

Erika Abelseth & Kamilla Grande

Hvordan kan sykepleier identifisere postoperative smerter hos barn?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Lars André Olsen

Mai 2022

Erika Abelseth & Kamilla Grande

Hvordan kan sykepleier identifisere postoperative smerter hos barn?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Lars André Olsen
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: Studien har som hensikt å belyse hvordan sykepleier kan identifisere postoperative smerter hos barn og hvilke vurderinger som blir gjort i denne prosessen.

Metode: Det er brukt systematisk litteraturstudie som metode. Det ble inkludert 8 forskningsartikler, alle fra et sykepleieperspektiv. Artiklene som ble inkludert var fra perioden (2001- 2020). For å analysere forskningen har vi har brukt Evans (2002) 4 steg.

Resultat: Resultatene våre ble delt inn i tre hovedkategorier: «Systematisk kartlegging av postoperative smerter», «Organisering og klinisk kompetanse» og «Kunnskap om det enkelte barn». Underkategoriene våre tar for seg kartleggingsverktøy, observasjon av atferd, sykepleiers kliniske kompetanse, sykepleiers organisatoriske kompetanse, relasjon til barnet, informasjon om smertehistorie og inkludering av foreldre.

Konklusjon: Sykepleiere kan identifisere postoperative smerter hos barn ved å bruke kartleggingsverktøy tilpasset barnet. Sykepleier må observere atferdsendringer hos barnet da endring i atferd kan være et tydelig tegn på smerte postoperativt. Vi ser også at det er viktig at sykepleier danner en god relasjon til både foreldrene og barnet for å identifisere postoperative smerter. Sykepleiere trenger å ha utviklet et «erfarent blikk», samt ha kunnskap om organisering på avdelingen da rutiner vil være viktig for utførelsen av smertevurdering.

Abstract

Aim: The aim of the study is to enlighten how the nurses identifies postoperative pain and which assessments are made by the nurse in this process.

Method: Systematic literature study has been used as a method. 8 research articles were obtained, all from a nursing perspective. The articles are taken from the period 2001 to 2020. We have used (Evans 2002) 4 steps to analyze the research.

Results: The systematic analysis resulted in 3 main categories: «Systematic mapping of postoperative pain», «Organizational and clinical competence» and «Knowledge of the individual child». The subcategories addresses mapping tools, behavioral observations, nurses clinical competence, nurses organizational competence, relation to the child, information about pain history and including parents.

Conclusion: Nurses can identify postoperative pain in children by using mapping tools adapted to the individual child. The nurse must observe behavioral changes since this can be a clear sign of pain postoperatively. We're seeing the importance of the nurse building a good relationship with both the parents and the child to identify postoperative pain. Nurses need to have developed their own «clinical eye», and also have knowledge about organizational matters on the ward because routines are important for the enabling of pain assessment.

Forord

Smerten

Smerten – uten ansikt, uten øyne –

Streifer deg isnende grått
ved høylys dag. Du vet ikke
hva eller hvorfor, kan ikke
spore det vonde. Det er som
frosne blodstråper på snøen
der hauken hogg en storfugl
høgt i grå frostluft.

Hans Børli (1972)

Innhold

1 Innledning	10
1.1 Hensikt og problemstilling	10
1.2 Avgrensninger	10
1.3 Begrepsforklaring	11
1.4 Videre oppbygning av oppgaven.....	11
2 Teori	12
2.1 Smerter hos barn	12
2.1.1 Smertefysiologi hos barn	12
2.1.2 Postoperative smerter	13
2.2 Smertevurderinger hos barn	13
2.3 Forsvarlighet	14
2.4 Joyce Travelbee	14
2.5 Organisatorisk og klinisk kompetanse.....	15
3 Metode	16
3.1 Søkestrategi	16
3.1.1 Valg av database.....	17
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.1.3 Kvalitetsvurdering	18
3.1.4 Etisk vurdering	18
3.2 Analyse	19
4 Resultat	21
4.1 Systematisk kartlegging av postoperative smerter.....	21
4.2 Organisering og klinisk kompetanse	22
4.3 Kunnskap om det enkelte barn.....	23
5 Diskusjon	24
5.1 Metodediskusjon	24
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 Systematisk kartlegging	25
5.2.2 Organisering og klinisk kompetanse.....	27
5.2.3 Kunnskap om det enkelte barn	29
6 Konklusjon	31
6.1 Forslag til videre forskning	31
Referanser	32
Vedlegg	35

Antall ord: 8386

1 Innledning

På grunn av ubehandlet smerte opplever 20–35 % av alle barn på verdensbasis kroniske smerter etter et kirurgisk inngrep (Johansen & Leonardsen, 2020). Det er sykepleiers oppgave å identifisere postoperative smerter hos barn. Tidlig identifisering av smerter er nødvendig for å kunne gi optimal smertelindring og forebygge kroniske smerter (Bratli et al., 2020)

Når kroppen utsettes for kirurgi utløses kroppens kirurgiske stressrespons som bidrar til postoperative belastninger og komplikasjoner (Grønseth & Markestad, 2017, s. 149). Ofte er smerte det barnet frykter mest noe som kan bidra til å forsterke den kirurgiske stressresponsen. Kartlegging og vurdering av barnets smerter er derfor blant mange viktige tiltak (Grønseth & Markestad, 2017, s. 156).

Barn er en sårbar pasientgruppe og ved sykehusinnleggelse kan det medføre usikkerhet, frykt, engstelse, ubehag og smerter noe som vil påvirke barnet på flere nivåer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 62). Vurdering av smerter hos barn er mer utfordrende og mer komplisert enn hos voksne. Måten barn gir uttrykk for smerter på er individuelt, samt avhengig av utvikling, alder og smerteforståelse (Smeland, 2020).

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan identifisere postoperative smerter hos barn. Da identifisering av smerter hos barn er mer utfordrende og mer komplisert enn hos voksne, ønsker vi å belyse ulike måter sykepleiere bruker for å identifisere postoperative smerter. Ut fra det har vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier identifisere postoperative smerter hos barn?

1.2 Avgrensninger

Opgaven er basert på et sykepleieperspektiv og deres erfaringer og utfordringer knyttet til identifisering av postoperative smerter hos barn. Vi har valgt å ha fokus på barn som har gjennomført et kirurgisk inngrep eller ligger på kirurgisk barneavdeling. Vi har avgrenset oss til verbale og pre verbale barn og ikke spesifikk aldersgruppe da utviklingen og modenheten til barna er svært individuell.

1.3 Begrepsforklaring

Postoperative smerter: Defineres i hovedsak som smerte forårsaket av vevsskade i forbindelse med kirurgi (Holm & Kummeneje, 2009, s. 72).

Barn: Frem til en fyller 18 år regnes en som «barn» eller mindreårig etter vergemålsloven. Frem til en fyller 18 år går en gjennom en følelsesmessig utvikling som modnes frem til en blir myndig, hvor en da evner til å ta ansvar og beslutninger selv. Før dette er kompetansen om beslutninger og personlige interesser ivaretatt av den som har foreldreansvaret eller en verge. I barneloven, nr. 7 i lov om barn og foreldre er det i hovedsak foreldrene som er pliktige til å ivareta den mindreåriges interesse og personlige forhold i utøvelse for barnets beste. Etter vergemålsloven §3 vil den mindreåriges verge være de samme som har foreldreansvaret (Ot.prp.nr.110, 2008).

1.4 Videre oppbygning av oppgaven

I kapittel 2 belyses teori som vi anser som relevant for problemstillingen. I kapittel 3 gjør vi rede for metodedelen som tar for seg søkeprosessen og innhenting av forskning. Deretter i kapittel 4 tar vi for oss resultatdelen og belyser viktige funn. Til slutt kommer kapittel 5 som inneholder metodediskusjon, resultatdiskusjon og til slutt vil ende i en konklusjon.

2 Teori

Teoribakgrunnen vil gi et generelt bilde av barns opplevelser av smerter og sykepleiers rolle for identifisering av postoperative smerter.

2.1 Smerter hos barn

Smerte er alltid subjektivt og kan defineres som en «ubehagelig, sensorisk og en emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell ødeleggelse av vev» (Almås et al., 2016, s. 383). MaCaffery definerer smerte som «Smerte er hva enn den opplevde personen sier den er, eksisterende når som helst en sier den er» (Nortvedt, 2015).

Barnet kan gi uttrykk for å være sliten, sulten, være plaget av kvalme eller ha med seg tidligere erfaringer. Alle disse faktorene kan i seg selv bidra til å forsterke smerteopplevelsen (Tveiten et al., 2012, s. 148). Smerter hos barn kan komme til syne gjennom individuelle smerteuttrykk. Gråt er et vanlig uttrykk for smerte, men siden småbarn på det jevnlig gråter, er det ikke nok til å konkludere om det er smerter alene. Barn som er smertepåvirket kan sovne vekk og dette kan mistolkes som at barnet «ikke har vondt» (Grønseth & Markestad, 2017, s. 171–172).

2.1.1 Smertefysiologi hos barn

Smertesansen står i en særstilling siden den kan oppleves ubehagelig og avskrekkende. Vi er helt avhengig av den som menneske, fordi den er med å forebygge skadelige stimuli. Smertesansen aktiverer det sympatiske nervesystemet som fører til at blodtrykket og hjertefrekvensen stiger og sirkulasjonen til de perifere ekstremiteter reduseres (Sand et al., 2018, s. 169).

Hos barn trodde en tidligere at de minste nyfødte og spedbarn ikke kunne kjenne smerter på samme måten som eldre og mer utviklede barn gjorde. Teorien ble begrunnet ved at manglende myelin i nervebanene kunne føre til at nociseptive impulser ikke nådde frem til hjernebarken, hvor smerter blir bearbeidet og tolket. I dag vet en at dette ikke stemmer. Barn har et utviklet mottakerapparat for nociseptive smerter da storhjernen er utviklet og de har bevisst opplevelser av smerter. Gjentatte smerter kan føre til at barnet blir påvirket negativt, slik at det får en sterkere smerteopplevelse eller lavere smerteterskel senere i livet. Dette kan resultere i en negativ effekt på psykologien til barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166).

2.1.2 Postoperative smerter

All kirurgi medfører traume på vevet som fører til smerter. Traume på vevet fremkaller en kirurgisk stressrespons. Den kirurgiske stressresponsens har som hensikt å forsvare kroppen mot skade og opprettholde vitale funksjoner. Utilstrekkelig smertelindring kan medføre at pasienten utsettes for risikoer som manglende blodforsyning til hjertet, nedsatt immunrespons og trombedannelse (Berntzen et al., 2016, s. 353). Postoperativt bør sykepleiere ha kunnskap om hvordan det kirurgiske inngrepet påvirker barnet fysisk, mulige komplikasjoner og hvordan de kan forebygges (Grønseth & Markestad, 2017, s. 143).

Smerte er det barnet ofte frykter mest og kan forsterke den kirurgiske stressresponsen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 156). Akutte postoperative smerter varer vanligvis opp til en uke, postoperative smerter reduseres med 25- 30% i døgnet i intensitet, og bør derfor daglig vurderes (Holm & Kummeneje, 2009, s. 72). Etter et kirurgisk inngrep vil pasienten oppleve smerter, men graden av smerten avhenger av type kirurgisk inngrep og smerteterskel (Holm & Kummeneje, 2009, s. 166).

2.2 Smertevurderinger hos barn

Noe av det viktige i arbeidet med barn er at sykepleiere skaffer seg informasjon og de kunnskapene som en trenger for å vurdere barnets smerteopplevelse. Sykepleier har et ansvar for å ta barnet på alvor og det er den enkelte sykepleier som også bør bidra til å utvikle kunnskaper innenfor dette området (Lindemann, 1986, s. 26).

Barnets atferd ved smerter inkluderer de fysiske og psykiske reaksjonene som kommer til syne for den voksne. Reaksjonene er individuelle og kan utvikle seg til å bli et vesentlig kommunikasjonsmiddel mellom barnet og de rundt (Lindemann, 1986, s. 27). Når de minste barna opplever smerte og ubehag kan dette komme til uttrykk i smertegråt eller at barnet ynker seg eller er engstelig. Barnet kan angi smertene på en annen plass enn hvor de opprinnelig sitter, fordi den plassen kan virke reell for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 53).

Tillit bidrar til bedre kommunikasjon, når barnet opplever å bli trodd skaper det tillit (Bratli et al., 2020). Både barn og ungdom har et behov for å bli sett og hørt av voksne. Små barn har behov for mye nærhet, men en skal ikke glemme at selv om ungdom kan følge den voksnes forklaring og tankegang, er de fortsatt barn som trenger støtte og hjelp (Eide & Eide, 2017, s. 289). Barnet eller ungdommen bør få være hovedpersonen i samtaler med helsepersonell, for at barnet eller ungdommen skal føle seg respektert og sine egne meninger ivaretatt, må helsepersonell anerkjenne deres væremåte, følelser og tanker. Sykepleieren må møte barnet med en væremåte som er emosjonelt og kognitivt tilpasset. Hvis de ikke føler seg anerkjent, kan det påvirke videre kommunikasjon negativt, eksempelvis kan barnet bli innesluttet (Grønseth & Markestad, 2017, s.99).

Foreldrene er viktige samarbeidspartnere i kommunikasjonen med barn. Det er de som kjenner barnets væremåte og reaksjonsmønstre og de som best kan tolke barnets uttrykk (Grønseth & Markestad, 2017, s.102).

2.3 Forsvarlighet

I Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 4) skal helsepersonell utøve sykepleie i forsvarlig og omsorgsfull pleie forventet ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Helsepersonell må innrette seg dette og hente bistand fra annet personell der dette er nødvendig.

I lov om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1) har barnet rett til å uttale seg og medvirke i gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Sykepleier har ansvaret for å ivareta denne rettigheten samtidig som at kunnskapen som blir formidlet må være tilpasset det enkelte barn. Det skal legges vekt på barnets mening tilpasset barnets modenhet og alder. Har ikke pasienten samtykkekompetanse, er det nærmeste pårørende som har rett til medvirkning.

I lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 39-40) har sykepleier plikt til å føre journal med god yrkesskikk. Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger i pasientens journal. Videre skal journalen være i tråd med de nødvendige opplysninger som inneholde relevante opplysninger om pasienten og den helsehjelp som blir gitt, samt den informasjon som er nødvendig for melde- og opplysningsplikt.

Ifølge forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner skal barnet fortrinnsvis ha samme personell som tar hånd om dem under hele oppholdet. Videre sier forskriften at personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, samt informere og gi veiledning til foreldre om barnets mulige reaksjoner under oppholdet i forbindelse med sykdommen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 5).

2.4 Joyce Travelbee

Travelbee (1999, s. 171) beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn ved å forebygge sykdom og lidelse. Hun belyser hvor viktig etablering av et menneske- til- menneske- forhold er for å kunne nå sykepleierens mål og hensikt.

Selv når et menneske rammes av smerte med full intensitet, er det umulig å formidle smerteerfaring til andre, slik at den andre forstår hvordan man har det. Dette gjør det utfordrende for andre å vurdere graden av smertene. Helsepersonell danner seg en oppfatning om hvor sterke smerter pasienten har, men de kan aldri være helt sikker på vurderingen som blir gjort (Travelbee, 1999, s. 112). Travelbee belyser også at selv om vi kan lokalisere en fysisk smerte til en kroppsdel, er det i virkeligheten hele personen som lider (Travelbee, 1999, s. 113). Viktigheten av sykepleiers kommunikasjon i etableringen i et menneske- til- menneske forhold blir også understreket av Travelbee. Menneske- til- menneske forholdet kjennetegnes ved at individets eller den sykes familie får sine sykepleiebehov ivaretatt. For at behovene skal bli ivaretatt, må de identifiseres, «Gjennom observasjon og kommunikasjon kan sykepleieren fastslå den sykes behov- det første nødvendige skritt ved planlegging av sykepleieintervensjoner» (Travelbee, 1999, s. 142).

2.5 Organisatorisk og klinisk kompetanse

Ifølge Orvik (2015, s. 17) er det viktig at helsepersonell innehar den «dobbelte kompetansen» som viser til klinisk og organisatorisk kompetanse som gjensidig avhengig av hverandre og utfyllende. Den dobbelte kompetanse danner et grunnlag for å kunne lede seg selv og kan begrunnes i hvordan helsepersonell arbeider, og i hvordan kliniske virksomheter fungerer. Helsepersonell må utvise faglig skjønn og evne til å omstille seg og improvisere siden svingninger i pasientarbeidet er uforutsigbart. Derfor er den dobbelte kompetanse særlig viktig i en klinisk virksomhet (Orvik, 2015, s. 30).

En norm i pasientarbeidet er å ta i bruk sin kunnskap i behandlingen. For helsepersonell betyr dette at en kontinuerlig må forbedre sin egen praksis og være bevisst sin kunnskap. Kompetanse blir ofte brukt om kunnskaper og ferdigheter hos den enkelte person, men i en helhetlig forståelse er kompetanse først og fremst når erfaringer og kunnskaper deles med andre. Kompetanse knytter en klinisk virksomhet sammen til en organisatorisk enhet. Helsepersonell har et behov for å samarbeide i slike virksomheter og for å være kompetent forutsetter det samarbeid: å arbeide er å samarbeide. Kompetanse starter altså med individet, men også utover individet (Orvik, 2015, s. 22–23).

3 Metode

Oppgaven er basert på et systematisk litteratursøk som metode for å finne relevant forskning. Systematisk litteratursøk er ifølge Forsberg & Wengström (2016, s. 30) systematisk søking, kritisk gransking og sammenligning av litteratur som omhandler den valgte problemstilling og som i vår sammenheng omhandler identifisering og behandling av postoperative smerter hos barn.

3.1 Søkestrategi

For å få et systematisk søk valgte vi å bruke PICO- skjema. PICO er en strukturerende metode hvor man tar utgangspunkt i problemstillingen og finner nøkkelord som man bruker i en søkestrategi (Forsberg & Wengström, 2016, s. 60). Vi valgte å ekskludere «C» som står for «comparison», da det ikke er relevant for oppgaven siden vi ikke skal sammenligne to ulike tiltak.

Forklarelse på PIO – skjema ut fra Forsberg & Wengström (2016, s. 60):

«**P**» er en forkortelse for pasient eller populasjon, og spør hvem eller hvilken populasjon problemet handler om. Søkeordene våre ble derfor «Child» og «Postoperative pain».

«**I**» er en forkortelse på intervensjon. Søkeordene våre ble derfor «Nurse» og «Health personnel».

«**O**» er en forkortelse på outcome. Søkeordene våre ble derfor «Validation of pain», «Pain assessment» og «Pain Management»

P	I	O
<i>Child</i>	<i>Nurse</i>	<i>Validation of pain</i>
<i>Children</i>	<i>Health personnel</i>	<i>Pain assessment</i>
<i>Postoperative pain</i>		<i>Pain Management</i>
<i>Postoperative</i>		

Vi brukte enkeltord fra PIO – skjemaet samt synonymer i ulike kombinasjoner ved bruk av de såkalte boolske operatører AND og OR. Operatøren AND brukte vi for å begrense et søk for å gi et smalere resultat og OR bruke vi for å utvide søket å gi et bredere resultat av forskningen (Forsberg & Wengström, 2016, s. 69).

For eksempel var ett av søkene våre utført i Cinahl: (Nurses experience OR view) AND (Postoperative pain OR post surgery) AND (children) AND (pain assessment OR pain management).

Etter å søkt leste vi over titlene for å vurdere om de virket relevante ut fra problemstillingen. Om de virket relevant leste vi sammendraget. Til slutt leste vi over hver enkelt artikkel for å vurdere de grundigere ved å kontrollere at de hadde IMRaD-struktur, var fagfellevurdert og var etisk vurdert. Artiklene ble så vurdert ut fra inklusjons og eksklusjonskriteriene våre. Vi fant flere artikler som ikke hadde «fulltext» som vi bestilte og fikk tilsendt fra biblioteket. Artiklene som ikke hadde relevans, ble ekskludert underveis.

3.1.1 Valg av database

Når søkestrategien var utformet begynte vi å søke etter forskningsartikler som kunne svare på problemstillingen vår. Vi søkte i ulike databaser: CINAHL, SweMed+ og PubMed, men vi endte opp med 8 forskningsartikler som ble funnet på Cinahl Complete.

Etter å ha søkt i SweMed+ og PubMed endte vi opp med artikler som vi allerede hadde funnet i Cinahl eller artikler som inneholdt feil perspektiv. Vi synes Cinahl Complete var mest oversiktlig å bruke, samt synes vi det var en styrke i at det er en database som dekker sykepleie, fysioterapi og ergoterapi (Forsberg & Wengström, 2016, s. 65).

Se vedlegg nr. 1 for utfylt søkehistorikk.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I et systematisk litteratursøk skal inklusjons- og eksklusjonskriterier komme tydelig frem i metoddelen (Forsberg & Wengström, 2016, s. 174). Inklusjonskriteriene hadde som hensikt å hjelpe oss til å vurdere om forskningen var relevant for oppgaven vår. Inklusjonskriteriene våre var at forskningen måtte være fagfellevurdert, ha IMRaD-struktur og være etisk vurdert. For å kunne forstå oppgaven måtte artiklene være på engelsk, norsk eller svensk. Forskningen måtte omhandle postoperative smerter hos barn og måtte være fra et sykepleiers perspektiv.

Hensikten med eksklusjonskriteriene var å utelukke forskning som ikke var relevant for oppgaven. Vi ekskluderte forskning som var eldre enn 15 år med mindre den var relevant, samt forskning innen helsevesen i u-land. Vi ekskluderte forskning som ikke sa noe om postoperative smerter og som hadde barn eller pårørende perspektiv.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Forskningsartikkel • Fagfellevurdert • IMRaD- struktur • Etisk vurdert/godkjent • Språk: engelsk, norsk, svensk eller dansk • Artikler som omhandler postoperative smerter hos barn. • Sykepleier perspektiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Forskning eldre enn 15 år (med mindre forskningen er relevant) • Forskning innen helsevesen i u-land. Eks: Afrikanske land • Forskning som ikke sier noe om postoperative smerter • Barn og pårørende perspektiv

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Artiklene ble som tidligere nevnt vurdert ut fra studiens formål, tittel, oppsett og resultat. For å kvalitetssikre artiklene våre søkte vi opp artiklene i «Register over vitenskapelige publiseringskanaler» for å sjekke om artiklene hadde et tilstrekkelig vitenskapelig nivå innen i det norske finansieringssystemet for vitenskapelig publisering (Nivå 1 og 2), noe alle gjorde (Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse, u.å.).

Deretter vurderte vi artiklene ved bruk av sjekklister for helsefaglig litteratur for vurdering av både kvalitative og kvantitative artikler (Helsebiblioteket, 2016). Etter kvalitetsvurderingen satt vi igjen med åtte relevante forskningsartikler som hadde oppfylt alle kravene og som ble inkluderte i oppgaven vår.

3.1.4 Etisk vurdering

Vitenskapsråd har utgitt etiske retningslinjer som er gjeldende for medisinsk forskning. Studier bør være godkjent av en etisk komite eller ha en etisk overveielse, samt at resultatene bør bygge opp om hypotesen som studien kommer med og ikke bruke forskerens egne meninger (Forsberg & Wengström, 2016, s. 59). Etisk vurdering innenfor forskning er også med på å sikre at deltakere i studien ikke blir påført skade, eller går på bekostning av individets integritet (Halvorsen & Jerpseth, 2016).

Barns kompetanse og sårbarhet er sentralt viktig i de etiske vurderingene i forskning. Barn har særlig krav på beskyttelse innen forskning ut fra alder og behov (Backe-Hansen, 2009). Barn kan regnes som en ekstra «sårbar gruppe» da betegnelsen «sårbare grupper» gjerne er en «utsatt gruppe». Utsatte grupper kan ha særskilte utfordringer ved å gi samtykke til forskningen som utføres (Solbakk, 2014). Retningslinjer understreker at barn og unge kan ha særlig krav på beskyttelse som deltakere i forskning og at innholdet skal tilpasses barnets alder og individuelle situasjon. Det vil si at barns kompetanse og sårbarhet er sentralt for de etiske vurderinger som blir gjort. Spørsmål om hvor gamle barna som forskes på skal være, har en sammenheng med barns kognitive utvikling (Backe-Hansen, 2009).

Vi sjekket om alle artiklene våre var vurdert og godkjent av en etisk komite. Alle var tydelig vurdert av en etisk komite.

3.2 Analyse

En vitenskapelig analyse går ut på å dele opp viktige fenomen i mindre deler og undersøke dem hver for seg. Deretter kommer syntesen, som går ut på å sette sammen delene til en helhet (Forsberg & Wengström, 2016, s. 152). For å analysere forskningen vi har valgt tar vi utgangspunkt i Evans (2002) 4 steg.

Steg 1: Samle inn data

Ifølge Evans (2002) består denne fasen av å finne frem til artikler som kunne møte inklusjonskriteriene i vår oppgave og identifisere de. Søk i ulike databaser og andre relevante plattformer var gjort for å finne frem til de relevante artiklene. Vi valgte å ta i bruk en database og endte til slutt opp med åtte artikler etter en nøye vurdering ut fra de inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi hadde satt.

Steg 2: Identifisere nøkkelfunn

Ifølge Evans (2002) handler denne fasen om lese over artikkelen flere ganger for å få en helhetlig forståelse av innholdet. For å få en helhetlig forståelse må en lese gjennom alle artiklene hver for seg og finne ut hva hver enkelt studie sier noe om og samle funnene strukturert. Vi kom frem til nøkkelfunnene i hver enkelt artikkel hver for oss ved å lese alle artiklene. Deretter skrev vi de inn i et dokument separat hver for oss, før vi så leste over de sammen og ble enige om nøkkelfunnene. Vi vurderte og sammenlignet nøkkelfunnene og utarbeidet hoved- og underkategorier.

Steg 3: Vurdere nøkkelfunn på tvers av studiene

Ifølge Evans (2002) handler dette steget om å ta i bruk hovedfunnene våre og sammenligne disse med hverandre for å finne felles tema som går igjen i artiklene. Gjennom å gjøre dette kunne en lettere identifisere likheter og ulikheter ved artiklene. Denne prosessen medfører en dypere forståelse av funnene i studiene.

Etter at vi hadde sammenlignet funnene våre i kategorier kom vi frem til både hoved- og underkategorier som vi har strukturert i en tabell nedenfor:

Systematisk kartlegging av postoperative smerter	Organisering og klinisk kompetanse	Kunnskap om det enkelte barn
Bruk av kartleggingsverktøy 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Sykepleiers kunnskap, selvtilit og bruk av det erfarne blikk 1, 2, 3, 4, 5, 8	Relasjon til barnet 1, 2, 6
Observasjon av atferdsendring 1, 4, 6, 7	Organisatoriske faktorer: rutiner, tid og dokumentasjon. 1, 2, 4, 6, 7	Kunnskap om tidligere smerteopplevelser 1, 2, 4, 6
		Inkludering av foreldre 1, 2, 4, 6, 8

Vi har gått ut fra litteraturmatrisene når vi har valgt tall, så artikkelen i litteraturmatrise 1 er også nr. 1 her.

Steg 4: Beskriv fenomenet

Siste fasen til Evans (2002) handler om å beskrive fenomenet som temaene omhandler og utarbeide en beskrivelse gjennom en syntese som refererer tilbake til de opprinnelige studiene. I vår systematiske litteraturstudie er fenomenet vi utforsker: identifisering av postoperative smerter hos barn.

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres våre funn fra analysen av forskningen.

4.1 Systematisk kartlegging av postoperative smerter

Et hovedfunn er at systematisk kartlegging har betydning for hvordan sykepleier kan identifisere postoperative smerter hos barn (Andersen et al., 2019; Simons & Moseley, 2009; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018; Twycross, 2007, 2008; Twycross et al., 2013). Systematisk kartlegging innebærer kartlegging av smerter og observasjon av atferdsendring hos barnet.

Identifisering av smerte ble ofte beskrevet som en integrert del av pasientomsorgen. Sykepleiere mente smerte var en subjektiv opplevelse som bør tilnærmes med samme hensyn uavhengig av alder (Andersen et al., 2019). Kartleggingsverktøyene som oftest ble referert til i studiene er Comfort behaviour scale, Visuell analog skala, (Face, legs, activity, cry, consolability) og Wong and Baker face scale (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018; Twycross, 2007, 2008; Twycross et al., 2013). Kartleggingsverktøy ble flere ganger utelatt i vurderingen av smertene til barnet. Noen sykepleiere kartla hvordan barnet følte det, istedenfor smertens intensitet med bruken av kartleggingsverktøy (Twycross, 2007; Twycross et al., 2013).

Sykepleiere påpeker barnets selvrappotering som viktig for identifisering av postoperative smerter (Simons et al., 2001; Skog et al., 2020; Twycross, 2007, 2008). Flere sykepleiere mener at barnet selv er best egnet til å vurdere smertene sine, og ved bruk av kartleggingsverktøy lar man barnet selv evaluere smerteopplevelsen sin (Smeland et al., 2018). Kunnskap om kartleggingsverktøy kommer fram som et viktig funn i flere av studiene. Riktig bruk av verktøyet var essensielt for å få et gyldig og pålitelig svar. I studien ser vi at Visuell analog skala blir brukt i flere studier og fremstår som et gyldig og pålitelig verktøy, som passer godt til verbale barn (Simons & Moseley, 2009; Smeland et al., 2018; Twycross, 2007; Twycross et al., 2013). Derimot blir kartleggingsverktøyet FLACC og ansiktsskala oftest brukt hos de yngre barna (Simons & Moseley, 2009).

Et annet funn var at atferdsendringer hos barnet kan være en indikator på smerter (Andersen et al., 2019; Twycross, 2007, 2008; Twycross et al., 2013). I studien til Twycross (2007) blir atferdsendring oftest vurdert hos pre verbale barn, de vanligste tegnene var gråting, endring i ansiktsuttrykk og økt aktivitetsnivå. Da atferdsendringer hos barnet kan komme på grunn av at barnet er sulten, tørst, trøtt eller at de trenger nærhet er det viktig å utelukke dette før man konkluderer med at barnet har smerter (Andersen et al., 2019).

4.2 Organisering og klinisk kompetanse

Et annet funn var at klinisk kompetanse blir sett på som viktig for å identifisere postoperative smerter, sykepleiere med lengre erfaring kunne identifiserte postoperative smerter lettere (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018). Organisatoriske faktorer som tid, rutiner og bemanning viser seg å påvirke sykepleiers muligheter til å identifisere smerter (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Twycross, 2007; Twycross et al., 2013).

I studiene til Andersen et al. (2019) og Skog et al. (2020) poengteres det at sykepleiere som hadde lengre erfaring, hadde en større forståelse av smerte, selvtillit og tillit til egne evner for å identifisere smerter så raskt og nøyaktig som mulig. «Lack of experience was imputed to lead to greater difficulty interpreting the child's distress and assessing pain, increasing the need for collaboration or to trust the assessments of others» (Andersen et al., 2019, s. 340).

Det erfarne blikket kan hjelpe sykepleieren til å identifisere postoperative smerter hos barnet ved å observere blant annet atferden, ansiktsuttrykket og kroppsspråket hos barnet. Tydelige tegn var at barnet ikke klarte å sitte oppe, krummet ryggen, knyttet hender og anstrengte ansiktet (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020). I studien til Skog et al., (2020) begrunnes erfaring og utdanning som en forutsetning for å utvikle sitt «erfarne blikk» og at smertevurderingsverktøy var ansett som god støtte til nye sykepleiere som ikke hadde utviklet dette ennå. Det var flere sykepleiere som støttet seg i vurderingene til en kollega for riktig vurdering av smertene, særlig var det en tendens til at nyutdannede som ikke hadde utviklet sitt «erfarne blikk» ennå anså kollegaer eller andre profesjoner som en trygghet i sin vurdering (Andersen et al., 2019; Twycross, 2007, 2008).

Organisatoriske faktorer som tid, rutiner og bemanning var en påvirkende faktor for sykepleierens identifisering av smerter postoperativt i flere av studiene (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Twycross, 2007; Twycross et al., 2013). I studiene til (Skog et al., 2020; Twycross, 2008; Twycross et al., 2013) ble det gitt uttrykk for at sykepleierne hadde et behov for klare rutiner og validerende verktøy for de ulike aldersgruppene på avdelingen. Manglende rutiner på avdelingen kunne føre til at kartleggingsverktøyene ikke var implementert i avdelingen, og dermed en ekstra arbeidsbelastning. «The nurses saw pain assessment as an important part of pain management. However, they experienced a lack of routines when they needed to use different instruments for the assessment» (Skog, 2020, s. 3). Sykepleierne hadde også et behov for korrekt opplæring i bruk av verktøyene for å kunne identifisere smertene ved riktig bruk av kartleggingsverktøy. Da det fantes så mange ulike kartleggingsverktøy, ønsket sykepleiere opplæring i hvordan de skulle anvendes for å riktig vurdere smertene (Skog et al. 2020; Twycross, 2007).

Dokumentasjon var en viktig forutsetning for å identifisere og vurdere de postoperative smertene (Andersen et al., 2019; Simons & Moseley, 2009; Twycross, 2007, 2008). Det å dokumentere vurderingene som ble gjort og ta i bruk et gyldig kartleggingsverktøy var viktige sykepleietiltak for å gi barna en evidensbasert smertebehandling. Dokumentasjon og riktig verktøybruk var viktig i forhold til forebygging av smerter, vurderinger og kontroll av de (Simons et al., 2009).

4.3 Kunnskap om det enkelte barn

Vi har funnet at kunnskap om det enkelte barn er en viktig faktor i hvordan sykepleier kan identifisere postoperative smerter hos barn (Andersen et al., 2019; Simons et al., 2001; Skog et al., 2020; Twycross, 2008).

Studiene til (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Twycross, 2008) viser til viktigheten av å danne en relasjon med barnet. En relasjon til barnet ville hjelpe sykepleier til å kunne identifisere om barnet hadde smerter raskere, ved å oppdage endringer hos barnet (Andersen et al., 2019). Identifisering av smerter ble ansett som mer utfordrende om en relasjon ikke var dannet.

Å få kunnskap om barnets tidligere smertehistorie viste seg å hjelpe sykepleiere til å identifisere smerte (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Twycross, 2007, 2008). Studier viser til at sykepleier bør innhente informasjon om hvordan barnet har reagert på smerte tidligere og hvordan de da reagerte (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Twycross, 2007, 2008). 10 av 13 sykepleiere i studien til Twycross (2008) mente at informasjon om tidligere smerte opplevelser var svært viktig for å vurdere nåværende smerter. Gjennom anamnesen kan sykepleier få et overblikk over barnets hele smertebilde (Skog et al., 2020). I studien til Twycross (2008) ble det å vurdere ordene barnet brukte for å beskrive sin egne smerte, vurdert som svært viktig av 8 av 13 sykepleiere.

For å få kunnskap om det enkelte barn er foreldrene hovedkilden til informasjon som omhandler barnet. I studien til Twycross (2008) ble kommunikasjon med foreldrene ansett som viktig av alle sykepleiere som deltok i studiene. Foreldrene ble ansett som de som kjente best til barnets «normale» atferd og involveringen av foreldrene i vurderingen av smerter hos barnet var viktig for å identifisere postoperative smerter (Andersen et al., 2019; Simons et al., 2001; Skog et al., 2020; Twycross, 2007, 2008). En god relasjon til foreldrene førte til et bedre samarbeid (Andersen et al., 2019). En forutsetning for dannelsen av en god relasjon var at sykepleier kommuniserte med foreldrene. Det ble vist at sykepleiere burde spørre foreldrene om barnets smerter og at det er sykepleiers rolle til å ta initiativ til dette og ikke foreldrene. Samtidig var det viktig at sykepleier gav foreldrene nok informasjon om den smertebehandlingen som ble gitt til barnet (Simons et al., 2001; Twycross, 2007, 2008).

Et funn var at samarbeidet mellom sykepleiere og foreldre varierte ut fra sykepleiers erfaringer, personlige preferanser og verdier. Noen brukte foreldre til å bekrefte vurderingen av barnets smerte mens andre samarbeidet med kollegaer (Andersen et al., 2019). «Relationships with both the child and the parents were the foundation for learning to know the child and contributed to easier and quicker assessment, because the current situation, behavioral changes, and deviations from the child's normal were more easily identified» (Andersen et al., 2018:339).

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil ta for oss metodediskusjon og deretter resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Vi hadde som mål å utforske hvordan sykepleier kunne identifisere postoperative smerter hos barn, fra et sykepleieperspektiv. Vi valgte å ikke definere «innad sykehus» i problemstillingen, da sykepleie postoperativt åpenbart er innad sykehus. Vi valgte heller ikke å definere eller avgrense til noen spesifikk aldersgruppe da fokuset var alle barn fra 0-18 år. Alle forskningsartiklene foruten en som omhandlet preverbale barn, tok for seg omtrentlig alle aldersgrupper. Avgrensningen vår ble dermed preverbale og verbale barn.

Før vi startet å søke ønsket vi å inkludere forskning som var fra Skandinavia, fordi vi anså dette som en styrke. Det viste seg i senere tid å være vanskelig å kun finne forskning derfra og vi endte derfor opp med artikler fra Europa og Nord- Amerika. Dette kan likevel være en styrke for oppgaven da det gir en bredere forståelse av forskning internasjonalt. Selv om vi også hadde avgrenset årstall for forskningen til forskning eldre enn 15 år (med mindre forskningen var relevant), inkluderte vi artikler fra 2001 og nyere. Vi gjorde dette fordi vi anså artiklene som gode og funnene tydet på at dette er et tema hvor funnene i forskningen fra de tidligere og nyere år var ganske lite avvikende, ifølge egne vurderinger.

Det ble gjennom søket funnet 8 relevante forskningsartikler, 5 av artiklene var kvalitative, 1 kvantitative og 2 hadde både en kvalitativ og kvantitativ metode. Vi så det som en styrke at de fleste artiklene var kvalitative da vi ønsket sykepleiers vurderinger for identifisering av postoperative smerter hos barn. Den kvantitative forskningen kunne være med å vise til statistikk og den faktiske praksisen til sykepleierne.

Når vi søkte oss frem til artikler vi kunne bruke, var vi usikker på hva vi ville finne da dette er et tema som tilsynelatende så ut til å være mindre forskning på enn andre tema mange vanligvis velger. 3 av artiklene våre har samme forfatter (Twycross) og 2 andre har samme forfatter (Simons). Dette kan likevel også være en styrke da forfatterne ser ut til å ha kunnskap om og god forskning innenfor dette temaet. 2 av artiklene til (Twycross 2007 og Twycross 2008) ser ut til å være fra samme studie. Men vi ser det likevel som relevant å inkludere begge artiklene da den ene studien bare var ren observasjonsdata, mens den andre studien fokuserte mer på sykepleiers oppfatninger ved å ta data fra observasjonsstudiene og sammenligne de med spørreskjema fra sykepleierne for å finne ut deres oppfatninger av viktigheten av en god smertehåndtering.

En artikkel inkludert i oppgaven (Andersen et al., 2019) omhandlet identifisering av smerter hos preverbale barn, men sa ikke noe om «postoperative smerter» i overskriften. Men når vi leste gjennom artikkelen så vi at flere av avdelingene som var gjort forskning i var kirurgiske avdelinger og valgte derfor inkludere denne. Vi fant frem til denne artikkelen uten å søke «postoperative pain», men «pain» for å få et bredt søk.

En annen artikkel (Skog et al., 2020) presiserte heller ikke at studien omhandlet «postoperative smerter» i overskriften, men når vi analyserte teksten kunne vi se at det var sykepleiere som hadde erfaringer med postoperative smerter inkludert. Vi så derfor denne artikkelen som relevant å inkludere i oppgaven.

Når det gjelder sammenheng i artiklene så mener vi at alle artiklene tar for seg hvordan sykepleier kan identifisere postoperative smerter hos barn, ikke alle artiklene omhandler direkte de samme funnene, men sammen svarer de på problemstillingen på ulike måter.

5.2 Resultatdiskusjon

Her vil problemstillingen bli drøftet og diskutert opp mot relevant teori og sentrale funn fra resultatdelen.

Hvordan kan sykepleier identifisere postoperative smerter hos barn?

5.2.1 Systematisk kartlegging

Studien vår har vist at en systematisk kartlegging kan hjelpe sykepleiere til å identifisere postoperative smerter. Ved bruk av validerte kartleggingsverktøy og vurdering av barnets atferd kan sykepleiere lettere identifisere postoperative smerter (Andersen et al., 2019; Simons & Moseley, 2009; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018; Twycross, 2007, 2008; Twycross et al., 2013).

Kartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel for å identifisere postoperative smerter hos barn. Ved bruk av kartleggingsverktøy vurderer man om barnet har smerter ved å blant annet observere ansiktsuttrykk, kroppsspråk og stemningsleie (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166). Dette er gode vurderinger spesielt hos preverbale eller hos verbale barn som har utfordringer med å uttrykke smerte av ulike årsaker. Gjennom å bruke kartleggingsverktøy vil man få systematisert vurderinger av barnet. For eksempel blir Comfort skala brukt for å identifisere postoperative smerter raskere (Andersen et al., 2019).

Vi ser at ved regelmessig bruk av kartleggingsverktøy kan sykepleiere raskere se endringer hos barnet og dermed vurdere om barnet opplever smerter. Derimot ser vi at barn uttrykker smerter individuelt gjennom fysiske og psykiske reaksjoner som kommer tilsyne for andre (Lindemann, 1986, s. 27), noe som kan være en utfordring ved bruk av kartleggingsverktøy. I tilfeller hvor postoperative smerter har vart lenge og vært intense kan barnet sovne eller tilpasse seg smertene, noe som kan påvirke hvor lavt/høyt barnet skårer ved det kartleggingsverktøyet som blir brukt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 171- 172). Eksempelvis kan et barn som ligger stille og rolig være i store smerter selv om det tilsynelatende ut fra et observasjonsverktøy kan skåre lavt. Likevel ser vi at

kartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel og en viktig del for at sykepleier kan danne seg et helhetlig bilde av smerteopplevelsen til barnet. Dette betyr at sykepleier må vurdere hvilket verktøy som passer til det enkelte barnet etter modenhet og alder. Det er viktig at sykepleier er konkret og direkte slik at barnet forstår at det er smerter og dens intensitet sykepleier vurderer. Samt er det viktig at sykepleier er bevisst på at smerter uttrykkes individuelt og at vurdering av smerter kan mistolkes ved å bare ta i bruk et kartleggingsverktøy og ikke andre vurderinger (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172).

Funn i studien viser at selvrapportering og inkludering av barnets egne smerteopplevelser og intensitet er av stor betydning for sykepleiers identifisering av postoperative smerter (Simons & Moseley, 2009; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018; Twycross, 2007, 2008). Det er ulike måter sykepleier kan legge til rette for barns selvrapportering, som for eksempel ved bruk av kartleggingsverktøy og kommunikasjon verbalt og non-verbalt. Viktigheten av selvrapportering kommer frem i studien til Smeland et al. (2018) da 80% av sykepleierne mente at barnet er best egnet til å vurdere smertene. I tillegg understreker pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) at det er sykepleiers plikt å tilpasse informasjon til barnet etter modenhet og alder, samt inkludere barnet i den helsehjelp som blir gitt. Dette betyr i praksis at sykepleier skal inkludere barnets egne vurderinger når barnet er i stand til det. Sykepleier må ta initiativ og legge til rette for at barnet kan uttrykke egne opplevelser av smerter ved å inkludere de i bruken av kartleggingsverktøy.

I studien vår blir nummererende skalaer sett på som gyldige verktøy som gir barnet mulighet til selvrapportering. Travelbee (1999, s. 112) mener at smerteopplevelser er umulig å dele, og at det nærmest er umulig for helsepersonell å vurdere graden eller intensiteten av andres smerter. Videre påpeker hun at helsepersonell kan danne seg en oppfatning av smertene, men kan aldri være helt sikker på at vurderingene som blir gjort er korrekte. I lys av dette kan inkludering av barnets egne smertebeskrivelser danne en mer korrekt vurdering av de postoperative smertene. Sykepleier må tilrettelegge for selvrapportering ved å tilpasse informasjon om kartleggingsverktøyet som blir brukt, slik at barnet forstår hensikten. Eksempelvis ved bruk av VAS må sykepleier forklare at 0 betyr ingen smerter mens 10 betyr verst tenkelige smerte, da barn ofte kan mistolke nummereringene (Skog et al., 2020; Twycross, 2007).

Atferdsendringer hos barnet blir beskrevet som blant de viktigste tegnene på at barnet opplever smerter postoperativt (Andersen et al., 2019; Twycross, 2007, 2008; Twycross et al., 2013). Vi kan se på atferdsendringer som både fysiske og psykiske endringer hos barnet. Tegn på atferdsendringer kan være at barnet blir irritabelt, aggressivt, aktivt, eller somnolent. Hos de minste barna er ofte tegn på smerter at barnet uttrykker smertegråt, ynker seg eller er engstelig (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168). For å kartlegge om endringer i atferd skyldes postoperative smerter kan sykepleier fjerne andre ubehag som kan komme enten fordi barnet er sultent, trenger ny bleie eller trenger nærhet og omsorg (Andersen et al., 2019).

I studien vår kom det frem at kartleggingsverktøyet Comfort Scale var spesielt egnet til preverbale barn, da den tar utgangspunkt i kroppsspråk og aktivitetsnivå (Andersen et al., 2019). Til tross for at atferdsendring kan være et tydelig tegn på smerter er det viktig at sykepleier har kunnskap om at noen barn gir lite uttrykk for smerter da de trekker seg inn i seg selv, i stedet for å sende ut signaler til omgivelsene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). For å kunne se atferdsendringer hos barnet er det viktig at sykepleier kjenner til barnets «normale», eller har mulighet til å se andre sykepleieres

vurdering av atferden til barnet. Ut fra dette må sykepleier være bevisst på at atferdsendringer kan være et tydelig tegn på smerter, men ikke i alle tilfeller. På en annen side kan barnet være rolig selv om de opplever smerter, og ut fra kartleggingsverktøyet som blir brukt kan barnet skåre lavt. Dette betyr at sykepleier må være bevisst på at kartleggingsverktøy som tar for seg atferd ikke alene er tilstrekkelig til å vurdere barnets smerter, men en nyttig observasjon som må inkluderes for å identifisere postoperative smerter, samt at man må vurdere atferdsendringene regelmessig.

5.2.2 Organisering og klinisk kompetanse

Studien vår har vist at sykepleiere trenger kunnskap innenfor organisering og klinisk kompetanse, dette vil være med på å påvirke sykepleiers evne til å identifisere postoperative smerter hos barn. Studien belyser hvordan det erfarne blikk hjelper sykepleier til å identifisere postoperative smerter, samt hvordan rutiner og dokumentasjon påvirker identifiseringen (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018; Twycross, 2007; Twycross et al., 2013).

Sykepleiere som hadde lengre erfaring og hadde utviklet et erfarent blikk, identifiserte postoperative smerter lettere. Ved det erfarne blikk observerte de kroppsspråk, atferdsendringer og tydelige tegn på smerter. De hadde større tillit til egne vurderinger enn uerfarne sykepleiere. De sykepleierne som var nye i yrket var helt avhengig av arbeidskollegaer for å vurdere de postoperative smertene (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018). Kompetanse og erfaring er en viktig forutsetning for å identifisere smerter postoperativt. Kompetanse oppstår når kunnskap og erfaring deles med andre. Det er noe felles som knytter en klinisk virksomhet sammen i en organisatorisk enhet. Orvik (2015, s. 23) beskriver dette som: å arbeide er å samarbeide. Hvis det er slik at sykepleiere med mindre erfaring har mindre tillit til egne vurderinger, burde eksempelvis obligatoriske øvingsdager blitt gjennomført på avdelinger med postoperative barn. Det vil være med på å øke kompetansen til mindre erfarne sykepleiere samt vil sykepleierne lære mye av hverandre.

I Lov om helsepersonell (1999, § 4) blir det understreket at det er helsepersonellens ansvar å innrette seg etter de faglige kvalifikasjoner som behøves i det arbeidet en skal utføre. Norges sykepleierforbund (u.åa) beskriver faglig kompetent sykepleie som en kompetanse sykepleier har tilegnet seg til å handle riktig og forsvarlig i en gitt situasjon. En forutsetning for dette er at sykepleier innehar oppdatert kunnskap, de ferdigheter som er relevante og faglige personlige egenskaper. Dette betyr at det er sykepleiers oppgave å tilegne seg de kunnskaper som må til for å lettere kunne identifisere postoperative smerter hos barn og utvikle sin kliniske kompetanse innenfor dette feltet. I situasjoner hvor sykepleier ikke stoler på egne vurderinger grunnet manglende erfaring, er det sykepleiers ansvar å tilegne seg kunnskap og søke hjelp av andre kollegaer eller andre profesjoner (NSF, u.åb).

Vår studie belyser at rutiner kan bidra til at sykepleier lettere kan identifisere postoperative smerter hos barn (Skog et al., 2020; Twycross, 2008; Twycross et al., 2013). Ved klare rutiner for bruk av kartleggingsverktøy vil verktøyene bli hyppigere brukt og det vil føre til et økt fokus på oppdagelse av uidentifiserte postoperative smerter. Identifisering av postoperative smerter er en klar sykepleieoppgave og rutiner ved bruk av kvalifiserte kartleggingsverktøy burde være like naturlig som å måle vitalier

da det ofte er forventede smerter etter et kirurgisk inngrep (Grønseth & Markestad, 2017, s.167).

Skog et al. (2020) nevner i sin studie at flere sykepleiere følte smertekartleggingsverktøy ble en ekstra arbeidsbelastning da det ikke var tilrettelagt rutiner og nok tid til å anvende de i praksis. Orvik (2015, s. 90) sier at tid er nøkkelen til kvalitet, tid er en forutsetning for at sykepleiere kan danne en nærhet og relasjon som er viktige faktorer for identifisering av smerter hos barn. I profesjons konteksten er tid en forutsetning for at helsepersonell kan utføre sitt arbeid slik de er opplært til og ivareta sin egen integritet. Tid er også en forutsetning for å delta i medvirkning i en organisasjon (Orvik, 2015, s. 94). På en sengepost med mange ansatte krever det at sykepleier legger av nok tid i pasientarbeidet for å sikre kvalitet og gode rutiner. Eksempelvis kan sykepleier påvirke til å innføre en rutine med å bruke kartleggingsverktøy før eller etter stell, og hvor ofte en skal bruke kartleggingsverktøy burde det være klare rutiner på i avdelingen.

Sykepleiere har en lederfunksjon i faglig og juridisk stand (Orvik, 2015, s. 309). Utvikling av helsefremmende arbeidsplasser krever at det er kliniske ledere som fanger opp organisatoriske utfordringer som setter arbeidsvilkårene til helsepersonell under press, eksempelvis mangel på rutiner og tid. Organisatorisk kompetanse innenfor et organisasjonsperspektiv kan fange opp dette (Orvik, 2015, s. 134). For å kunne implementere bruken av kartleggingsverktøy må sykepleierne vite om den, være enig i å bruke den og bruke den med alle de aktuelle barn. Sykepleiere må ha fokus på å sette pasienten først og ta pasienten på alvor. Det er viktig at sykepleier bidrar med sin organisatoriske kompetanse på arbeidsplassen for å sikre pasientarbeidet. En forutsetning for dette er at sykepleier er bevisst bruken av tid, bemanning og rutiner. I lys av dette bør sykepleier medvirke i organisasjonen ved å si ifra om forhold som får negative konsekvenser for pasienten. Ifølge NSF (u.å.) er sykepleieren pliktig til å melde fra om avvik for forebygging av manglende rutiner og hendelser. Eksempelvis bør sykepleiere dokumentere avvik om at manglende rutiner, bemanning, og tid fører til økt forekomst av uoppdagede smerter. Det kan tenkes at dette kan påvirke ledelsen til å sette i verk tiltak for å bedre problemene.

Vår studie viser til dokumentasjon som en sentral forutsetning for identifisering av postoperative smerter (Andersen et., 2019; Simons et al., 2009; Twycross 2007; Twycross, 2008). Regelmessig dokumentering skal inkludere vurderinger som blir gjort av sykepleier, barnet og foreldrenes opplevelse av smerter. Vurderinger av smertene blir sett på som et godt hjelpemiddel for sykepleiere. God dokumentering kan hjelpe sykepleier til å innhente informasjon rundt barnets tidligere møter med smerte og hjelpe sykepleiere som kommer på neste vakt til å kjenne til barnets reaksjoner og opplevelser ved smerter postoperativt. Eksempelvis tenker vi at manglende dokumentasjon kan gjøre det vanskeligere for sykepleiere som kommer på neste vakt eller ved neste innleggelse å identifisere smertene til barna. Sykepleiere er også pålagt av lov å føre journal til hver enkelt pasient om den helsehjelp som blir gitt med god yrkesskikk. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger (Helsepersonelloven, 1999, § 39–40). Ved å ikke dokumentere observasjoner man har gjort hindrer man en evidensbasert smertebehandling. Dette betyr at dokumentasjon av blant annet smerte og atferd må bli gjennomført etter hver vakt. Ved dokumentering blir systematisk kartlegging og sammenligning av smerteskårer og atferdsmønster mulig.

5.2.3 Kunnskap om det enkelte barn

Studien vår har vist at kunnskap om det enkelte barnet kan hjelpe sykepleier å identifisere postoperative smerte hos barn (Andersen et al., 2019; Simons et al., 2001; Skog et al., 2020; Twycross 2008). Ved å danne en relasjon til barnet, ha kunnskap om barnets tidligere smerteopplevelser og et godt samarbeid med foreldre kan sykepleier lettere identifisere postoperative smerter.

Vår studie viser at en god relasjon mellom sykepleier og barnet kan hjelpe sykepleieren til å identifisere postoperative smerter hos barn (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Twycross, 2008). En god relasjon fører til at sykepleier lettere ser endringer hos barnet samt at barnet føler seg tryggere til å tidlig gi uttrykk for smerter. Ifølge Travelbee (1999, s.41) er det sykepleiers rolle å danne en god relasjon i et menneske-til- menneskeforhold. Det er gjennom menneske- til- menneske forholdet at sykepleier bevisst gjennom observasjon og kommunikasjon identifiserer de behovene som må ivaretas (Travelbee, 1999, s.142). Dette understrekes også av (Markestad & Grønseth, 2017, s.98) som skriver at det å danne en relasjon krever at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter. I tillegg skriver Grønseth & Markestad (2017, s. 99) at barnet må føle seg møtt, inkludert og respektert, hvis ikke kan det stenge for videre kommunikasjon, noe som kan føre til at barnet holder smerteopplevelsen for seg selv. Dermed må sykepleier i møte med barn være bevisst på hvordan de opptrer. Barn er vare for sykepleiers kroppsspråk og toneleie og liker at helsepersonell snakker vennlig med dem. Om sykepleier bevisst skaper et tillitsforhold til barnet og sprer positive følelser, unngår sykepleier at barnet kategoriserer sykepleieren som skremmende som kan svekke tilliten (Markestad & Grønseth, 2017, s.98).

Et annet funn i studien er at kunnskap om barns tidligere smerter kan hjelpe sykepleier å identifisere de nåværende postoperative smertene (Andersen et al., 2019; Skog et al., 2020; Twycross, 2007, 2008). Ved å ha kunnskap om tidligere smerte opplevelser og reaksjoner kan sykepleier lettere forstå de nåværende smertene, da barn lærer av tidligere opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166). Ut ifra dette tenker vi at sykepleiere burde være bevisst på å få mer kunnskap om det enkelte barn og samle inn en smertehistorie ved innleggelse. Smertehistorien burde inkludere barnets tidligere smerteopplevelser evt. andre traumatiske opplevelser, dette kan hjelpe sykepleier å forstå nåværende smerter (ehandboken, 2021). Foreldrene er en viktig hovedkilde til denne informasjonen (Andersen et al., 2019; Twycross, 2007, 2008).

Studien vår viser at samarbeid mellom foreldre og sykepleier er sentralt for å identifisere postoperative smerter hos barn (Andersen et al., 2019; Simons et al., 2001; Skog et al., 2020; Twycross, 2007, 2008). For å få til et godt samarbeid med foreldrene må sykepleier bevisst danne en god relasjon også til foreldrene (Simons et al., 2001). Dette forutsetter at sykepleier tar initiativ til å kommunisere med foreldrene og involvere de i smertevurderinger som blir gjort av barnet. Foreldrene er de som oftest kjenner til barnets «normale» atferd og vil lettere se avvik fra barnets «normale». Sykepleier har ifølge «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjons» (2000, § 5) ansvar for å gi informasjon og veiledning om barnets mulige reaksjoner, som for oss betyr de postoperative smertene.

Ved å informere foreldrene om mulige smerter postoperativt og hvordan de kan fremtre hos barnet kan foreldre lettere rapportere til sykepleier om de ser endringer. Derfor er et tett samarbeid med foreldre viktig, spesielt hos preverbale barn som ikke har mulighet til selvrapporering. Dette kommer også frem i Travelbee sin teori som omhandler menneske- til- menneske forhold, i de situasjonene hvor barnet ikke klarer å gi uttrykk for smerter krever det et samarbeid med foreldre som kjenner til barnet best. Dette er fordi det er de som best kan tolke uttrykkene, og som kjenner til barnets reaksjonsmønstre og væremåte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 102). Dette er viktig for å få tilstrekkelig informasjon om barnet for å identifisere postoperative smerter.

6 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan sykepleier kan identifisere postoperative smerter hos barn og hvilke vurderinger sykepleier gjør i denne prosessen. Gjennom vår systematiske litteraturstudie økte vi vår kunnskap rundt hvordan sykepleier lettere kan identifisere postoperative smerter hos barn. Gjennom systematisk kartlegging: bruk av kartleggingsverktøy og observasjon av atferdsendringer kan sykepleiere på systematisk vis anvende ulike kartleggingsverktøy tilpasset barnet ut fra utvikling, modenhet og alder for å identifisere postoperative smerter. Den kliniske og organisatoriske kompetanse som til sammen utgjør den «dobbelte kompetanse» var viktige faktorer som påvirket sykepleiers praksis. Sykepleier må selv være engasjert og interessert i sitt fagområde og tilegne seg den kompetansen arbeidet krever. Sykepleier må være bevisst sitt ansvar i en større enhet og hva som er god organisering på avdelingen. En forutsetning for å identifisere smertene tidligst mulig er ved å danne en relasjon til både barnet og foreldrene. Dette krever at sykepleierne er bevisst sitt arbeid i relasjonsbyggingen og at de inkluderer både barnet selv og foreldrene som kjenner barnet «best» i sine vurderinger. Det å innhente en tidligere smertehistorie gjennom anamnesen eller foreldrene er også sentralt for å få et helhetlig bilde av hvordan barnet tidligere har opplevd smerter og reaksjoner på dem. I lys av dette var ett av funnene at sykepleier må dokumentere sine vurderinger av barnets smerter, slik at helsepersonell som skal gi omsorg til barnet ved en senere anledning har tilstrekkelig informasjon om barnets smerter.

6.1 Forslag til videre forskning

Barn er en sårbar gruppe med ulike behov som trenger omsorg og forsvarlig pleie. Vi har sett at forskning på barn med postoperative smerter er et begrenset forskningsfelt. Forslag til videre forskning kan være: hvordan sykepleiere anvender sin organisatoriske kunnskap i den postoperative avdelingen for å hindre at barn lider unødige smerter postoperativt. Vi undrer oss på hvordan slike forhold påvirker identifiseringen av smerter for sykepleiere og hvilke vurderinger sykepleiere gjør i slike situasjoner.

Referanser

- Almås, H., Berntzen, H. & Danielsen, A. (2016). Sykepleie ved smerte. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utgave, s. 381–427). Gyldendal Akademisk.
- Andersen, R. D., Nakstad, B., Jylli, L., Campbell-Yeo, M. & Anderzen-Carlsson, A. (2019). The Complexities of Nurses' Pain Assessment in Hospitalized Preverbal Children. *Pain Management Nursing*, 20(4), 337–344. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.060>
- Backe-Hansen, E. (2009, september 1). *Barn*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utgave, s. 309–379). Gyldendal Akademisk.
- Bratli, L., Nystrøm, V. & Leonardsen, A.-C. (2020). *Hvordan kan sykepleiere kartlegge barns smerte?* <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80444>
- Børli, H. (1972). *Kyndelsmesse*. Aschehoug & Co.
- Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 22. mai 2022, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside?olds=true>
- ehandboken. (2021, august 9). *Smertevurdering av barn 0-18 år*. ehandboken. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/119216>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Evens, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2). <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering analys och present* (4. utgave).
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217/§5>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pedatri og pediatrik sykepleie* (4. utgave). Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2016). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 57440, e-57440. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.57440>
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *sjekklister*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie* (2. utgave). Fagbokforlaget.

Johansen, H.-S. & Leonardsen, A.-C. (2020). *Slik får barnet tilstrekkelig postoperativ smertelindring*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80799>

Lindemann, T. (1986). *Barn og smerter*. Tano.

Nortvedt, F. (2015). Kan smerte defineres? *Sykepleien*, 10(2), 180–183. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54463>

NSF. (u.åa). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

NSF. (u.åb). *Hvordan jobbe med arbeidsmiljøet?* Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/arbeidsvilkar/hvordan-jobbe-med-arbeidsmiljoet>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse* (2. utgave). Cappelen Damm Akademisk.

Ot.prp.nr.110. (2008). *Om lov om vergemål (vergemålsloven)*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-110-2008-2009-/id575124/?ch=3>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>

Sand, O., Haug, E., Bjålie, J., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. (2018). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (3.utgave). Gyldendal Akademisk.

Simons, J., Franck, L. & Roberson, E. (2001). Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. *Journal of advanced nursing*, 36(4), 591–599. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02012.x>

Simons, J. & Moseley, L. (2009). Influences on nurses' scoring of children's post-operative pain. *Journal of Child Health Care*, 13(2), 101–115. <https://doi.org/10.1177/1367493509102468>

Skog, N., Mårtensson, M. M., Dykes, A.-K. D. & Vejzovic, V. (2020). Pain assessment from Swedish nurses' perspective. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 26(3), e12317. <https://doi.org/10.1111/jspn.12317>

Smeland, A. (2020). *Smertevurdering av barn*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/smerte-og-sedasjon/smertevurdering-av-barn>

Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg, S. & Rustøen, T. (2018). Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management. *Pain Management Nursing*, 19(6), 585–598. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006>

Solbakk, J. H. (2014, oktober 10). *Sårbare grupper*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/sarbare-grupper/>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. (2012). *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

Twycross, A. (2007). Children's nurses' post-operative pain management practices: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 869–881. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.010>

Twycross, A. (2008). Does the perceived importance of a pain management task affect the quality of children's nurses' post-operative pain management practices? *Journal of clinical nursing*, 17(23), 3205–3216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02631.x>

Twycross, A., Finley, G. A. & Latimer, M. (2013). Pediatric nurses' postoperative pain management practices: An observational study. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 18(3), 189–201. <https://doi.org/10.1111/jspn.12026>

Vedlegg

Vedlegg 1. Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Nurse AND pain assessment AND children	02.12.21	Cinahl Complete	2005-2021 English language Peer Reviewed Research article	38	4	5	Andersen et al. (2019). Skog et al. (2020).
postoperative pain AND child AND nurses	10.04.22	Cinahl Complete	2005-2022 English Language Peer Reviewed Research article	102	12	6	Smeland et. al (2018). Twycross (2007). Simons & Moseley (2009). Twycross (2008).
health personnel AND postoperative AND child AND pain management	12.04.22	Cinahl complete	2000-2022 English language Peer Reviewed Research article	29	2	1	Twycross et al. (2013).
nurses experience OR view AND post operative OR post- surgery AND children AND pain assessment OR pain management	25.04.22	Cinahl Complete	2000-2022 English language Peer Reviewed Research article	10	4	1	Simons et al. (2001).

Vedlegg 2. Litteratormatrise 1

Referanse	Andersen, R. D., Nakstad, B., Jylli, L., Campbell-Yeo, M. & Anderzen-Carlsson, A. (2019). The Complexities of Nurses' Pain Assessment in Hospitalized Preverbal Children. <i>Pain Management Nursing</i> , 20(4), 337–344. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.060
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å utforske hvilke metoder sykepleiere brukte for å identifisere smerter hos preverbale barn.
Keywords	<i>Pain, Children, Qualitative study, Nursing.</i>
Metode	Metode: I studien ble det brukt kvalitativ metode. Forskningen foregikk på 5 ulike sykehus i Norge og Canada på fem avdelinger, hvor flere var kirurgiske. Utvalg: 22 sykepleiere med minst ett års erfaring innenfor omsorg med pre verbale barn. Datainnsamling: Det ble brukt intervju for datainnsamling. Data ble innhentet fra intervjuer hvor sykepleierne ble bedt om å beskrive hvordan de vurderte smertene hos de preverbale barna. Intervjuene varte mellom 33 og 75 minutter. Analyse: Funnene i intervjuene ble sortert i temaer og undertemaer. Data ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.
Resultat Konklusjon	Sykepleierne i studien anså smertevurderingsverktøy som et viktig aspekt ved identifisering av smerter. På en av avdelingene var COMFORT- skala brukt daglig for å identifisere av smerter. Gode vurderinger og dokumentasjon ble sett på som viktig. Det kommer også frem at kommunikasjon og relasjon med barn og foreldrene er viktig for at sykepleierne skal identifisere smerter raskt og tilegne seg kunnskap om barnet. Erfaring og selvtillit ble ansett som nødvendig for riktig vurderinger av smerte. Sykepleierne baserte sine vurderinger på bakgrunn av det individuelle barnet. Kunnskap rundt det enkelte barn, barnets «normale» atferd og dets tidligere opplevelser ved smerter anså sykepleiere som viktige vurderinger. Disse vurderingene kom de frem til ved å bruke systematisk kartlegging, kliniske kompetanse og få kunnskap om det enkelte barn.
Relevans	Denne studien er relevant for oss da den tar for seg hvordan sykepleierne i studien brukte sin kliniske kompetanse og erfaring når de skulle vurdere smerter hos barn. Disse vurderingene er viktige for at sykepleier skal kunne identifisere postoperative smerter hos preverbale barn, da det er komplekst å vurdere smerter hos denne aldersgruppen.

Litteratormatrise 2

Referanse	Skog, N., Mårtensson, M. M., Dykes, A.-K. D. & Vejzovic, V. (2020). Pain assessment from Swedish nurses' perspective. <i>Journal for specialists in pediatric nursing</i> , 26(3), e12317. https://doi.org/10.1111/jspn.12317
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere vurderte smertene hos barn.
Keywords	<i>nursing, pain assessment, pediatric care.</i>
Metode	<p>Metode: I studien blir det brukt kvalitativ metode hvor dataene ble samlet med intervju. Undersøkelsen foregikk på tre forskjellige sykehus i det sørlige Sverige, på pediatriske avdelinger.</p> <p>Utvalg: Totalt 12 sykepleiere sine intervjuer ble inkludert i studien. Flere av sykepleierne hadde erfaringer med postoperative smerter. Kriteriene for å delta i undersøkelsen var at sykepleierne måtte ha erfaring og minst ett års arbeid med barn.</p> <p>Datainnsamling: Dataene ble samlet inn i perioden mars- april 2019 gjennom SRI- teknikk (stimulated recall interview - technique). Intervjuene varte mellom 16 og 26 minutt. Alle intervjuene ble tatt opp for å minimere risikoen av å miste informasjonen.</p> <p>Analyse: Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere data.</p>
Resultat	Resultatene belyser at sykepleieres kliniske kompetanse og organisatoriske faktorer som rutiner og arbeidspres påvirket smertevurderingen. Gode rutiner, riktig opplæring i bruk av smerte vurderingsskalaer og troen på sin egne kliniske vurderinger kunne bidra til å bedre sykepleiers vurdering av smerter.
Konklusjon	Sykepleierne anså smertevurderingsverktøy som en viktig del av smertebehandling. Resultatene indikerer at sykepleiere trenger klare rutiner i kombinasjon med opplæring i hvordan bruke smerteskalaer for å bedre smertebehandlingen hos barn. Samt de tar for seg det å bruke det «kliniske blikket» for å kunne identifisere postoperative smerter noe som kan være mer utfordrende jo mindre kompetanse og erfaringer sykepleieren har.
Relevans	Denne studien er relevant for oss da den belyser viktigheten av systematisk kartlegging som kartleggingsverktøy og den kliniske kompetanse blant sykepleiere for identifisering av postoperative smerter. En forutsetning for dette er at sykepleier setter seg inn i rutiner for avdelingen, verktøyet som blir brukt og viktigheten av dette.

Litteratormatrise 3

Referanse	Smeland, A.H., Twycross, A., Lundeberg, S., Rustøen, T. (2018). Nurses Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management. <i>Pain Management Nursing</i> , 19, (6), 585-598. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006
Studiens hensikt	Studiens hensikt var å identifisere sykepleieres kunnskaper, holdninger og kliniske praksiser i håndteringen av pediatriske postoperative smerter, samt fastslå om det var en sammenheng mellom kunnskap og praksis.
Keywords	Ingen keywords.
Metode	<p>Metode: Kvantitativ og kvalitativ metode. Det ble brukt et spørreskjema «PNKAS-N» for å samle inn data om sykepleieres holdning og kunnskap. Det ble også utført en observasjonsdata om klinisk praksis ved hjelp av en sjekklister og feltnotater. Sykepleierne ble observert i en periode på 2 uker på de forskjellige sykehusene.</p> <p>Utvalg: 259 sykepleiere som jobbet ved barneavdelinger i Norge, fylte ut et spørreskjema (PNKAS-N) om kunnskap og holdninger til pediatrisk smerte behandling. De ble også observert i klinisk praksis over en 2- ukers periode i hver avdeling.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet inn fra 6 universitetssykehusene i Norge i august til oktober 2014.</p> <p>Analyse: Beskrivende og korrelativ statistikk ble brukt til å beskrive og oppsummere dataene fra PNKAS-N. Observasjons dataene ble analysert ved at frekvens og proporsjoner ble beregnet for å oppsummere dataene.</p>
Resultat	Et av resultatene i studien var at sykepleiere hadde god kunnskap om kartlegging av smerter hos barn. Oftest brukte sykepleieren kartleggingsverktøyet VAS eller FLACC for å vurdere smerter hos barn. 80 % av sykepleierne mente at barnet selv var best egnet til å vurdere sin egne smerteopplevelse postoperativt.
Konklusjon	De fleste sykepleierne svarte riktig på spørsmålene som omhandlet smerter og smertebehandling. Det at smertevurderingsverktøyene ikke alltid ble brukt riktig i praksis sier noe om sykepleiers holdning til bruken av dem eller at de mangler kunnskap rundt hvordan anvende de.
Relevans	Denne studien har relevans for vår oppgave da den tar for seg sykepleiernes bruk av kartleggingsverktøy, sykepleiers holdninger og kunnskaper rundt hvordan vurdere smerter hos barn.

Litteratormatrise 4

Referanse	Twycross, A. (2007). Children's nurses' post-operative pain management practices: An observational study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 44(6), 869–881. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.010
Studiens hensikt	Studiens hensikt var å belyse hvordan sykepleiere faktisk håndterer postoperative smerter hos barn og om sykepleier følger de gjeldende retningslinjene for praksis.
Keywords	Children's, nurses, post- operative, pain management, observation
Metode	<p>Metode: Kvalitativ metode, en observasjon studie.</p> <p>Utvalg: 13 sykepleiere deltok i studien. Det ble samlet inn data fra 36 vakter. De hadde ansvaret for minst 81 barn (19 nyfødte, 23 preverbale barn, 20 barn i skolealder og 19 tenåringer) som ble observert.</p> <p>Datainnsamling: Data ble hentet fra en kirurgisk barneavdeling i England som har ansvar for barn fra fødsel til 16 år. Hver sykepleier ble observert i en 5 timers periode fra to til fire skift hver. Data ble samlet fra 36 skift (185 timer).</p> <p>Analyse: Data fra hver sykepleier ble samlet inn, deretter ble det laget et sammendrag av sykepleiers smertebehandling praksiser. Disse dataene ble analysert og kodet av forskeren og deretter en erfaren sykepleier.</p>
Resultat	Resultatene fra studien viser at noen sykepleiere spurte om tidligere smertehistorie hos barn. Et annet funn var at sykepleiere inkluderer foreldre for å innhente informasjon om barnet. Det ble oftest brukt Wong Baker Face - skala og VAS hos barneskolebarn.
Konklusjon	Innhenting av smertehistorie, bruk av smertekartleggingsverktøy, observasjoner av atferdsendring, inkludering av foreldre, samarbeid på avdelingen og rutiner av smertevurdering og dokumentasjon kommer frem i studien som viktige deler i smertevurderinger.
Relevans	Det å tilegne seg kunnskap og kommunisere med barnet og foreldrene er viktig for å kunne identifisere smerter postoperativt. Studien viser også til viktigheten av å involvere barnet i sin egne smertevurdering ved hjelp av kartleggingsverktøy for smerter, og ikke minst anvende disse riktig.

Litteratormatrise 5

Referanse	Simons, J. & Moseley, L. (2009). Influences on nurses' scoring of children's post-operative pain. <i>Journal of Child Health Care</i> , 13(2), 101–115. https://doi.org/10.1177/1367493509102468
Studiens hensikt	Studiens hensikt var å utforske hva som påvirker sykepleiers skåring av smerter hos barn de første 24 timene postoperativt.
Keywords	Assessment, pain, post- operative pain
Metode	<p>Metode: Kvantitativ metode.</p> <p>Utvalg: Sykepleiers smertevurdering hos 175 barn.</p> <p>Datainnsamling: Fire barneavdelinger på 2 ulike sykehus.</p> <p>Analyse: Data ble analysert på bakgrunn av vurderingene som ble evaluert, vurderingene av scorene som ble registrert, samt alder, kjønn og type kirurgiske inngrep utført.</p>
Resultat	Smertevurderingsverktøy ble oftest ble brukt på preverbale eller yngre barn og egenrapportering ble brukt hos verbale barn. Det kommer frem i studien at regelmessig kartlegging og dokumentasjon av smerte er viktig for å identifisere smerter. Kartlegging av smerter ble oftere gjennomført om sykepleier kunne dokumentere smerter og vitale målinger på samme observasjonsark enn ved 2 ulike notat.
Konklusjon	Studien tar for seg systematisk kartlegging i form av bruk av smertekartleggingsverktøy og sykepleiers kliniske kompetanse.
Relevans	Studien er relevant for oss da den tar for seg ulike vurderinger av smerter og gir oss muligheten til å se hva som kan virke inn på sykepleieres vurdering av smerter.

Litteratormatrise 6

Referanse	Twycross, A. (2008). Does the perceived importance of a pain management task affect the quality of children's nurses' post-operative pain management practices? <i>Journal of clinical nursing</i> , 2008-12, Vol.17 (23), p.3205-3216. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02631.x?fbclid=IwAR3U5Xi7kSONZ4gtevx-JmF3vk-I4cFfldAHzqKXajQKcrsPagG8UHIPIF4
Studiens hensikt	Studiens hensikt var å utforske om det var et forhold mellom det sykepleier mente var viktig i håndteringen av smerter postoperativt, stemte overens med deres egne praksis.
Keywords	<i>Children's nurses, pain management, post-operative, priority attributed to pain, management</i>
Metode	<p>Metode: Kvalitativ metode, deltakende observasjonsstudie og spørreskjema.</p> <p>Utvalg: 13 sykepleiere som jobbet på en kirurgisk barneavdeling.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet fra et universitetssykehus i England. Sykepleiere utførte også et spørreskjema for å gi et mål på betydningen som er tillagt oppgaver knyttet til smertebehandling.</p> <p>Analyse: Spørreskjemaene fra de individuelle deltakerne ble sammenlignet med observasjonsdata.</p>
Resultat	Nesten alle sykepleiere mente det var viktig å fastslå barnets tidligere opplevelser av smerter og dokumentere barnets smerte. Flere av sykepleiere mente også at atferdsendring kan være tegn på at barnet opplever smerte, ordene barnet brukte for å beskrive smerte ble ansett som viktig av 8 sykepleiere. Fysiologiske indikatorer på smerter var også vurdert til å være moderat/høyst viktig i vurderingen av smerter. Kommunikasjon med barnet selv og foreldrene ble rangert som viktig av alle sykepleierne.
Konklusjon	Det kommer frem flere viktige funn som kartlegging av tidligere smertehistorie, bruk av kartleggingsverktøy og observasjon av atferd. Dokumentasjon av smerteskår ble sett på som viktig av flere, samt samarbeid innad på avdelingen og kommunikasjon med barn og pårørende ble sett på som svært viktig blant flere av sykepleierne.
Relevans	Denne studien omhandler sykepleieres praksis og sykepleiers oppfatninger rundt viktigheten av god smertebehandling postoperativt hos barn. Den tar for seg sykepleieres oppfatninger av ulike tiltak og aspekter som er viktig i smertebehandling som er relevante for vår oppgave.

Litteratormatrise 7

Referanse	Twycross, A., Finley, G. A. & Latimer, M. (2013). Pediatric nurses' postoperative pain management practices: An observational study. <i>Journal for specialists in pediatric nursing</i> , 18(3), 189–201. https://doi.org/10.1111/jspn.12026
Studiens hensikt	Målet med studien var å ta en grundig undersøkelse av postoperativ smertebehandling hos sykepleiere.
Keywords	<i>Ingen keywords</i>
Metode	<p>Metode: Kvalitativ forskning.</p> <p>Utvalg: 17 sykepleiere som jobber på pediatrik kirurgisk avdeling.</p> <p>Datainnsamling: Feltnotater ble brukt til å registrere data mens man observerte klinikere, barn og deres foreldre.</p> <p>Analyse: Data ble analysert på flere måter for å få en forståelse av håndtering av smerter: Feltnotater ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Sykepleiers handlinger ble undersøkt når en smertescore på 5 eller høyere ble registrert.</p>
Resultat	2 smertevurderingsverktøy ble brukt på avdelingen: Faces pain scale-revised (FPS-R) og en nummererende skala (1-10). Disse skalaene var ansett som gode validerende verktøy i denne aldersgruppen. De fleste sykepleierne tok minst 2 smertevurderinger av barna de første 24-72 timene postoperativt, men disse var ikke alltid dokumentert av alle. Funnene tyder på at barnets atferd var en viktig vurdering når sykepleierne skulle vurdere smertene, men at dette alene ikke alltid var nok i en vurdering. Det var ikke et verktøy for vurdering av atferd tilgjengelig på avdelingen, så da tok sykepleierne noen ganger i bruk egne notater for dette.
Konklusjon	Sykepleierne anså det som viktig å inkludere barnet i vurderingen av smerter. Smertevurderingen var som regel påvirket av barnets atferd, verktøyene som ble brukt og sykepleiers dokumentering av smertene.
Relevans	Studien er relevant for vår oppgave for å belyse hvordan sykepleiere vurderer smerter hos barn mellom 0-18 år postoperativt, noe som bidrar til å identifisere smerter.

Litteratormatrise 8

Referanse	Simons, J., Franck, L. & Roberson, E. (2001). Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. <i>Journal of advanced nursing</i> , 36(4), 591–599. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02012.x
Studiens hensikt	Studiens hensikt var å utforske foreldre og sykepleiers syn på involvering av foreldre i behandlingen av barns smerter de første 48 timene postoperativt.
Keywords	<i>parents, nurses, children, pain management, involvement, perceptions</i>
Metode	<p>Metode: Kvalitativ metode.</p> <p>Utvalg: 20 sykepleiere som jobbet på en barneavdeling.</p> <p>Datainnsamling: Foreldre og sykepleiere ble intervjuet om deres oppfatninger rundt involvering av foreldre i smertebehandlingen.</p> <p>Analyse: For at konklusjonene fra denne studien skal reflektere foreldrenes og sykepleierens oppfatninger, ble en form for rekursiv komparativ analyse brukt på intervju dataene. Deretter ble temaene sjekket av to sykepleiere som var eksperter på dette fagfeltet som videre vurderte og sjekket at temaene stemte overens.</p>
Resultat	Et av funnene var at sykepleier bør gi foreldre god informasjon om smertehåndteringen og viktige vurderinger slik at foreldrene lettere kan bidra til å identifisere smerter. Sykepleiere sier at foreldrene kjenner barnet best og kan lettere observere endringer hos barnet. Viktigheten av å danne et relasjons grunnlag og involvere foreldre er et viktig funn i studien.
Konklusjon	De fleste sykepleiere mente at foreldre var en viktig samarbeidspartner for rask identifisering av smerte.
Relevans	Sykepleieres relasjon til foreldre og barnet kommer frem som svært viktig for rask identifisering av smerte. Foreldrene kjenner barnet sitt best og kan lett identifisere endringer i atferd eller om barnet opplever smerte.

