter (Reinertsen 2008).

I studien til Stanley og Pollard (2013) kommer det derimot fram at sykepleiernes gjennomsnittlige kunnskapsnivå lå på 66,6 % (PNKAS), noe som er lavere enn den generelt aksepterte sykepleierstandarden på 85 %. Det bør også legges til at nivået antakelig er enda lavere da dette var en frivillig undersøkelse, og man kan anta at det var de med interesse for feltet som deltok.

I denne sammenhengen kan det tolkes som at sykepleiere skal gjøre det de kan for å smertekartlegge og lindre smerte, og at de må jobbe for å forbedre dette. Dette kan dermed bli et problem dersom sykepleierne ikke er klar over at innsatsen som legges ned ikke er tilstrekkelig. Man vil trolig ikke forbedre noe man ikke vet er for dårlig, før man er klar over det. Sykepleiere som jobber med barn bør dermed gjøres oppmerksom på dette problemet, og det bør legges fram forskning som dokumenterer problemet.

Sammenholder vi denne forskningen så synes det åpenbart at det trengs både mer kunnskap og holdningsendrende tiltak. Kompetansenivået må opp og det må iverksettes tiltak som

sørger for at allerede eksisterende kunnskap faktisk blir brukt i praksis. Videreutdanning og oppfriskningskurs vil være viktig for å sørge for at kunnskapsnivået holder seg høgt og videreutvikles. Selv om funn fra studien til Griffin et al. (2008) sier at utdanningsnivå og yrkeserfaring ikke hadde sammenheng med smertebehandlingsanbefalinger, viser funn fra Hovde et al. (2011) at spesialsykepleiere har mer kunnskap enn sykepleiere. Stanley og Pollard (2013) sier at de fant et statistisk signifikant positivt forhold mellom kunnskapsnivået og yrkeserfaring knyttet til å jobbe på en barneavdeling. Sykepleiere med flere års yrkeserfaring fra en barneavdeling skåret høyere enn vanlige sykepleiere på spørsmål om smerte hos barn. Reinertsen (2008) sier at desto mer erfaring en sykepleier har med å vurdere smerte, jo flere strategier tar hun i bruk for å vurdere smertene hos barnet. Tolker man dette kan det tyde på at det er mye å hente på at sykepleierne iverksetter i praksis den kunnskap de allerede besitter.

Noen holdningsendrende tiltak som kan hjelpe på dette kan være økt daglig fokus med smertekartlegging og smertelindring som fast tema. Her vil det være viktig å involvere sykepleierne tidlig slik at de kan medvirke til denne prosessen. Det kan tenkes at brosjyrer og plakater om dette temaet også er til nytte. Smertekartlegging kan gjøres til obligatorisk rutine for alt stell. En viktig avveining her blir tids- og ressursbruk da vi vet dette er en knapphetsfaktor i helsevesenet fra før. Selv om tid kan være en knapphetsfaktor er det snakk om prioriteringer. Prioriterer en ikke rett, kan det få konsekvenser for barnet. Disse konsekvensene kan være forverring av skade, forsinket sårtilheling, forlenget sykehusopphold og utvikling av kroniske smerter (Hovde et al. 2011). Vedvarer smertene og ikke behandles, øker smertene i intensitet og blir etter hvert vanskelig å lindre (Grønseth og Markestad 2011). Dette er ikke bare en konsekvens for barnet, men også sykehusets økonomi blir preget.

Som en kan se fra resultatdelen gir sykepleierne smertestillende medikament når barn klaget på smerter, og det ble i liten grad gitt forebyggende og regelmessig. I artiklene kommer det fram at sykepleierne gir mindre enn maksdose knyttet til smertestillende medikamenter som morfin, mens noen av sykepleierne valgte å ikke gi morfin i det hele tatt for å lindre smerte (Twycross 2007 a, Hovde et al. 2011, Griffin et al. 2008, Van Hulle Vincent 2007). Det kom også fram at dersom barnet laget grimase på smerte i stedet for å smile, ville sykepleier gi

høyere dose smertestillende (Van Hulle Vincent, 2007). Martinsen (1989) hevder man skal vise omsorg som nestekjærlighet, noe som betyr å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. En kan stille seg selv spørsmålet om hvordan en selv ønsker å bli smertebehandlet av sykepleier dersom man får behov for det en gang. Man kan også stille seg selv spørsmålet om man ønsker å se sine egne barn med smerter på grunn av at sykepleiere ikke gir nok smertelindrende medikamenter til barnet. Martinsen (1989) fremhever også sykepleieres ansvar for de syke. Man kan relatere smerter hos barn i forhold til hennes utsagn. Barn kan ikke hjelpe seg selv med smertelindring når de har smerter, herunder er de altså svake. På bakgrunn av Martinsen (1989) teori er sykepleiere pliktig til å yte omsorg, som kan forstås som å gi smertestillende medikamenter.

Det er bemerkelsesverdig at det blir administrert så lite smertestillende medikament når barn har smerter. Barnet kan til slutt lære at ingen hører på dem når de har det vondt (Grønseth og Markestad, 2011). Som nevnt i innledningen sier yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) at sykepleierens fundamentale plikt er blant annet å lindre lidelse. Å lindre lidelse i denne sammenhengen kan derfor gjøres med blant annet smertestillende medikamenter. I tillegg mener Martinsen at omsorg er sykepleierens fundament og den fundamentale verdien er prinsippet om ansvaret for de svake, som i denne sammenhengen er barn (Martinsen 1989). I helsepersonelloven (1999) kommer det fram at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Videre står det at de skal innhente bistand om nødvendig. Ut i fra det som kommer fram i forskningsartiklene virker det som at sykepleiere ikke lindrer lidelse slik det skal gjøres, og det er på mange måter ikke forsvarlig og omsorgsfull hjelp slik man skal forvente. Det er et stort behov for mer kunnskap om medikamenter til barn. Sykepleierne er for redde, og mangler kunnskap. Det kan tenkes at tidligere nevnte tiltak også kan hjelpe i forhold til dette problemet.

En del av smertekartleggingen av barna skal gjøres i samarbeid med foreldrene da de kjenner barnet best (Grønseth og Markestad, 2011). Likevel viser artikler til at foreldre ikke konsekvent ble oppmuntret til å delta i vurderingen og kartleggingen av barnas smerte (Twycross, 2007 a). I studien til Hovde et al. (2011) vet 98, 3 % av sykepleiere at foreldre skal være med under smertefulle prosedyrer. Mens bare 1 av 20 sykepleiere involverte familie

involvering som en del av smertekartleggingen i studien til Van Hulle Vincent (2007). Også her kan det ses kunnskap som ikke blir brukt i praksis. Foreldre er allerede stressen når barn blir lagt inn på sykehus. Dårlig informasjon og lite delaktighet gjør ikke situasjonen bedre. Barnets stressnivå øker i takt med foreldrenes, noe som er ugunstig. Sykepleiere har et direkte ansvar for foreldrenes velvære. Når foreldrene blir stresset rettes reaksjonene mot helsepersonellet, som også er ugunstig for situasjonen (Grønseth og Markestad, 2011).

Både foreldrenes og helsepersonellens vurdering kan imidlertid avvike fra barnets vurdering av smerten. Barnets vurdering må alltid tillegges stor vekt (Grønseth og Markestad, 2011). I bruker- og pasientrettighetsloven blir det presisert at barn har rett til samvær med minst en av foreldrene under hele sykehusoppholdet. Det kan tenkes at tid kan være en stopper for kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre, da man vet at tid ofte kan være en knapphetsfaktor. Både utdanning og forskning viser at kompetansen finnes, men at den ikke blir anvendt i praksis. Det bør iverksettes tiltak for å sikre at kompetansen som er tilstede faktisk blir brukt. Det må en holdningsendring til, og for å få til det bør vi iverksette tiltak som innebærer økt fokus av involvering av foreldre ved smertekartlegging av barn. Dersom obligatorisk smertekartlegging av barn før alt stell kunne vært en realitet, bør det også være obligatorisk å involvere foreldre i samme situasjonen. Sykepleiere bør spørre direkte hvordan foreldrene tolker barnas smerter.

5.2.2 Bruken av smertekartleggingsverktøy

Det andre hovedfunnet i denne oppgaven handler om kartleggingsverktøyet FLACC, og hvordan dette fungerer opp mot barnets egen vurdering (VAS). Da smerte er en subjektiv opplevelse, hevder Reinerten (2008) at selvrapportering, som for eksempel VAS-skalaen er gullstandard for smertevurdering. Barnets egen vurdering av smerte skal alltid tilegnes stor vekt (Grønseth og Markestad, 2011). I flerdimensjonale smerteskjemaer bedømmes flere faktorer samlet for å vurdere barnets smerter. I slike smerteskjemaer ser man på kroppsstilling og aktivitetsnivå som viktige parametere. I denne oppgaven er det FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) det blir lagt vekt på. FLACC er laget for barn i alderen 2 måneder til 8 år, men har blitt brukt opp til 18 år (Grønseth og Markestad, 2011).

I studien til Willis et al. (2003) kommer det fram at det var lav korrelasjon mellom poengsummene fra kartleggingsverktøyene FLACC og VAS hos barn under 5 år. Det var en signifikant og positiv korrelasjon mellom FLACC- og VAS poengene hos barn over 5 år. Det ble konkludert av sykepleiere at barn under 5 år ikke har en god forståelse for selvrapportering, og at VAS dermed ikke er egnet for denne gruppen.

FLACC ble derimot vurdert til å være valid i bruk i vurderingen av smerte hos barn også i aldersgruppen 0-5 år. Studien til Reinertsen et al. (2014) viste høy reliabilitet i skåringer mellom flere sykepleiere uavhengig av hverandre. De vurderte med andre ord barnets smerteatferd nesten likt.

Fra teorien leser vi at VAS kan brukes på barn over 5-6 år fordi da er barna selv i stand til å bedømme smertens intensitet (Grønseth og Markestad, 2011). Dette stemmer overens med konklusjonen som fremkommer i studien til Willis mfl. (2003), som sier at barn under 5 år har en liten forståelse for selvrapportering, og at VAS ikke var egnet for denne gruppen. Grunnen til at VAS ikke var egnet for denne gruppen kan tenkes ut i fra Piagets teori, at barn er under utvikling til å lære seg symboler i det stadiet (Håkonsen 2009). Likevel sier Grønseth og Markestad (2011) av VAS er gullstandard, og man alltid skal legge vekt på barnets egenvurdering. En skal dermed ikke utelukke barnets egenvurdering (VAS) fullstendig selv om de er under 5 år. Det kan dermed tenkes at en alltid bør bruke lang tid for å forklare barnet hvordan verktøyet fungerer, og sikre seg om at de forstår.

Piaget hevder at barn på ulike alderstrinn har ulik evne til å ta imot informasjon (Håkonsen, 2009). Barn kan gi pålitelige verbale uttrykk for smerteopplevelsen fra 5-7-årsalderen. I 7-11-årsalderen kan barnet beskrive smerter både som et fysisk fenomen og som psykisk ubehag i form av redsel, angst og frykt, og bidra med viktige opplysninger i smertevurderingen. Barn sier ofte ikke direkte fra om de har smerter, før i 8-10-årsalderen. Pleiepersonalet må derfor spørre barnet direkte (Grønseth og Markestad, 2011).

For å illustrere bruken av smertekartleggingsverktøy, eller mangelen på sådan, kan vi i forskningen til Twycross (2007, a) lese om ett annet smertekartleggingsverktøy; The Wong and Baker Faces Scale. Ved barneavdelingen på sykehuset i denne artikkelen, var verktøyet inkludert som fast rutine for innkomstnotatet/sykepleierhistorien, samt preoperativ sjekkliste. På tross av dette ble verktøyet observert brukt kun i ett tilfelle, og selv da ble ikke verktøyet riktig brukt. Sykepleieren forklarte for eksempel ikke barnet hvordan verktøyet skulle brukes, barnet ble spurt hvordan hun *følte* seg i stedet for hvordan smerteintensiteten var osv. I denne sammenhengen kan det tenkes at sykepleierne faktisk ikke vet når en skal bruke verktøyet og vet heller ikke hvordan de skal bruke verktøyet. Her også ser man kunnskapsmangel.

I Van Hulle Vincent`s (2007) artikkel ble sykepleierne bedt om å skrive ned hva som er viktig i kartleggingen av smerte hos barn og kategorisere disse, før deretter å bestemme hva som er viktigst å gjøre og i hvilken rekkefølge. Bare 10 sykepleiere (50%) la både FLACC- og selvrapporteringsvurderingene (VAS) inn i sin mappe. Samtlige deltakere vurderte viktigheten av selvrapportering og FLACC likt, men færre deltakere inkluderte selvrapporten i sin mappe. Det kan tolkes som at å bruke kartleggingsverktøy ikke blir prioritert i vurderingen av smerte. Kanskje går sykepleierne bare ut etter fysiologiske parameter og egen intuisjon. Selv om sykepleierne vurderte viktigheten av selvrapportering og FLACC likt, virker det som at den subjektive følelsen ikke blir tatt alvorlig nok. Sykepleiere bør bruke både fysiologiske parametere, VAS-skalaen og FLACC for å best vurdere smerter hos barn.

6.0 Konklusjon

Problemstillingen var «Hvordan erfarer sykepleiere bruken av kartleggingsverktøy i vurderingen av smerte hos barn innlagt i sykehus?».

Funn i artiklene dokumenterer mer av det som er kjent fra før i teorien.

Kartleggingsverktøyene og kompetansen finnes, men verken verktøy eller kompetanse blir brukt i tilstrekkelig grad. Istedenfor å bruke kartleggingsverktøyene, kan det se ut som om enkelte sykepleiere vurderer smerte basert på egen intuisjon og at den subjektive følelsen hos barnet dermed blir satt litt til siden. Noen «tar etter» vanene til eldre kollega (Twycross 2007 b). Grunnen til dette handler om holdninger til smerter hos barn og for lav kunnskap om temaet.

Sykepleiere skal blant annet forholde seg til Yrkesetiske retningslinjer (2011) og Helsepersonelloven (1999). Funn fra artiklene og teorien viser til at dette ikke blir gjort, og at sykepleiere ikke gjør det de er forpliktet til å gjøre. Det kan dermed oppstå konsekvenser for pasienten som utarter seg i lengre liggetid, dårlig sårtilheling, intensiteten på smertene øker og smertene kan bli vanskelig å lindre.

For å bedre dette problemet må sykepleierne først og fremst bli informert om at bruken av smertekartleggingsverktøy må forbedres. Når man skal gjøre dette må man bevise med forskning. En vil ikke kunne forbedre dette problemet om man ikke vet at det er et problem. Kunnskapsnivået må opp og det må iverksettes holdningsendrende tiltak.

Etter å ha jobbet med dette temaet er det flere ubesvarte spørsmål som bør bli forsket på. Dette gjelder hva som skal til for at sykepleiere skal ta i bruk de kartleggingsverktøyene som allerede er tilgjengelig. Det bør også forskes på hvilke tiltak som faktisk fungerer for at sykepleiere skal bruke verktøyene.

LITTERATURLISTE

- Backe-Hansen, E. (2009) *Barn*. [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig fra: <<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>> [Lest 10. januar 2016].
- Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 355-395.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Grepperud, S. (2009) *Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig?* [Internett]. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeforening. Tilgjengelig fra: <<http://tidsskriftet.no/article/1841216>> [Lest 15. mai 2016].
- Griffin, RA., Polit, DF. og Byrne, MW. (2008) *Nurses Characteristics and Inferences about Children`s Pain*. *Pediatric Nursing*. 34 (4), s. 297-305.
- Grønlie, I. og Kaspersen, KH. (2014) *Smertebehandling. Generell veileder i pediatri*. [Internett]. Tromsø: Norsk Barnelegeforening. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/legemidler-bruk/smertebehandling>> [Lest 26. desember 2015].
- Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*
- Hovde, KR., Granheim, TH., Christophersen, KA. og Dihle, A. (2011) *Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerte hos barn*. *Sykepleien Forskning*, 6 (4), s. 332-339.
- Håkonsen, KM. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofisk essays*. Bergen: Tano.

Norsk senter for forskningsdata. (2016) *Publiseringskanaler*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [Lest 10. januar 2016].

Norsk Sykepleierforbund. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf> [Lest 15. mai 2016].

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter*.

Reinertsen, H., Cristophersen KA. og Helseth, S. (2014) *Vurdering av postoperativ smerte hos barn (0-5 år): Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC*. Sykepleien Forskning, 9 (2), s. 132-140.

Reinertsen, H. (2008) Smerte hos barn. I: Rustøen, T. og Wahl, AK. red. *Ulike tekster og smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 76-101.

Stanley, M. og Pollard, D. (2013) *Relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy of nurses in the management of pediatric pain*. Pediatric Nursing, 39 (4), s. 165-171.

Twycross, A. (2007 a) *Children`s nurses` post-operative pain management practices: An observational study*. International Journal of Nursing Studies, 44 (6), s. 869-881.

Twycross, A. (2007 b) *What is the impact of theoretical knowledge on children`s nurses` post-operative pain management practices? An exploratory study*. Nurse Education Today. 27 (7), s. 697-707.

Universitets- og høyskolerådet. (2004) *Vekt på forskning. Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.uhr.no/documents/Vekt_p_forskning_sluttrapport.pdf>. [Lest 10. januar 2016].

Universitetet I Oslo i samarbeid med Språkrådet. (2015) *Bokmålsordboka*. [online]

Tilgjengelig fra: <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+erfaring&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>. [Lest 10. januar 2016].

Van Hulle Vincent, C. (2007) *Nurses`Perceptions of Children`s Pain: A Pilot Study of Cognitive Representations*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (3), s. 290-301.

Willis, MHW., Merkel, SI., Voepel-Lewis, T. og Malviya. (2003) *FLACC Behavioral Pain Assessment Scale: A Comparison with the Child`s Self-Report*. *Pediatric Nursing*, 29 (3), s. 195-198.

Vedlegg

Tema og underkategorier	Funn i artikler
1. Sykepleieres kunnskaper og holdninger	1, 2, 3, 6, 7, 8
2. Bruken av smertekartleggingsverktøy	1, 4, 5, 6

1. Twycross, A. (2007) *Children`s nurses`post-operative pain management practices: An observational study*. International Journal of Nursing Studies, 44 (6), s. 869-881.
2. Stanley, M. og Pollard, D. (2013). *Relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy of nurses in the management of pediatric pain*. Pediatric Nursing, 39 (4), s. 165-171.
3. Hovde, KR., Granheim, TH., Christophersen, KA., og Dihle, A. (2011) *Norske sykepleieres kunnskap og holdning til smerter hos barn*. Sykepleien Forskning, 4 (6), s. 332-338.
4. Reinertsen, H., Cristophersen KA. og Helseth, S. (2014) *Vurdering av postoperativ smerte hos barn (0-5 år): Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC*. Sykepleien Forskning, 9 (2), s. 132-140.
5. Willis, MHW., Merkel, SI., Voepel-Lewis, T. og Malviya. (2003) *FLACC Behavioral Pain Assessment Scale: A Comparison with the Child`s Self-Report*. Pediatric Nursing, 29 (3), s. 195-198.
6. Van Hulle Vincent, C. (2007) *Nurses`Perceptions of Children`s Pain: A Pilot Study of Cognitive Representations*. Journal of Pain and Symptom Management, 33 (3), s. 290-301.
7. Griffin, RA., Polit, DF. og Byrne, MW. (2008) *Nurses Characteristics and Inferences about Children`s Pain*. Pediatric Nursing, 34 (4), s. 297-305.
8. Twycross, A. (2007) *What is the impact of theoretical knowledge on children`s nurses`post-operative pain management practices? An exploratory study*. Nurse Education Today, 27 (7), s. 697-707.

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Twycross, A. (2007) <i>What is the impact of theoretical knowledge on children`s nurses`post-operative pain management practices? An exploratory study</i>. Nurse Education Today, 27 (7), s. 697-707.</p>	<p>Hva er effekten av teoretisk kunnskap hos barnesykepleieres postoperative smertebehandlingspraksis?</p>	<p>Utvalg: 13 sykepleiere deltok i studien.</p> <p>Datainnsamling: Kvalitativ. I den første artikkelen av Twycross (litteratormatrise 2) ble deltakerne observert kontinuerlig 5 timer per vakt i 2-4 dager. Etter denne observasjonsrunden blir de, i forhold til denne artikkelen, bedt om å svare på et spørreskjema der kunnskapen deres rundt dette temaet ble testet opp imot det som ble observert i praksis. Spørreskjemaene ble sendt til alle sykepleierne som ble observert, men de fikk 12 svar tilbake.</p> <p>Analyse: Observasjonsdata ble sammenlignet med poengene innhentet fra spørreskjemaet.</p>	<p>Deltakernes syn på smertebehandling kan påvirke praksisen deres. Å ha god kunnskap om smertens fysiologi kan bety at sykepleierne forstår bruken av smertelindring. Det er mangel på kunnskap. Selv når sykepleieren viser til godt kunnskapsnivå vises ikke dette i praksis. Det er et gap mellom hva sykepleierne vet og hva de gjør. Sykepleierne ser ut til å kopiere eldre sykepleiere, som blir sett på som rollemodeller.</p>	<p>Denne artikkelen er meget relevant for min oppgave.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Twycross, A. (2007). <i>Children`s nurses` post-operative pain management practices: An observational study</i>. International Journal of Nursing Studies, 44 (6), s. 869-881.</p>	<p>Hensikten var å undersøke hvordan sykepleiere faktisk vurderte postoperative smerte hos barn, og om smertevurderingspraksisen var i henhold til retningslinjer.</p>	<p>Utvalg: 13 barnesykepleiere fra en barnekirurgisk sengepost deltok. Alle deltakere var kvinner. Datainnsamling: Kvalitativ. Dette var en observasjonsstudie. Hver deltaker ble observert kontinuerlig i 5 timer per vakt, med en varighet på 2-4 vakter hver. Det ble laget et strukturert observasjonshjelpemiddel for bruk i denne studien. Analyse: Data samlet inn fra hver sykepleier ble sammenstilt med sjekklister for smertebehandling. Det ble produsert en oppsummering av hver sykepleieres smertehåndteringspraksis. Det ble brukt fargetusjer for å samle data til koder. Ved hjelp av merkepenner, kodet forskeren dataene i hver av kategoriene. Dette satte forskeren i stand til å identifisere tilbakevendende tema, og dermed danne seg et bilde av dagens smertehåndtering i praksis.</p>	<p>Funnene i denne studien tyder på at smertekartleggingen ikke samsvarer med anbefalte forslag og retningslinjer, og at det trengs en forbedring rundt dette temaet. Grunnen til dette kan forklares med dårlig kunnskap og dårlig prioritering når det kommer til smertekartlegging.</p>	<p>Denne studien er meget relevant for min oppgave. Viser til funn/konklusjon.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Stanley, M. og Pollard, D. (2013) <i>Relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy of nurses in the management of pediatric pain</i>. Pediatric Nursing, 39 (4), s. 165-171.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke kunnskapsnivået om pediatrik smertebehandling, holdningene til sykepleiere, og nivået av mestringstro av en gruppe barnesykepleiere.</p>	<p>Utvalg: 25 sykepleiere, 23 kvinner og 2 menn, med en gjennomsnittsalder på 36 år deltok. Datainnsamling: Kvalitativ. Tverrsnittsstudie. Deltakerne skulle besvare to spørreskjema. Den ene var Pediatric Nurses` Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS-skjema), som inneholdt 40 spørsmål om kunnskap og holdning til barns smerte. Den andre var Nurses` Self-Efficacy in Managing Children`s Pain som inneholdt 6 spørsmål om mestringstro i forhold til å jobbe med barn og smerte. Analyse: Data ble analysert ved hjelp av et dataprogram som heter Statistical Package for The Social Science (SPSS), versjon 18.</p>	<p>Det var ikke store forskjeller på kunnskap og mestring i praksis, men det ble oppdaget at sykepleiere følte stor mestring i praksis selv uten tilhørende kunnskapsnivå i forhold til smerte hos barn. Å ha for stor mestringstro kan være risikabelt for pasienten, uten relevant kompetanse. Sykepleiere trenger mer kunnskap om smerte hos barn. Da ikke alle sykepleierne på avdelingene ønsket å delta, kan en mistenke at kunnskapsnivået er lavere enn det som kom fram i studien.</p>	<p>Denne studien er noe relevant for min oppgave. Viser til funn/konklusjon.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Hovde, KR., Granheim, TH., Christophersen, KA., og Dihle, A. (2011) <i>Norske sykepleieres kunnskap og holdning til smerter hos barn</i>. Sykepleien Forskning, 4 (6), s. 332-338.</p>	<p>Å kartlegge norske sykepleieres og spesialsykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter hos barn og ungdom i alderen 0-18 år innlagt i sykehus.</p>	<p>Utvalg: 79 sykepleiere og 104 spesialsykepleiere med en ca. alder 30-39 år. Datainnsamling: Tversnittsstudie med kvantitativ tilnærming. Den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Pediatric Nurses` Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS-N) ble benyttet. Skjemaet består av 40 spørsmål som omhandler smertehåndtering, smertevurdering, bruk av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Datainnsamlingen ble utført i perioden desember 2008 til februar 2009. Analyse: Dataene ble analysert ved hjelp av SPSS, versjon 17. Deskriptiv statistikk er benyttet for å analysere bakgrunnsdata. Utvalget ble delt i to; sykepleiere og spesialsykepleiere.</p>	<p>Sykepleiere og spesialsykepleiere har gode kunnskaper på flere områder innen fagfeltet, men det eksisterer et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling, synliggjort gjennom to pasienthistorier. Nesten 90 % av deltakerne mener at pasienten selv er den som kan bedømme smerten best. Når deltakerne stilles overfor to pasienthistorier nyttiggjøres likevel ikke denne kunnskapen tilfredsstillende. 2/3 mener pasienter har mindre smerter enn det han uttrykker. Det kan se ut som om deltakernes kunnskaper ikke viser seg i handling. Smerte er ikke lenger subjektivt, men det sykepleierne mener det er. En betydelig andel sier også at pasienter overrapporterer grad av smerte oftere enn det som er tilfellet.</p>	<p>Denne studien er meget relevant for min oppgave. Viser til funn/konklusjon.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Reinertsen, H., Cristophersen KA. og Helseth, S. (2014) <i>Vurdering av postoperativ smerte hos barn (0-5 år): Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC</i>. Sykepleien Forskning, 9 (2), s. 132-140.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke reliabilitet og validitet til den norske versjonen av smertevurderingsverktøyet FLACC (FLACC-N) og beskrive og vurdere smertelindringstiltak som anvendes postoperativt ved en barnekirurgisk enhet.</p>	<p>Utvalg: De som deltok i studien var to barnesykepleiere, som skulle vurdere den postoperative smerten til barn (uavhengig av den andre) som var på dagkirurgisk avdeling. 52 barn deltok. Datainnsamling: Kvantitativ. Hvert barn ble observert seks-sju ganger, der hver observasjon varte 2-5 minutter og ble utført samtidig av sykepleierne. Sykepleierne diskuterte ikke observasjonene med hverandre, barna, foreldrene, eller med sykepleieren som hadde det postoperative ansvaret. Sykepleierne gikk ut av pasientrommet etter hver observasjon og visste ikke om barna fikk smertestillende medikament av sykepleier med ansvaret. Analyse: PASW SPSS versjon 18 ble brukt for å analysere data. Cohens Kappa ble brukt for å vurdere samsvaret mellom skårene til sykepleierne. Cronbachs alfa ble brukt til å vurdere indre konsistens til opplysningene på de fem atferdskategoriene i FLACC.</p>	<p>Totalt 52 barn ble observert og 346 observasjoner ble utført av sykepleierne med FLACC-N. Sykepleierne vurderte barna smerteintensitet nesten likt. FLACC er enkel å lære og enkel å anvende. Den norske versjonen av FLACC er et enkelt, reliabelt og valid verktøy for å identifisere og dokumentere smerte, samt å evaluere smertelindrende tiltak hos barn i alderen 0-5 år. Denne studien viser at det ikke var systematisk vurdering og behandling av barns smerte postoperativt. Bruk av FLACC-N i systematisk kartlegging og vurdering av små barns smerte, kan bidra til å kvalitetssikre smertebehandlingen og bør implementeres ved norske barneavdelinger.</p>	<p>Denne studien er meget relevant for min oppgave. Viser til funn/konklusjon.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Willis, MHW., Merkel, SL., Voepel-Lewis, T. og Malviya. (2003) <i>FLACC Behavioral Pain Assessment Scale: A Comparison with the Child's Self-Report</i>. Pediatric Nursing. 29 (3), s. 195-198.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å ytterligere validere smertekartleggingsverktøyet FLACC ved å sammenligne sykepleiers FLACC poeng med barnets egen smertevurdering.</p>	<p>Utvalg: En av forskerne i denne studien og en medforsker skulle gjøre observasjoner av barn med postoperative smerter. 30 barn i alderen 3-7 år ble observert. Datainnsamling: Kvalitativ metode. Observasjonsstudie. Hvert barn ble observert i tidsrommet 07-19, og i alle fall 18 timer etter operasjonen. Observasjonene varte i 2-4 min. Sykepleierne diskuterte ikke observasjonene verken med foreldrene eller barnet. Rett etter observasjonene ved hjelp av FLACC, repeterte sykepleierne hvordan barnet kunne vurdere sin egen smerteintensitet ved bruk av ansiktsskala for deretter å be barnet om å peke på ansiktet som viste hvor mye smerte barnet hadde. Analyse: Spearman's rho korrelasjoner ble brukt for å sammenligne FLACC poengene mot ansiktspoengene. Forskjellene på sykepleiernes FLACC poeng ble sammenlignet ved hjelp av dataprogrammet Kappa statistics.</p>	<p>Oppsummert støtter funnene i denne artikkelen FLACC sin gyldighet som et måleverktøy på postoperativ smerte hos barn. Avvikene mellom ansiktsskalaer og FLACC sine poeng hos 3-4 åringer framhever imidlertid vanskelighetene med smertevurdering hos denne aldersgruppen.</p>	<p>Denne studien er noe relevant for min oppgave. Viser til funn/konklusjon.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Van Hulle Vincent, C. (2007) <i>Nurses`Perceptions of Children`s Pain: A Pilot Study of Cognitive Representations</i>. Journal of Pain and Symptom Management, 33 (3), s. 290-301.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke barnesykepleieres kognitive respons av barns smerte og smertekartlegging for å bedre forstå hvordan sykepleiere tenker og responderer på et barn med smerte.</p>	<p>Utvalg: 20 sykepleiere som jobbet minst 20 timer per uke på en barneavdeling. Datainnsamling: Kvalitativ. Deltakernes kognitive respons ble målt med 3CM teknikken. Dette kartleggingsmetode tillater identifikasjon av de mest fremtredende trekk ved deltakernes kunnskap og gir en visuell visning av hvordan denne informasjonen er organisert og begrepsfestet. Her skulle deltakerne besvare et spørsmål. Sammenfallet mellom barnesykepleieres kognitive respons og smertelindringsavgjørelsene ble målt ved hjelp PNKAS caset. Analyse: Innholdsanalyse ble brukt for å beskrive det besvarte spørsmålet i 3CM og svaret fra caset fra PNKAS. Beskrivende analyse ble brukt for å bestemme frekvensen og viktigheten av innholdet i elementene og kategoriene i deltakernes kognitive besvarelse.</p>	<p>Studien viser at sykepleierne har et rikt og mangfoldig kunnskapsnivå om smerte hos barn. Deltakerne identifiserte flere ulike tilnærminger for å kartlegge smerter hos barn, men ikke alle identifiserte anbefalte kartleggingsverktøy som ansiktsskalaer og FLACC, ei heller medikamentelle og ikke-medikamentelle tilnærminger. Likevel er det positivt, i forhold til retningslinjer, at deltakerne rangerte ansiktsskalaer (selvrapportering) høyere enn FLACC-verktøyet.</p>	<p>Denne studien er noe relevant for min oppgave. Viser til funn/konklusjon.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for denne oppgaven
<p>Griffin, RA., Polit, DF. og Byrne, MW. (2008) <i>Nurses Characteristics and Inferences about Children`s Pain</i>. Pediatric Nursing, 34 (4), s. 297-305.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive barnesykepleieres anslåtte respons på barnas smerte som beskrevet i artikkelen og avdekke karaktertrekk som kan påvirke denne responsen.</p>	<p>Utvalg: 334 sykepleiere deltok i studien, 332 kvinner og 2 menn.</p> <p>Datainnsamling: Kvantitativ. Tversnittsstudie, der deltakerne ble mailet 3 forskjellige case der de skulle besvare spørsmål om hvordan de oppfattet barnets smerte og komme med smertebehandlingsforslag.</p> <p>Analyse: Det ble gjort t-tester og analyse av variansen. Metaanalyse.</p>	<p>Funn viser at utdanningsnivå og hvor mange års erfaring en sykepleier hadde ikke var assosiert med sykepleierens anbefalte smertebehandling. Majoriteten av sykepleierne vurderte smertene bra opp imot barnets egen vurdering, noe som tyder på at de aksepterte barnas selvrappotering som gyldig. Sykepleiere som hadde en personlig erfaring med smerte sa de ville administrere høyere dose av smertestillende enn de som ikke har denne erfaringen.</p>	<p>Denne artikkelen er ganske meget relevant for denne oppgaven. Viser til funn/konklusjon.</p>