

Kandidatnummer: 10066

Smertekartleggingsverktøy for barn – sykepleierens erfaringer («FAGARTIKKEL»)

Prosjektbachelor

HSYK3003

Ord: 4882

Kull 2019

02. juni 2022

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

Kandidatnummer: 10066

Smertekartleggingsverktøy for barn – sykepleierens erfaringer («FAGARTIKKEL»)

Prosjektbachelor
HSYK3003
Ord: 4882
Kull 2019
02. juni 2022

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon

I arbeidet med barn er smerter et av de vanligste problemene sykepleiere møter i klinikken. En viktig faktor innenfor smertelindring er smertekartlegging basert på selvrappotering med bruk av smertekartleggingsverktøy. Dette betegnes som gullstandarden for smertekartlegging. Det finnes mange validerte verktøy for smertekartlegging. Forskning viser at disse helles bruker i tillegg til sykepleierens kliniske blikk og vitale målinger enn alene. Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy til barn.

Metode

Prosjektet har en kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming. Datainnsamlingen ble gjennomført med en medstudent, og det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer av 4 sykepleiere ved et barnemottak. I forkant av intervjuene ble det sendt ut et samtykkeskjema og informasjonsskriv, samt utarbeidet en intervjuguide. Dataanalysen ble gjort inspirert av Malteruds metode for systematisk analyse av kvalitative data.

Resultat

Sykepleierne ved avdelingen benytter smertekartleggingsverktøy i varierende grad, og hyppigere blant store barn enn mindre barn. Samtidig presiseres det at det alltid gjøres en vurdering av barnets smerter. Også parametere som vitalia, barnets oppførsel og pårørende, brukes i smertekartleggingen. Bruken av verktøyene hindres av at de kan føre til forvirring for barna, at scoren de sitter igjen med ikke alltid er troverdig og at sykepleierne opplever at vurderingen blir bedre med bruk av klinisk blikk enn verktøyene. Undervisning er et av tiltakene som trekkes frem for å bedre bruken av smertekartleggingsverktøy.

Konklusjon

Studien viser at til tross for at sykepleierne har god kjennskap til smertekartleggingsverktøy og gode holdninger innenfor området, benyttes de i varierende grad. En vurdering basert på flere faktorer som pasientenes adferd, vitale parametere og sykepleierens kliniske kompetanse brukes for smertekartlegging av barn, sammen med smertekartleggingsverktøy. Til tross for at gullstandarden for smertekartlegging er selvrappotering, kan denne praksisen undergrave sykepleierens kliniske kompetanse. En smertekartlegging med bruk av flere faktorer kan skape et bedre bilde av smertens komplekse natur.

Abstract

Background

Whilst working with children, pain is one of the most common complaints in the clinic. An important contributing factor to pain management is pain assessment based on the patients' self-report using pain assessment tools, as it's considered the gold standard for pain assessment. Many tools have been validated for use in a hospital setting, but previous studies show that they are being used complimentary to factors such as vitals and the nurses' "clinical eye". The aim of this study is to examine nurses' experiences with pain assessment tools for children.

Method

This project uses a qualitative method with a phenomenological approach. The collection of data was done with a fellow student, and four semi-structured interviews were held with nurses from a child emergency unit. A consent form including an information letter was sent to the department, and an interview-guide was prepared prior. Data analysis was done using inspiration from Malteruds systematic analysis of qualitative data.

Results

Nurses at the department uses pain assessment tools in varying degrees, and more often in older than younger kids. Nurses also use vitals, children's behaviour, and a parent's assessment. Using a tool may contribute to confusion for the patients, the score may come across as non-reliable to the nurse and some feel they can provide a better assessment than the tools provide. Education in the department is an important factor for improving the use of pain assessment tools.

Conclusion

This study shows that despite good knowledge within the subject and positive attitudes, the use of pain assessment tools is not consistent. An assessment is also based on multiple factors such as behaviour, vitals, and the nurses' clinical experiences. Despite self-report being the gold standard, an assessment based on multiple factors may create a better understanding of the patient's complex pain experience.

Introduksjon

Smerte er et av de vanligste problemene sykepleieren møter i klinikken, også i arbeidet med barn (1). Norsk barnelegeforening beskriver smerte som en subjektiv opplevelse som påvirkes av forståelse, tidligere opplevelser og aktuelle tilstand (2). Smerter kan forekomme som et symptom på sykdom og konsekvens av traumer, men også som et resultat av prosedyrer og undersøkelser barnet må gjennomgå under oppholdet på sykehuset (3).

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer slår fast at «sykepleieren har et ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» og at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (4). Sykepleieren har et etisk ansvar innenfor arbeidet med smertekartlegging, som er en viktig forutsetning for at barnet oppnår adekvat smertelindring (5). Sykepleieteoretiker Katie Eriksson tar for seg denne sammenhengen i sin omsorgsteori og med begrepet sykdomslidelse (6). Hun mener at for å kunne utøve omsorg som helsepersonell, er det viktig å forstå pasientens sykdomslidelse, hvilket er lidelsen som oppstår når sykdom inntreffer, slik som smerte kan frembringe (6). Lidelsen skaper et økt behov for omsorg, hvilket forutsetter økt grad av evne til å sette seg inn i barnets subjektive smerteopplevelse. Videre skal sykepleierens arbeidsgrunnlag være erfaringsbasert praksis, forskning og brukerkunnskap (4).

Tidligere har det vært flere misoppfatninger om smerte hos barn. Disse innebar at barn ikke føler smerte på lik linje med voksne, ikke husker smerten de blir utsatt for og tåler smertestillende medikamenter dårligere med større fare for utvikling av avhengighet eller uheldige bivirkninger (5,7,8). De siste tiårene har forskningen og praksisen gjennomgått et holdningsskifte som blant annet baserer seg på at barn ikke skal måtte tåle å ha smerte selv om de er på sykehuset (9).

Forskning viser at ubehandlet eller utilstrekkelig smertelindring kan føre til utviklingen av psykiske problemer som økt frykt for sykehuset, fremprovosere posttraumatisk stressyndrom og forårsake søvnproblematikk eller spiseforstyrrelser (3). Smerte kan også ha negativ innvirkning på pågående sykdomsprosesser i kroppen som økte betennelsesreaksjoner eller hemme tilheling av operasjonssår (5). Hos premature og nyfødte kan utilstrekkelig smertelindring føre til langtidskonsekvenser for barnets reaksjoner på smerte og senke smerteterskelen i senere alder (3). Målet med smertekartlegging og behandling er at barnet, gjennom sitt opphold på sykehuset, skal oppleve minst mulig smerte både relatert til innleggelsesårsak, prosedyrer og behandling (5).

Pediatriveiledere fra Norsk barnelegeforening viser til at egenrapportering er gullstandarden for smertekartlegging (10). Dette gjenspeiles i internasjonal forskning som uttrykker at synspunktet har vært etablert fra 1990-tallet, og til den dag i dag skal veie tyngst i sykepleierens vurdering av smertene, ettersom det best fanger smertenes subjektive natur (9). Denne formen for smertevurdering tar også hensyn til barnas individuelle uttrykk for smerte, ettersom barn er bedre på å avlede smerte med lek eller sovner av utmattelse under sterk smerte (10,11). Det finnes flere validerte smertekartleggingsverktøy for smerteintensitet som baserer seg på selvrappotering av smerte slik som VAS (visuell analog skala), NRS (Numeric rating scale) og CAS (coloured analogue scale) (10). Disse smertekartleggingsverktøyene er beregnet på barn i alderen

4-8 år. Også verktøy for systematisk observasjon av barn under 5 år som FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) er validert for bruk i smertekartlegging (10). Det store utvalget av smertekartleggingsverktøy kan føre til forvirring både for sykepleiere, og for pasienter på avdelingen, hvilket er en bidragende faktor til hvorfor smertekartleggingsverktøy ikke blir benyttet i praksis (12).

Forskning viser at til tross for sykepleieres gode kjennskap til smertekartleggingsverktøy, finnes det en motvilje til å basere smertekartleggingen primært på scoren fra verktøyene (5,12). I en kvalitativ studie utført av Skog, Mesic, Dykes og Vejzovic kom det frem at smertekartleggingsverktøy ble sett på som komplimentert til sykepleierens vurdering av smerten, ettersom de alene ikke oppga nok informasjon om smerten til pasienten (12). Sykepleierne i undersøkelsen baserte smertekartleggingen på barnets atferd, aktivitetsnivå og utseende. Disse faktorene ble vurdert ved bruk av sykepleierens «kliniske blikk», som ble beskrevet som å stole på egen vurdering basert på klinisk kompetanse og erfaring (12). I studien blir bruk av smertekartleggingsverktøy beskrevet som vanskelig uten klinisk erfaring, men også som et godt verktøy for nyutdannede sykepleiere (12).

Smertekartlegging av barn viser seg å by på utfordringer sammenliknet med voksne, ettersom deres evne til å formidle subjektiv opplevelse av smerte slik som lokalisasjon, karakteristikk og intensitet varierer med barnets utvikling og alder (10). Arbeidet med å gjennomføre en adekvat smertekartlegging av barn på sykehus forutsetter derfor gode rutiner og høy kompetanse hos sykepleiere (11). Fysiologiske parametere kan benyttes i smertekartlegging av barn som konkrete data i en smertevurdering som i stor grad ellers baserer seg på barnets subjektive opplevelse. Disse inkluderer økt puls, økt respirasjonsfrekvens, økt blodtrykk, svett og klam hud og nedsatt spO_2 (11). Disse fysiologiske reaksjonene er imidlertid samme som ved en stressreaksjon forårsaket av redsel, og opptrer som regel kun ved debut av smerte og avtar ved langvarig smerte (11).

En norsk studie utført av Smeland, Twycross, Lundeberg og Rustøen viste at tross god kjennskap til smertekartleggingsverktøy, og at 85% oppga å bruke smertekartleggingsverktøy, kom det frem under observasjon av praksisen at kun 22% av sykepleierne ble observert å bruke et verktøy i smertekartleggingen (13). I studien arbeidet sykepleierne i 5 av 6 avdelinger med både voksne og barn som pasienter, hvilket kan resultere i at sykepleierne har manglende kunnskap om barn og smerter (13). Over halvparten av sykepleierne oppga at barn overrapporterte smerten sin, hvilket også kan være en hindring i bruken av smertekartleggingsverktøy ettersom sykepleierne ikke opplevde selvrapportert score som troverdig (13). Det er flere kilder som rapporterer at selvrapportering av smerte med score er troverdige og pålitelige for barn over 4 år (10,11,13).

Studier viser at dersom sykepleiere utfører smertekartlegging uten bruk av et verktøy som baserer score på barnets selvrapportering, vil scoren settes som lavere enn hva barnet selv angir smerten som (5,12,14). Adferd assosiert med smerte som barnets gråt eller fravær av gråt, kan være en av faktorene som bidrar til at en smertekartlegging basert på sykepleierens klinisk blikk blir lavere enn pasientens selvrapporterte score (5). Klinisk blikk ble i den svenske studien til Skog et al. betegnet som evnen til å stole på

egen erfaring og kunnskap, og blir ofte brukt i tilfellene hvor smertekartleggingsverktøy ikke ble benyttet (12).

Hensikten med studien er å *undersøke sykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy til barn*. Innenfor dette inngår hvordan smertekartlegging gjennomføres av sykepleiere ved avdelingen i dag, hvordan de bruker verktøyene og eventuelle hindringer for bruken av smertekartleggingsverktøy. Sekundært vil studien se på mulige tiltak for å ta i bruk smertekartleggingsverktøy mer i arbeidet med barn, og dermed lette arbeidet med smertekartlegging.

Metode

Studien var et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og et barnemottak ved et universitetssykehus i Norge. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer sammen med en medstudent. Den kvalitative metoden anvendes i dette prosjektet ettersom den undersøker dybden i et smalt tema, hvilket ble sett på som hensiktsmessig ettersom målet var å undersøke intervjuobjektene holdninger og erfaringer (15). Den kvalitative tilnærmingen gjør det mulig å undersøke meninger og holdninger som ikke kan tallfestes, men heller subjektiv analyse av egen praksis (16,17). Hensikten med oppgaven forutsetter en fenomenologisk tilnærming hvor intervjuobjektene egne opplevelser skaper grunnlaget for resultatene, samt belyser de ansattes subjektive opplevelser innenfor arbeidet med smertekartlegging av barn (15). Denne fenomenologiske kvalitative metoden ble opprettholdt i intervjuene ved å stille åpne spørsmål, som satte søkelys på informantenes erfaringer og forståelse av temaene.

Informantene og datainnsamling

Det ble gjennomført fire individuelle semistrukturerte intervjuer med informantene fra barnemottaket, hvorav to ble gjennomført digitalt over programmet Zoom og to ble gjennomført fysisk. Dette ble gjort etter ønske fra informantene, slik at de planlagte intervjuene kunne gjennomføres. Semistrukturerte intervju ble vurdert som mest hensiktsmessig i den kvalitative undersøkelsen for å kunne justere på rekkefølgen av spørsmål og temaer underveis i intervjuet (15). Intervjuene ble holdt av meg og en medstudent som begge arbeidet med hver vår hensikt på samme avdeling ved sykehuset. Alle informantene jobbet som sykepleiere i barnemottaket, og hadde en stilling over 75% samt erfaring over 6 måneder, hvilket var inklusjonskriteriene våre. En intervjuguide (vedlegg 1) ble utarbeidet i forkant av intervjuene for å skape en plan for gjennomgangen av sentrale temaer i hensikten, og sørge for å overholde intervjutiden satt av til maksimalt en time per intervju. Samtidig førte intervjuguiden til at alle informantene ble stilt samme spørsmål, og at svarene senere kunne sammenliknes under analysen (15). Underveis i intervjuene ble det tatt notater i stikkordsform av medstudent, hvilket informantene ble informert om i innledningen av intervjuene.

Forskningsetiske betraktninger

Innledningsvis ble det sendt ut et samtykkeskjema og informasjonsskriv, godkjent av prosjektveileder, til den aktuelle avdelingen. Her ble studiens formål, rammer for gjennomføring av intervju og inklusjonskriteriene for informanter inkludert til de ansatte (vedlegg 2). De ble også informert om at ved å delta i studien, samtykket informantene til at svarene de hadde gitt ble lagret og oppbevart frem til prosjektet ble avsluttet. Deltakelse var frivillig, og samtykket kunne trekkes frem til oppgaven ble levert. Informantene blir i oppgaven og intervjunotatene anonymisert og referert til som informant A-D hvorav bokstavene er randomisert i forholdt til rekkefølge på intervjuene.

Analyse av data

Analysen av data ble gjennomført inspirert av Malteruds metode for systematisk analyse av kvalitative data (17). Etter hvert intervju ble notatene i stikkordsform skrevet om til mer utfyllende tekst for å bevare mest mulig av dataen fra intervjuene. Under første trinn av analysen ble dataen fra intervjuene lest gjennom flere ganger for å skape et helhetsinntrykk av informantenes svar. I trinn to ble dataene systematisert i Microsoft

Word ved å dele meningsbærende enheter inn i ulike farger som representerte 6 ulike hovedtemaer som var relevant for studiens hensikt (15). Deretter ble det utført meningsfortetning av svarene som falt innenfor hovedtemaene i margin (16). Under tredje trinn i analyseprosessen ble de meningsbærende enhetene tematisert, og sammenliknet i tabell. Sentrale tema fra intervjuene som var hensiktsmessige for å besvare problemstillingen ble listet opp, og svarene fra hver informant ble sammenliknet slik som eksemplifisert i tabell 1.

Tabell 1 - eksempel av tematisering av meningsbærende enheter fra intervjuene

| Tema | Respondent A: | Respondent B: | Respondent C: | Respondent D: |
|-----------------------------------|---|--|---|---|
| Undervisning på avdelingen | Få undervisning og opplæring i verktøy som er enklere å bruke på e minste barna, da de er de vanskeligste å kartlegge smerter på. | Hadde vært enklere om det fantes gode verktøy og god opplæring av sykepleiere i bruken av dem. | Et viktig tiltak kan være mer undervisning og fokus på det på avdelingen. Fagdager med nettopp dette med smerter og smertelindring hos barn, ettersom dette er noe vi møter hver dag på jobb. | Internundervisning om det for å øke kunnskapen og bevisstheten rundt det. |

Resultat

De fire informantene fra intervjuene hadde arbeidet fra 22 måneder til 7 år innenfor pediatri, og fra 22 måneder til 6 år i barnemottak. Alle fire var kvinner, og hadde en stillingsprosent over 75%. Under analysen av data fra intervjuene ble resultatene sammenfattet til tre hovedkategorier som belyser sykepleiernes erfaringer med smertekartleggingsverktøy i avdelingen (tabell 2).

Tabell 2 - hovedkategorier for resultat

| Hovedkategorier | | |
|--|--|---|
| Sykepleieres bruk av smertekartleggingsverktøy | Hindringer for bruk av smertekartleggingsverktøy | Tiltak for å fremme bruken av smertekartleggingsverktøy |

Sykepleieres bruk av smertekartleggingsverktøy

I barnemottaket møter informantene daglig pasienter med smerter, og de forteller at alle som arbeider på avdelingen har gode kunnskaper om smerter hos barn. Det avdekkes i intervjuene at det er stor variasjon blant informantene om deres rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy, og hvilke barn som kartlegges ved bruk av sykepleierens kliniske blikk versus verktøy for selvrappotering av smerten.

«Vi bruker ikke mye verktøy for å kartlegge smerter. Vi er gode på å se smerter, men ikke så gode på å bruke kartleggingsverktøy.» - Informant B

I intervjuet forklarer flere av informantene at det er forskjell i fremgangsmåte for smertekartlegging avhengig av barnets alder og utvikling, og at kartleggingen av de større barna ofte er enklere ettersom verktøy for selvrappotering kan benyttes. I smertekartlegging av større barn over 8 år benyttes smertekartleggingsverktøy som NRS, CAS eller VAS hyppigere. Det understrekes at det er stort spenn i hvor gamle barna er når de forstår smerte og at bruken av verktøy avhenger av barnets utvikling fremfor alder.

«Det er individuelt hvor gamle de er når de forstår smerte, men iallfall 3 år. Jeg har opplevd gode smertekartlegginger med bruk av linjalen [VAS] på 3 åringer.» - Informant A

Dagens praksis av smertekartlegging av mindre barn ved avdelingen baserer seg i stor grad på sykepleierens egne vurderinger av pasienten med bruk av vitalia, barnets oppførsel og pårørendes vurdering av barnet. To av informantene rapporterte bruk av verktøyet FLACC. De to andre informantene hadde kjennskap til verktøyet, men benyttet det ikke i smertekartleggingen.

«Begynner med å måle vitalia, og ut fra det kan man til en viss grad vurdere smerte. Deretter ser man på ansiktet, huden og væremåte. (...) [Pårørende] inkluderes i stor

grad og er viktige for å vurdere om barnet er likt seg selv, eller om det oppfører seg unormalt.» - Respondent B

Det presiseres av samtlige informanter i studien at i de tilfellene hvor det ikke benyttes smertekartleggingsverktøy, vil det alltid gjøres en kartlegging av pasientens smerter. En av informantene understreker at sykepleierne ved avdelingen er gode på å se smerter, men at smertekartleggingsverktøy ikke alltid blir tatt i bruk.

«Jeg kartlegger alltid smerten til barnet, men kanskje ikke alltid med bruk av et verktøy.» - Respondent C

Hindringer for bruk av smertekartleggingsverktøy

En av informantene fortalte at bruken av smertekartleggingsverktøy ofte blir nedprioritert ettersom de kan føre til økt forvirring under mottaket av en pasient. Det ble trukket frem at relasjonsbygging mellom sykepleiere og pasienten kan være en viktig forutsetning for en nøyaktig smertelindring.

«Alle på avdelingen er gode i kommunikasjon med barn, men allikevel har vi problemer med å bruke verktøy i kartleggingen ettersom det har en tendens til å fremstå forvirrende for barnet, og kan svekke tilliten som vi forsøker å bygge med pasientene.» - Informant B

Til tross for bruken av smertekartleggingsverktøy opplever alle informantene at de til tider sitter igjen med en score som ikke er helt troverdig for pasientens situasjon. De forklarer at dette kan dreie seg om barn som oppgir en score på 10 med bruk av NRS, men som sitter rolig på mobilen og ikke fremstår smertepåvirket. Dette mener de kan relateres til at sykepleieren ikke har forklart verktøyene godt nok, eller at barna ikke klarer å forstå at de kan oppleve sterkere smerte enn den de opplever i øyeblikket.

«Det kan være utfordrende, det kan være vanskelig for barna å tenke seg at man kan ha mer vondt enn det de opplever nå.» - informant A

Flere av informantene forteller at smertelindring kan bli nedprioritert om ikke sykepleieren ser adferdsmessige tegn til smerte, men også at de er gode på å vurdere om pasientene har smerte. Alle informantene oppgir at for barna som er store nok til å snakke for seg selv vil det være naturlig å spørre barna om smertene. En av informantene poengterer at smerte er subjektivt, og at hun har et fokus på dette under smertekartleggingen av barna.

«Det blir jo forskjell på en subjektiv og objektiv vurdering, men det er viktig å huske at smerte er en subjektiv opplevelse.» - Informant A

«Det blir naturlig å spørre om de har vondt og så bruke NRS eller linjalene.» - Informant A

Tre av informantene som ble intervjuet uttrykker at smertevurderingen av små barn i stor grad baserer seg på klinisk blikk fremfor verktøy som FLACC. En av informantene presiserte at det er arbeidet med de minste barna som byr på de største utfordringene i prosessen av å smertekartlegge, og at resultatet blir mer en vurdering enn en kartlegging.

«[Jeg] benytter ikke smertekartleggingsverktøy i vurderingen av barn under 3 år, men gjør selv en helhetlig vurdering av barnet og snakker med foreldrene om barnet oppleves som utilpass eller virker smertepåvirket. [Jeg] bruker et klinisk blikk.» - Respondent A

En av informantene forklarte at til tross for kjennskap til verktøy for smertekartlegging, blir en samlet vurdering basert på vitalia, observasjoner av atferd og pårørendes vurdering oftere benyttet fremfor et verktøy med tallbasert score. Hun opplevde at verktøyene ikke alltid passer til alderen de er ment å benyttes for, og at mye av vurderingen baserer seg på klinisk blikk og erfaring som tilegnes ved å jobbe med barn. Ved spørsmål om hvorfor verktøyene ikke benyttes svarer informanten slik:

«Man tenker nok at man kan gjøre en bedre vurdering selv enn det verktøyene gir.» - Informant B

Tiltak for å fremme bruken av smertekartleggingsverktøy

Alle informantene i intervjuene trakk frem undervisning og informasjon fra avdelingen som et tiltak for å bedre praksisen av bruk av smertekartleggingsverktøy. To av informantene etterlyste også bedre opplæring i bruken av smertekartleggingsverktøy, og hvilke verktøy som skal brukes for de ulike aldersgruppene. Disse tiltakene kunne også ført til mer fokus på smertekartleggingsverktøy blant sykepleierne på avdelingen.

«Et viktig tiltak kan være mer undervisning og fokus på det på avdelingen.» - Informant C

Informantene trekker frem implementering av gode verktøy som et tiltak for å forenkle arbeidet med smertekartlegging. De måtte være enkle å bruke og godt tilpasset aldersgruppene de skulle brukes for. Dette ble trukket frem i sammenheng med at flere av verktøyene har en forvirrende effekt på barna, og kan svekke tilliten sykepleieren bygger med barna i avdelingen.

«Hadde vært enklere om det fantes gode verktøy og god opplæring av sykepleiere i bruken av dem. De må også valideres, og vise til at de faktisk er testet og utviklet godt nok på barn i de aktuelle aldersgruppene.» - Informant B

Ved å ha verktøyene tilgjengelig i arbeidsstasjonen mente en av informantene at det var lettere å huske å benytte dem. Samtidig trakk en annen informant frem at ved å ha de tilgjengelig i alle rom, fremfor kun i arbeidsstasjonen utenfor, ville det bli enklere å huske på å ta de i bruk sammen med pasientene.

«Linjalene med alle smerteverktøyene er i lett tilgjengelig i arbeidsstasjon og dermed lette å bruke og ta med og vise til barna.» - Informant D

Diskusjon

Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy til barn. Hovedfunnene fra intervjuene er at smertekartleggingsverktøy brukes i svært varierende grad, og hyppigere på eldre pasienter enn små barn. Det kommer frem at smertekartlegging av små barn oppleves som mer utfordrende, og at det er vanskelig å bruke verktøyene, selv for de aldersgruppene de er beregnet å brukes på. Smertekartleggingsverktøy kan også føre til økt forvirring for pasienten i en allerede sårbar situasjon, og sykepleierne sitter fra tid til annen igjen med en score fra selvrapporteringsverktøy som de ikke føler er troverdige. Sykepleiere benytter, i tillegg til verktøy for selvrapportert smerte, andre parametere som pasientenes vitale parametere, oppførsel og pårørendes mening om barnas smerter i smertekartlegging. Sykepleierens kliniske blikk er også et virkemiddel som tas i bruk. Det finnes flere tiltak som kan iverksettes for at smertekartlegging med smertekartleggingsverktøy blir lettere for sykepleierne i avdelingen.

Sykepleieres bruk av smertekartleggingsverktøy for barn

Informantene utrykte at de opplevde at de ansatte hadde gode kunnskaper om smerter, og at de møter barn med smerter daglig i sitt arbeid, men at smertekartleggingsverktøy benyttes i varierende grad. Spesielt vanskelig var smertekartleggingen av små barn. Disse funnene er i tråd med resultatene fra studien til Smeland et al., som viser at til tross for gode kunnskaper om smertekartleggingsverktøy blant sykepleiere benyttes de sjeldnere enn hva de oppgir å gjøre, og at de sjeldnere ble benyttet for pasienter under 8 år (13). Funnene ble begrunnet med både manglende kunnskap om smertekartleggingsverktøy, spesielt for små barn, men også mangler innenfor alderstilpasset kommunikasjon med barna (13).

I denne studien utrykte informantene at de opplevde at sykepleierne på avdelingen var gode i kommunikasjon med barna, men at de opplevde verktøyene som mangelfulle og forvirrende for barna. Denne forskjellen kan forklares med at flertallet av sykepleierne i studien til Smeland et al. arbeidet ved avdelinger for både voksne og barn, mens i denne studien arbeidet sykepleierne kun med barn som pasienter (13). Samtidig viser funn fra annen forskning at sykepleiere opplever at det store utvalget av smertekartleggingsverktøy fører til forvirring for sykepleieren i valg av verktøy tilpasset barna (12).

Flere av informantene i studien oppga at smerter blir vurdert med faktorer som barnets adferd og utseende, ofte i tillegg til bruken av smertekartleggingsverktøy. Dette kunne også føre til at en selvrapportert smertescore ble sett på som mindre troverdig, dersom det var fravær av adferdsmessige smerteindikatorer. Denne praksisen kan by på problemer ettersom barnets individuelle respons på smerte ikke blir tatt i betraktning. Grønseth og Markestad forklarer dette slik: «Noen barn gir lite uttrykk for smerter ettersom de trekker seg inn i seg selv i stedet for å sende signalene ut til omgivelsene» (11). Myter som at barn som leker eller sover ikke har smerter, kan føre til feilaktige vurderinger og følgelig smertelindring (8). Individuelle faktorer som sykepleiere kan lete etter for å bekrefte en selvrapportert smertescore, kan altså være fraværende hos et barn med sterke smerter. Dermed kan en slik vurdering uten smertekartleggingsverktøy være lite hensiktsmessig i vurderingen av barnet.

På den andre siden er funnene fra egen studie i samsvar med funn fra liknende forskning. I studien fra Zisk-Rony, Lev og Haviv viser 79% av sykepleierne at en av faktorene i smertekartleggingen var barnets gråt, og at sykepleiere benytter eksterne faktorer som vitale parametere, adferd, gråt o.l. for å validere en selvrapportert smertescore fra bruk av verktøy (5). Sykepleierne i studien til Skog et al. oppga også at de vurderte barnets adferd, og at verktøyene ble sett på som komplementære i vurderingen (12). Deres opplevelse av at smertekartleggingsverktøyene alene ikke skaper et godt bilde av smertens komplekse natur gjenspeiles også i denne studien. Dette kan være en av faktorene til at smertekartleggingen i avdelingen baserer seg både på bruk av smertekartleggingsverktøy og barnets oppførsel.

Hindringer for bruk av smertekartleggingsverktøy

Selvrapporing av smerte betegnes ennå som den viktigste kilden innen smertekartlegging, ettersom smerte baserer seg på en subjektiv opplevelse for pasienten (9,10). Til tross for dette kan det diskuteres at det i flere tilfeller kan stride med sykepleieres kliniske erfaring. At sykepleiere bruker klinisk blikk i smertekartleggingen kan underbygges med deres oppfatning av at en enkel selvrapportert score ikke kan fange opp kompleksiteten til smertene og at klinisk kompetanse blir undergravd (5,9).

Klinisk blikk ble nevnt av informantene i denne studien som en viktig faktor i smertekartlegging, både med og uten bruk av smertekartleggingsverktøy. Spesielt ble klinisk blikk benyttet når sykepleieren opplevde at det ikke var samsvar mellom selvrapportert score og pasientenes uttrykk for smerter. Klinisk blikk ble også benyttet hyppigere i kartleggingen av små barn. Forskning viser til at sykepleiere velger å benytte flere faktorer innen smertekartleggingen fremfor kun smertekartleggingsverktøy, for å skape et bredere bilde av smertene (5,9,12). Her inkluderes gjerne observasjoner av barnet, vitale parametere, pårørende, anamnese og erfaring, hvorav flere inngår innenfor hva som betegnes som et klinisk blikk (5,12).

På den andre siden er det mulig at klinisk blikk, dersom det får en stor rolle i smertekartleggingen, kan føre til at sykepleieren undervurderer pasientenes smerte. Puntillo, Neighbor, O'Neil og Nixon viser i sin forskning at sykepleiere generelt undervurderer pasientenes smerter, ved sammenlikning av sykepleierens score og selvrapportert score (14). Dette kan trekkes frem som et argument for å styrke selvrapporeringsverktøy sin posisjon som en reell gullstandard i smertekartlegging for å unngå underbehandling av smerte. Overrapportering av smerter er en av holdningene som kommer frem i studien til Smeland et al. (13). I denne studien mener derimot informantene at dersom barnet rapporterer en høyere score enn hva sykepleieren ser på som troverdig, kan det skyldes barnets forståelse av smerte eller sykepleierens forklaring av verktøyene.

Til tross for at forskning tilsier at barn fra en alder på 4-5 år kan vurdere intensiteten på egen smerte, opplever informantene i denne studien at smertekartleggingsverktøy basert på selvrapporing ikke er alderstilpasset de aldersgruppene de skal brukes for (9,10). Informantene opplevde også at barnet lett kan «makse ut» scoren da de ikke kan se for seg å være i sterkere smerte enn den de opplever i øyeblikket. Dermed kan troverdigheten til verktøyene svekkes, hvilket kan bli en hindring for bruk av dem. Forskning viser til liknende funn om at sykepleierens tillit til verktøyene svekkes dersom

de ikke opplever samsvar mellom kliniske observasjoner og selvrapportert score med bruk av verktøy (5,12).

I undersøkelsen utført av Skog et al. uttrykker sykepleierne at det er en naturlig del av smertekartleggingen å spørre barnet og pårørende om deres smerter, men at det ikke er like naturlig å bruke et smertekartleggingsverktøy i vurderingen (12). Dette samsvarer i noen grad med funnene i denne studien, hvor en av informantene forklarer at for barna som er store nok til å forstå smerte vil det være naturlig å spørre om de har vondt, og deretter benytte verktøy som NRS for å kartlegge intensiteten. Til forskjell fra studien til Skog et al. ble smertekartleggingen dermed fulgt opp med et verktøy, og barnets subjektive opplevelse av smertene blir kartlagt systematisk (12).

Tiltak for å fremme bruken av smertekartleggingsverktøy

Et av tiltakene som ble trukket frem oftest av informantene, for å fremme bruken av smertekartleggingsverktøy og gjøre arbeidet enklere, var undervisning innenfor temaet på avdelingen. Dette samsvarer med undersøkelsen utført av Skog et al. som trekker frem nødvendigheten av at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse innenfor området (12). I studien ble også viktigheten av en positiv holdning blant sykepleierne trukket frem som viktig for å øke bruken av smertekartleggingsverktøy. Dette kunne oppnås gjennom både å minne hverandre på å bruke verktøyene, samt å innse viktigheten av bruken (12). Under intervjuene i denne studien presiserte flere av informantene at alle som arbeidet på avdelingen var gode på å se barnas smerter, og var engasjerte innenfor arbeidet. Informantene ga uttrykk for at de ansatte hadde gode holdninger, og var gode på å samarbeide i hverdagen, hvilket blir sett på som god praksis innenfor forskningen for å bedre bruken av verktøy (12,13).

Temaet belyses også i studien til Smeland et al. hvor sykepleierne viser høy kunnskap om smertekartlegging og smerter hos barn, men få benytter verktøyene i praksis (13). Dette funnet begrunnes med blant annet mangel på kunnskap om smertekartleggingsverktøyene, samt holdningen til sykepleierne (13). I denne studien nevnte en av informantene gode verktøy og god opplæring i bruken av dem, som et viktig tiltak for å fremme bruk av smertekartleggingsverktøy. Også viktigheten av at verktøyene er validerte og alderstilpasset ble trukket frem. Verktøyene informantene nevner i intervjuene er evidensbaserte verktøy som er forsket på og tilpasset aldersgruppene de er ment for (1,3,9,10). Dette kan understreke behovet for tilstrekkelig opplæring om bruken av verktøyene og validiteten til verktøyene, for at sykepleierne oftere tar de i bruk i praksis.

Tilgjengelighet blir også nevnt av informantene for å bevisstgjøre sykepleierne i avdelingen på å benytte smertekartleggingsverktøyene. Dette kan dreie seg om å plassere hjelpemidler og verktøy i alle pasientrommene, slik at de blir sett og kan brukes gjennom hele oppholdet. Dette tiltaket ble også tatt opp av en informant i studien til Skog et al., som mente det kunne være hensiktsmessig både for sykepleierne og for barna, å ha verktøyene lett tilgjengelig slik at de kan bli kjent med de både med og uten sykepleier til stede (12).

Studiens styrker og svakheter

En kvalitativ metode ble vurdert som hensiktsmessig for å undersøke temaets dybde fra informantenes synspunkt, og den fenomenologiske tilnærmingen førte til at informantenes egne opplevelser og holdninger ble belyst under datainnsamlingen (15). En mulig svakhet med skriftlig transkripsjon av intervjuene og analysen er at informantenes mening har blitt mistolket eller gjengis unøyaktig. Dette trekker Malterud frem som en naturlig konsekvens av å gjøre muntlig data skriftlig, hvor det alltid vil skje en fordreining av hva informanten hadde som hensikt å meddele (17). Intervjuguiden ble utarbeidet med åpne spørsmål for å åpne for informantenes synspunkter og kunnskap om temaet, samt for å ikke lede informantene i deres besvarelser (16). Dette fungerte godt under intervjuene, til tross for at enkelte av spørsmålene ikke ble relevant for oppgavens formål mot slutten. En svakhet ved studien vil være antallet informanter og spenn i arbeidserfaring, kjønn og videreutdanning. Et bredere utvalg kunne ha påvirket studiens funn, og flere holdninger og erfaringer kunne blitt belyst. Funn fra studien sammenlignes i oppgaven med forskning fra de siste årene, og to av forskningsartiklene var fra Skandinavia. Dette kan trekkes frem som en styrke, ettersom forskningen blir mer relevant sammenliknet med praksisen på avdelingen i denne studien.

Kliniske implikasjoner

Studien understreker viktigheten av å bruke smertekartleggingsverktøy i vurderingen av barns smerter for en sykepleier som skal rapportere og selv vurdere behov for smertelindring. For sykepleierne vil det være viktig å ha kjennskap til de ulike smertekartleggingsverktøyene, og kjenne til fordelene ved å benytte disse i praksis. Samtidig understrekes det i diskusjonen at smertekartleggingsverktøy basert på selvrapportering alene ikke vil kunne danne grunnlaget for en fullverdig vurdering. Sykepleieren må benytte sin kliniske kompetanse og ta med faktorer som vitale parametere, pårørende og barnets oppførsel i vurderingene. Utvalget og antallet informanter gjør det nødvendig å poengtere at studien ikke er av stor nok skala til å trekke konklusjoner for eventuelle endringer av praksis innenfor smertekartlegging av barn.

Konklusjon

Hovedfunnene i denne studien er at sykepleierne i avdelingen bruker smertekartleggingsverktøy i varierende grad til tross for kjennskap til dem. Dette er i tråd med forskning på området, som viser at sykepleiere benytter faktorer som vitalia og oppførsel for å validere en score. Sykepleierne har gode kunnskaper om smerter hos barn, og viser engasjement innenfor området. Til tross for at gullstandarden for smertekartlegging regnes som selvrapportering, kan denne praksisen undergrave sykepleierens kliniske kompetanse. En smertekartlegging med bruk av flere faktorer kan skape et bedre bilde av smertens komplekse natur. Tiltak for å bedre bruken av smertekartleggingsverktøy i avdelingen vil være økt undervisning på området og opplæring i bruken av verktøyene. Å ha verktøyene tilgjengelige i pasientrommene kan minne sykepleierne på å ta de i bruk oftere og føre til at pasientene blir bedre kjent med dem. Videre studier som innebærer bruken av smertekartleggingsverktøy burde etterstrebe å ha et større utvalg informanter med større spenn i erfaring, aldersgruppe og kjønn. Det burde også gjennomføres en observasjonsstudie for å undersøke sammenhengen mellom rapportert bruk og praktisk bruk av smertekartleggingsverktøy.

Referanseliste

1. Bailey B, Trottier ED. Managing Pediatric Pain in the Emergency Department. *Pediatr Drugs*. 2016;18(4):287–301.
2. Norsk Barnelegeforening. 13.4 Smertebehandling [Internett]. Helsebiblioteket.no. 2020 [sitert 18. februar 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976&key=269059>
3. Panceuskaitė G, Jankauskaitė L. Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain in Paediatric Emergency Room. *Medicina (Mex)*. 2018;54(6):1–20.
4. Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. [sitert 1. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
5. Zisk-Rony RY, Lev J, Haviv H. Nurses' Report of In-hospital Pediatric Pain Assessment: Examining Challenges and Perspectives. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(2):112–20.
6. Førland O, Alvsvåg H, Tranvåg O. Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskr Omsorgsforskning*. 2018;4(3):196–214.
7. Fors EA. Hva er smerte. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
8. Norsk Barnelegeforening. 13.2 Barn og smerte – definisjon og smertetyper [Internett]. Helsebiblioteket.no. 2020 [sitert 18. februar 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=269058&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>
9. Twycross A, Voepel-Lewis T, Vincent C, S. Franck L, L. von Bayer C. A Debate on the Proposition that Self-report is the Gold Standard in Assessment of Pediatric Pain Intensity. *Clin J Pain*. 2015;31(8):707–12.
10. Norsk Barnelegeforening. 13.3 Smertevurdering av barn [Internett]. Helsebiblioteket.no. 2020 [sitert 18. februar 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=269059&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>
11. Grønseth R, Markestad T. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl; 2017.
12. Skog N, Mesic Mårtensson M, Dykes AK, Vejzovic V. Pain assessment from Swedish nurses' perspective. *J Spec Pediatr Nurs*. 2021;26(3):1–8.
13. Smeland AH, Twycross A, Lundeborg S, Rustøen T. Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management. *Pain Manag Nurs*. 2018;19(6):585–98.
14. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Manag Nurs*. 2003;4(4):171–5.
15. Christoffersen L, Johannessen A, Tufte PA, Utne I. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl; 2015.
16. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
17. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. *Tidsskr Den Nor Legeforening*. 2002;122(25):2468–72.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Intervjuguide for eget prosjekt og medstudents prosjekt, anonymisert

Intervjuguide prosjektbachelor

Smertekartlegging og underbehandling av smerter hos barn

Introduksjon (10 min)

Takk for at du stilte opp til intervjuet.

Introduksjon av oss: Vi går siste året på bachelor i sykepleie ved NTNU Trondheim. Vi jobber nå med vår prosjektbachelor, og det er derfor vi holder dette intervjuet.

Hvorfor har vi intervjuer? Intervjuene skal bidra til å gi oss data til vår bachelor slik at vi kan besvare problemstillingen vår. Formålet med studien er å undersøke rutiner, prosedyrer og utfordringer ved smertebehandling av barna som kommer til mottaket. (Navn) sin hensikt med studien er: *Å undersøke sykepleierens opplevelse av smertekartleggingsverktøy i et barnemottak.* (Navn) sin problemstilling er: *Hvordan kan sykepleiere bidra til å ikke underbehandle smerter hos barn?*

Anonymitet: Det er frivillig å delta i studien, og svarene dine fra intervjuet vil anonymiseres slik at du ikke kan gjenkjennes. Dette står dypere forklart i informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet.

Tidsbegrensning: Intervjuet vil ta ca. 45 minutter til 1 time.

Innholdet i intervjuet: Først vil vi ha en felles del der vi ønsker å finne ut litt mer om deg og dine erfaringer med vårt tema; smerter og smertebehandling. Videre vil (navn) stille noen spørsmål opp mot smertekartleggingsverktøy. (navn) del vil ta for seg problematikken med underbehandling av smerter, og spørsmålene vil ta for seg dine erfaringer med dette, samt undersøke eventuelle måter å løse problemet.

Felles spørsmål for begge prosjekter (10-15 min)

1. Personalia

a. Erfaring

- i. Hvor lenge har du jobbet som sykepleier, og på hvilke avdelinger?

- ii. Hvor lenge har du jobbet med barn?
 - iii. Hvor lenge har du jobbet på barn mottak?
 - b. Utdanning
 - i. Har du gått videreutdanning eller master? Hvis ja – hvilken?
- 2. Hvordan ser du på dine egne og dine kollegaers kunnskaper og ferdigheter innenfor smerter hos barn? Herunder hele prosessen med kartlegging og behandling av smerter.
 - a. Hva er du/dere god på, og hva mener du er mer problematisk?
- 3. Møter du mange barn i din arbeidshverdag som har smerter?
 - a. Hvilke typer smerter ser du mest av? Hvilke diagnoser, akutte smerter, kroniske smerter, prosedyrerelaterte smerter
- 4. Kan du kort beskrive rutinene for smertebehandling av barna som kommer til mottaket? Punktene vi ønsker at du skal beskrive er kartlegging, behandling, oppfølging og dokumentasjon.
 - a. Er det noe du opplever som utfordrende i prosessen?
 - b. Hvilke områder av smertebehandlingen har sykepleierne ansvar for?

Sykepleieres opplevelse av smertekartleggingsverktøy av barn i mottak (15 min)

1. Hvilke prosedyrer eller retningslinjer har avdelingen for smertekartlegging av barn?
2. Hvilke utfordringer møter du på i smertekartleggingen av barn i ulike aldre?
3. Som sykepleier hva syntes du fungerer ved smertekartlegging av barn?
4. Hvordan inkluderes pårørende i smertekartlegging av barn?
5. Hvilke verktøy kjenner du til for smertekartlegging av barn?
 - a. Hvilke verktøy benytter du i smertekartleggingen?
 - i. Nonverbale og små barn < 3 år
 - ii. 3-8 år
 - iii. > 8 år
 - b. Hvor ofte benytter du smertekartleggings-verktøy i vurderingen av barn?
 - i. Hvorfor benyttes de eventuelt ikke?
6. Hvordan går du frem for å smertekartlegge barn i avdelingen?

7. Ufører du en egen vurdering av pasientens smerter utenfor den eventuelle bruken av smertekartleggingsverktøy?
 - a. Hvis ja: Hvilke faktorer baserer du denne vurderingen på?
8. Opplever du en troverdighet mellom scoren ved bruk av et smertekartleggingsverktøy og egen vurdering av pasientens smerter?
 - a. Hvordan opplever du at dette varierer med alder på pasienten?
9. Avslutningsvis: Hvordan kan arbeidet med smertekartlegging av barn gjøres enklere for sykepleiere ved avdelingen?

Hvordan kan sykepleiere bidra til å ikke underbehandle smerter hos barn? (15 min)

1. Egne opplevelser av smerter hos barn
 - a. Kan du fortelle litt om dine opplevelser av underbehandling av smerter hos barn her på avdelingen?
 - b. Hva tror du kan være årsaken til at man underbehandler smerter hos barn?
 - c. Hvordan opplever du barnas evne til å vurdere eller formidle sine smerteopplevelser?
 - i. Er det noe du som sykepleier bidrar med eller kan bidra med for at de lettere kan formidle sine smerter?
2. Føler du deg trygg på å behandle smerter hos barn?
 - a. Hvis ja: Hva har fått deg til å bli trygg på det?
 - b. Hvis nei: Hva skal til for at du blir trygg på det?
3. Hvordan er rutinene for å vurdere effekten av analgetika etter dette har blitt gitt?
 - a. Er det noe systematisk oppfølging eller nedskrevne prosedyrer på dette?
 - b. Opplever du rutinene som tilfredsstillende eller er det noe som burde vært annerledes/bedre?
4. Hvordan er rutinene for dokumentasjon av smerter?
 - a. Før analgetika gis, etter analgetika er gitt og ved utskrivelse?
 - b. Hva dokumenterer dere? F.eks. lokalisasjon, intensitet, smerteskår, hvilket kartleggingsverktøy som har blitt brukt o.l.
 - c. Opplever du rutinene som tilfredsstillende eller er det noe som burde vært annerledes/bedre?

5. Avslutningsvis: Hva tror du skal til for at færre barn på sykehus, på generelt grunnlag, underbehandles for smerter?
 - a. Hvilke faktorer er viktige?
 - i. F.eks. kunnskap, tid, ressurser, rutiner

Avslutning (5 min)

1. Av alt det vi har snakket om under intervjuet, hvilke tre ting vil du trekke frem som det viktigste eller det som fikk deg til å reflektere mest?
2. Er det noe mer du vil si eller legge til?

Tusen takk for at du stilte opp! Dersom du skulle komme på noe mer eller ha noen spørsmål til oss, er det bare å ta kontakt.

Vedlegg 2 – anonymisert samtykkeskjema med informasjon for eget og medstudents prosjekt

Samtykkeskjema for deltakelse til våre bacheloroppgaver

Dette er en forespørsel om du ønsker å delta som informant gjennom intervju til våre bacheloroppgaver. Vi skal avholde intervju sammen, men skriver to oppgaver med ulike formål og problemstillinger. Oppgave 1 har tema smertekartleggingsverktøy, mens oppgave 2 har tema underbehandling av smerter hos små barn.

Formål

Oppgave 1: Smerte er et av de vanligste problemene man møter i klinikken, også i arbeidet med barn. Målet med smertekartlegging og behandling er at barnet gjennom sitt opphold på sykehuset skal oppleve minst mulig smerte både relatert til innleggelsesårsak, prosedyrer og behandling. Smertekartleggingsverktøy er en viktig del av dette arbeidet, men forskning viser at de benyttes i varierende grad, og ikke alltid er nok for en god vurdering av barnet.

Oppgave 2: Små barn har begrenset evne til å formidle smerteopplevelsen sin, og smertevurdering og -lindring er derfor svært krevende. Barns smerter kan bli underbehandlet på grunn av flere faktorer, herunder blant sykepleiers holdninger til smerter hos barn, kunnskap om smertebehandling og manglende systematikk i smertekartlegging. Oppgaven ønsker å undersøke hva sykepleiere kan gjøre for å forhindre at barns smerter underbehandles.

Problemstilling/hensikt

Oppgave 1: Å undersøke sykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy til barn

Oppgave 2: Hvordan kan sykepleiere bidra til å ikke underbehandle smerter hos små barn?

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

(Navn) har ansvar for oppgave 1, og (Navn) er ansvarlig for oppgave 2. Vi går sisteåret på bachelor sykepleie ved NTNU i Trondheim.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier for å delta i studien

Vi ønsker sykepleiere som har jobbet ved avdelingen i minimum 6 måneder, da vi ønsker sykepleiere som har klinisk erfaring fra barn mottak. Det er ønskelig med respondenter som ikke har videreutdanning fra pediatri, da vi ønsker å få innblikk i hva bachelorutdannelse i sykepleie, samt klinisk erfaring, gir av kunnskapsgrunnlag. Det er allikevel ikke uaktuelt å inkludere barnesykepleiere dersom dette er mer hensiktsmessig for avdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, innebærer dette deltakelse i form av et intervju på 45 min-1 time. Informasjonen fra intervjuet vil benyttes i arbeidet med å besvare problemstillingene våre. Spørsmålene vil inneholde spørsmål om hvordan prosessen med smertebehandling foregår ved din avdeling, og hva du mener er positivt eller utfordrende med dagens praksis. Videre vil det inneholde spørsmål spesifikt rettet mot kartlegging av smerter hos barn, og både opplevelsen av underbehandling av smerter hos barn. Bachelorveileder vil få innsyn i informasjonen fra intervjuet, men det vil ikke bli gitt personopplysninger eller andre opplysninger som kan føre til identifikasjon av deg.

Det er frivillig å delta

Det er helt frivillig å delta, og du kan når som helst trekke samtykket ditt uten å måtte oppgi grunn. Da vil alle dine personopplysninger og informasjon fra intervjuet slettes.

Personvern – Hvordan jeg oppbevarer dine opplysninger

Oppgaven vil være helt anonymisert, og det vil ikke være mulig at noen gjenkjenner deg. Notater fra intervjuet vil oppbevares utilgjengelig for andre. Dersom personopplysninger kommer frem underveis i intervjuet vil disse kodes slik at kun jeg forstår hva de betyr. Informasjon som ikke er relevant for å besvare våre problemstillinger vil heller ikke inkluderes i de ferdige notatene til oppgaven.

Hva skjer med opplysningene etter at bacheloroppgaven er levert?

Notatene fra intervjuene makuleres og slettes når oppgaven er levert og godkjent. Oppgaven skal leveres 2. juni, og deretter følger sensurtid på tre uker. Prosjektene vil presenteres for avdelingen i etterkant av innlevering. Bacheloroppgavene vil kunne publiseres som fagartikkel på Sykepleien.no i ettertid av innlevering.

Hvor kan du finne ut mer?

Dersom du har spørsmål til oppgavene eller ønsker mer informasjon, ta gjerne kontakt med oss!

