

Kandidatnummer: 10101

Hvordan kartlegger sykepleiere smerte hos barn uten verbalt språk?

Prosjektbachelor

Fagartikkel

Antall ord: 4738

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2021

Kandidatnummer: 10101

Hvordan kartlegger sykepleiere smerte hos barn uten verbalt språk?

Prosjektbachelor

Fagartikkel

Antall ord: 4738

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Barn som er innlagt på sykehus blir ofte eksponert for akutt og kronisk smerte i forbindelse med sykdom og behandlinger. Dessverre er det slik at barn uten verbalt språk har økt risiko for at deres smerter blir oversett og underbehandlet, sammenliknet med barn og voksne som kan kommunisere verbalt. Sykepleiere spiller en viktig rolle i smertekartleggingen og for å forbedre dagens smertekartleggingspraksis er det derfor aktuelt å undersøke hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos barn uten verbalt språk.

Hensikt: Å undersøke hvordan sykepleiere kartlegger smerte hos barn uten verbalt språk. Sekundært ser oppgaven på hvilke utfordringer sykepleierne møter i forbindelse med smertekartleggingen og om de opplever kartleggingen som tilstrekkelig for å sikre god smertebehandling.

Metode: Det ble brukt en kvalitativ forskningsmetode i form av semistrukturerte forskningsintervju. Det ble gjennomført tre individuelle intervjuer med erfarne sykepleiere som jobber på en intensivavdeling for barn ved et norsk universitetssykehus.

Resultat: Sykepleierne benytter standardiserte smerteskjemaer, monitorering av vitale parametere, observasjon av atferd og omsorgspersoner som ressurs når de kartlegger smerter hos barn uten verbalt språk. Resultatene viste at sykepleierne opplevde smertekartleggingen hos barn uten verbalt språk som noe av det mest utfordrende ved jobben og at smertekartleggingen som utføres ofte ikke er tilstrekkelig for å sikre adekvat smertebehandling.

Konklusjon: Studien konkluderer med at sykepleierens kliniske blikk og observasjoner av atferd, samt omsorgspersoner som ressurs er de viktigste kartleggingsverktøyene. Endringer i vitale parametere og standardiserte kartleggingsverktøy vises å være mer sekundære, men er allikevel viktige bidrag til kartleggingen. Videre konkluderer studien med at smertekartlegging er en utfordrende prosess der sykepleierne ofte opplever utilstrekkelighet, og at det eksisterer et behov for videre forskning på området for å forbedre smertekartleggingen hos barn uten verbalt språk.

Nøkkelord: Smertekartlegging, kartleggingsverktøy, pediatriske pasienter, ikke-verbal, barneintensiv

Abstract

Background: Paediatric patients in hospitals frequently experience acute and chronic pain as a result of illness and treatment. Non-verbal children are at higher risk of experiencing underassessment and undertreated pain, compared to children and adults who can communicate verbally. Nurses play an important role in the pain assessment process and in order to improve it, studying how nurses assess pain in non-verbal children is relevant.

Aims: Firstly, to investigate how nurses assess pain in non-verbal children. Secondly, the thesis looks at what challenges the nurses might face regarding the pain assessment and whether or not they find the assessment sufficient to secure adequate pain treatment.

Method: A qualitative research method was used in this study and three semi-structured interviews were conducted. The participants in the study were experienced nurses who work in a paediatric intensive care unit at a Norwegian university hospital.

Result: The nurses use standardized pain scales, changes in measurable parameters, behavioural observation and information given by the child's caregivers when assessing pain in non-verbal children. The results show that the nurses consider pain assessment in children without verbal language as one of the most challenging tasks at work and that the nurses frequently experience the pain assessment process as insufficient.

Conclusion: The study concludes that nurse's clinical knowledge and behavioural observations, as well as information provided by the child's caregivers, are the most important pain assessment tools. Changes in measurable parameters and structural pain scales were not considered as reliable as the above but provide important contributions to the pain assessment. Finally, the study highlights that pain assessment is a challenging process where nurses often experience inadequacy and that there is a need for further research to improve pain assessment in non-verbal children.

Keywords: Pain-assessment, assessment tools, paediatric patients, non-verbal, paediatric Intensive Care Unit

Introduksjon

Barn som er innlagt på sykehus blir ofte eksponert for akutt og kronisk smerte i forbindelse med sykdom og behandlinger (1). En del av den pediatrike pasientgruppen er uten verbalt språk, og kan eksempelvis være preverbale barn, barn med utviklingshemming eller barn med sykdom som krever mekanisk ventilasjonsstøtte. Det viser seg at barn som ikke har verbalt språk, oftere enn verbale barn, blir underbehandlet for sine smerter (2). Underbehandlet smerte kan føre til både umiddelbare og langsiktige negative konsekvenser for barnet (1) og sykepleiere har derfor en viktig oppgave når det kommer til å kartlegge smerter hos disse barna.

Smerte er en subjektiv opplevelse bestående av fysiske, psykologiske og sosiale komponenter og kan defineres som «det pasienten sier det er» (3, s.165). Dette vil si at pasienten selv er den mest pålitelige informasjonskilden vedrørende smerte, og selvrapporing kan ansees som «gullstandarden» innen smertekartlegging (1;4). For enkelte pasientgrupper, slik som barn uten verbalt språk, er selvrapporing utfordrende fordi de ikke kan uttrykke sin smerte verbalt. Dette gjør at ikke-verbale barn er fullstendig avhengige av at sykepleiere har kompetanse til å avdekke tegn på smerte, på måter som ikke baserer seg på selvrapporing, slik at barna får den smertelindringen de har behov for (5;2). Her er sykepleierens evne til å observere og fortolke barnets atferd avgjørende, noe sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee understreker som essensielt for at sykepleieren skal kunne planlegge og iverksette sykepleietiltak (6, s.366). Til tross for viktigheten av sykepleierens smertekartlegging, virker denne delen av pediatrik sykepleie til å være noe nedprioritert i forskningen. Andersen et. al (2) belyste at studier om sykepleieres smertekartleggingspraksis hos ikke-verbale barn har blitt viet svært lite oppmerksomhet, og mesteparten av forskning vedrørende smertekartlegging har fokusert på barnet, fremfor sykepleierens kartleggingsprosess.

Det er allikevel publisert noen studier som belyser hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos ikke-verbale barn. Overordnet sett omfatter smertekartlegging, i følge Schiavenato og Craig (7), alle kliniske kunnskaper og verktøy som brukes når sykepleieren evaluerer smerte. Dette kan inkludere atferdsobservasjon, evaluering av psykologiske tegn og symptomer, samt selvrapporing i de situasjonene det er mulig (7). Mer spesifikt nevner flere studier standardiserte smertekartleggingsskjemaer, kliniske observasjoner og informasjon fra omsorgspersoner som verktøy i smertekartleggingsprosessen.

Standardiserte kartleggingsskalaer blir ansett som et av de viktigste verktøyene i forbindelse med smertekartlegging (2), ettersom de utelukkende er utviklet for å kartlegge smerte. Lares et. al (8) utførte en studie på femten barneintensiv-avdelinger i USA og viste at sykepleierne benytter standardiserte kartleggingsskalaer som for eksempel FLACC, rFLACC og COMFORT B i smertekartleggingen. Samtidig rapporterte sykepleierne i Andersen et. al

(2) at de standardiserte skjemaene blir brukt lite i praksis, fordi de ikke er spesifikke nok til å kartlegge smerte på en tilfredsstillende måte.

I Andersen et. al (2) viste resultatene at sykepleierne foretrakk å benytte seg av kliniske observasjoner og vurderinger for å smertekartlegge barn uten verbalt språk. I studien ble dette begrunnet med at sykepleierens kunnskaper og erfaring bidrar til en effektiv og nøyaktig smertevurdering (2). Mattsson et. al. (1) belyste at avvik i fysiologiske parametere, som forhøyet blodtrykk eller økt respirasjonsfrekvens, er et av sykepleierens kliniske smertevurderingsverktøy for barn uten verbalt språk. Samtidig viste resultatene i den overnevnte studien at endring i én fysiologisk parameter, ikke var nok for å avgjøre om barnet hadde smerter, ettersom det er vanskelig å vite om endringen skyldes smerte eller andre faktorer (1). Sykepleierne brukte også sin kliniske kompetanse til å vurdere om barna hadde smerter gjennom deres kroppslige uttrykk, som for eksempel muskulær tensjon, svetting, endret pustemønster eller begrensninger i barnets fysiske utseende eller bevegelsesmønster (1).

Sykepleierne i studien til Andersen et. al (2) la spesielt stor vekt på vurdering av barnets individuelle tegn og atferdsendringer i sin smertekartlegging. Disse sykepleierne oppga at de alltid er bevisste på at hvert enkelt barns smerte er unik og at atferdsendringer fremstår ulikt hos alle barn (2). For å oppdage atferdsendringer hos barnet, viser Herr et. al. (5) til at sykepleierne ofte bruker foreldre eller andre omsorgspersoner som en ressurs. Omsorgspersoner besitter kunnskap om barnets habituelle atferd og tilstand. Dette gjør at omsorgspersonene, i større grad enn sykepleierne, kan identifisere subtile og mindre åpenbare endringer i barnets atferd, som kan være indikatorer på at barnet opplever smerte (5).

En gjennomført smertekartlegging legger grunnlaget for en tilstrekkelig smertebehandling, som kan bidra til økt livskvalitet og velvære hos barnet (9). Underbehandlet smerte kan føre til umiddelbare konsekvenser som hypertensjon, svekket immunforsvar og forsinkede restitusjonsprosesser i kroppen (8). I tillegg kan det lede til langsiktige konsekvenser som angst for fremtidige prosedyrer eller utvikling av post-traumatisk-stress-syndrom (8;1). Dette understreker aktualiteten av at smertekartleggingen hos ikke-verbale barn bør være effektiv og tilstrekkelig (1). Allikevel finnes det tegn på at dagens smertekartlegging ikke fungerer optimalt. Ikke-verbale barn har økt risiko for at deres smerter ikke blir anerkjent og dermed oversett, sammenliknet med barn med verbalt språk (2). Dette fører til at denne gruppen ofte underbehandles for smertene sine (2). For å forstå årsaken til dette holder det ikke bare å forstå hvordan barnet opplever smerten, men man må også utforske faktorer knyttet til sykepleierens kartlegging (2).

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos barn uten verbalt språk. Sekundært vil oppgaven undersøke i hvilken grad sykepleiere

opplever smertekartleggingsprosessen som utfordrende og om de anser den som tilstrekkelig for å sikre god smertebehandling.

Metode

I den hensikt å undersøke hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos ikke-verbale barn ble det gjennomført en kvalitativ studie. I samarbeid med en medstudent, ble det utviklet en intervjuguide som dannet utgangspunktet for tre individuelle forskningsintervjuer med sykepleiere som jobber på en intensivavdeling for barn. Litteratursøk for å finne relevant forskning ble gjort i PubMed.

Semistrukturerte intervju

Ifølge Dalland (10, s.52-53) er de kvalitative forskningsmetodene egnet til å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Ettersom hensikten med denne studien var å få frem sykepleiernes erfaringer og opplevelser rundt smertekartleggingsprosessen var det derfor aktuelt med en kvalitativ tilnærming. Det ble gjennomført tre semi-strukturerte, kvalitative forskningsintervjuer basert på en intervjuguide (Vedlegg 1). Bakgrunnen for dette var å åpne for samtale og diskusjon med informantene, og samtidig holde seg til en viss struktur for å sørge for at de viktigste temaene i studien ble dekket. Spørsmålene var ikke kjent for informantene på forhånd, i den hensikt å få ærlige og spontane svar. Intervjuet ble delt i to deler som følger av at medstudent og undertegnede hadde to ulike temaer. De tre intervjuene ble som følger av smittevern hensyn i forbindelse med Covid-19-pandemien holdt over Skype, og var estimert til å ta mellom 45 og 60 minutter.

Informanter

Rekrutteringen av informanter ble gjort i samarbeid med studiens kontaktperson fra det aktuelle sykehuset. Inklusjonskriteriene til studien var at vedkommende måtte være autorisert sykepleier, som regelmessig er i kontakt med den aktuelle pasientgruppen. Det ble ikke oppgitt noen spesifikke eksklusjonskriterier. De aktuelle informantene ble kontaktet på mail med forespørsel om deltakelse i prosjektet. Totalt ble det intervjuet tre sykepleiere som jobbet på en intensivavdeling for barn, med henholdsvis 16, 20 og 25 års erfaring som sykepleiere. Samtlige hadde relevant videreutdanning innen barnesykepleie eller intensivsykepleie, samt erfaring med smertekartlegging hos barn uten verbalt språk.

Etiske betraktninger

I forkant av intervjuene mottok hver enkelt sykepleier et informasjonsskriv over mail (vedlegg 2). Skrevet ga generell informasjon om studien, hensikten og hvordan det var planlagt at intervjuene skulle gjennomføres. Det ble blant annet opplyst om at det var frivillig å delta og at sykepleieren samtykket til å delta i prosjektet ved å stille opp på intervju. Videre ble det informert om at sykepleieren når som helst kunne trekke sitt samtykke uten konsekvenser. Til slutt ble det belyst at alle opplysninger skulle anonymiseres og behandles konfidensielt. Sistnevnte ble løst ved at ingen personopplysninger ble registrert under intervjuene og informantene er omtalt som informant 1, 2 og 3 i oppgaven.

Analyse

Grunnet ivaretagelse av informantenes personvern, ble det ikke tatt lydopptak av intervjuene. Intervjuene ble transkribert underveis, men i ufullstendige setninger. Dette krevde at teksten måtte renskrives i etterkant, som ble gjort umiddelbart etter at intervjuene var ferdig, for å bevare mest mulig av dataene. Etter renskriving utgjorde intervjunotatene cirka seks datasider til sammen. Intervjutekstene ble gjennomgått flere ganger for å sikre god forståelse og oversikt over innholdet. Deretter ble innholdet tematisert i to hovedtemaer med flere undertemaer, samt tilhørende intervjutekst fra hver informant til hvert undertema. Analyseprosessen tok utgangspunkt i metodene *meningstolkning* og *meningsfortetning* (10, s.91;11, s.232-233). På denne måten ble det enklere å sammenlikne de ulike informantenes syn rundt de to hovedtemaene.

Resultater

Analysen av intervjuene viser at informantene hovedsakelig benytter seg av tre ulike verktøy når de kartlegger smerte hos barn uten verbalt språk. Videre identifiserte informantene utfordringer knyttet til smertekartlegging og de opplever ikke alltid smertekartleggingen som tilstrekkelig. Resultatene av analysen er sammenfattet i to hovedtemaer, med henholdsvis tre og to undertemaer for å svare på studiens hensikt;

Smertekartleggingsverktøy

- *standardiserte kartleggings skjemaer*
- *omsorgspersoner som ressurs*
- *monitorering av fysiologiske parametere*

Opplevelser knyttet til smertekartleggingen.

- *utfordringer ved smertekartlegging*
- *opplevelse av tilstrekkelig smertekartlegging.*

Det er hovedsakelig undertemaene som blir presentert under resultatdelen og som senere vil bli diskutert i lys av tidligere forskning og faglitteratur i diskusjonsdelen.

Smertekartleggingsverktøy

Standardiserte kartleggings skjemaer

Informantene oppga at de bruker standardiserte smertekartleggings skjemaer basert på atferdsobservasjon i smertekartleggingen og skjemaet rFLACC ble nevnt av alle. I tillegg fortalte en av informantene at det standardiserte skjemaet FLACC også brukes på avdelingen.

Vi benytter oss av flere verktøy for å kartlegge smerter hos barn uten verbalt språk. Eksempler er FLACC og rFLACC. rFLACC er et smertekartleggings skjema som benyttes hos barn med fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse.

(Informant 1)

To av informantene spesifiserte umiddelbart at de ikke opplever smertekartleggings skjemaer som optimale for å kartlegge smerter hos barn uten verbalt språk, og at skjemaene heller benyttes for å danne et utgangspunkt for videre smertekartlegging.

[Jeg] Opplever at smertekartlegging basert på et skjema ikke er optimalt til barn uten verbalt språk, fordi alle barn utviser ulik atferd.

(Informant 3)

Omsorgspersoner som ressurs

Alle informantene beskrev barnets omsorgspersoner, stort sett foreldre, som en av de viktigste ressursene for å kartlegge smerter hos barn som ikke kan kommunisere verbalt. En

av informantene presiserte at det minste avvik fra barnets normaltilstand kan være et tegn på smerte, og omsorgspersoner er i den beste posisjonen til å oppdage denne endringen, ettersom de kjenner barnets habituelle tilstand og atferd bedre enn sykepleierne. Videre ble det påpekt at omsorgspersoner er en viktig ressurs hos alle pediatriske pasienter, men de er spesielt viktig hos barn uten verbalt språk, ettersom signalene hos disse barna må tolkes i større grad enn hos andre barn.

Det er omsorgspersoner, som foreldre, som kjenner barna sine best og ser om barna oppfører seg annerledes sammenliknet med sin habituelle tilstand.

(Informant 1)

En av informantene påpekte at omsorgspersoner noen ganger forventer at barna skal ha det vondt og tro at dette er normalt, og at sykepleieren derfor bør unngå å basere alt for mye av smertekartleggingen på omsorgspersonenes informasjon.

Noen foreldre «forventer» at barnet skal være i store smerter etter større inngrep og tror dette er normalt, men det er ingen grunn til at barna skal ha smerter. Derfor har sykepleierne en viktig rolle når det kommer til smertekartlegging utover foreldrenes rapportering.

(Informant 1)

Monitorering av fysiologiske parametere

To av informantene trakk frem monitorering av fysiologiske parametere som en del av smertekartleggingen hos ikke-verbale barn og påpekte at avvikende vitale verdier kan være et tegn på smerter hos pasientene.

Monitoreringen inkluderer blant annet EKG, blodtrykk, puls, oksygenmetning og observasjon av respirasjonsfrekvens og pustemønster. Eksempelvis kan høy puls og respirasjonsfrekvens være en indikasjon på smerter.

(Informant 3)

Samtidig belyste en av informantene at slike målinger er et mer upålitelig kartleggingsverktøy, da fysiologiske parametere kan påvirkes av andre faktorer enn smerter.

Dette er et mer usikkert kartleggingsverktøy, fordi den kan påvirkes av at pasienten for eksempel er motorisk urolig eller opplever stress.

(Informant 2)

Opplevelser knyttet til smertekartleggingen

Utfordringer ved smertekartlegging

Informantene var enstemmige i at smertekartlegging hos barn uten verbalt språk er utfordrende. Det ble trukket frem at barn viser smerter på ulik måte og at smertebildet til

barn uten verbalt språk ofte kompliseres av multimorbiditet. Dette gjør det utfordrende å smertekartlegge, ettersom man må kjenne barnas normaltstand for å tolke deres signaler. Barn som ikke kan uttrykke seg verbalt grunnet en utviklingshemming ble trukket frem som en av de mest utfordrende gruppene å smertekartlegge.

Det mest utfordrende er å tolke barnets signaler. Hos de aller minste barna kan man ofte tolke smerte ut ifra gråten deres, men etter hvert som de blir eldre og utvikler seg blir smerteuttrykkene utrolig forskjellige. Spesielt hos barn med utviklingshemming er det utfordrende å tolke signaler.

(Informant 3)

En av informantene belyste at det er spesielt utfordrende med smertekartlegging på nattestid, ettersom man ikke kan benytte foreldre som ressurs i like stor grad som på dagtid.

På dagtid kan man benytte seg av foreldrene når det kommer til smertekartlegging, men på nattestid er som regel ikke foreldrene på avdelingen. Smertekartleggingen på natten kan derfor være ekstra utfordrende for sykepleierne uten denne ressursen.

(Informant 1)

Opplevelse av tilstrekkelig smertekartlegging

De tre informantene hadde noe ulik oppfatning av om smertekartleggingen de gjør er tilstrekkelig for å sikre god nok smertebehandling. Informant 3 opplever at smertekartleggingen som oftest er tilstrekkelig, men at det hender den ikke er god nok.

Jeg syntes som regel at smertekartleggingen er tilstrekkelig. Vi har allikevel noen situasjoner der vi ikke greier å kartlegge tilstrekkelig noe som fører til utilstrekkelig smertelindring.

(Informant 3)

Informant 2 opplever at smertekartleggingen som blir utført ikke er tilstrekkelig, med bakgrunn i at smerteverktøyene de benytter ikke er gode nok. Vedkommende sa også at sykepleierne oppfatter smerte på ulikt vis og at de ikke alltid klarer å oppdage at et barn har smerter.

[Jeg] Opplever ikke smertekartleggingen som tilstrekkelig. Vi bruker skåringsverktøyene lite i praksis. I og med at barn er så forskjellige, og mange har omfattende utviklingshemninger, er ikke smerteverktøyene gode nok. Barn med funksjonshemming og uten verbalt språk kan omtales som de vanskeligste å vurdere med tanke på smerter, og det hender dessverre ofte at de får for lite smertestillende. Sykepleierne oppfatter også smerte ulikt og vi klarer ikke alltid se at barnet har vondt.

(Informant 2)

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere kartlegger smerte hos barn uten verbalt språk, samt utfordringer og opplevelse av tilstrekkelighet knyttet til smertekartleggingen. Hovedfunnene i studien viser at informantene anser omsorgspersoners evne til å identifisere atferdsendringer hos barnet som en av de viktigste ressursene i smertekartleggingsprosessen. Observasjon av endringer i vitale parametere og bruk av standardiserte kartleggingsverktøy er tilsynelatende mer sekundære, men er allikevel viktige verktøy i kartleggingen. I tillegg opplever informantene smertekartlegging hos barn uten verbalt språk som utfordrende, og belyser at kartleggingen ikke alltid er tilstrekkelig. Ved hjelp av disse resultatene kan vi evaluere styrker og svakheter ved de ulike kartleggingsmåtene, samt observere sammenhenger mellom utfordringene og sykepleiernes opplevelse av utilstrekkelighet knyttet til smertekartleggingen.

Standardiserte kartleggings skjemaer

Bruk av standardiserte kartleggings skjemaer har lenge blitt ansett som en forutsetning for å sikre tilstrekkelig smertekartlegging (2). De tre informantene i denne studien fortalte at de benytter kartleggings skjemaer som FLACC og rFLACC som baserer seg på atferdsobservasjon, når de skal smertekartlegge barn uten verbalt språk. Samtidig påpekte to av informantene at de ikke opplever smertekartleggings skjemaene som optimale for barn som ikke kan uttrykke seg verbalt, og at de i all hovedsak benytter skjemaene for å danne et utgangspunkt for videre smertekartlegging. En liknende oppfatning ble presentert i studiene til Andersen et. al. (2) og Schiavenato og Craig (7), der det ble belyst at smertekartleggings skjemaer overforenkler smerteopplevelsens kompleksitet og ikke er spesifikke nok til å kartlegge smerte. Mattson et. al. (1) påpekte at smertekartleggings skjemaene ikke reflekterer smertens lokasjon, den sensoriske delen av smerten, kognitive vurderinger eller følelsesmessige reaksjoner, som er viktige komponenter i smertebildet. Dette indikerer at smertekartleggings skjemaene ikke er tilstrekkelig for å sikre god smertekartlegging på egenhånd, og at sykepleierne ofte velger andre verktøy fremfor disse skjemaene. Det er tenkelig at smertekartleggings skjemaer kan fungere for enkelte barn som viser en stereotypisk smerteatferd. For andre barn, især ikke-verbale barn, kan skjemaene være utfordrende å benytte. En årsak til dette kan være at barn uten verbalt språk ofte har andre følgetilstander som for eksempel fysisk eller psykisk funksjonshemming, som kan føre til atferd som ikke korresponderer med den man finner i smertekartleggings skjemaene. Skjemaene blir dermed sekundære i smertekartleggingen, slik som informantene i denne studien beskrev.

Til tross for at sykepleierne, i denne og tidligere studier, oppga at de ikke benytter kartleggings skjemaene i spesielt stor grad, er det noen faktorer som taler for å benytte skjemaene i klinisk praksis. I Andersen et. al (2) forsøkte sykepleiere å kartlegge smerte uten bruk av standardiserte kartleggings skjemaer og opplevde at det ble mer utfordrende å kartlegge smerte og oppdage endringer i smerten, sammenliknet med når de benyttet seg av

kartleggingsskjemaer. En norsk studie (4) pekte på at fraværende systematisk kartlegging kan føre til underrapportering og underbehandling av barnas smerter. Disse funnene antyder ikke nødvendigvis at kartleggingsskjemaene bør utgjøre mesteparten av smertekartleggingen, men det viser at det kan være nyttig å inkludere skjemaene i enkelte stadier av smertekartleggingsprosessen. Dette underbygger blant annet hvorfor kartleggingsskjemaer burde brukes for å danne et utgangspunkt for videre smertekartlegging, slik informantene i denne studien oppga at de gjør.

Omsorgspersoner som ressurs

Informantene i denne studien fortalte at omsorgspersoner, for eksempel foreldre, er en av de viktigste ressursene i smertekartleggingsprosessen. Dette ble begrunnet med at omsorgspersoner besitter kunnskap om barnets habituelle tilstand, hvilket gjør dem i stand til å identifisere endringer i barnets atferd som kan være uttrykk for smerte. Det kan sies at et nært samarbeid med omsorgspersoner er spesielt viktig hos barn uten verbalt språk, ettersom disse barna kan ha uklare smerteuttrykk sammenliknet med verbale barn (3, s.172). Dette reflekteres i tidligere forskning, som blant annet peker på at omsorgspersoner burde oppfordres til å delta aktivt i smertekartleggingen grunnet deres kunnskap om barnets normaltilstand, samt erfaringer med hvilken atferd barnet har vist i forbindelse med smerte tidligere i livet (5). I studien til Andersen et. al (2) rapporterte 22 av 22 sykepleiere at de aktivt brukte omsorgspersoner for å tilegne seg kunnskap om det ikke-verbale barnets normaltilstand i smertekartleggingen, slik at sykepleierne lettere kunne identifisere endringer. Dette indikerer at sykepleiere anser omsorgspersoner som en pålitelig kilde i smertekartlegging hvor barnet ikke kan kommunisere verbalt og tolkning av barnets signaler er avgjørende for å oppdage smerter.

Samtidig kan det tenkes at sykepleiere bør være bevisste på at omsorgspersoner i større grad kan være påvirket av affekt når de rapporterer smerte. De fleste omsorgspersoner besitter heller ikke den kliniske kompetansen og erfaringen med smertekartlegging som sykepleiere, og har dermed ikke de samme forutsetningene for å forstå kompleksiteten rundt barnets smerte. Eksempelvis oppga en informant i denne studien at noen omsorgspersoner forventer at barna skal ha sterke smerter i etterkant kirurgiske inngrep og er av den oppfatning at det ikke er mulig å behandle smertene. Som følger av dette unngår omsorgspersonene å rapportere observasjoner, som kan tyde på smerte, videre til sykepleieren. Herr et. al. (5) pekte på at omsorgspersoner i noen tilfeller overvurderer barnets smerter, spesielt i situasjoner der barnet opplever smerte knyttet til kirurgi eller prosedyrer for første gang. Uavhengig av om omsorgspersoner under- eller overrapporterer tegn på barnets potensielle smerte, indikerer resultatene at sykepleierne bør være kritiske til omsorgspersonenes smertevurdering og unngå å basere mesteparten av kartleggingen på denne informasjonen. I stedet er det aktuelt for sykepleiere å benytte den verdifulle informasjonen fra omsorgspersonene som en ressurs, i kombinasjon med sykepleierens kliniske blikk og vurderinger. På denne måten vurderes smerten fra ulike vinkler og kan dermed bli mer pålitelig.

Monitorering av fysiologiske parametere

To av tre informanter i denne studien belyste at de tar endring i fysiologiske parametere i betraktning under smertekartleggingsprosessen. En av informantene trakk frem forhøyet puls og økt respirasjonsfrekvens som en indikasjon på smerte. Dette utsagnet støttes av Mattson et. al. (1) som fremhever endringer i fysiologiske parametere som et relativt sikkert tegn på eksisterende smerte. Imidlertid er det flere faktorer som peker på at endringer i fysiologiske parametere, ikke er et pålitelig smertekartleggingsverktøy. Først og fremst nevnte informantene i denne studien at endring i fysiologiske parametere kan være et usikkert kartleggingsverktøy, da verdiene kan påvirkes av andre faktorer som stress eller motorisk urolighet. Herr et. al (5) underbygger dette og sier det kan være misledende å basere smertekartleggingen på endringer i fysiologiske parametere, fordi endringene blant annet kan skyldes psykiske faktorer eller homøostatiske endringer i kroppen. Dette viser at selv om smerte kan påvirke barnets vitale verdier, er det vanskelig for sykepleieren å vite sikkert om endringene skyldes smerte eller andre faktorer.

I situasjoner der ikke-verbale barn opplever sykdom og smerte over lengre tid kan de fysiologiske parameterne avvike i begynnelsen av sykdomsperioden, men etter hvert som kroppen tilpasser seg smerten har verdiene en tendens til å returnere til barnets normal (1). Dette indikerer at barnet kan ha normale fysiologiske verdier, til tross for at han eller hun har smerter. Dette antyder at endringer i fysiologiske parametere ikke er et ideelt kartleggingsverktøy alene, men kan være nyttig for å styrke en hypotese om smerte, dersom andre smertetegn er til stede.

Kombinasjon av smertekartleggingsverktøy

Basert på resultatene fra denne studien og tidligere litteratur, virker det som at ingen kartleggingsverktøy fungerer ideelt alene, men at de må kombineres for å oppnå best mulig smertekartlegging. Resultatene, i kombinasjon med tidligere forskning, antyder at standardiserte kartleggings skjemaer er mest relevant i begynnelsen av kartleggingsperioden for å danne et utgangspunkt for videre kartlegging. Deretter baseres kartleggingen mer på sykepleierens kliniske blikk og kompetanse, i kombinasjon med innspill fra foreldre, for å identifisere atferd eller andre tegn som kan tyde på smerter hos barnet. Endringer i fysiologiske parametere bør i større grad benyttes som en bekreftelse på smerte i kombinasjon med andre tegn. Dette kan tyde på at standardiserte verktøy og målinger er viktige indikatorer, men at de er sekundære og ikke kan erstatte sykepleierens kliniske blikk og erfaringer. Dette bekrefter sykepleierens viktige rolle i smertekartleggingsprosessen.

Utfordringer og opplevelse av tilstrekkelig smertekartlegging

Først og fremst kommer det frem at informantene i studien opplever at det er utfordrende å smertekartlegge barna på en tilstrekkelig måte ved å benytte standardiserte smertekartleggings skjemaer. Som nevnt tidligere reflekteres utfordringer knyttet til standardiserte kartleggings skjemaer i andre studier som blant annet peker på at

kartleggings skjemaene er lite spesifikke (7) og dermed går glipp av viktige komponenter i smertebildet (1). Videre påpekte informantene at smertekartleggingen hos barn uten verbalt språk er en av de mest utfordrende oppgavene i jobben, spesielt når det kommer til tolkning av barnas signaler og atferd for å avdekke smerte. En av informantene oppga også at det er spesielt vanskelig å tolke barnets signaler på nattestid, ettersom omsorgspersoner ikke er tilgjengelig for å bidra i smertekartleggingen på denne tiden av døgnet. Dette støttes av andre sykepleiere som viser til at det kan være utfordrende å skille smerte fra frykt, reaksjoner på behandling eller sedasjon (5). Andersen et. al (2) pekte på at smertekartlegging hos barn uten verbalt språk er mer utfordrende enn smertekartlegging hos verbale barn, fordi man ikke kan kommunisere verbalt med barna. Denne studien, i kombinasjon med andre studier, viser at sykepleiere på tvers av land og sykehusavdelinger opplever smertekartleggingsprosessen som utfordrende. Videre identifiserer resultatene et behov for løsninger på disse utfordringene, som kan bidra til en forbedring av kartleggingsprosessen.

Det er tenkelig at utfordringene nevnt over, bidrar sterkt til sykepleiernes opplevelse av at kartleggingen er utilstrekkelig. To av informantene i denne studien oppga at smertekartleggingen ikke er tilstrekkelig for å sikre god smertebehandling. Sammenliknet med voksne pasienter er det flere utfordringer knyttet til kartlegging og behandling av smerte hos barn generelt, noe som ofte fører til at det blir administrert for lite smertestillende til disse pasientene (9). Videre viser Andersen et. al. (2) til at ikke-verbale barn har en signifikant lavere sjans for at smerte blir oppdaget og for at de vil motta smertenedsettende behandling, sammenliknet med andre barn. Funnene antyder at ikke-verbale barn som er innlagt på sykehus, er overrepresentert i gruppen av pasienter som mottar mangelfull smertebehandling. Det overnevnte indikerer at det eksisterer et gap mellom en ideell smertekartleggingspraksis, som sørger for tilstrekkelig smertebehandling, og dagens smertekartleggingspraksis, som sykepleierne på mange måter opplever som utfordrende og utilstrekkelig. Det er allikevel viktig å trekke frem at en av informantene i denne studien stort sett opplever smertekartleggingen som tilstrekkelig, men fordi utvalget i denne studien var svært begrenset, kan vi ikke beslutte at dette er representativt for flere sykepleiere. Uavhengig av dette, er det tydelig et behov for å utvikle kartleggingsverktøyene, slik at alle sykepleiere opplever dem som tilstrekkelig, og kan gi optimal smertebehandling til alle pasienter.

Dersom noen av utfordringene rundt smertekartleggingen elimineres, vil smertekartleggingen antakeligvis bli mer tilstrekkelig. Noen av utfordringene knyttet til bruk av standardiserte kartleggings skjemaer kan skyldes at sykepleierne ikke har fått god nok opplæring i bruken av dem, samt har for lite kunnskaper om styrker og svakheter ved verktøyene. En grundig opplæring i de standardiserte kartleggingsverktøyene kan tenkes å forenkle prosessen for noen. Videre viser Laues et. al. (8) at det eksisterer store gap i litteraturen knyttet til hvilken kartleggingskala som skal brukes i forskjellige situasjoner. Å

ikke vite hvilken skala som bør benyttes kan føre til utfordringer for sykepleieren og utviklingen av et samlet veiledningsdokument vedrørende hvilket verktøy som skal benyttes i ulike situasjoner kan være fordelaktig. Til slutt viser Mattsson et. al (1) at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan kritisk sykdom kan påvirke barnas tegn på smerter. Dette er ikke nødvendigvis tilfelle på den aktuelle barneintensivavdelingen i denne studien, men generelt sett vil det kunne bli enklere å smertekartlegge med god opplæring om smerteatferd i bunn, spesielt for nyutdannede sykepleiere eller sykepleiere uten erfaring med smertekartlegging hos denne pasientgruppen. Det er naturligvis vanskelig å trene på å tolke hvert enkelt individs tegn på smerter, da alle er ulike, men grunnleggende kunnskaper om smerteatferd kan tenkes å bidra positivt i smertekartleggingen.

Studiens styrker og svakheter

Valget av kvalitativ metode er en av styrkene ved studien ettersom det bidro til at sykepleiernes erfaringer og opplevelser med smertekartlegging av barn uten verbalt språk kom godt frem. Grunnet Covid-19 pandemien måtte intervjuene gjennomføres over Skype. Det hadde naturligvis vært ønskelig å gjennomføre intervjuene fysisk, for å skape en mer naturlig samtale med informantene. Videre hadde studien blitt styrket dersom det hadde blitt intervjuet flere sykepleiere, da tre informanter er for lite til å kunne generalisere på vegne av en avdeling og et fagfelt. Spørsmålene i intervjuguiden bidro til å gi svar på problemstillingen på en tilfredsstillende måte, til tross for at noen av spørsmålene i etterkant viste seg å være mindre relevante for oppgaven. For å beskytte informantenes personvern ble det ikke tatt lydopptak og analyseprosessen ble derfor basert på egne notater fra intervjuene. Til tross for at mesteparten av informantenes utsagn ble skrevet ned, kan det tenkes at noe av informasjonen gikk tapt da intervjunotatene måtte renskrives med eget språk i etterkant. Til slutt er det viktig å belyse at egen forforståelse rundt temaet og subjektive tolkninger sannsynligvis har preget intervjuguiden, intervjuene og analysen, og oppgaven er derfor ikke fullstendig objektiv.

Kliniske implikasjoner

Resultatene i studien viser at sykepleierne opplever smertekartleggingsprosessen hos ikke-verbale barn som utfordrende og at denne pasientgruppen har større sjanse for å bli underbehandlet for smerte. Dette gir implikasjoner for videre bevisstgjøring, forbedring og forskning rundt hvordan sykepleieren kartlegger smerte hos barn uten verbalt språk. For å kartlegge hvordan sykepleiere rundt om i Norge og andre land utfører smertekartlegging, trengs det en studie av større skala. Avslutningsvis kan det tenkes at bedre opplæring av sykepleiere, i kombinasjon med utvikling av de eksisterende kartleggingsverktøyene, kan bidra til å redusere underbehandling hos de ikke-verbale barna. Oppsummert er utvalget i denne studien for lite til at det er mulig å generalisere rundt sykepleieres erfaring og opplevelse med smertekartlegging hos barn uten verbalt språk. Allikevel samsvarer funnene med eksisterende litteratur på feltet og kan tenkes å bidra i mindre grad, særlig til bevisstgjøring rundt smertekartlegging hos barn uten verbalt språk.

Konklusjon

Hovedfunnene i studien viser at sykepleierens kliniske blikk, i kombinasjon med omsorgspersoners evne til å identifisere atferdsendringer hos barnet, er de viktigste verktøyene i smertekartleggingsprosessen. Standardiserte kartleggingskjemaer og endringer i vitale parametere bidrar også, men ble sett på som sekundære bidrag i smertekartleggingen. Kartleggingsmåtene som informantene trakk frem, inkludert deres fordeler og ulemper, samsvarer i stor grad med tidligere forskning. Til slutt ble det belyst at smertekartlegging hos ikke-verbale barn er en utfordrende prosess der sykepleierne ofte opplever utilstrekkelighet, og det eksisterer derfor et behov for videre forskning på området for å forbedre smertekartleggingen hos barn uten verbalt språk.

Litteraturliste

1. Mattsson JY, Forsner M, Arman M. Uncovering pain in critically ill non-verbal children: Nurses' clinical experiences in the paediatric intensive care unit. *J Child Health Care*. 2011; 15(3) :187-198.
2. Andersen RD, Nakstad B, Jylli L, Campbell-Yeo M, Anderzen-Carlsson A. The Complexities of Nurses' Pain Assessment in Hospitalized Preverbal Children. *Pain Manag Nurs*. 2019; 20(4) :337-344.
3. Grønseth R, Markestad T. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl; 2017. 359 s.
4. Reinertsen H, Christophersen K-A, Helseth S. Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC. *Sykepleien Forskning*. 2014; 9(2) :132-40
5. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2011; 12(4) :230-250.
6. Eide H, Eide T. *Kommunikasjon I relasjoner*. 3. Utg. Drammen: Gyldendal Akademisk; 2018. 420 s.
7. Schiavenato M, Craig K. Pain Assessment as a Social Transaction : Beyond the «Gold Standard». *Clin J Pain*. 2010;26(8):667-676.
8. Laures E, LaFond C, Hanrahan K, Pierce N, Min H, McCarthy AM. Pain Assessment Practices in the Pediatric Intensive Care Unit. *J. Pediatr. Nurs*. 2019; 48 :55-62.
9. Zieliński J, Morawska-Kochman M, Zatoński T. Pain assessment and management in children in the postoperative period: A review of the most commonly used postoperative pain assessment tools, new diagnostic methods and the latest guidelines for postoperative pain therapy in children. *Adv Clin Exp Med*. 2020; 29(3) :365–374.
10. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving*. 6. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017. 267 s
11. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3 Utg. Oslo: Gyldendal Akadmisk; 2015. 381 s.

