

# Å håndtere kompleksiteten ved smertebehandling hos barn – en studie av sykepleiers erfaringer

En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med smertebehandling av barn

HANNE TORGERSEN

VEILEDER

Anja Nastasja Robstad

ANTALL ORD: 21 748

**Universitetet i Agder, 2024**

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

Institutt for Helse- og sykepleievitenskap

Master

## FORORD

Jeg ser nå tilbake på to fantastiske, men krevende år på masterstudie i barnesykepleie. Jeg har lært mye gjennom denne prosessen, og kommer til å ta med meg all lærdom videre.

Uten støttespillerne rundt meg, hadde jeg ikke klart dette. Jeg hadde ikke klart det uten en så dyktig, snill og tålmodig veileder på sidelinjen; Anja Nastasja Robstad. En stor takk rettes til deg som har vært en oppmuntrende veileder gjennom hele prosessen. Familie og venner som alltid har vært der for meg, gjennom opp- og nedturer, i tillegg til å ha lest korrektur. Jeg er dere evig takknemlig.

Tusen takk til sykepleierne ved barneavdelingene i Helse Sør-Øst og Helse Vest som ga av sin tid og delte sine erfaringer.

Bryne, mai 2024

Hanne Torgersen

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** På tross av økt fokus og forskning på smertebehandling av barn, viser studier at barns smerter blir undervurdert og underbehandlet. Ubehandlet smerte kan føre til konsekvenser, og sykepleier har en viktig oppgave i smertebehandlingen.

**Hensikt:** Å få en dypere forståelse for hvilke erfaringer sykepleiere ansatt på en barne- og ungdomsmedisinsk avdeling har med smertebehandling av barn.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av barn?

**Metode:** Kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle dybdeintervju. Åtte sykepleiere fra to barne- og ungdomsmedisinske avdelinger i Helse Sør-Øst og Helse Vest ble inkludert. Braun og Clarkes reflekssive tematiske analyse er benyttet i analyseprosessen.

**Resultater:** Analysen resulterte i fire hovedtema:

*Barn er ikke små voksne:* Det kan være vanskelig å vurdere smerter hos barn. Barn ønsket ikke å ta medisiner.

*Barrierer for god smertebehandling:* Helsepersonells redsel for å gi morfin til barn, samt tidsbegrensningen arbeidsbelastningen påførte dem, bidro som barrierer for god smertebehandling.

*Planlegging er alfa og omega:* En plan for smertebehandlingen der hvor smerte var forventet, var en god strategi for smertebehandlingen.

*En helhetlig tilnærming:* Smerteverktøy ble ansett som nyttig, men lite brukt. Foreldre var en ressurs i smertebehandlingen.

**Konklusjon:** Funnene fra denne studien viser at smertebehandlingen var en kompleks prosess, fra smertevurderingen og til administrering av smertestillende medikamenter. Barn var vanskelige å tolke. Smerteverktøy var nyttig, men lite brukt. Sykepleierne erfarte flere barrierer for god smertebehandling, deriblant at helsepersonell var tilbakeholdne med morfin, travelhet, venting på leges forordning og det at barna ikke ønsket å ta medisin.

**Nøkkelord:** Pediatrisksykepleier, erfaringer, barn, smertebehandling

## ABSTRACT

**Background:** Despite increased focus and research on pain management in children, studies reveal underestimation and undertreatment of children's pain, which can lead to adverse outcomes. Nurses play an important role in pain management.

**Purpose:** To explore nurses' experiences in pediatric and adolescent pain management in pediatric wards.

**Research question:** What experiences do nurses have with pain management in children?

**Method:** Qualitative method with semi-structured individual in-depth interviews. Eight nurses from two pediatric and adolescent medical departments in Health South-East and Health West were included. Braun and Clarke's reflexive thematic analysis was used in the analysis process.

**Results:** The analysis resulted in four main themes:

*Children are not small adults:* It can be difficult to assess pain in children. Children did not want to take medication.

*Barriers to effective pain management:* Healthcare professionals' fear of administering morphine to children, as well as time constraints due to workload, contributed as barriers to effective pain management.

*Planning is crucial:* A plan for pain management where pain was expected was a good strategy for pain management.

*A holistic approach:* Pain tools were seen as useful but underutilized. Parents were a resource in pain management.

**Conclusion:** The study highlights the complexity of pediatric pain management. Children were difficult to interpret. Pain tools were useful but underutilized. Nurses experienced several barriers to effective pain management, including healthcare professionals' reluctance to administer morphine, workload, waiting for a doctor's prescription, and children's aversion to medication.

**Keywords:** Pediatric nurse, experiences, children, pain management

# Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Presentasjon av oppgavens hensikt .....	7
1.3 Problemstilling .....	7
1.4 Avklaringer og avgrensninger .....	7
2.0 Søkestrategi .....	9
3.0 Teoretisk rammeverk .....	12
3.1 Smerte .....	12
3.2 Betydningen av barnets kognitive utvikling i smertevurderingen .....	13
3.3 Smertevurdering .....	14
3.3.1 Smertevurderingsverktøy .....	15
3.4 Mulige årsaker til underbehandling av smerter .....	20
3.5 Somatiske og psykologiske konsekvenser av underbehandlet smerter .....	22
3.6 Medikamentell smertebehandling .....	23
3.6.1 Overvåking .....	24
3.7 Ikke medikamentell smertebehandling .....	25
3.7.1 Foreldrene som ressurs .....	26
3.8 Barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområde .....	26
4.0 Vitenskapsteoretisk bakgrunn .....	27
4.1 Vitenskapsteori .....	27
4.1.1 Fenomenologi .....	28
4.1.2 Hermeneutikk .....	28
4.1.3 Studiens vitenskapsteoretiske tilnærming .....	29
5.0 Metode .....	30
5.1 Kvalitativ forskning .....	30
5.2 Utvalg og rekruttering .....	30
5.3 Semistrukturerte dybdeintervju .....	31
5.3.1 Gjennomføring av intervjuene .....	32
5.4 Forskningsetiske aspekter .....	33
5.4.1 Informert samtykke og konfidensialitet .....	33
5.4.2 Forforståelse .....	34
5.5 Transkribering .....	34
5.6 Analyse .....	35
5.7 Metodediskusjon .....	39
5.7.1 Forskerrollen .....	41

6.0 Resultater .....	43
6.1 Barn er ikke små voksne .....	44
6.1.1 Barn er vanskelige å tolke .....	44
6.1.2 Medisin. Jeg nekter. ....	46
6.2 Barrierer for god smertebehandling .....	47
6.2.1 Noen smerter er vanskelig å lindre .....	48
6.2.2 Redsel for å gi morfin til barn.....	49
6.2.3 Trenger god tid i møte med barnet.....	50
6.3 Planlegging er alfa og omega.....	52
6.3.1 Den gode planen .....	52
6.3.2 Smertelindring er teamarbeid.....	53
6.4 En helhetlig tilnærming.....	54
6.4.1 De gode ressursene .....	54
6.4.2 Smertebehandling er mer enn medikamenter .....	56
7.0 Diskusjon .....	58
7.1 Barn er ikke små voksne .....	58
7.2 Barrierer for god smertebehandling .....	63
7.3 Planlegging er alfa og omega.....	66
7.4 En helhetlig tilnærming.....	68
8.0 Konklusjon .....	73
8.1 Implikasjon for praksis .....	73
8.2 Forslag til videre forskning.....	73
Referanseliste.....	75
VEDLEGG 1: Strukturert litteratursøk .....	80
VEDLEGG 2: Intervjuguide.....	82
VEDLEGG 3: Godkjenning SIKT.....	86
VEDLEGG 4: Godkjenning FEK.....	88
VEDLEGG 5: Godkjenning personvernombudet .....	89
VEDLEGG 6: Informert samtykke.....	90
VEDLEGG 7: Informasjonsskriv til avdeling .....	94

Tabell 1. PICO-skjema .....	10
Tabell 2. Smertevurderingsverktøy: Faces Pain Scale-Revised, FPS-R .....	16
Tabell 3. Smertevurderingsverktøy: Numeric rating scale – NRS .....	17
Tabell 4. Smertevurderingsverktøy: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, FLACC .....	17
Tabell 5. Smertevurderingsverktøy: revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, r-FLACC.....	19
Tabell 6. revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, r-FLACC sin atferdsbeskrivelse .....	20
Tabell 7. Eksempel på strukturert analyse fra rådata til dannelse av tema .....	38
Tabell 8. Karakteristikk av deltakerne .....	43
Tabell 9. En oversikt over hovedtema og subtema .....	44

## 1.0 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

På tross av økt fokus og forskning på smertebehandling av barn, viser både norske og internasjonale studier at barns smerter blir undervurdert og underbehandlet (Friedrichsdorf & Goubert, 2020, 2021; Smeland et al., 2019; Stevens & Zempsky, 2021, s. 12-13; Walther-Larsen et al., 2017). Forebygging og behandling av smerter hos barn sammenlignet med voksne, er ofte ikke bare utilstrekkelig, men også sjeldnere igangsatt, spesielt hos yngre barn (Friedrichsdorf & Goubert, 2020; Stevens & Zempsky, 2021, s. 12-13). Kunnskapen og retningslinjene for god smertelindring er til stede, men allikevel viser studier at barn fortsatt opplever å ikke bli lindret fra moderate til sterke smerter (Smeland et al., 2018; Stevens & Zempsky, 2021, s. 12-13).

Når en ser på smertebehandling av barn i et historisk perspektiv, kom en svært sent på banen med forskning. Så sent som på 60-tallet var det en oppfatning at barn opplevde mindre smerter enn voksne og at barn ikke ville erindre smertene. Holdningen hadde bakgrunn i tanken om at barns biologiske umodenhet gjorde smerteopplevelsen mindre (Lundeberg, 2023; Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021). Grimaser og motorisk urolighet ble sett på som reflekser (Lundeberg, 2023). En skal ikke lenger tilbake enn til 1980-tallet, hvor premature og nyfødte barn ble operert uten smertestillende medikamenter (Smeland et al., 2018). I løpet av 80-årene fikk smerter hos barn økt oppmerksomhet, og forskning på feltet tiltok (Lundeberg, 2023).

Heldigvis har holdningene endret seg, ettersom ny kunnskap er etablert og det er økt fokus på god smertebehandling av barn (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021). På tross av økt fokus og ny forskning, er det allikevel mye som tyder på at barn fremdeles ikke blir godt nok smertelindret (Friedrichsdorf & Goubert, 2020, 2021; Smeland et al., 2019; Stevens & Zempsky, 2021, s. 12-13; Walther-Larsen et al., 2017). Ubehandlet smerte kan føre til både kortsiktige og langsiktige konsekvenser, som eksempelvis økt risiko for somatiske komplikasjoner og utvikling av kroniske smerter (Friedrichsdorf & Goubert, 2021; Smeland et al., 2018). Eksponering for smerte tidlig i livet kan også ha innvirkning på kognitiv og emosjonell atferd senere i livet, og øker risikoen for psykiske lidelser som angst og depresjon (Moriarty & Walker, 2021, s. 32; Victoria & Murphy, 2016).

Sykepleiere har en nøkkelrolle i smertebehandlingen av barn. Det er de som er tettest på pasienten. Det er sykepleiere som observerer, vurderer og setter i gang tiltak (Alotaibi et al., 2018). Når forskning viser at barn ikke blir godt nok smertelindret, er det derfor viktig å få et



innblikk i hvilke erfaringer sykepleiere har i møte med smertebehandlingen av barn (Andersen et al., 2019). Det er utført en rekke studier på barn og smertebehandling, men det er få artikler som undersøker sykepleiers erfaringer med smertebehandlingen. De fleste studier ser på sykepleiers kunnskaper og holdninger, men lite på erfaringer (Alotaibi et al., 2018; Smeland et al., 2018). I studier som undersøkte erfaringer, var sykepleiere ansatt på blandede voksen-barn poster, og ikke generelle barneavdelinger (Marshall et al., 2018). Dessuten ble det ikke funnet studier som direkte tok for seg norske sykepleiers erfaringer med smertebehandling av barn.

## 1.2 Presentasjon av oppgavens hensikt

Hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse for hvilke erfaringer sykepleiere, ansatt på en barne- og ungdomsmedisinsk avdeling har med smertebehandling av barn. Sykepleiere har en viktig rolle i behandlingen av smerter, og det er derfor viktig å belyse deres erfaringer innen dette feltet. Denne kunnskapen kan være et verdifullt bidrag i arbeidet med å optimalisere smertebehandlingen av barn.

## 1.3 Problemstilling

*«Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av barn?»*

## 1.4 Avklaringer og avgrensninger

Aldersspennet på innlagte barn er bredt, og varierer fra 0-18år. Det vil da også variere hvordan barna uttrykker sin smerte. Aldersgrensen blir allikevel ikke avgrenset til å gjelde for eksempel kun preverbale barn, da jeg nettopp søker sykepleiers brede erfaring til alle innlagte barn.

Ulike typer smerter vil ikke bli spesifisert, da jeg ikke ønsker å begrense sykepleierne i deres fremstilling. Derfor kan smertene som blir omtalt være årsak til sykehusinnleggelsen, eller ha oppstått under innleggelsen. Det vil inkludere akutte eller kroniske smerter. Det vil også inkludere kirurgiske, onkologiske og palliative pasienter som blir liggende på barne- og

ungdomsmedisinsk avdeling. Smertebehandling av premature og syke nyfødte vil ikke bli omtalt, da dette er en spesialistoppgave som foregår på nyfødtintensive avdelinger.

Ifølge Hærnes et al., (2021), er det flest sykepleiere uten spesialutdanning som jobber på barneavdelingene i Norge. Betegnelsen sykepleier vil derfor bli brukt i denne oppgaven, snarere enn barnesykepleier. I selve studien vil både sykepleiere og barnesykepleiere være inkludert.

## 2.0 Søkestrategi

Søket etter aktuell forskning som kunne belyse temaet, startet allerede under utformingen av prosjektskissen, våren 2023. Det ble først utført et ustrukturert testsøk for å få en oversikt over den vitenskapelige litteraturen på temaet. En benyttet seg av ulike databaser, som CINAHL, Medline, EBSCOhost, Embase, Google Scholar, samt British Nursing Index. Søket ble da begrenset til år 2010-2023, men senere endret til 2014-2024. Da begrenset en søket til engelskspråklige artikler, men dette gikk en bort fra, da det som dukket opp i hovedsak var engelskspråklig. For å få en oversikt over forskning gjort i Norge på temaet, ble det også utført et søkt etter norske resultater.

Jeg fikk god hjelp fra bibliotekar ved Stavanger Universitetssykehus og bibliotekar ved Universitetet i Agder. Dette for å få hjelp til gode og strukturerte søk. For å få et definert og avgrenset søk, benyttet jeg meg av rammeverket PICO (Tabell 1). Søkene ble gjort via CINAHL, MEDLINE, EBSCOhost og Google Scholar. MEDLINE er den databasen som er mest brukt innen klinisk medisin. CINAHL er en helsefaglig database som har referanser spesielt innenfor sykepleie og relaterte områder (Hem et al., 2021, s. 90-91). Google Scholar er en søkemotor for vitenskapelig informasjon, fra et vidstrakt forskningsområde (UiA.no, U.å).

Tabell 1. PICO-skjema

<b>Patient/Problem:</b> Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?	<b>Phenomen of interest:</b> Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om?	<b>Context:</b> Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om?
<b>Søkeord:</b> Pediatric Paediatric Nurs* Pediatric nurse	<b>Søkeord:</b> Pain management Undertreated pain Pain control Pain relief Experience Management Perspective Practise Child*	<b>Søkeord:</b> Childrens`s department Pediatric ward Ward Department Hospital

Søkeordene fra PICO-skjemaet ble brukt i kombinasjon med operatørene AND/OR.

Trunkering ble brukt for å søke etter entall og flertall av samme ord i samme søk (Clarke, 2021, s. 190-191). Det er imidlertid også brukt litteraturlister fra artikler og relevante bøker, for på den måten å finne relevant forskning og litteratur. Søkene ble utført i perioden desember 2023 til april 2024. Artikler fra CINAHL og MEDLINE (EBSCOhost) og Google Scholar var de som i hovedsak ble brukt.

Inklusjonskriterier var artikler publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk mellom 2014-2024. Artiklene skulle omhandle barnesykepleiere (P) og deres erfaringer med smerte hos barn, deres rolle, kunnskaper, praksiser eller håndteringer av smerter hos barn (I) innlagt på sykehus (Co). Artikler fra utviklingsland som ikke har helseforetak med samsvarende norsk sykehusstandard, ble ikke inkludert. Dette fordi sammenlikningsgrunnlaget da ville være begrenset, eller ikke sammenlignbart. Litteratursøket ga 137 søk. Se vedlegg 1 for eksempel på søkestreng fra det strukturerte litteratursøket.

Ut ifra overskrifter og sammendrag, ble artikler inkludert eller ekskludert. Deretter ble teksten som helhet lest for å endelig vurdere om den skulle inkluderes. Forskningsartiklene ble systematisert i EndNote som et referansehåndteringsprogram, i tillegg lagret i egen mappe i EBSCOhost. Det var som nevnt få artiklers om gikk direkte på sykepleiers erfaringer med smertebehandling av barn. Allikevel ser en at via tversnittstudier, observasjonsstudier og spørreskjema hvor temaet er smertebehandling av barn, kommer sykepleiers erfaringer til syne, men ikke på den måten en søker i denne studien. De aktuelle forskningsartiklene blir referert til i kapittelet «3.0 Teoretisk rammeverk», og blir diskutert opp mot funn i kapittel «7.0 Diskusjon».

## 3.0 Teoretisk rammeverk

Som nevnt innledningsvis er det overordnede fokuset i denne oppgaven smertebehandling av barn og sykepleieres erfaring med fenomenet. I dette kapitlet starter jeg med å definere smerter. Barn i ulike aldre uttrykker smerte på forskjellige måter. Fra det preverbale barnet til ungdommen som bedre kan uttrykke seg. Dette kan gjøre smertevurderingen mer utfordrende, og vil derfor gjøres rede for. Siden vurdering av smerter er en stor del av selve smertebehandlingen, vil jeg redegjøre for de aktuelle smerteverktøyene som er anbefalt i bruk til barn i ulike aldre. Forskning peker på at barn blir underbehandlet, og mulige årsaker til dette vil bli presentert. Avslutningsvis vil jeg se på hvilket ansvar barnesykepleiere har i smertebehandlingen av barn, med bakgrunn i «Barnesykepleiers funksjons- og ansvarsområder». Teorien som presenteres vil danne videre grunnlag for diskusjonen i kapittel 7.

### 3.1 Smerte

Ifølge International Association for the Study of Pain, IASP, er smerte definert som "En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller som ligner den som er forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade". Denne definisjonen understreker at smerte er mer enn bare fysisk, den åpner opp for at det også er en emosjonell komponent (IASP, 2020). Smerte er altså en subjektiv opplevelse, det er personen selv som vet om noe gjør vondt eller ikke (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 6). Smerte er et komplekst fenomen, som påvirkes av psykologiske, fysiske, sosiale, kulturelle og åndelige eller eksistensielle faktorer (Markestad, 2023, s. 119).

En skiller mellom akutte og langvarige smerter, der langvarige smerter blir definert som smerter som varer mer enn tre måneder (Rosenbloom et al., 2021).

Videre skiller en mellom:

- Nociseptive
  - Somatiske og viscerale
- nevropatiske
- idiopatiske smertetilstander

Nociseptiv smerte kommer i forbindelse med vevsødeleggelse, eller noe som kan føre til vevsødeleggelse, som for eksempel skade, betennelse eller trykk/strekk i vev (Markestad, 2023, s. 119). Nociseptive smerter deles igjen inn i somatiske og viscerale smerter. Somatiske nociseptive smerter kommer ofte raskt, er kraftige og vellokaliserte, som etter for eksempel mekanisk vevsskade. Viscerale nociseptive smerter er mer diffuse og vanskeligere å lokalisere, og oppstår ofte i kroppens indre organer (Legemiddelhåndboka, 2020). De gir ofte diffust verkende eller kolikkpregede smerter. Reaksjoner fra det autonome nervesystemet kommer ofte samtidig med viscerale nociseptive smerter, og gir seg uttrykk i svetting, kvalme og oppkast. Nevropatiske smerter, er smerter som oppstår etter skade, forstyrrelser eller sykdom i nervesystemet, og kan opptre etter en skade som ga nociseptiv smerte. Slike smerter er oftest langvarige og vanskeligere å behandle. Smertene beskrives gjerne som brennende eller sviende, og kan gi endret følsomhet ved berøring (Markestad, 2023, s. 119). Idiopatiske smerter, er langvarige smerter hvor en ikke kjenner årsaken til smertene. I praksis skiller en også mellom prosedyresmerter, postoperative smerter og kroniske smerter. (Legemiddelhåndboka, 2020).

Barn kommer ofte til sykehus med smerter av ulike årsaker. Det kan skyldes sykdom og uførhet, men også skader som bitt, kutt, brudd eller brannskader. Under sykehusinnleggelsen kan barnet også oppleve smerter som blir påført dem. Dette i forbindelse med diagnostiske prosedyrer, nålestikk eller kirurgiske inngrep (Alotaibi et al., 2019).

### 3.2 Betydningen av barnets kognitive utvikling i smertevurderingen

Det skjer en rekke ulike biologiske, psykologiske og følelsesmessige forandringer fra fødsel og opp gjennom barneårene. Barnas individuelle variasjon er stor. Ulikhetene strekker seg fra biologisk-, motorisk-, og kognitiv modenhet, til sosiale og emosjonelle og språklige aspekter ved utviklingen. Kunnskap om den kognitive utviklingen hos barn, er viktig for forståelsen av hvordan barn reagerer og formidler smerte, samt for hvordan de forstår og håndterer ubehag og smerter (Lipsker & Wicksell, 2023, s. 53-54).

På bakgrunn av det, ønsker jeg i det kommende og kort redegjøre for barnets kognitive utvikling, i lys av utviklingspsykologen Jean Piagets (1896-1982) tanker om barnets utviklingsstadier. Piagets delte inn barnets utvikling i fire stadier ut fra alder (Lipsker &

Wicksell, 2023). Jeg vil også nevne faktorer som kan ha betydning for håndtering av smerte og ubehag.

Fra barnet er nyfødt og opp til 2 års alder, er det viktigst å ha fokus på å minimere smerte og fysiologiske stressfaktorer. Betydningen av omsorg og trygging er vesentlig. Derfor bør forberedelsen også bestå i å gjøre foreldrene trygge, da deres uro påvirker barnet. Fra ett års alder kan avledning være effektivt (Lipsker & Wicksell, 2023). Når barnet er rundt 1,5 år kan det uttrykke smerter, men ikke lokalisasjon eller intensitet (Markestad, 2023, s. 121). I 2-7års alder, kan avledning i form av lek være effektivt, og gjerne bruke et enkelt og konkret språk. Igjen er trygghet, ro og emosjonell støtte viktig. Fra 2-4 års alder kan barnet si at det har smerter i magen, men barnet har gjerne en otitt. Fra 4 års alder kan barnet lokalisere smerten, og fra 5 års alder kan barnet gi uttrykk for intensiteten i smerten (Markestad, 2023, s. 121). Ettersom barn i 7-11 års alder får økt bevissthet om indre kroppsdelene og kroppsfunksjoner, blir redselen for sykdom og tap av kontroll mer uttalt. Da vil rutiner og forutsigbarhet være viktig å formidle. Barnet vil også ha økt behov for informasjon og forberedelse. Med økt forståelse for smerte og årsak, og økt logisk tenkning, blir det viktig for barn fra 11 år og oppover, å involveres i planlegging og beslutninger som omhandler dem. Terminologi må fremdeles velges med omhu for å unngå unødig uro (Lipsker & Wicksell, 2023, s. 57-58).

### 3.3 Smertevurdering

Å identifisere smerte og dens alvorlighetsgrad, kan være utfordrende hos barn, spesielt hos mindre barn uten språk eller barn med forsinket utvikling (Hauer, 2024). Smerter kan tolkes ut fra barnets beskrivelse, endringer i atferd, men også ut fra fysiologiske uttrykk. Dess yngre barnet er, jo mer tolkes smerter ut fra fysiologiske endringer og endringer i atferd. Smerter hos spedbarn kan vise høyere puls, uregelmessig respirasjon, økt blodtrykk, blekhet, motorisk uro, gråt og grimaser (Markestad, 2023, s. 121). Imidlertid påpeker IASP (2021) at fysiologiske endringer som mål for smerter hos barn, ikke er like spesifikke og pålitelige.

Når en vurderer smerte, må en se på årsak, lokalisasjon, karakter og intensitet. Litteraturen anbefaler sterkt å bruke smertevurderingsverktøy som tilpasses alder og kognitiv og emosjonell modenhet. Smerter bør vurderes før og etter smertelindrende tiltak, og minst hver 4. time ved pågående smertebehandling. Ellers bør smerter vurderes en gang per vakt, og når barnet gir uttrykk for smerter eller viser atferd på smerter. Foreldre og andre omsorgspersoner



kjenner barnet best og må tas med i smertevurderingen (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 9).

Med det som bakgrunn, vil jeg i det følgende presentere de mest brukte og anbefalte smerteverktøyene.

### 3.3.1 Smertevurderingsverktøy

Bruk av smerteverktøy i vurderingen av smerter, basert på kognitiv evne, er et viktig og godt hjelpemiddel for å sikre adekvat smertebehandling av barn (Hauer, 2024). Som nevnt tidligere er det anbefalt å bruke smerteverktøy av internasjonale retningslinjer (Hauer, 2024; IASP, 2021; Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021; Smith et al., 2022). På tross av anbefalingene, viser studier at sykepleiere ikke bruker smerteverktøy i tilstrekkelig grad (Alotaibi et al., 2018; Andersen et al., 2019; Smeland et al., 2019; Tsuboi et al., 2023; Twycross & Finley, 2014; Walther-Larsen et al., 2017). Allikevel rapporterer sykepleiere om nytten de ser i bruken (Andersen et al., 2019).

Det finnes en rekke anerkjente og gode alderstilpassede smertevurderingsverktøy, slik som atferdsskjema, ansiktsskjema og numeriske skalaer. Barnet kan selv rapportere smerte og intensitet ved å peke på det enkelte skjemaet hvor smerte er skalert enten ved hjelp av ansikter eller tall. For de aller minste barna, brukes vurderingsverktøy som baserer seg på observasjon av adferd og fysiologiske parametere. Med hjelp av smertevurderingsverktøy kan en avdekke smerte og sørge for at barnet blir lindret, samt en kan lettere evaluere effekt av tiltak (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 10).

Gullstandarden innenfor smertevurdering av barn, er selvrapporing når dette lar seg gjøre. Imidlertid kan ikke de mest sårbare barna uttrykke sin opplevde smerte. Dette kan skyldes flere faktorer, for eksempel alder, som spedbarn og småbarn som ikke har utviklet språk enda, eller barn som har nevrologiske utfordringer eller av andre grunner ikke har normal språkutvikling eller språkforståelse. I andre tilfeller kan barna være alvorlig syke eller være under sedasjon, slik at de ikke kan gi uttrykk for smerter. For disse barna bruker en observasjon av barnets adferd som vurderingsgrunnlag, samt observasjon av fysiologiske tegn på smerter, i samspill med foreldrenes vurdering (IASP, 2021).

IASP (2021) understreker at smerteverktøy ikke skiller smerter fra andre årsaker til plager, som frykt, fysiologisk sykdom eller stress. Dessuten bemerker de at fysiologiske parametere

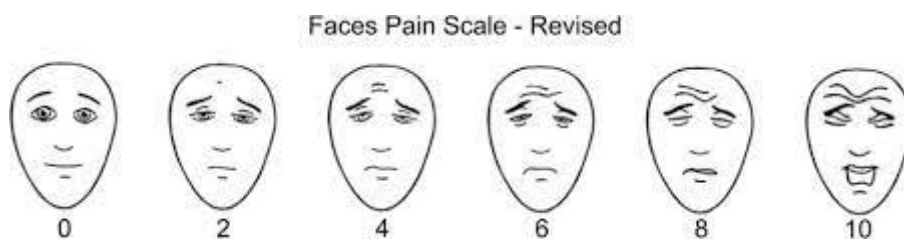
som hjertefrekvens og oksygenmetning påvirkes av smerte, men at de ikke er like spesifikke og pålitelige som smerter observert på bakgrunn av adferd. Mangelfull smertevurdering eller feiltolkning av smerter hos barn, kan føre til under- eller overmedisinering, eller utilstrekkelig behandling (IASP, 2021).

I det følgende vil de mest brukte smerteverktøyene bli presentert i tekst og bildeformat.

### **Faces Pain Scale-Revised, FPS-R:**

Faces Pain Scale-Revised er det reviderte selvrapporteringsverktøy for smerteintensitet, ved hjelp av ansikter (tabell 2). Den er utviklet for barn over 5 år. Det er ikke mimikken på barnet en ser på, barnet skal selv peke på ansiktet for å fortelle hvordan det føler seg innvendig. Den er enkel i bruk og krever ikke noe utstyr annet enn selve smerteskalaen (IASP, Ca. 2001).

*Tabell 2. Smertevurderingsverktøy: Faces Pain Scale-Revised, FPS-R*



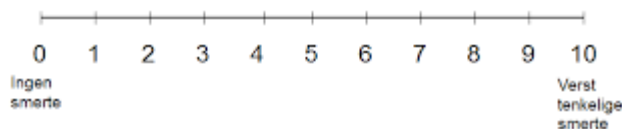
Faces Pain Scale-Revised, (IASP, 2001)

### **Numeric rating scale – NRS:**

NRS bygger på selvrapportering ved hjelp av tall. Smerteintensiteten skåres ut fra tall fra 0 til 10, hvor 10 er verst tenkelig (tabell 3). Den kan brukes ved å vise en linjal, eller presenteres muntlig. NRS kan benyttes til barn fra 6-8 år som har tallforståelse (Sørensen et al., 2021b).

Tabell 3. Smertevurderingsverktøy: Numeric rating scale – NRS

### Numeric rating scale – NRS (0 -10)



Numeric rating scale – NRS (e-håndboken.ous, 2021)

### FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability:

FLACC er et smerteverktøy som er nyttig å bruke til barn med redusert språk og forståelse. Den er beregnet for barn mellom 0-5 år, som ikke klarer skåre sin egen smerteintensiteten. Smertevurderingsverktøyet bygger på observasjon av barnets atferd. Smerten skåres ut fra fem ulike parametere for atferd: ansiktsgrimaser, bevegelser i bena, aktivitet, gråt og grad av trøstbarhet (tabell 4). Kroppen skal observeres utildekket, og en skal kjenne på kroppen for å vurdere anspenhet og muskeltonus. Barnet skal observeres i minst fem minutter under søvn, og minst 2-5 minutter når våken. Foreldrenes vurdering bør også tas med i betraktning (Sørensen et al., 2021a).

Tabell 4. Smertevurderingsverktøy: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, FLACC

#### FLACC Smertevurderingsskjema

Kategorier	0 poeng	1 poeng	2 poeng	Vurdering av atferdspoeng
Ansikt	Ingen spesielle uttrykk eller smil	Av og til grimaser eller rynker pannen, tilbaketrukket, uinteressert	Hyppig til konstant rynke i pannen, stram kjevemuskulatur, skjelvende hake	0 Avslappet og komfortabel  1 – 3 Mildt ubehag  4 – 6 Moderat smerte  7 – 10 Sterkt ubehag/smerte
Ben	Normal stilling, avslappet	Urolig, rastløs, anspent	Sparker eller trekker bena opp	
Aktivitet	Ligger rolig, normal stilling, beveger seg lett	Vrir seg, flytter seg frem og tilbake, anspent	Bøyd i kroppen, stiv eller rykninger	
Gråt	Ingen gråt, klynking	Stonner eller klynker, klager av og til	Gråter, skriker eller hulker, klager ofte	
Trøstbarhet	Tilfreds, avslappet	Lar seg trøste av berøring, klemmer eller ved å bli snakket med, kan avledes	Vanskelig å trøste eller roe	

Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.* 1997 May-Jun;23(3):293-7. PMID: 9220806. Alle rettigheter er reservert University og Michigan © 2002

Oversatt til norsk og validert av Hanne Reinertesen mfl. ©2009

FLACC Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (Merkel et al., 2002).

### **r-FLACC – Revised - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability:**

r-FLACC er en utvidet og revidert utgave av smerteverktøyet FLACC. Den brukes til observasjon av barn uten verbalt språk, med fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse. Andre tegn på smerter kan komme til uttrykk hos denne gruppen. Dette kan være mer atypiske uttrykk, som klapping, latter, rastløse bevegelser, sinne, aggresjon, selvskading og atypiske ansiktsuttrykk (Sørensen et al., 2021c). Denne versjonen av smerteverktøyet, inkluderer individuelle beskrivelser av smerteadfærd som foreldre legger til (tabell 5 og 6) (Tsuboi et al., 2023). r-FLACC kan benyttes av barn fra 4 til 18 år (Sørensen et al., 2021c).

Smerteverktøyet skal fylles ut før et kirurgisk inngrep eller en smertefull intervensjon, eller ved innleggelsen av barnet, og skal deretter følge barnet under hele innleggelsen. (IASP, 2021). Skjemaet skal presenteres og fylles ut sammen med foreldrene. I r-FLACC gjelder også observasjon av barnet i minst fem minutter om det sover, og minst 2-5 minutter om barnet er våkent. Kroppen skal observeres utildekket, og en skal vurdere ansenhet og muskeltonus (Sørensen et al., 2021c).

### **Vurdering av atferdspoenng er lik som ved bruk av FLACC:**

- 0 = avslappet og komfortabel
- 1-3 = mildt ubehag
- 4-6 = moderat smerte
- 7-10 = sterkt ubehag/smerte

Tabell 5. Smertevurderingsverktøy: revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, r-FLACC

**r-FLACC (revised - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)**

r-FLACC (revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)			
Kategorier	0 poeng	1 poeng	2 poeng
<b>Ansikt</b>  <b>Individuell adferd</b>	Ingen spesielle uttrykk eller smil	Av og til grimaser eller rynker pannen, tilbaketrukket, uinteressert <i>virker lei seg eller bekymret</i>	Hyppig til konstant rynke i pannen, <u>stram kjeve</u> , skjelvende hake <i>stresset ansiktsuttrykk, uttrykker frykt eller panikk</i>
<b>Ben</b>  <b>Individuell adferd</b>	Normal stilling eller avslappet <i>normal muskelspenning og bevegelse av ben</i>	Urolige, <u>rastløse</u> , ansente <i>sporadiske skjelvinger</i>	Sparker eller trekker bena opp <i>markant økt spastisitet, konstante skjelvinger eller rykninger</i>
<b>Aktivitet</b>  <b>Individuell adferd</b>	Ligger rolig, normal stilling, beveger seg lett <i>regelmessig, rytmisk respirasjon</i>	Vrir seg, flytter seg frem og tilbake, ansent <i>vegrende bevegelser, lett agitert, overfladisk respirasjon /inndragninger, av og til sukk</i>	Bøyd i kroppen, stiv eller rykninger <i>alvorlig agitasjon, dunker hodet, skjelver, holder pusten, gisper, alvorlige inndragninger</i>
<b>Gråt</b>  <b>Individuell adferd</b>	Ingen gråt (våken eller sovende)	Stønner eller klynker, klager av og til <i>av og til verbale utbrudd, konstant stønning</i>	Gråter uavbrutt, skriker eller hulker, klager ofte <i>gjentatte utbrudd, konstant stønning</i>
<b>Trøstbarhet</b>  <b>Individuell</b>	Tilfreds, avslappet	Lar seg trøste av berøring, klemming eller ved å bli snakket med, kan avledes	Vanskelig å trøste eller roe <i>drytter bort omsorgspersoner, motsetter seg omsorg eller trøstende tiltak</i>

Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. Paediatr Anaesth. 2006;16(3):258-65. Alle rettigheter reservert University of Michigan©. r-FLACC er oversatt og tilpasset av Eva Carlsen 2021 (Merkel et al., 2006b).

Tabell 6. revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, r-FLACC sin atferdsbeskrivelse

**r-FLACC (revised - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)**

Ansikt: (Face) F	Ben: (Legg) L	Aktivitet: (Activity) A	Gråt: (Cry) C	Trøstbarhet: (Consolability) C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sammenbitte tenner/tanngnissing</li> <li>• Rynke/fure mellom øyebryn</li> <li>• Stresst utseende</li> <li>• Stramt ansiktsuttrykk</li> <li>• Store åpne øyne /ser overrasket ut</li> <li>• Uttrykksløst ansikt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armer og ben dratt mot senter av kroppen</li> <li>• Anspent og stille</li> <li>• Ristende/skjelvende bein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tar seg til smertestedet</li> <li>• Nikker med hodet</li> <li>• Hardt knytte hender</li> <li>• Drar, vrir seg fra side til side</li> <li>• Vrir hode fra side til side</li> <li>• Armene opp</li> <li>• Bøyer nakken/hodet bakover</li> <li>• Rykker til i armene</li> <li>• Peker der det er vondt</li> <li>• Slår seg selv</li> <li>• Slår andre</li> <li>• Beskyttende</li> <li>• Biter i sin egen hånd</li> <li>• Holder pusten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Åpen munn skriker</li> <li>• Gjentar en bestemt setning</li> <li>• Skriker au, nei eller liknende</li> <li>• Klynker/jamrer/grynt/klaging</li> <li>• Roper, overstadig latter</li> <li>• Gråter sjelden, da er det som regel meget sterke smerter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reaksjon på klem</li> <li>• Kos</li> <li>• Å bli holdt</li> <li>• Berøring</li> <li>• Fjern og uten respons hvis smerte</li> </ul>

Hjelpeord ved smerteuttrykk hos barn med fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse (2), fritt oversatt Eva Carlsen. Disse uttrykk kan benyttes til å fylle ut r-FLACC for det enkelte barn.

Atferdsbeskrivelse av r-FLACC Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, (Merkel et al., 2006a).

### 3.4 Mulige årsaker til underbehandling av smerter

Ifølge Montreal-erklæringen fra 2010, er det en menneskerett å ha tilgang til smertebehandling. Ubehandlet smerte er et menneskerettighetsbrudd (IASP, 2010). Svikt i implementering av evidensbasert smerteforebygging og behandling for barn, anses nå som uakseptabelt og dårlig standard for pleie (Friedrichsdorf & Goubert, 2020).

Det har vært flere myter og ulike misforståelser når det kommer til barn og smerter. Dette, inkludert mangel på kunnskap om smertelindring til barn, er en del av årsakssammenhengen til undermedisinering og mangelfull smertelindring (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 6). Mangel på kunnskap var en av de mest omtalte barrierene (Achaliwie et al., 2023; Alotaibi et al., 2019; Alotaibi et al., 2018; Smeland et al., 2018; Tsuboi et al., 2023). Kunnskapsmangel ble identifisert, spesielt når det gjaldt farmakologisk behandling og i smertevurderingen (Smeland et al., 2018; Walther-Larsen et al., 2017). Studier påpeker mangel på opplæring og undervisning i smertebehandlingen av barn (Alotaibi et al., 2018; Marshall et al., 2018). En litteraturgjennomgang fra 2023 så imidlertid flere

indikasjoner på at undervisning måtte gjentas regelmessig for å oppnå gode nok resultat (Achaliwie et al., 2023).

Tidligere var det en oppfatning at barn opplevde mindre smerter enn voksne og at barn ikke ville erindre smertene. Det viser seg derimot at barn og ungdom har økt smertefølsomhet fysiologisk sett, sammenlignet med voksne (Persson, 2023). Oppfatningene gikk også ut på at smerte var uunnngåelig og ufarlig, og at det ikke ville føre til skadelige langtidseffekter. Fremdeles ser en holdninger som kan være årsak til underbehandling av smerter på barn. Holdningene går ut på at barn overrapporterer smerter, at barns biologiske umodenhet gjør smerteopplevelsen mindre og at barn lettere blir avhengige av opioider enn voksne. Misforståelsene går også ut på at barn som leker, eller barn som sover, ikke kjenner smerter. Redsel for sikkerhet og risiko for alvorlige bivirkninger, er også en årsak til at barn blir undermedisinerte (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 6).

Små og større barn, som av utviklingsårsaker har begrenset evne til å uttrykke seg verbalt, kan dessuten ha utfordringer med å rapportere egen smerte. Det kan også være at barn velger å ikke si ifra. Sistnevnte kan bunne i at de ikke forstår sammenhengen mellom det å ta smertestillende og at medikamentene lindrer, spesielt hvis det går en stund fra tidspunktet det inntas til tidspunktet det har effekt (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021). I en systematisk litteratur gjennomgang utført av Bakir et al. (2023), fant de at barna vanligvis unngår å snakke direkte med sykepleieren om smertene sine, på grunn av frykt og manglende kjennskap til både sykepleieren og sykehusmiljøet. Dette førte til at barna i stedet kjente på smerter fremfor å be om smertestillende medikamenter. Et annet funn, var at barna lot være å fortelle sykepleierne om smertene sine, fordi de trodde at sykepleierne kunne se at de hadde smerter eller at de ventet på at sykepleierne skulle komme til rommet deres for å spørre om smertene deres.

Flere studier rapporterer om mangel på rutinemessig bruk av smertevurderingsverktøy hos sykepleierne, og det påpekes at undervurdering av smerter også kan være relatert til mindre gunstig smertebehandling (Alotaibi et al., 2018; Andersen et al., 2019; Smeland et al., 2018; Tsuboi et al., 2023; Twycross & Finley, 2014; Walther-Larsen et al., 2017). En annen årsak til at barn underbehandles, kan være at flere legemidler til barn brukes utenfor myndighetsgodkjenning, så kallet «off-label». Noe som igjen kan føre til usikkerhet i fagmiljøene (Smeland et al., 2018).

Et annet aspekt ved smertebehandlingen, var at barn ofte fikk utilstrekkelige doser morfin (Brudvik et al., 2016; Smeland et al., 2018). Det som ofte gikk igjen som årsak, var redsel for respirasjonsdepresjon og avhengighet (LaFond et al., 2016; Smeland et al., 2018; Tsuboi et al., 2023). Studien til Alotaibi et al. (2018) viser peker også på utilstrekkelig forskrivning av smertestillende medikamenter av leger.

### 3.5 Somatiske og psykologiske konsekvenser av underbehandlet smerter

Smerte er en alvorlig stressituasjon med massiv frigjøring av stresshormoner, blant annet adrenalin og kortisol (Markestad, 2023, s. 120). Underbehandlet smerter gir ikke bare unødig lidelse, men det kan føre til økt risiko for komplikasjoner og økt risiko for sykkelighet. På lang sikt kan utilstrekkelig smertelindring hos barn føre til utvikling av kroniske smerter (Smeland et al., 2018). Blir smertestimuleringen for uttalt, kan det føre til nerveskader både spinalt og i mer sentrale områder. Derfor er adekvat smertebehandling essensielt (Lundeberg, 2023, s. 107). Som Markestad (2023, s. 120) påpeker, kan ufullstendig anestesi og mangelfull postoperativ smertebehandling, gi økt risiko for somatiske komplikasjoner og økt dødelighet hos intensivpasienter. Videre kan eksponering for smerte tidlig i livet, også ha en betydelig innvirkning på kognitiv og emosjonell atferd senere i livet (Moriarty & Walker, 2021, s. 32).

Manglende smertelindring tidlig i livet, kan som nevnt gi både kortsiktige og langvarige konsekvenser. Victoria og Murphys studie (2016) viser til konsekvenser som går på sensorisk persepsjon, stressrespons og psykisk helse, og er preget av både hypo- og hypersensitivitet. Studier tyder på at eksponering for smerter tidlig i livet, øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser som angst og depresjon, i verstefall posttraumatisk stresslidelse, PTSD. De ser også rapporteringer som går på endringer i hjernens utvikling og kognisjon, i tillegg til endringer i immunsystemets funksjon. Årsakene til de langsiktige endringene er enda ikke helt klarlagte. Det er flere implikasjoner som henviser til endringene som skjer i endogene opioider, i tillegg til stresshormoner eller peptider og deres reseptorer, slik som glukokortikoider (Victoria & Murphy, 2016, s. 65).

Victoria og Murphys studie (2016, s. 61) understreker at administrering av analgetika på skadetidspunktet eller under pågående smerte, reduserer de negative konsekvensene.



### 3.6 Medikamentell smertebehandling

Målet for smertebehandlingen er å nå et smertenivå som barnet godtar og som gjør det mulig for barnet å være så bevegelig som tilstanden tillater. Lundeberg (2023, s. 108) understreker betydningen av tidlig start av smertebehandlingen. Dersom smertene blir for sterke, vil det øke behovet for høyere doser analgetika og smertene kan være vanskeligere å lindre. Dette kan unngås ved å planlegge, og starte behandlingen tidlig (Lundeberg, 2023, s. 107-108). Litteraturen anbefaler å legge en god plan for smertebehandlingen der hvor det er mulig og hvor smerte er forventet, slik som ved planlagte kirurgiske inngrep eller ved prosedyrer (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021).

Det er også av stor betydning å kartlegge årsaken til smerten for å kunne finne den mest effektive smertebehandlingen som mulig. I de fleste tilfeller kan en mer effektiv smertelindring oppnås ved å kombinere ulike medikamenter, som virker på ulike smertereseptorer og ulike smertemekanismer i kroppen. Dette kalles multimodal terapi (Lundeberg, 2023, s. 108). Ved å kombinere ulike medikamenter kan også doser reduseres, i tillegg blir risiko for uheldige bivirkninger redusert. Dosene blir tilpasset ut i fra effekt og bivirkninger (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 24).

Medikamenter som gis regelmessig eller kontinuerlig, er med på å gi en jevn konsentrasjon av analgetika i plasma. Dette gir den beste smertelindringen, spesielt om smertene varer over tid. Effekt og eventuelle bivirkninger skal dokumenteres regelmessig. Noen bivirkninger må behandles, både profylaktisk og ved behov, som obstipasjon og kvalme (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 24). For å bedre behandlingsresultatet for pasienten, øke effektiviteten og bedre pasientsikkerheten er tverrfaglig samarbeid et viktig tiltak i helsehjelpen (Stubberud, 2019, s. 70-71).

Ulike typer smerter krever ulik type behandling. Noen smertetilstander har bedre effekt av visse typer analgetika. Slik som inflammatoriske smerter og skjelettsmerter responderer ofte bra på ikke-steroid antiinflammatoriske medikamenter, NSAID`s. Nociceptive smerter responderer vanligvis bra på opioider, mens smerter som kommer fra skjelettet eller ved neuropatiske smerter har en mer begrenset effekt av opioider (Lundeberg, 2023, s. 108). De ulike medikamentene har ulike former. Noen av dem finnes som tablett, kapsler, stikkpiller, miksturer, granulat, brusetablett, smeltetablett, plaster og som injeksjonsvæske. (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021).

I det kommende vil de ulike typene analgetika som er hyppigst brukt bli presentert. En skiller mellom ikke-opioide analgetika, opioide analgetika og co-analgetika (Legemiddelhåndbok, 2023).

Paracetamol er et trygt førstevalg og har moderat analgetisk effekt. Det brukes som grunnleggende behandling ved nociceptive smerter. Paracetamol har bedre effekt om det kombineres i sammen med NSAID`s. Intravenøs tilførsel anbefales ved sterke smerter og de første postoperative døgnene. (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 26).

Opioider brukes ved moderate til sterke smerter, og kan deles inn i hurtigvirkende, moderatvirkende og langtidsvirkende (Lundeberg, 2023, s. 123). Opioider har en rekke bivirkninger, som obstipasjon, kvalme, eufori, sedasjon og respirasjonsdepresjon. I tillegg er de vanedannende. De 2-3 første døgnene postoperativt er det vanlig å gi opioider intravenøst eller subcutant til barnet er smertelindret. Førstevalg blant opioider er morfin (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 28).

Alfa-2-adrenerge agonister, som klonidin og deksmedetomidin, har moderat analgetisk, sederende og opioidsparende effekt (Legemiddelhåndbok, 2023). Brukes som smertelindring og sedering i forkant av prosedyrer (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 32). Gabapentinoider som Neurontin og Lyrica, er antiepileptika som brukes mot nevrologiske smerter (Legemiddelhåndbok, 2023). «Sukkervann», glukose 300 mg/ml (30 %), kan brukes ved lette til moderate prosedyrerelevante smerter hos nyfødte og spedbarn opp til 3 måneder. (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 35).

### 3.6.1 Overvåking

Barn som får smertelindring og sedering skal observeres og følges opp med tanke på effekt og bivirkninger. For å sikre systematiske observasjoner, kan skjema for «Overvåking opioider - barn – observasjonsskjema» brukes. Skjemaet fanger opp effekter, bivirkninger og sedasjonsnivå og gir i tillegg forslag til tiltak ved komplikasjoner eller bivirkninger (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 47) .

Nyfødte og barn under 3 måneder krever særlig overvåking og oppfølging. De aller minste barna kan ha redusert omsetning av opioider, og her må en være spesielt oppmerksom. Uttrykk for sult og tørste, kan hos dem lett tolkes som smerte. Barn som har påvirket

organfunksjon, spesielt dersom bevisstheten og respirasjonen er påvirket, krever også tett overvåking og oppfølging. Redusert lever og/eller nyrefunksjon kan gi opphopning av legemiddel på grunn av redusert utskillelse, og kan føre til overdosering (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 47). Kontinuerlig overvåking kan være nødvendig, og en må ha beredskap for tiltak på respirasjonsdepresjon/respirasjonsstans og alltid ha tilgang på nalokson, antidot (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 28)

### 3.7 Ikke medikamentell smertebehandling

Psykologisk rettede tiltak som er med på å skape trygghet, forståelse, avledning og trøst utgjør fundamentet for all smertebehandling (Markestad, 2023, s. 122). God smertebehandling innebærer en balanse mellom å tilby optimale omsorgstiltak og atferdsstøttene behandling. I noen tilfeller kan det være nok til å oppnå smertelindring, som ved ulike prosedyrer og ved middels smerte. Den ikke farmakologiske smertebehandlingen skal allikevel alltid innebære smertevurdering og medikamentell smertelindring dersom behov. I mange situasjoner hvor smerte er involvert, er smerten så stor at det krever medikamentell smertebehandling (Norman & Eriksson, 2023, s. 221).

Som tillegg til farmakologisk behandling, har ulike former for fysikalsk behandling en viktig rolle, både ved akutte og langvarige smertetilstander. Hensikten er smertelindring så vel som det å være fysisk aktiv (Lundeberg, 2023, s. 109). Varmebehandling har også en smertelindrende effekt, og har både en lokal og sentral virkning på smertefull muskulatur. Varmen gir en følelse av velbehag og bidrar til reduksjon av angst og uro. Aktiviteten i det sympatiske nervesystemet reduseres. Ved akutt smerte kan kuldebehandling bidra til redusert smerte på grunn av den lokale effekten (Holm Frygner & Gåve, 2023, s. 256).

For barn ned i 6 års alder kan kognitive strategier, som avledning i form av fortellinger og fantasireiser være viktig. Lek kan også brukes som avledning og gjøre sykehusoppholdet mer positivt. Lek er viktig for barn, og barn lærer verden å kjenne gjennom leken. Leketerapi er et pedagogisk tilbud, som kan hjelpe å bearbeide bekymringer og vonde opplevelser. Fokuset blir satt på det normale i en vanskelig sykehusstilværelse. På samme måte kan sykehusklovner så vel som musikkterapi, hjelpe barnet til å flytte fokus bort fra smerter, ubehag og uro. Musikk kan også bidra til å mestre egen smerte. (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 17). Fysiske tiltak som fremmer velvære, kan også være til stor hjelp.

Eksempel kan være det å unngå sterkt lys og sterke lyder, omgi barnet med myke varme klær, gi massasje og gi barnet nærhet (Markestad, 2023, s. 122).

### 3.7.1 Foreldrene som ressurs

Det å legges inn på sykehus er i seg selv en stressende opplevelse for barnet. Når innleggelsen også inkluderer smerter og ubehag, blir dette en økt stressfaktor hos barnet. For at barn og unge skal oppleve mestring under en sykehusinnleggelse, er barnet avhengig av forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg og støtte fra omgivelsene rundt (Søbjerg, 2019, s. 127). Her har foreldrene en nøkkelrolle. De kjenner barnet sitt best og kjenner til deres særskilte behov og blir derfor barnets ressursperson (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 14). Foreldre representerer barnets trygghet og sikkerhet. Deres ro smitter over på barnet, det samme gjør deres angst og uro (Søbjerg, 2019, s. 132). Både foreldrenes ansiktsuttrykk og toneleie oppfattes av barnet (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 14). Det er derfor viktig at de informeres om hvordan de på best mulig måte kan trygge barnet for å minske angst og uro. Foreldrene er en viktig samarbeidspartner i kommunikasjonen med barnet, da de kjenner til hva barnet forstår og ikke. De kan omformulere og forklare. De har en viktig funksjon i å sikre at barnets behov blir hørt og ivaretatt. I en tøff situasjon, blir deres trøst og nærhet uvurderlig (Søbjerg, 2019, s. 134-142).

## 3.8 Barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområde

Ifølge Barnesykepleiers funksjons- og ansvarsområder (Søbjerg et al., 2017), innebærer barnesykepleie å begrense omfanget av lidelse og smerte. Barnesykepleier skal forebygge, behandle og lindre lidelse og smerte. Barn kan ha begrensede evner til å uttrykke seg, samt at de kan ha diffuse og generelle symptomuttrykk. Da krever det at barnesykepleier har kunnskap og erfaring til å vurdere barns smerte, samt evaluere gitt sykepleie. Dette gjør det også nødvendig å inkludere foreldrene, og se på dem som samarbeidspartnere i sykepleien til barn. Barnesykepleierens lindrende funksjon, er rettet mot å begrense omfanget og styrken av belastninger barnet blir utsatt for ved sykdom og sykehusopphold. Belastningene kan være smerte, så vel som utrygghet og angst.

## 4.0 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg presentere vitenskapsteoretisk forankring og hermeneutisk-fenomenologisk design, som ble valgt for denne studien.

### 4.1 Vitenskapsteori

Vitenskapelig kunnskap kan sies å være «begrunnet, systematisk og metodisk frembrakt kunnskap» (Thomassen, 2006, s. 42). Innenfor vitenskapelige forskningsmetoder er det hovedsakelig tre retninger;

- Naturvitenskapen, som studerer fenomener og hendelser i den naturlige, materielle verdenen.
- Humanvitenskapen, som studerer menneskelige og kulturelle fenomener.
- Samfunnsvitenskapen, som studerer forhold ved samfunnet og sosiale relasjoner.

Helse- og sosialfagene har tradisjonelt sett stått i krysningspunktet mellom disse tre ovennevnte vitenskapene (Thomassen, 2006, s. 41-42).

Vitenskapelig forskning har spesielt to filosofiske retninger; positivismen, med sine røtter i naturvitenskapen, og hermeneutikken med opphav i humanvitenskapen (Thomassen, 2006, s. 44). Innen medisin og helsefag har positivismen hatt, og fremdeles har, en stor betydning. Positivismens grunnleggende forståelse er at verden består av stabile fenomener som kan observeres, måles og systematiseres som objektive fakta. Innenfor den positivistiske retningen, finner vi kvantitativ metode (Malterud, 2017, s. 26-27). På den andre siden har man hermeneutikken som søker å forstå menneskers opplevelser. Her finner vi kvalitative metoder som er ideelle å bruke når man søker å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik de oppleves for den enkelte (Malterud, 2017, s. 36).

Formålet med denne studien var å få en dypere forståelse og økt kunnskap om sykepleiers erfaringer med smertebehandling av barn. På bakgrunn av det, valgte jeg kvalitativ metode med intervju som fremgangsmåte for å innhente data som kunne svare på problemstillingen.

Innenfor kvalitative metodetradisjoner finner man ulike metoder (Malterud, 2017, s. 36). I denne studien er det valgt fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming som i det kommende vil bli presentert.

### 4.1.1 Fenomenologi

Når fenomenologi anvendes innen kvalitativ forskning, er målet å forstå sosiale fenomener ut fra individets egne perspektiver, og beskrive verden slik den oppleves av individet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Fenomenologi omhandler altså forståelsen av menneskers subjektive erfaringer. For å forstå gjennom et fenomenologisk perspektiv, er det nødvendig å legge til side tidligere kunnskap og i stedet betrakte den subjektive menneskelige erfaringen, i lys av individets livsverden. I en fenomenologisk tilnærming, påtar man seg en beskrivende rolle (Malterud, 2017, s. 28). Man forsøker å beskrive essensen av fenomenet så identisk som mulig, snarere enn å forklare og analysere det (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er en tilnæringsmåte som ser på de levde erfaringene til mennesket, og meningen de gir det individet som har opplevd fenomenet. Målet vil være å forstå denne meningen. På den måten kan man se erfaringen på en annen måte, noe som igjen kan bidra til å berike ens forståelse av erfaringen (Polit & Beck, 2021, s. 165).

Fenomenologi har i hovedsak to ulike tilnæringsmåter: Den beskrivende fenomenologien og den hermeneutiske fenomenologien (Polit & Beck, 2021, s. 165).

### 4.1.2 Hermeneutikk

Ifølge Hem et al. (2021) er det vanskelig å gi gode beskrivelser av et fenomen, uten å tolke datamaterialet. Heidegger var grunnleggeren av hermeneutisk fenomenologi, og understreket viktigheten av det å tolke den menneskelige erfaringen, ikke bare å beskrive den. Han mente at den levde erfaringen i seg selv, er en tolkningsprosess. Gadamer, som anses som hermeneutikkens nøkkelperson, forklarte den tolkende prosessen som en sirkulær prosess. En prosess han ga navnet; den hermeneutiske sirkelen (Polit & Beck, 2021, s. 264). Den hermeneutiske sirkel illustrerer en stadig bevegelse mellom helheten og delene, der analysen og forståelsen gradvis utvikles og blir dypere i hvert steg. Det veksles mellom forforståelse og ny forståelse. Meningen prøver man å finne gjennom tolkning, og det blir lagt som grunnlag for valg av forskningsmetode (Ekstedt, 2021).

### 4.1.3 Studiens vitenskapsteoretiske tilnærming

I denne studien ble det ansett som vanskelig å legge all forforståelse og fortolkninger til side, slik man ville gjort ved en ren fenomenologisk tilnærming. Aspekter fra både fenomenologien og hermeneutikken vil bli benyttet som design for studien. Fenomenologisk og hermeneutisk metode har både en beskrivende og tolkende tilnærming (Ekstedt, 2021, s. 91).

## 5.0 Metode

Innledningsvis vil jeg i dette kapittelet beskrive studiens kvalitative design. Utvalget og utvalgsstrategien vil bli presentert, samt metodevalg for innsamling av data. Deretter kommer en redegjørelse av individuelle dybdeintervju, samt hvordan de ble gjennomført. Videre vil jeg gjøre rede for forskningsetiske aspekter knyttet til studien, og gi en beskrivelse av hvordan jeg har gjennomført hvert trinn i prosessen. Avslutningsvis vil jeg foreta en metodediskusjon, samt se på forskerens rolle.

### 5.1 Kvalitativ forskning

I denne studien er det benyttet en kvalitativ tilnærming til metode. Kvalitative metoder er velegnet å bruke når man ønsker å belyse fenomener, slik som individets subjektive oppfatninger og erfaringer om bestemte fenomener, situasjoner eller forhold (Hem et al., 2021, s. 123). I denne studien vil sykepleiers opplevelser og erfaringer av et fenomen, bli undersøkt. Man ser på essensen i deres opplevelse av smertebehandling av barn, og hvilken mening de ilegger det. På den måten forsøker man å forstå deres erfaringer (Polit & Beck, 2021, s. 165). Kvalitative metoder utforsker nettopp menneskers levde erfaringer, og det ble derfor naturlig å velge denne metoden for studien, med et fenomenologisk-hermeneutisk design (Malterud, 2017).

### 5.2 Utvalg og rekruttering

Det ble gjort et strategisk utvalg i rekrutteringen av informanter til studien, da målet var å ha et utvalg som best mulig kunne belyse problemstillingen. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er basert på problemstillingen. Det var derfor hensiktsmessig å inkludere sykepleiere som jobbet med barn innlagt med smerter, da de best kunne si noe om erfaringene og opplevelsene med smertebehandling av barn. Det ble da naturlig å velge sykepleiere ansatt ved noen av landets barneavdelinger. Jeg ønsket å få kunnskap om både nyutdannedes og mer erfarne sykepleieres erfaringer om smertebehandlingen. Det er en fordel med en variasjonsbredde i utvalget, for på den måten å belyse temaet i tilstrekkelig dybde og bredde, og slik få bedre informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 58). Da det er flest sykepleiere uten spesialutdanning innen barnesykepleie som jobber på barneavdelingene i Norge, ble det inkludert både sykepleiere med og uten videreutdanning (Hærnes et al., 2021).



Da jeg ikke søkte sykepleiers erfaringer med spesifikke smerter, som postoperative- eller onkologiske smerter, men i stedet erfaringer med alle typer smerter, ble det valgt en mer generell medisinsk barne- og ungdomspost. Jeg valgte å intervju sykepleiere ved sykehus uten spesialiserte barneavdelinger, slik at jeg skulle sikre et mangfold av pasienter. Ved barne- og ungdomsmedisinske sengeposter, blir barn med nyoppståtte smerter innlagt, og barna kan også oppleve smerter av ulik art, under innleggelse. For å ivareta konfidensialiteten har jeg valgt å ikke navngi sykehusene jeg har hentet utvalget fra.

Generelle prinsipper for utvalgsstørrelse innen kvalitativ forskning, er basert på informasjonsstyrken man får gjennom intervjuene. Når man ikke lenger får ny informasjon og en opplever å ha nådd metning av innsamlet materiale, kan en betrakte antall informanter som tilstrekkelig. I kvalitativ forskning er utvalget vanligvis bestående av et mindre antall informanter (Polit & Beck, 2021, s. 178). I denne studien ble det inkludert åtte sykepleiere.

Fagsykepleier rekrutterte deltakere på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Avdelingsleder ble ikke valgt, da sykepleierne kunne føle press til deltakelse. For at alle informantene skulle få samme informasjon om undersøkelsen, fikk fagsykepleier i forkant et utarbeidet informasjonsskriv om studien. Dette ble lagt ut på avdelingen, slik at de som ønsket, kunne ta kontakt med fagsykepleier for deltakelse.

Et informasjonsskriv og et samtykkeskjema (vedlegg 6) ble utdelt sykepleierne i forkant av intervjuet, slik at de fikk mulighet til å lese gjennom studiens hensikt, før de takket ja til deltakelse (Johannessen et al., 2021).

### 5.3 Semistrukturerte dybdeintervju

I fenomenologiske studier, er individuelle dybdeintervjuer den viktigste kilden for å innhente informasjon (Polit & Beck, 2021, s. 165). Jeg valgte å ha semistrukturert dybdeintervju, for å kunne svare på og belyse problemstillingen. Som Malterud (2017) påpeker, er det gjennom samtale vi får «direkte kjennskap til menneskers erfaringer», (Malterud, 2017, s. 69).

Semistrukturerte intervjuer ligger tett opp til en vanlig samtale, men forskjellen er at den har et profesjonelt formål. Dette åpnet opp for at sykepleierne kunne fortelle fritt, samtidig som jeg kunne styre tematikken gjennom noen forhåndsbestemte spørsmål. Ved å stille åpne spørsmål, ga jeg rom for nye og uventede svar, og i tillegg mer omfattende beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22,46, 156-157).

Jeg utformet en intervjuguide (vedlegg 2) med forhåndsbestemte spørsmål for å sikre at de spørsmålene jeg ønsket svar på, ble besvart (Polit & Beck, 2021, s. 181). Spørsmålene ble organisert i ulike tema med noen oppfølgingsspørsmål. I forkant av intervjuene ble det utført et pilotintervju med en kollega for å undersøke om intervjuguiden var forståelig og relevant. Slik kunne jeg også identifisere eventuelle problemer som måtte løses før selve intervjuene med sykepleierne. Under pilotintervjuet så jeg også behovet for å inkludere noen konkrete spørsmål, for eksempel om bruk av smerteverktøy.

### 5.3.1 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på under en uke, i tidsrommet 4-8. desember 2023. Lengden på intervjuene varierte fra 35-65 minutter. Lyddopptak ble benyttet under intervjuene for å sikre full oppmerksomhet og tilstedeværelse. Intervjusituasjonen avhenger av at intervjueren skaper trygge og gode rammer for intervjuet, slik at sykepleierne opplever at de kan snakke fritt og uforstyrret (Kvale & Brinkmann, 2015). Et stort og luftig rom på sykehusene utenfor avdelingene, ble valgt for å skape ro og for å unngå avbrytelser. Intervjuene ble innledet ved å beskrive formålet med studien og intervjuet, og hva jeg ønsket å undersøke. Etter å ha fortalt sykepleierne om formålet, ble informasjonsskrivet med informasjon om studien, delt ut og gjennomgått. Sykepleierne ble informert om frivillig deltakelse, og at de kunne trekke seg når som helst i prosessen. Jeg sørget for å understreke at datamateriale ville oppbevares konfidensielt og deltakernes identitet ville anonymiseres.

Under selve intervjuene, fulgte jeg intervjuguiden og stilte samtlige spørsmål fra den. Etter første intervju dukket det opp viktige tilleggsspørsmål som jeg ønsket svar på, derfor ble det lagt til noen spørsmål etter det første intervjuet. For å sørge for at jeg forstod det sykepleieren fortalte, og for å unngå misforståelser, benyttet jeg meg av det Malterud (2017, s. 193) omtaler som «dialogisk validering». Det vil si at jeg underveis i intervjuet, regelmessig stilte spørsmål til sykepleierne, for å sikre at jeg hadde forstått det som ble sagt slik det var ment. For at sykepleierne skulle få snakke mest mulig fritt, prøvde jeg å legge inn pauser i påvente av mer utfyllende svar. Spørsmålene ble også stilt på ulike måter, for å få rike og detaljerte data. For å skape en best mulig dialog mellom forsker og sykepleier, stilte jeg meg åpen og lyttende.

## 5.4 Forskningsetiske aspekter

For å beskytte hvert enkelt menneske, og for å ivareta deres rettigheter, er medisinsk forskning bundet av etiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen fra 1964, sammenfatter internasjonalt anerkjente etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker. Forskning er også underlagt norske lover og forskrifter, for å sikre at retningslinjene overholdes (Malterud, 2017, s. 211).

Da jeg i denne studien behandler personopplysninger, og i tillegg tok lydopptak, ble forskningsprosjektet meldt og godkjent av Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, SIKT (vedlegg 3), for å sørge for at en følger kravet til personvern. Studien ble også vurdert og godkjent av fakultetets etikkomité, FEK (vedlegg 4). I tillegg ble det søkt om tillatelse til gjennomføring av prosjektet ved sykehuset hvor sykepleierne arbeider. Det var ikke nødvendig med godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, da studien faller inn under prosjekter med lite sensitive opplysninger (Malterud, 2017, s. 218). Datamaterialet ble aidentifisert ved bruk av koder, og lagret på forskningsserveren til Universitetet i Agder. All data vil bli slettet innen juni 2024.

### 5.4.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Informert samtykke er en forutsetning for deltakelse i nesten all type forskning. Det innebærer at sykepleierne som deltar i studien, må få nok informasjon om hva det innebærer å delta, både positive og negative sider ved det. I tillegg må de få informasjon om studiens formål og design (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Det ble utlevert en samtykkeerklæring (vedlegg 6) i forkant av intervjuet, hvor det ble informert om hva studien går ut på, hva det er en søker kunnskap om, hvordan data vil bli innsamlet, oppbevart og brukt i ettertid. Informasjon om hvordan opptaket blir brukt og hvem som har tilgang til det, ble også lagt ved. Det ble understreket at sykepleierne blir anonymisert og at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

Kvalitative metoder innebærer at mennesker deler deres tanker og følelser. Informasjonen man får, inneholder dermed ofte sensitive og personlige opplysninger. Det stiller strenge krav til personvernet. Opplysningene man får fra sykepleierne, må håndteres og forvaltes på en riktig og tilfredsstillende måte. Det gjøres ved å anonymisere sykepleierne, slik at det sikres at de ikke kan bli gjenkjent (Malterud, 2017, s. 214-216). Navn, alder og dialekt er ikke blitt gjengitt i oppgaven, heller ikke hvilke sykehus sykepleierne er ansatt ved. Datamaterialet er

blitt oppbevart nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Sykepleierne skal være trygge på at det de sa, blir gjenfortalt på en slik måte, at det i størst mulig grad samsvarer med det som var ment (Malterud, 2017, s. 193).

#### 5.4.2 Forforståelse

Det er viktig å si noe om forskerens forforståelse i studien. Jeg jobber selv som sykepleier ved en barne- og ungdomsmedisinsk sengepost, og har dermed selv mye erfaring med smertebehandling av barn. Forforståelse ble av Gadamer beskrevet som forutsetninger og erfaringer en har med seg, både historisk og individuelt. Man har dem med seg, bevisst eller ubevisst, som del av ens tolkningsgrunnlag (Malterud, 2017, s. 44-46).

Som Malterud (2017) skriver, kan forforståelsen gi styrke til studien. Den kan ha en nytteverdi i form av kunnskap om fenomenet, og videre gi motivasjon inn i forskningsprosessen, gi omsorg for pasientgruppen og ønske om å endre realiteter i praksis. Ulempen med forforståelsen, kan være at jeg ikke er like åpen for erfaringene og synspunktene til sykepleierne jeg intervjuer. Jeg kan ha på meg «skylapper» og se deres erfaringer i lys av egne opplevelser (Malterud, 2017, s. 44-46). For å forebygge dette, har jeg hatt et aktivt og bevisst forhold til min egen forforståelse. Før jeg gikk i gang med studien, måtte jeg være ærlig overfor meg selv, i forhold til hva jeg håpet og trodde jeg ville finne. Dette har jeg også måttet komme tilbake til gjennom hele prosessen, for å ikke la det få innflytelse på tolkningen av innsamlet datamateriale (Malterud, 2017). Forforståelsen er viktig i analyseprosessen når man arbeider hermeneutisk, men jeg har allikevel vært bevisst på å få frem sykepleiernes erfaringer og stemmer.

#### 5.5 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp ved bruk av lydopptak, i appen Nettskjema – diktafon. Nettskjema stod også for transkriberingen, og konverterte lydopptaket til tekstformat. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det ikke ukomplisert å transkribere. Når en overfører tale til tekst gjennom transkribering, blir samtalen mellom mennesker «abstrahert og fiksert» til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Toneleie, intonasjon og eventuell ironi går tapt. Allerede når intervjuet blir tatt opp på lydopptak, skjer en abstraksjon; lydopptakeren vil ikke få med seg sykepleiernes kroppsspråk, mimikk eller gestikulering. Den transkriberte

tekstformen er kanskje ikke dekkende for hva som muntlig ble overlevert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-205).

Dataprogrammet utførte transkriberingen, men fikk ikke med seg alle ord og heller ikke tenkepausene sykepleierne kunne ha. For å sørge for at alt det som sykepleierne sa, ble riktig gjengitt, hørte jeg gjennom intervjuene samtidig som transkripsjonen ble grundig gjennomgått og eventuelle feil ble rettet opp i, som for eksempel dialektord. Der hvor pausene spilte en rolle, ble det notert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206).

## 5.6 Analyse

I analysen brukes en induktiv tilnærming. Det vil si at empirisk data fra enkeltpersoner og enkelthendelser bidrar til å belyse problemstillingen og gjennom fortolkning abstraheres funnene, slik at de kan si noe om det mer allmenne (Malterud, 2017, s. 113). Jeg har benyttet meg av Braun og Clarkes (2022) tematiske analyse i denne studien. Nærmere bestemt; refleksiv tematisk analyse, som går over seks trinn. Metoden er kjent for å være pragmatisk og fleksibel. Det at analysemetoden er refleksiv, betyr at jeg må ha en bevisst og kritisk tilnærming til analyseprosessen. Jeg må kritisk reflektere over alt jeg gjør, hvordan jeg gjør det og hvorfor jeg gjør som jeg gjør. Altså må jeg være bevisst på hvordan alt jeg gjør påvirker forskningen (Braun & Clarke, 2022). I analyseprosessen var jeg som forsker ledsaget av min egen forforståelse av fenomenet. Det stiller krav til meg som forsker, og forplikter meg til å opprettholde en høy grad av bevissthet og refleksjon. Ved å konsekvent fokusere på at det er hva sykepleierne erfarer om fenomenet som skal frem, utviser jeg en refleksiv tilnærming.

Refleksiv tematisk analyse har ikke strenge og klare regler man må følge, men har i stedet retningslinjer. I analyseprosessen kan man bevege seg frem og tilbake mellom de ulike fasene eller analysetrinnene. Man må ikke følge trinnene slavisk. Selve analysen går ut på å identifisere ulike mønstre og temaer i datamaterialet en har. Disse mønstrene eller temaene skal sammen være med på å besvare problemstillingen (Braun & Clarke, 2022).

Det som fristet mest ved å bruke denne metoden, var at det er en metode man kan lykkes med uten erfaring med kvalitativ analyse (Eggebo, 2021). Som Braun og Clarke (2022) påpeker, er dette en metode som også er god for nybegynnere. Jeg likte dessuten tankegangen deres, om å lære mens man utfører.

I det følgende beskrives gjennomføringen av analysemetodens seks trinn:

### 1. Bli kjent med datamateriale

I den første fasen gjorde jeg meg kjent med materialet. Det startet allerede under intervjuene. Jeg fikk da en innføring i sykepleiernes erfaringer, og jeg kunne allerede da se mønster som gikk igjen. Transkriberingen ble utført av dataprogrammet Nettskjema, men jeg gikk selv grundig gjennom transkriberingen, og lyttet til intervjuene, ord for ord. Teksten ble siden gjennomgått flere ganger i hele analyseprosessen. Slik ble jeg godt kjent med materialet (Braun & Clarke, 2022).

### 2. Starte kodingen

Koding innebærer systematisk gjennomgang av funnene på en grundig og nøyaktig måte, for å identifisere data som er interessante, relevante og meningsfulle for problemstillingen (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Man finner da meningsbærende enheter, som kalles koder (Malterud, 2017, s. 101).

I denne fasen jobbet jeg i dataprogrammet Nvivo 14. Nvivo er et analyseprogram som hjelper med å organisere kvalitative data (Skaar, 2018). Organiseringen og analysearbeidet må en utføre selv, men programmet gjør hele prosessen mer ryddig og mindre tidkrevende. På den måten har man bedre kontroll over datamaterialet. På let etter relevante og meningsfulle deler eller enheter, gikk jeg systematisk gjennom alt datamateriale (Braun & Clarke, 2022). Jeg så etter meningen i det sykepleieren sa og laget en kode for det. Essensen i et avsnitt av hva sykepleieren sa, ble koden. Slik ble hele datamaterialet kodet, og på den måten fikk jeg det inn i små meningsbærende enheter eller koder. Til slutt satt jeg igjen med ca. 900 slike koder.

### 3. Lete etter tema

Å lete etter tema, vil si å se ei datamaterialet, og deretter samle koder som deler samme tema i grupper. Kodene fanger opp en spesifikk betydning, mens temaer beskriver bredere, delte betydninger. (Braun & Clarke, 2022, s. 35). I denne fasen leste jeg nøye gjennom kodene, og etter hvert kunne jeg se at flere av kodene i bunn og grunn handlet om det samme. Det var ulike mønstre som gikk igjen, og jeg kunne relatere kodene til hverandre. Kodene ble plassert inn i ulike meningsfulle tema; tema som svarte på problemstillingen (Braun & Clarke, 2022). Jeg endte opp med mange

slike subtemaer. Andre koder ble vanskeligere å plassere under et tema. Disse ble plassert i subtema ved navn: «IKKE RELEVANT», eller «USIKKER». Når jeg var helt ferdig med de seks trinnene i Braun og Clarkes analyse, ble det lettere å plassere disse.

#### 4. Gå kritisk gjennom tema

En kritisk gjennomgang av temaene innebærer å kontrollere at temaene gir mening i forhold til kodene og deretter i forhold til hele datamaterialet. Jeg så på om subtemaene ga mening ut fra kodene som hvert tema inneholdt, og så på det i sammenheng med hele datamaterialet. Jeg gikk grundig gjennom temaene, for å se om temaet ga en overbevisende historie. Jeg måtte også se på om det var et viktig mønster, om sykepleiernes delte erfaring. Og ikke minst, vurdere om temaene ga svar på de sentrale aspektene av problemstillingen (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Dette var en krevende prosess, og førte til mye reorganisering. Slik slo jeg sammen tema, men splittet også opp tema, til jeg endte opp med fire hovedtemaer og mellom to og tre subtemaer, under hvert hovedtema.

#### 5. Definere og gi tema navn

Hovedtemaene ble systematisert gjennom likhetstrekk og samsvar i tema. Temaene ble finjustert og avgrenset. Slik klarte jeg se det hele mer tydelig. Hvert tema ble bygget rundt essensen i erfaringene til sykepleierne. Disse fire hovedtemaene skulle jeg også gi fengende navn (Braun & Clarke, 2022). Etter litt frem og tilbake, endte jeg opp med temanavn jeg var fornøyd med (se eksempler i tabell 7).

#### 6. Skrive rapporten

Siste del av den tematiske analysen, fase 6, går ut på å skrive om funnene fra intervjuene, samt å skrive ferdig introduksjonen, metoddelen og konklusjonen man har kommet frem til. Det å skrive om funnene, bli kjent med funnene og reflektere over dem, startet allerede i fase 3 (Braun & Clarke, 2022). Jeg gikk frem og tilbake i analysen, flyttet på koder og endret på temaoverskrifter gjennom hele prosessen. Jeg har også måttet gå tilbake til transkriberingen for å forsikre meg om at jeg har forstått sykepleierne riktig, og for å bedre se sammenhengen av historien de fortalte. Dette minner om den hermeneutiske sirkel, hvor man beveger seg mellom helheten og

delene (Ekstedt, 2021). Gjennom hele prosessen har jeg skrevet notater om tanker jeg har gjort meg, refleksjoner, og i tillegg uthevet relevante sitater.

Tabell 7. Eksempel på strukturert analyse fra rådata til dannelse av tema

<b>Rådata</b>	<b>Kode med meningsbærende enhet</b>	<b>Subtema</b>	<b>Hovedtema</b>
«Hvilke erfaringer har du med smertelindring av de minste barna?» «Det er jo ikke alltid så lett å vite om det er smerter»	«Ikke lett å vite om det er smerter på de minste»	Barn er vanskelige å tolke	Barn er ikke små voksne
«Utfordringer kan jo være at de ikke vil ta, de vil ikke ha rumpetablett skulle jeg til å si. De vil ikke ha mikstur. At de ikke forstår sitt eget beste. Det kan jo være det vanskeligste»	«Utfordring at de ikke vil ta medisinen»	Medisin. Jeg nekter	Barn er ikke små voksne
«Han fikk alt for lite smertestillende. Det var en ungdom. Han var veldig smertepåvirket. De var redde for å gi han for mye smertestillende. Jeg har tenkt på at han må ha hatt det grusomt. Han var her lenge og hadde kjempesterke smerter»	«Sterke smerter, men redde for å gi smertestillende»	Redsel for å gi morfin til barn	Barrierer for god smertebehandling
«... noen ganger får man pasienter som det er et bra regime på, som man på en måte ser at, ja barnet er ikke smertelindrende som er satt opp allerede funker på en måte»	«Barnet er ikke smerteplaget, for det har et regime som fungerer»	Den gode planen	Planlegging er alfa og omega



<p>«Mobilisering, men du skal ikke kimse av det, at du har frisk luft på rommet. Av og til kan det bli veldig innestengt, bosset er fullt. De har blod på lakene. Det lukter vammelt, kvalmende. Det er jo i hvert fall ikke med på å gjøre det bedre. Så hvis du lufter, fjerner bosset, finner noe nytt, så får de i hvert fall en større opplevelse av velvære. At de har friskt nytt vann. Det er jo alle de småtingene også»</p>	<p>«Du skal ikke kimse over de små tingene som øker velværet»</p>	<p>Smertebehandling er mer enn medikamenter</p>	<p>En helhetlig tilnærming</p>
---	---	---	--------------------------------

## 5.7 Metodediskusjon

Vitenskapelig kunnskap stiller høye krav til forskeren. Leseren skal kunne ha tillit til studiens funn, derfor har jeg gjennom hele prosessen stilt meg kritisk til valg og bruk av metode. Det innebærer også at jeg har hatt en kontinuerlig og kritisk vurdering av analysen, tolkningene og konklusjonen (Malterud, 2017). Lincoln og Guba beskrev fem kriterier som anses som gullstandarden innen kvalitative studier når det gjelder evaluering av forskningskvalitet; troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet, overførbarhet og autentisitet (Polit & Beck, 2021, s. 276-277). I det kommende vil jeg diskutere valg og bruk av metode, og se på styrker og svakheter ved studien i lys av disse kriteriene.

Med troverdighet menes det å ha tillit til at dataene og tolkningene av dem er sanne og nøyaktige. Troverdighet innebærer å gjennomføre studien på en måte som øker troverdigheten til funnene (Polit & Beck, 2021, s. 276). Troverdigheten styrkes ved at forskningen gjøres transparent, derfor har jeg i metodekapittelet beskrevet fremgangsmåten for forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 36), foruten min egen forforståelse.

Studiens pålitelighet refererer til påliteligheten av data over tid og under ulike forhold.

Spørsmål en da stiller seg, er om man kan få samme resultat i en liknende kontekst, utført av

andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276,357; Polit & Beck, 2021, s. 277). For å øke påliteligheten, er sykepleierne jeg intervjuet og konteksten rundt intervjuet, beskrevet.

Bekreftbarhet refererer til studiens objektivitet, men man kan aldri være helt objektiv i en kvalitativ studie. Funnene skal representere den informasjonen som sykepleierne ga, og analysen og tolkningen av funnene skal ikke være konstruert av forskeren (Polit & Beck, 2021, s. 277). For å sørge for dette, utførte jeg transkriberingen på en nøyaktig og identisk måte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Her fikk jeg hjelp fra verktøyet Nettskjema, et dataprogram som transkriberte lyd materialet over til tekst. I etterkant ble det utført et grundig arbeid i å rette opp feil, da dataprogrammet ikke alltid fikk med seg alle ordene. Dialekt ble heller ikke konsekvent oversatt av programmet, og derfor valgte jeg å oversette alt til bokmål. Dette ble også gjort av hensyn til anonymisering. I prosessen med å kode funnene, jobbet jeg så nøyaktig og grundig som mulig, for å øke bekreftbarheten. Jeg måtte sørge for at jeg hadde forstått essensen i materialet, og at jeg fanget den opp i kodingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har brukt sitater fra sykepleierne, for å vise til at det er deltakernes egen stemme resultatene er hentet fra.

Når man vurderer studiens overførbarhet, ser man på i hvilken grad funnene kan overføres til andre sykepleiere. Det er ikke gitt at erfaringene sykepleierne i denne studien har på smertebehandling av barn, gjelder erfaringene andre sykepleiere i resten av landet har. Det at intervjuene ble utført på to ulike sykehus, og åtte ulike sykepleiere av begge kjønn deltok med ulik alder og erfaringsbakgrunn, er også med på å styrke studiens overførbarhet (Malterud, 2017, s. 24; Polit & Beck, 2021, s. 277). Jeg opplevde at åtte sykepleiere var tilstrekkelig, ettersom det innhentede materialet var omfattende og variert. Videre ble problemstilling belyst fra ulike perspektiver med det antallet (Malterud, 2017). Ved å prøve å gi tilstrekkelig beskrivende data, har jeg også forsøkt å styrke overførbarheten. På den måten kan leseren selv vurdere dataens relevans i andre sammenhenger (Polit & Beck, 2021, s. 277).

Resultatenes autentisitet ble sikret ved å formidle det sykepleierne faktisk erfarte og fortalte. For å ikke påvirke sykepleierne, prøvde jeg å stille åpne spørsmål og unngå ledende spørsmål. Dette var jeg bevisst gjennom hele intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276; Polit & Beck, 2021, s. 277).

Metoden for innsamling av data i studien, ble individuelle dybdeintervju. Jeg kunne også valgt fokusgruppeintervju for å besvare problemstillingen, for på den måten å få i gang gode diskusjoner med ulike synspunkter og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179-180).

Ulempen med det ville vært at ikke alle er like komfortable med å dele erfaringer eller meninger i større grupper (Polit & Beck, 2021, s. 181). Av den grunn valgte jeg individuelle dybdeintervju.

Det ble benyttet lydopptak under intervjuene. Fordelen med det var at en kunne gå tilbake til materialet for å sørge for at en hadde forstått essensen i det som ble sagt, og at ingenting ble utelatt. Ulempen, derimot, er at nonverbal kommunikasjon ikke kommer med. Allikevel opplevde jeg at en kunne fange opp meningen i det som ble sagt ved hjelp av formuleringen, pausene, eventuell nøling og stemmeleie (Malterud, 2017).

Som analysemetode falt valget på refleksiv tematisk analyse. Metoden er avhengig av forskerens tolkninger, og dermed er man ekstra utsatt for at tolkningen av data påvirkes av forskerens forforståelse, teoretiske referanseramme og synspunkter. Dette kan være en bias i forskningen og dermed påvirke dens autenticitet. En slik subjektivitet kan påvirke forskningens objektivitet. Imidlertid, som Clarke og Braun (2022) poengterer, må man gi slipp på å se på subjektiviteten som problematisk. Som de sier, kan subjektiviteten være verdifull. Forskerens forforståelse spiller en viktig rolle i hvordan man utfører og forstår tematisk analyse. Det er bare vesentlig at man er gjennomgående refleksiv i prosessen, at man er bevisst hvordan ens egen forforståelse kan påvirke analysen og tolkningen av data (Braun & Clarke, 2022).

For å besvare problemstillingen, «Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av barn», tenker jeg at en kvalitativ metode med bruk av individuelle dybdeintervju, er den mest hensiktsmessige metoden.

### 5.7.1 Forskerrollen

Forskerens rolle refererer til den rollen og funksjonen man har i forskningsprosessen. Den rollen man har i møte med sykepleierne en intervjuer, er viktig å være seg bevisst. I dette ligger det å møte dem med empati, sensitivitet, forståelse og fortrolighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor var jeg ekstra var og ydmyk ovenfor sykepleierne under intervjuet, og jeg stilte meg lyttende og åpen for deres historier.

Det at jeg som intervjuer også er sykepleier og jobber innen samme fagfelt som informantene i studien, kan være en bias for studiens refleksivitet. Jeg hadde selv klare meninger og mange refleksjoner om det fenomenet som ble studert, slik at dette potensielt kunne legge føringer

for intervjuene, og farge funnene. Derfor prøvde jeg å være så nøytral som mulig og holde en objektiv rolle gjennom hele forskningsprosessen, for å minimere min egen innflytelse (Malterud, 2017).

Dette er også første gang jeg har en så sentral rolle i et forskningsprosjekt, og det måtte jeg også være meg bevisst og forholde meg ydmyk til. Derfor er veileder en stor ressurs og støttespiller gjennom hele prosessen.

## 6.0 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultater. Resultatene gjenspeiler sykepleiers erfaringer med smertebehandling av barn. Etter grundig analyse av datamaterialet fra intervjuene, kom det frem fire hovedtema som representerer resultatene: «Barn er ikke små voksne», «Barrierer for god smertebehandling», «Planlegging er alfa og omega» og «Smertebehandling er mer enn bare medikamenter». Under disse hovedtemaene utpekte det seg mellom to og tre subtemaer.

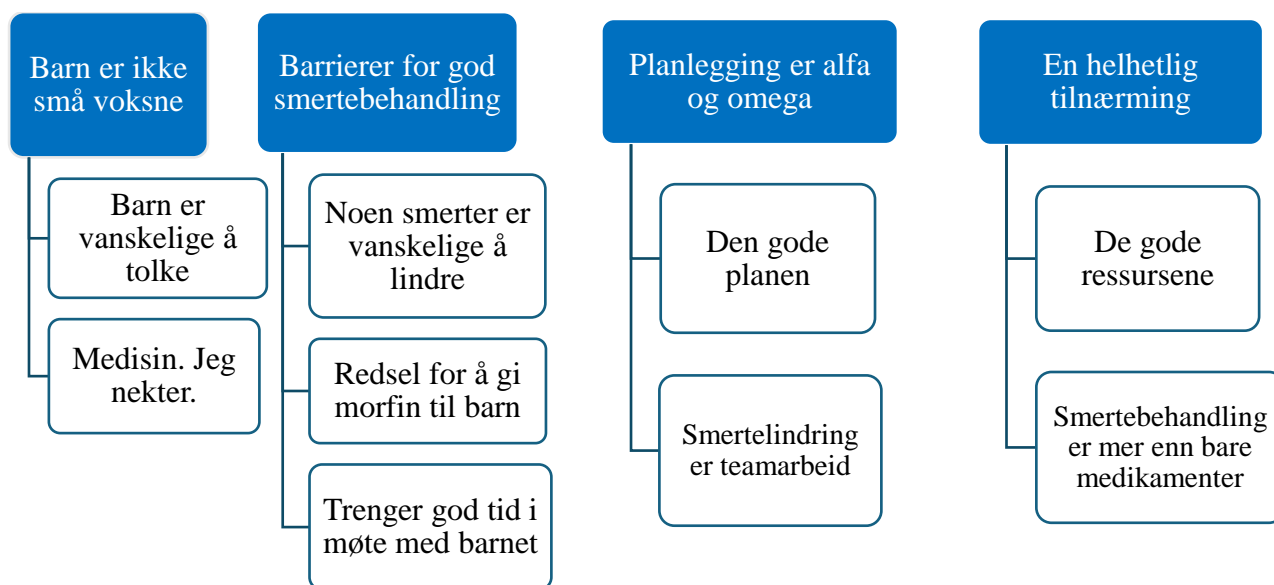
Åtte sykepleiere ble inkludert, hvorav tre av dem var barnesykepleiere (tabell 8). Sykepleierne erfarte at barn ble bedre lindret nå enn tidligere. Til tross for det, mente sykepleierne at barn fremdeles ble underbehandlet, og de så på smertebehandling av barn som utfordrende.

I det kommende vil jeg presentere resultatene mer inngående ut fra de fire hovedtemaene med påfølgende subtema (se tabell 9), og underbygge funnene med sitater fra intervjuene.

Tabell 8. Karakteristikk av deltakerne

Deltaker	Kjønn	Alder	Ansiennitet (på barneavdeling)	Varighet intervju
1	K	U.å	2,5 år	43 min.
2	M	25 år	5 mnd.	44 min.
3	K	46 år	24 år	65 min.
4	K	42 år	16 år	60 min.
5	K	27 år	4 år	61 min.
6	K	23 år	5 mnd.	40 min.
7	K	52 år	26 år	54 min.
8	K	59 år	25 år	35 min.

Tabell 9. En oversikt over hovedtema og subtema



## 6.1 Barn er ikke små voksne

Sykepleierne erfarte at barn kunne være vanskelige å tolke ettersom barn ofte ikke klarte å gi godt uttrykk for smertene sine. De opplevde det også utfordrende å få barna til å ta medisinen.

### 6.1.1 Barn er vanskelige å tolke

Det kommer frem at sykepleierne syntes det var vanskelig å vurdere om barn hadde smerter, hvor sterke smertene var, og hvor smertene satt. Noen trakk frem at det ikke alltid var like lett for barna å forstå smerteverktøyene heller. De opplevde at barn ikke kunne uttrykke seg på samme måte som voksne, slik at det stilte høyere krav til dem som sykepleiere å tolke barnet. De opplevde det utfordrende, spesielt hos preverbale barn eller barn som av andre årsaker ikke hadde språk. Erfaringen var da at de måtte klare å lese barnets kroppsspråk, ansiktsuttrykk eller mimikk, en oppgave som de ikke alltid fant like enkel. Sykepleierne syntes det var spesielt vanskelig å tolke de minste barna. De viste til at gråten eller misnøyen de så hos dem, også kunne skyldes andre faktorer, som ubehag fra sult, tretthet, luftplager eller feber.

*«... hun tok seg i hvert fall hele tiden til magen. Men smerten lå jo mye høyere oppe, men hun tok seg til magen og vi hadde liksom fokus på denne magen. Men det var jo ikke det som var problemet», (Deltaker nr.1).*

Sykepleierne opplevde at barn kunne kjenne på smerte og ubehag, men at de ikke klarte beskrive eller lokalisere den. Noen sykepleiere nevnte også at barna ikke alltid ga beskjed om de fortsatt hadde smerter. På bakgrunn av det, erfarte de også at det var utfordrende å vite om smertebehandlingen hadde hatt ønsket effekt og om de kom i mål med å lindre. Dette nevnte di stod i sterk kontrast til voksne, som kunne gi klar beskjed om smerter og lokalisasjon.

*«Så det er nok litt vanskelig å vite om du får smertelindret godt nok, for de gir jo ikke beskjed. Så du må jo prøve å få tolke dette her kroppsspråket. Hvis en ikke er så vant med det, så tror jeg det kan være veldig vanskelig, og det er jo ikke alltid det er like lett heller. Så det er litt, ja, usikkert, vanskelig», (Deltaker nr.5).*

Flere av sykepleierne erfarte at smertebehandling av barn med psykisk utviklingshemming var komplisert. Når de ikke kjente barnet i sin habituelle tilstand, var det utfordrende å kjenne igjen tegn på smerter hos den enkelte. Barnet ga da kanskje bare uttrykk for smerter med noen få tegn som kun foreldrene klarte tolke.

*«Men det var jo mye det at han hadde ikke mulighet for å gi uttrykk. Han var utrolig vanskelig å lese», (Deltaker nr. 8).*

En annen utfordring sykepleierne erfarte, var utfordringen i å stole på at det barnet oppga av smerter, stemte. De erfarte at det var lett å mistro barn og ungdom når det kom til smerten de oppga. Det ble derfor vanskelig å vite hva de skulle gi av smertestillende medikamenter, når de opplevde at det ikke var samsvar med oppgitt smerte og observert smerte. Barnet kunne smile, leke, spise og snakke, men fremdeles oppgi at det hadde smerter. Barna kunne oppgi høy NRS-skår underveis i leken, slik at sykepleierne fikk en tanke om at barnet overdrev smerten. Noen ganger også sove, men fremdeles oppgi at det hadde smerter når det våknet. Det førte til at noen sykepleiere kontrollerte oppgitt smerte med observert smerte ved bruk av FLACC-skår.

*«Ja, den er litt «tricky». Jeg tenker, går litt på alder. Det er jo av og til det kan være vanskelig å tenke at denne smerten er som den er. Det kan være en utfordring. Man*

*har en tanke om at dette kan ikke gjøre så vondt slik man ser barnet eller ungdommen» (Deltaker nr. 7).*

Samtlige sykepleiere mente allikevel at de tok barna på alvor når de sa at de hadde smerter, og flere svarte samtykkende på at barn kunne leke og fremdeles ha smerter. Dette sier noe om kompleksiteten og kanskje dualiteten som kommer frem i datamaterialet. Sykepleierne erfarte at det var utfordrende å stole på barnas uttrykte smerte når de så barna leke, eller sitte å se på mobilen. Det var også lett å tvile på barna når de skåret smerten høyt på NRS-skalaen uten at sykepleierne klarte å se at barna hadde smerter basert på mimikk, kroppsspråk eller aktivitet. Til tross for dette mente sykepleierne at barn kunne ha smerter selv om de var aktive i lek.

*«Så må du alltid ha den i bakhuet, smerte er hva pasienten sier det er. Og er til stede når han eller hun sier det. For det er jo av og til vi kanskje kan bagatellisere smerten. Men at vi tenker den smerten pasienten gir uttrykk for, det er den smerten som oppleves hos pasienten» (Deltaker nr.7).*

Utfordringer knyttet til det å vurdere smerte hos barna, var et av de mest omtalte funnene i studien. Flere sykepleiere erfarte vansker med å skille smerte fra frykt hos barna. De forteller at barna gikk gjennom mange vonde og skremmende prosedyrer, og at de dermed ble redde for alt, også sykepleierne. I mange tilfeller erfarte sykepleierne at det kunne være en blanding av frykt og smerter. Flere poengterte at det var mange faktorer som spilte inn på smertebildet, som det at stress og redsel kunne føre til at smerten opplevdes som sterkere.

*«... de kan hyle hvis du kommer inn, så da er det sånn, har du vondt, eller er det liksom det at jeg kommer inn nå?» (Deltaker nr. 5).*

### 6.1.2 Medisin. Jeg nekter.

Sykepleierne opplevde at de hadde et bredt utvalg av legemiddelformer på analgetika som kunne gis til barna. De nevnte intravenøse medisiner, miksturer, tabletter, granulater og stikkpiller. Allikevel erfarte de at det var vanskelig å få barna til å ta medisinen. Ulempene sykepleierne nevnte, var at barna ikke likte smaken på medikamentene. Barnet ønsket heller ikke å få stikkpiller, eller at sykepleierne skulle bruke veneflonen. Dersom barnet hadde fått



nedlagt nasogastrisk sonde, opplevde sykepleierne at den heller ikke var populær å bruke av barna. Dette kunne relateres til ubehaget eller smerten de hadde opplevd ved tidligere bruk.

*«... de ikke vil ta det, eller hvis de nekter å bruke veneflonen, eller spytter ut medisinen, eller, ja, det skjer jo ofte. At en liksom ikke kommer i mål av den grunnen også. Ja, at barnet ikke samarbeider så veldig greit».*

Det ble avdekket at barnet måtte gjennomgå mange ubehagelige og vonde prosedyrer i løpet av en dag, noe som sykepleierne erfarte hadde innvirkning på videre samarbeid. De fikk en følelse av at det toppet seg for barnet, og da å måtte ta medisin i tillegg til alt det andre, ble uaktuelt for barnet. En av sykepleierne sa det slik:

*«... det er jo ikke alltid de vil ha medisin. De vil liksom bare, det har gjerne vært så mye med blodprøvetaking, og venefloner, og ja, de vil bare vekk. De vil bare vekk, og det blir jo mye skriking ...», (Deltaker nr. 2).*

Det kom frem at flere sykepleiere opplevde at barna ikke forstod sammenhengen mellom det å ta medisin, og det at smertene da ble lindret. På den måten skjønnte ikke barna at medisinerne var til deres beste. Sykepleierne erfarte allikevel at de som regel kom i mål med å gi medisinerne, men at det krevde mye tid og til dels bruk av tvang. De nevnte at de ofte måtte lirke og lure medisinen i de minste barna. Problemer som da kunne oppstå, var at barnet gulpet opp medisinerne på grunn av vond smak.

*«... så du må jo forhandle mye da ... For at de skal ta medisin. Og som regel så kommer vi oss jo gjennom det med litt ... Vi har jo mye premier og is og slush og litt sånne ting», (Deltaker nr.2).*

## 6.2 Barrierer for god smertebehandling

I tillegg til utfordringer med smertebehandling fordi barn ikke er små voksne, opplevde sykepleierne også ulike barrierer for å oppnå smertelindring. De erfarte at travelhet kunne være en barriere for god smertebehandling. Dessuten erfarte sykepleierne at mange var redde for å gi sterkere smertestillende medikamenter til barn. I noen tilfeller opplevde de at det var vanskelig å komme i mål med smertebehandlingen, da noen smerter var vanskelige å lindre.

### 6.2.1 Noen smerter er vanskelig å lindre

Sykepleierne erfarte at det i noen tilfeller var vanskelig å komme i mål med smertebehandlingen, da enkelte smerter var mer kompliserte og vanskelige å lindre. Det kunne være smerter hvor de ikke fant årsaken, til tross for grundig utredning. Sykepleierne fortalte at de mange ganger hadde følt seg hjelpeløse i møte med barn som ikke ble godt nok smertelindret, og at det opplevdes som vondt for både barna, foreldrene og sykepleierne. Sykepleierne trakk frem flere pasientgrupper som kunne være vanskelige å lindre. Kreftpasienter med sammensatte plager ble nevnt hos samtlige, hvor det både var smerte- og kvalmeproblematikk.

*«... Jeg hadde en gutt som en hel sommer lå dobbelt av smerte. Og den er ganske kjip. Altså han hadde så mye smerter. At han ... Han lå bare med hodet i hendene hele sommeren. For han hadde så mye vondt. Det er noen år siden, men jeg husker ... Jeg kan enda tenke på den gutten. Som den sommeren ... Jeg husker jeg kom inn på vaktrommet og tårene bare stod. For det at man klarte ikke å få hjulpet ham.»*  
(Deltaker nr.7)

Nervesmerter ble spesielt nevnt som vanskelig å lindre, samt smerter som kom i attack. Sykepleierne opplevde at de hadde flere ulike smertestillende medikamenter å spille på, men allikevel ble ikke alltid barna helt smertefri. Det kunne være situasjoner hvor de hadde prøvd ut flere ulike typer medikamenter, alene eller i kombinasjon, hvor de ikke opplevde optimal effekt. Noen sykepleiere hadde også erfaringer med barn som ble smertelindret, som det tok lang tid å komme i mål med, slik at barna hadde kjent lenge på smerter før lindringen kom.

*«Noen ganger ser du jo veldig tydelig at dette barnet har mye mer vondt enn det disse smertelindrende kan hjelpe med. Så her må vi gjøre noe»*, (Deltaker nr.6)

Allikevel mente sykepleierne at det ikke alltid var slik at man kunne forvente totalt fravær av smerter. Sykepleierne hadde som mål at barna skulle være tilfredse, slik at de kunne mobiliseres, spise, drikke og sove. De erkjente at målet om ikke å kjenne på noen smerte som helst, ikke alltid var oppnåelig, og i enkelte tilfeller urealistisk. Noen nevnte at postoperative smerter mellom 0-3 på NRS-skår var tilfredsstillende.

*«Altså etter operasjon må de jo forvente å kjenne det er noe som har skjedd. Så jeg tenker på en sånn NRS-skår mellom 0 og 3, tenker jeg etter en operasjon er greit», (deltaker nr. 8).*

## 6.2.2 Redsel for å gi morfin til barn

På tross av at sykepleierne som hadde jobbet på barneavdelingen noen år, erfarte at de hadde blitt flinkere på å gi sterkere smertestillende medikamenter de siste årene, oppga samtlige sykepleiere, redsel for å gi morfin til barn som en av barrierene for god smertebehandling. Dette var en bekymring som ble delt av både leger og sykepleiere, erfarte de. Noen av grunnene de oppga, inkluderte frykt for mulige bivirkninger morfin kunne gi. Respirasjonsdepresjon, i verste fall respirasjonsstans, ble oppgitt som en av de største bekymringene som både leger og sykepleiere opplevde.

*«Jeg tenker at de var tilbakeholdne med det. De var redde for å gi det. I forhold til bivirkninger. At det er så sterkt liksom. Men jeg husker egentlig ikke argumentene, for at han ikke skulle få noe mer. Jeg husker bare at han ikke fikk. Og at han hadde så vondt», (Deltaker nr.3).*

Sykepleierne oppga å ha stor respekt for opioider, og ytret at de kjente på ansvaret de som sykepleiere hadde med å administrere morfin til barn. Noen brukte ord som «skummelt» å gi morfin til barn. Redsel for avhengighet var også noe sykepleierne kjente på, så også av den grunn ble leger og sykepleiere tilbakeholdne med å ordinere eller administrere morfin. Sykepleierne kjente allikevel ikke til episoder hvor barn hadde fått et avhengighetsproblem etter innleggelse. De oppga imidlertid at noen barn kunne spørre om å få morfin i veneflonen, og med det tenkte sykepleierne at noen av barna likte den umiddelbare euforien morfina ga ved intravenøs administrasjon. De erfarte allikevel at det var et fåtall av barna som likte «rusen» morfina ga.

*«Og selvfølgelig så har vi vel kanskje alle vært borti den pasienten som liker rusen, og så blir en enda mer skeptisk. Men det er jo et fåtall. Og de har kanskje en annen bagasje med seg. Og de skal en jo være obs på», (Deltaker nr.4).*

Det kommer frem at helsepersonell var rause med å gi Paracet og Nurofen til barna, men at de var tilbakeholdne med å gi morfin. Noen sykepleiere nevnte at alt skulle være utprøvd før de gikk over til sterkere analgetika. De skulle starte nederst på smertestigen, med de mildeste

medikamentene, før de gikk over til opioider. I noen av tilfellene var årsaken at legene eller kirurgene ønsket å observere hvordan smertene utviklet seg, og om de eventuelt eskalerte. Et eksempel de kom med, var magesmerter, hvor det for eksempel kunne være spørsmål om akutt appendisitt. I etterkant av operasjoner kom det også frem at sykepleierne hadde som praksis å unngå å gi intravenøs smertestillende, slik at de kunne fortsette smertebehandlingen hjemme med tabletter.

*«Og så gir vi jo, så fremt vi ikke må, så gir vi ikke i.v smertelindring. Fordi målet vårt er jo hele tiden å selvfølgelig lindre de godt nok, men også gå over på en smertelindring som de gjerne kan fortsette med hjemme selv. Så de ikke trenger å ligge inne altfor lenge» (Deltaker nr.1).*

Savnet etter større utvalg smertestillende medikamenter en kunne gi barn, ble også nevnt. Deres erfaring var at en først og fremst ga Paracet og Nurofen, og eventuelt morfin. Sykepleierne opplevde at voksne pasienter hadde flere valgmuligheter når det kom til smertestillende medikamenter:

*«Men det skulle jo kanskje godt hatt enda flere smertelindringsmedikamenter, og det kan jo hende at ikke bare Paracet og Ibux og morfin, men at vi hadde noe mer vi kan gå på. Så det savner man jo» (Deltaker nr.5).*

### 6.2.3 Trenger god tid i møte med barnet

Et annet aspekt sykepleierne refererte til innen smertebehandling av barn, var tidsbegrensningen som kunne være en barriere for god smertebehandling. Sykepleierne erfarte at travelhet og samtidighetskonflikter hos både leger og sykepleiere, kunne være til hinder for god smertebehandling. Når legene var travle, førte det ofte til at sykepleierne måtte vente på forordning av smertestillende medikamenter. Det forsinket prosessen for smertelindring markant.

*«Travelhet kan jo være en faktor. Hvis det er travelt i avdelingen, og man har mange samtidskonflikter, så kan det jo være vanskelig å få på plass en god smertelindring, hvis det trengs. At du ikke får satt av den tiden du trenger til å kartlegge og finne ut av hva som må til for at de skal bli smertelindret», (Deltaker nr.3).*

Det at det ofte var travelt på vakt, førte også til at sykepleierne ikke fikk tid til å snakke med kollegaer for å få råd, eller diskutere hva annet de kunne gjøre eller gi for å få til en bedre smertebehandling. Når det var travelt, erfarte sykepleierne at flere aspekter ved smertebehandlingen ble forsømt. Det ble mindre tid til å kartlegge smerten, og smertebehandlingen ble heller ikke fulgt opp slik den burde. På grunn av dette fikk ikke sykepleierne mulighet til å forsikre seg om at barnet var blitt lindret.

*«Det er gjerne en ting som glipper litt når man har det travelt, at man ikke får fulgt opp hvor god effekt smertelindringen hadde», (Deltaker nr.1).*

I møte med barn trengte sykepleierne tid til å skape tillit for å komme i posisjon til samhandling. Det kom frem at sykepleierne også trengte tid for å lære å kjenne barnet. På den måten kunne de bedre se forskjellen på barnet i sin habituelle tilstand og når barnet opplevde smerter. Det å skape en god relasjon for å komme i posisjon til å gi medikamenter, krevde også lenger tid når det kom til barn. Det krevde tid å få lirket og lurt i medisinen som barna ikke ønsket å ta. Dette erfarte de som utfordrende å få tid til på travle vakter.

*«Og trygghet også. Jeg tror det er viktig å prøve å skape en relasjon og tillit til dem. Men det er ikke så lett hvis man har lite tid og mange barn», (Deltaker nr.5).*

Det med at sykepleierne erfarte tidsaspektet som en barriere på god smertebehandling, gikk også på mangel av tid til overvåking etter gitt analgetika. Når sykepleierne ga store doser morfin, gjerne i kombinasjon med flere ulike typer medisiner, krevde barna en overvåking som det ikke var tilrettelagt for på en vanlig sengepost. De var heller ikke bemannet til at de kunne være «en-til-en». Dette førte til at barna ikke ble like godt smertelindret i enkelte situasjoner, da sykepleierne ikke hadde tid til å overvåke barnet med tanke på overdosering og fare for respirasjonsdepresjon.

*«Altså hvis det er noe som hindrer meg, så er det jo hvis at, si at vi har gitt (...) de har fått mange forskjellige medikamenter, og de har, kanskje har de fentanyl-plaster i bunn ... jeg vet at ungen har vondt, men at en går inn og ut av det for eksempel, så kan jeg bli usikker på, liksom, hvor er grensen på at jeg ikke skal gi mer på post, for jeg har kanskje andre pasienter, så jeg kan ikke sitte der på en måte. Det er de gangene jeg kjenner liksom på, at jeg kanskje ikke smertelindret godt nok», (Deltaker nr. 4).*

## 6.3 Planlegging er alfa og omega

Dersom det ble lagt en god plan for smertebehandlingen, erfarte sykepleierne at en raskere kunne komme i mål med lindring. Hele teamet rundt barnet var gode bidragsutøvere i smertebehandlingen.

### 6.3.1 Den gode planen

Det at det forelå en plan for smertebehandlingen, nevnte samtlige sykepleiere som en effektiv tilnærming for å oppnå god og rask smertebehandling. Da kunne de gå i gang med lindring av smerter med en gang, og de slapp å vente på at legen skulle få tid til å ordinere analgetika.

*«Det var en plan for smertebehandlingen. Ja, det var en plan. Og den var ganske konkret. Hvis han har vondt, så gir du en ekstra dose. Har han fått så og så mange ekstra doser, så øker en grunn-dosen. Det er litt sånn at du vet hva du skal gjøre. Ok, da har vi en plan», (Deltaker nr.3).*

Erfaringen var allikevel at kun få pasienter hadde en smerteplan. Det var oftest kreftpasienter og enkelte pasienter med kroniske sykdommer som hadde fått utarbeidet en plan for smerter. I noen tilfeller var det også laget en smerteplan i forkant av enkelte operasjoner, for de første postoperative dagene. Den gjennomgående erfaringen sykepleierne hadde, var allikevel at smerteplan var sjeldent, og at dette oftest måtte etterlyses. Det gjaldt også når det kom til planlagte operasjoner hvor smerte var forventet. Andre trakk frem at de hadde god nytte av anestesijournalen når den fulgte med pasienten.

*«At ordinasjonene er på plass, er jo litt vesentlig. Det er ofte at det er glemt å ordinere smertestillende, og så må en ringe til en lege som ikke er tilgjengelig, og så må en vente, for de har ikke tid akkurat da» (Deltaker nr.3).*

Viktigheten av at alle fulgte planen, ble også understreket av flere sykepleiere. De så at dersom smertestillende medikamenter ble gitt til de oppsatte tidspunktene, kunne de forebygge smertetopper som var vanskeligere å lindre:

*«Det var jo tilfeller hvor det hadde avvikt litt på vekten før. Når vi overtar henne da, så har hun gjerne bygget seg opp litt smerter som er vanskelig å få ned igjen. Så det*

*er jo det at når du har lagt en plan, at du er bevisst på å holde den. Hvis det er en så stor problematikk med smerter, så må man være litt konsekvent», (Deltaker nr.1).*

Flere sykepleiere fortalte om hvor tilfredsstillende det var når pasienter som hadde vært innlagt ved større sykehus, hadde en ferdig smerteplan når de kom tilbake til dem. De erfarte at disse pasientene ble bedre og raskere smertelindret. Noen fortalte også om erfaringer med god smertelindring av pasienter som hadde åpen retur. Når disse barna ble innlagt på sykehuset, hadde de ofte ordinasjon fra forrige innleggelse som de kunne bruke, slik at de kunne gå i gang med smertebehandlingen umiddelbart.

*«... noen ganger får man pasienter som det er et bra regime på, som man på en måte ser at, ja barnet er ikke smerteplaga fordi at de smertelindrende som er satt opp allerede funker på en måte» (Deltaker nr.6).*

Sykepleierne erfarte at det også var nødvendig å gi faste smertestillende medikamenter til gitte tidspunkt. Også på natten, slik at ikke pasienten våknet av sterke smerter. På denne måten kunne de være i forkant av smertene. Også det å forebygge smertene når det var forventet smerter, som etter operasjoner eller før mobilisering, erfarte de var avgjørende. Flere oppga at smertetopper var vanskeligere å lindre, og at det var bedre å forebygge disse.

*«Altså det viktigste er jo å være litt i forkant og ikke få disse smertetoppene. Å planlegge og at en passer på at de har den grunnsmøringen. Og etterspørre det på en måte», (Deltaker nr.8).*

### 6.3.2 Smertelindring er teamarbeid

I de situasjonene hvor det var vanskelig å få smertelindret barnet godt nok, erfarte sykepleierne at de var gode på å innhente hjelp fra andre instanser. De erfarte at anestesipersonell på sykehuset ga gode råd og hjalp dem med å komme i mål med smertebehandlingen. Noen av sykepleierne la til at de ikke har smerteteam eller palliativt team som har erfaring med barn, på deres sykehus. På tross av det, opplevde de i enkelte situasjoner å få god hjelp fra teamet tilhørende voksenpost.

*«Ja, da fikk vi god hjelp fra anestesilege, og anesthesi-sykepleier og barnelege selvfølgelig, og barnesykepleier. Så det teamet rundt pasienten gjorde det optimalt. Det må jeg si, det var veldig bra», (deltaker nr.7).*

I tillegg til hjelp fra andre instanser innad i sykehuset, erfarte sykepleierne at støtte og råd fra andre kollegaer var til uvurderlig hjelp. Det at de kunne spørre andre kollegaer om hjelp og veiledning, erfarte flere var trygt på deres avdeling. De erfarte også at det å ta med legen i smertevurderingen var til hjelp.

*«Jeg liker jo veldig godt å ha noen trygge sykepleiere som kan vurdere sammen med meg hvis jeg er usikker. Eller som også kan være med på å spille ball. Så selv om legen kanskje har ordinert noe, så kan vi liksom, ok, men er dette det beste? Får han rett dose? Kan vi spille inn noen innspill her? Så det at jeg har noen trygge folk med meg», (Deltaker nr.4).*

Sykepleierne erfarte også at samarbeidet mellom foreldrene var til stor hjelp. Foreldrene var gode samarbeidspartnere både i smertevurderingen av barnet, og når det kom til å få i barna medisinen. Dessuten så sykepleierne på foreldrene som barnas talsperson, slik at de var avhengige av at foreldrene ga beskjed om barnas smerter, eller mangel på effekt av gitt analgetika.

*«Jeg tenker at samarbeidet mellom foreldrene, sykepleierne og legene var avgjørende for at vi fikk det til så bra som vi gjorde», (Deltaker nr.3).*

## 6.4 En helhetlig tilnærming

Samtlige sykepleiere snakket om ikke-medikamentelle tiltak, som viktig i møte med det smertepåvirkete barnet. Sykepleierne så på foreldrene som ressurser i smertebehandlingen, og så på bruken av smerteverktøy som nyttig.

### 6.4.1 De gode ressursene

Smerteverktøy var noe alle sykepleiere i studien så på som nyttig. De erfarte at disse var gode å bruke for å kartlegge smerten til barna, og for å se effekten av gitte smertestillende medikamenter. Verktøyene som sykepleierne hadde kjennskap til, var NRS, VAS og FLACC. Et par av sykepleierne hadde også kjennskap til r-FLACC. På tross av at samtlige sykepleiere erfarte at smerteverktøy var en nødvendighet i smertebehandlingen av barn, var det fåtallet som rapporterte at de brukte dem.



*«Nå hvisker jeg det, at vi kunne blitt mye bedre på det å bruke smerteverktøy. Det er vi nok ikke så flinke på», (Deltaker nr.7).*

Det var flere av sykepleierne som mente de var bedre på å bruke smerteverktøy for noen år siden. De mente at for å bruke smerteverktøyene mer, krevde det at noen var litt «promotor», at noen på avdelingen satte fokus på smerteverktøyene og la til rette for bruk av dem.

*«Jeg tenker jo at jeg burde bruke det mer. Kanskje er det litt tidsaspektet. At du liksom må gjøre noe systematisk og se, liksom bruke tid på å skåre. Kanskje er det ... vi har det ikke så veldig tilgjengelig i avdelingen heller, akkurat de dere smerteskåringsverktøyene. Så du må liksom lete for å finne de litt, liksom», (Deltaker nr.3).*

På tross av at flertallet oppga at de ikke brukte smerteverktøy, erfarte flere sykepleiere at de hadde smerteverktøyene i bakhodet når de vurderte barnets smerter. At de brukte smerteverktøyene uten å ta med inn selve skalaen. De spurte i stedet barna om hvor sterke smertene var fra en skala ifra 1-10, og vurderte kroppsspråket til barnet ut ifra deres kliniske blikk.

*«Ikke sånn som vi burde. Men man kan jo tenke ansiktsuttrykk. Om en ikke skriver, om en ikke nødvendigvis skriver akkurat det og det fjeset. Men man kan tenke at det kliniske blikket er med på å kunne si noe om at det barnet har vondt», (Deltaker nr. 7).*

Foreldrene ble betegnet som en ressurs av samtlige sykepleiere. Det var de som kjente barnet sitt best, og sykepleierne erfarte at de bedre kunne se om barnet hadde smerter eller ikke. De kjente igjen gråten til barnet, om gråten skyldtes smerter eller sult. Barn med psykisk utviklingshemming hadde andre måter å uttrykke smerte på, og der var foreldrene uunnværlige.

*«Det er bare noen ganger foreldre som sier at nå har han vondt, for han pleier aldri å fikle sånn med ting. Og for meg som da aldri har sett barnet før, så det var jo en ting jeg aldri ville tenkt på. Jeg hadde aldri tenkt at det var et tegn på at han har smerter.», (Deltaker nr.6).*

Først og fremst ble foreldrene sett på som en ressurs av sykepleierne i studien, men noen opplevde også at de kunne være en utfordring. De erfarte at foreldrenes bekymring og redsel

kunne bli overført til barna, og dette var med på å påvirke smertebildet. Dessuten oppfattet noen sykepleiere at foreldrene kunne overdrive barnets smerter.

#### 6.4.2 Smertebehandling er mer enn medikamenter

Av intervjuene kommer det frem at sykepleierne i studien erfarte at smertebehandling av barn handlet om mer enn bare medikamenter. De så hvor viktig det var at både foreldre og barn følte seg trygge. De erfarte at dersom barnet var redd eller engstelig, kunne smerten forsterkes. Trygghet kunne en oppnå med å bruke tid inne hos barnet og foreldrene, bli kjent med dem, men også å vise at en hadde kontroll og kunne faget sitt. Flere nevnte også viktigheten med å ha kjent personell inne hos barnet.

*«Jeg tenker god informasjon, trygghet, tenker jeg er smertelindrende i seg selv. Det er ganske mange ting vi kan gjøre som ikke er medikamenter. Som kan gjøre at smerten oppleves mindre», (Deltaker nr.3).*

Det at sykepleierne ga informasjon i forbindelse med smertebehandlingen, i forhold til hvilke medikamenter de ga og virkningen av dem, opplevde de kunne bidra til å berolige både foreldre og barn. Informasjon mente også noen, kunne bidra til at smertebehandlingen hadde bedre effekt.

*«Altså jeg er jo veldig opptatt av, at en ikke bare gir, men at en alltid sier hva en gir. At en tenker på at placeboeffekten er kanskje 40%. Så det er noe med å fortelle at nå får du det, får det og det. Og da skal det bli bedre», (Deltaker nr.8).*

Sykepleierne snakket om alt det rundt barnet, som spilte en rolle for hvordan smerten opplevdes. Det å føle velvære kunne ha en positiv innvirkning på smerteopplevelsen.

*«Mobilisering, men du skal ikke kimse av det, at du har frisk luft på rommet. Av og til kan det bli veldig innestengt, bosset er fullt. De har blod på lakene. Det lukter vammelt, kvalmende. De er jo i hvert fall ikke med på å gjøre det bedre. Så hvis du lufte, fjerner bosset, finner noe nytt, så får de i hvert fall en større opplevelse av velvære. At de har friskt nytt vann. Det er jo alle de småtingene også», (Deltaker nr.4).*

Sykepleierne nevnte bevegelse som eneste hjelp mot luft smerter etter ulike typer operasjoner, hvor medikamenter ikke hadde noen virkning. Varmeputer kunne lindre både mage- og rygg smerter. Kulde i form av is for sårhet i munnen, eller slush som kunne lindre vondt hals, ble alle nevnt som gode tiltak. Hyppigst nevnt var tiltak mot å få fokuset bort fra smerten. Samtlige sykepleiere erfarte at avledning av barnet, i form av iPad, sang, musikk, blåseboller eller bruk av sykehusklovner var effektivt for å få tankene bort fra smerter eller vonde prosedyrer. Sykehusklovnene ble nevnt av samtlige, som et tiltak barna satte stor pris på.

*«For mye av blodprøvene, spenner de jo kroppen, og er skikkelig sånn på. Og da gjør jo ting mer vondt. Så distrahere. Og vi har jo disse sykehusklovnene som kommer til oss. Og de er jo kjempeflinke. og til god hjelp. Også på smerter. Og får de til å fokusere på noe annet. Og da er plutselig ikke smerten så voldsomt ille lenger»,  
(Deltaker nr.2).*

## 7.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien, var å undersøke sykepleieres erfaringer med smertebehandling av barn, og på den måten sette fokus på temaet. I dette avsluttende kapitlet vil jeg diskutere hovedfunnene fra analysen opp imot sentral teori, forskning på området og oppgavens problemstilling:

*«Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av barn?»*

### 7.1 Barn er ikke små voksne

Sykepleierne erfarte at barn kunne være vanskelige å vurdere i forhold til smerter. De erfarte at barn ikke ga like godt uttrykk for smertene sine som voksne gjør, verken lokalisasjon eller hvor sterke smertene var. Disse funnene samsvarer med andre studier, hvor sykepleierne også rapporterte vurderingen av barns smerter som problematiske, på grunn av barnas begrensede verbale språk og ulike reaksjoner i adferd (Alotaibi et al., 2018; Tsuboi et al., 2023). Tsuboi et al. (2023) viser at over 92% av sykepleierne opplevde det som vanskelig å vurdere preverbale barns smerter og barn med kognitiv svikt. Når barn selv kunne rapportere sine egne smerter var det kun 35 % av sykepleierne som syntes det var vanskelig å vurdere smerten hos barnet.

Sykepleierne i denne studien så også at det å skille frykt fra smerter var utfordrende. Noen ganger så de at det kunne være en blanding av begge deler. Grahn et al. (2016) beskriver at det ikke er uvanlig at barn utviser frykt i møte med sykehuset. Miljøet for dem er uvant og de ulike behandlingene barna må gjennom kan virke svært skremmende for dem. Sykepleierne i deres studie, rapporterte om at denne frykten kunne komplisere samarbeidet med barnet. Som tidligere nevnt er det generelt vanskelig å vurdere barn, og desto viktigere er det at barnesykepleieren tar sitt ansvar i å prøve å forstå barnet og innse at en har en viktig lindrende funksjon. Barnesykepleiers lindrende funksjon, er rettet mot å begrense omfanget og styrken på belastningene som utrygghet, angst og smerte som barnet blir utsatt for under sykehusoppholdet (Søbjerg et al., 2017). Barn med smerter er helt avhengige av at sykepleier er i stand til å tolke deres smerteuttrykk slik at smertebehandling blir iverksatt (Søbjerg et al., 2017).

I denne studien opplevde sykepleierne at foreldrene var gode støttespillere i vurderingen av barns smerter. Det var de som var mest med barnet og kjente barnet best, og så dermed ofte bedre når barnet var smertepåvirket. Dette samsvarer med sykepleierne i Andersen et. al. studie (2019), som fremhever bruk av foreldrene som kunnskapsleverandører i smertevurderingen. Dersom de klarte å utvikle en god relasjon til både foreldre og barn, bidro det til enklere, raskere og bedre vurderinger da foreldre visste hvordan barnet var i sin normale tilstand. Barn er ikke som små voksne. De minste barna har ikke normal språkutvikling eller språkforståelse, og klarer dermed ikke gi uttrykk for sin smerteopplevelse slik som voksne (IASP, 2021). Dessuten har barn en helt annen forståelse og håndtering av smerter enn voksne, og er derfor avhengige av foreldrene som formidlere (Lipsker & Wicksell, 2023). Spesielt nevnte sykepleierne i denne studien, at foreldrene av barn med psykisk utviklingshemming, var gode på å tolke barnets uttrykk for smerter. Barna hadde kanskje bare noen få særegne tegn på smerter, som kun foreldrene klarte å tolke. Dette støttes av studien til Tsuboi et al. (2023) hvor 58,3% av sykepleierne svarte at det var foreldrene som best kunne vurdere smerte på barn med kognitiv svikt.

Som nevnt tidligere, viser flere studier at helsepersonell undervurderer barns smerter, og at foreldrene vurderer barns smerter bedre (Brudvik et al., 2016; Neshat & Ghorbani, 2023; Zontag et al., 2022). Studiene til Brudvik et al. (2016), Neshat & Ghorbani (2023) og Zontag et al. (2022), viser at foreldrenes smerteskår var mer lik barnets smerteskår. Tverrsnittstudien utført ved Bergen akuttmottak i 2011, konkluderte med at også legene undervurderte barns smerter signifikant (Brudvik et al., 2016). Studiene konkluderer med at foreldrenes smerteskår bør foretrekkes fremfor sykepleiernes, og at både sykepleiere og leger bør være oppmerksomme på at de sannsynligvis vil undervurdere barns smerte. Litteraturen anbefaler dessuten også å ta med foreldre og omsorgspersoner i smertevurderingen (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 9).

Smerte er et komplekst fenomen, som påvirkes av ulike faktorer. Barnets oppfatning av smerte kan være en blanding av både smerte, angst og stress (Brudvik et al., 2016; Markestad, 2023, s. 119). Undervurderingen av barnets smerte, kan delvis skyldes en uvitenhet om hvor mye som er angst og stress, i barnets smerteuttrykk. Og undervurdering av smerter er en av årsakene til underbehandlet smerte (Smeland et al., 2018). Det at sykepleierne synes det er vanskelig å vurdere smerte og skille smerte fra frykt bidrar til underbehandling. Nyttan av validerte stress- og angstskalear er kontroversiell, nettopp siden angst og opplevd smerte er nært forbundet og vanskelig å skille hos barn. I studien til Brudvik et al. (2016) var forskjellen

mellom barnets og legens vurdering liten ved bruddskader. Derimot var forskjellen stor når legen ikke syntes barnets smerteuttrykk stemte overens med den medisinske tilstanden. Forskjellen kan skyldes barnets angst og stress, og metoder for å redusere disse reaksjonene bør umiddelbart tas i bruk. Da blir psykologisk rettede tiltak for å skape trygghet, forståelse, avledning og trøst vesentlig (Markestad, 2023, s. 122). På den andre siden, er god smertelindring en nødvendighet for at slike tiltak skal ha tilsiktet effekt (Brudvik et al., 2016).

Sykepleierne i denne studien erfarte at det kunne være utfordrende å vite om smertebehandlingen hadde hatt ønsket effekt, og om de kom i mål med å lindre. De viste til at barn ikke alltid ga beskjed om at de fortsatt hadde smerter. Noe de for øvrig mente stod i sterk kontrast til voksne, som kunne gi klar og tydelig beskjed. Når en ser på Bakir et al. sin systematiske litteraturgjennomgang (2023), kan dette stemme overens med deres funn, som viste at flere barn lot være å fortelle sykepleier om sine smerter. Barna begrunnet det med at de trodde sykepleierne kunne se at de hadde smerter, eller at de ventet på at sykepleierne skulle komme til rommet deres for å spørre dem om smerten deres. Dessuten fant de at flere barn lot være å snakke med sykepleier, på grunn av manglende kjennskap til dem og sykehusmiljøet. Noe som førte til at de kjente på smertene, i stedet for å be om smertestillende (Bakir et al., 2023). Dette kan jo også være en medvirkende årsak til at sykepleierne i denne studien erfarte vansker med å vurdere barns smerter.

Et interessant funn i Zontag et al. studie (2022), var at smerteskår var signifikant høyere hos barna enn hos sykepleierne, etter gitt smertestillende. Foreldrene skåret også smerten til barnet som lavere enn barnet selv etter administrert analgetika. Zontag et al. (2022) konkluderer med at smertevurderingen etter analgetika, bør baseres på barnets selvrappotering. Dette kan gi indikasjoner på at sykepleiere undergraver barns smerter også etter gitt smertestillende medikamenter. Videre kan det tyde på at enkelte faktorer påvirker sykepleiers vurderinger. Sykepleierne i denne studien erfarte at travelhet og samtidighetskonflikter førte til at smertebehandlingen ikke ble fulgt opp slik den burde. Arbeidsbelastning blir nevnt som en miljøfaktor som kan ha innvirkning på bedømming av smerte og kan undergrave nøyaktig vurdering (Brudvik et al., 2016; Zontag et al., 2022). Dessuten oppga de også redsel for å gi for mye smertestillende medikamenter til barna. Noe som igjen kan tenkes kan være med på å vurdere smerten som til lavere etter gitt analgetika. Det at barns smerter blir undervurdert, kan være en av årsakene til at barns smerter er underbehandlet (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021). Underbehandlet smerte gir unødig lidelse for barnet (Smeland et al., 2018). Det å ha smerter er en alvorlig

stressituasjon for barnet, med en massiv frigjøring av stresshormoner som gir negative ringvirkninger (Markestad, 2023, s. 120). På den andre siden, mener noen forskere at foreldre også kunne overdrive barnets smerte. Dette ses spesielt hos yngre barn som søker trygghet og foreldrenes oppmerksomhet. Foreldrenes følelsesmessige involvering, påvirker smerteevalueringen. Emosjonelle reaksjoner som stress og bekymring, fremtrer i møte med barnets smerter. I tillegg blir vurderingen påvirket av foreldrenes tidligere erfaringer med smerte (Ndengeyingoma et al., 2023).

Sykepleiere i denne studien synes det var vanskelig å stole på barnets oppgitte smerte. Flere sykepleiere erfarte at mange barn kunne oppgi høy NRS-skår, mens de for eksempel lekte eller så på mobilen. Det førte til at sykepleierne mente at barna overdrev smerten. Dette samsvarer med sykepleierne i Twycross & Finleys studie (2014), som også hadde problemer med å forene barns atferd med rapportert smerteskår, dersom barna ikke oppførte seg på en måte som indikerte smerter. Disse påstandene kan forklare hvorfor barns selvrapporing ikke er eneste mål sykepleier tar med seg i vurderingen om smerte (Andersen et al., 2019; Twycross & Finley, 2014). På den ene siden blir smerte definert som en subjektiv opplevelse, hvor det er pasienten selv som vet om det er smerter til stede, eller ikke (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 6). På den andre siden kan oppfatningen av smerte påvirkes av en rekke faktorer, deriblant både psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer (Markestad, 2023, s. 119). Altså kan oppfatningen av smerte som nevnt være en blanding av både angst og smerte (Brudvik et al., 2016). Dette kan tyde på at smertevurderingen til barn er kompleks, og at det er vanskelig å tolke barns smerteuttrykk. Det kan dessuten også underbygge praksisen sykepleiere har, hvor de tar med flere faktorer i vurderingen av smerter hos barn. Både klinisk skjønn, foreldrenes vurdering, barnets selvrapporing i tillegg til den mer objektive vurderingen smerteverktøyet gir (Andersen et al., 2019; Twycross & Finley, 2014).

Flere studier viser til at helsepersonell mener at barn overrapporterer smertene sine (LaFond et al., 2016; Smeland et al., 2018). I studien til LaFond (2016) kom det frem motstridende funn i forhold til barns rapporteringer av smerter. Flestparten av sykepleierne (38 av 40) mente at det var barnet som ga den mest nøyaktige smerteskåren på sin egen smerte. På den andre siden ga 17 av 40 sykepleiere i samme studie, uttrykk for at barn var upålitelige i sin rapportering av smerte. Det vil si at i denne studien, som i LaFonds studie, kom det frem motstridende svar i intervjuene. Sykepleierne i denne studien kunne si at det var vanskelig å stole på barns oppgitte smerter når det ikke samsvarte med observert smerte. Det førte til at

noen sykepleiere kontrollerte oppgitt smerte med FLACC-skår, slik at de på den måten fikk en mer objektiv skår på smerten. På tross av dette sa også samtlige sykepleiere at de tok barna på alvor, og mente at for eksempel barn som lekte også kunne ha smerter. I LaFonds studie (2016), oppga også sykepleierne at de stolte på barnas smerteskår, men at de allikevel hadde behov for å verifisere barnets smerterapport med fysiske indikatorer. I samme studie kunne samme sykepleiere oppgi at «barna rapporterte smerten nøyaktig», men også si at «barn var upålitelige» i sin smerteskår. Dette understreker igjen kompleksiteten i vurderingen av smerter hos barn. Et barn har ikke samme forståelse, de har ikke samme kognitive og emosjonelle intellekt, og kan ikke forklare tanker og følelser på samme måte som en voksen (Lipsker & Wicksell, 2023). For øvrig understrekes det i litteraturen at smerte er en subjektiv opplevelse. Det er personen selv som vet om noe gjør vondt eller ikke (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021).

Sykepleierne rapporterte også om vansker med å få i barna smertestillende medikamenter. De erfarte at de ikke ønsket å ta medisinen. Erfaringen til sykepleierne var også at barna ikke ønsket at sykepleierne skulle bruke veneflonen eller den nasogastriske sonden. Dette samsvarer godt med tidligere funn gjort av Alotaibi et al. (2018) som i sin systematiske litteraturgjennomgang peker på barns manglende samarbeid som en barriere for effektiv smertebehandling. De henviser til en studie utført i Storbritannia, hvor sykepleierne der rapporterte at barn nektet å ta analgetika som ble tilbudt dem. Barn kan dessuten ha problemer med å forstå sammenhengen mellom det å ta smertestillende medikamenter og det at medikamentene lindrer, spesielt dersom det går en stund fra de inntas, til tidspunktet det har effekt (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021). Da er det viktig at barnet får alderstilpasset informasjon og forberedelse som kan oppklare misforståelser barnet eventuelt måtte ha (Lipsker & Wicksell, 2023). Smerte er en stressfaktor for barnet, og det at barna gir uttrykk for ubehag i det å måtte ta medisiner gir også økt stress hos barnet. For at barnet da skal oppleve mestring, er barnet avhengig av at sykepleier og foreldre legger til rette for nettopp veiledning, forutsigbarhet og ikke minst nærhet, omsorg og støtte (Søbjerg, 2019, s. 127). Det finnes ulike administrasjonsformer på de ulike medikamentene. Å la barna ta del i bestemmelsen på administrasjonsmåte kan være av betydning (Lipsker & Wicksell, 2023, s. 58-59).



## 7.2 Barrierer for god smertebehandling

Sykepleierne identifiserte flere barrierer for god smertebehandling, blant annet smerter som var vanskelige å lindre. De nevnte nevrologiske smerter som spesielt utfordrende.

Sykepleierne refererte til situasjoner der ulike analgetika, alene eller i kombinasjon, ikke hadde ønsket effekt. Dette er smerter som beskrives som vanskelige å lindre også i litteraturen (Markestad, 2023, s. 119). Litteraturen støtter opp om multimodal terapi for å oppnå bedre lindring (Lundeberg, 2023, s. 108). I situasjoner hvor sykepleierne i denne studien ikke kom i mål med smertebehandlingen, benyttet de seg av smerteteam, anestesipersonell eller rådførte seg med andre sykehus. Dette er tiltak i riktig retning, hvor alt blir utprøvd. Allikevel kom de ikke alltid i mål med smertebehandlingen. IASP (2010) sier det så sterkt som at ubehandlet smerte er et menneskerettighetsbrudd. Friedrichsdorf & Goubert (2020) sier det så tydelig som at svikt i smertebehandlingen for barn, anses som uakseptabelt og dårlig standard for pleie. Ifølge Barnesykepleiers funksjons- og ansvarsområder har barnesykepleier som oppgave å begrense lidelse og smerte (Sjøbjerg et al., 2017). Til tross for dette, og til tross for økt fokus og forskning på smertebehandling av barn, har man enda ikke kommet i mål med optimal smertebehandling. Dette gjenspeiler igjen kompleksiteten ved smertebehandlingen.

Sykepleierne i denne studien beskrev barna som smertelindret, når barna var tilfredse, slik at de kunne mobiliseres, spise, drikke og sove. Smerter på null var i enkelte tilfeller et urealistisk mål. Noen ga eksempelet på postoperative smerter mellom 0-3 på NRS-skår, som noe de kunne si seg fornøyde med. Slik som sykepleierne i Twycross & Finleys (2014) som mente at postoperative smerter ideelt sett skulle vært på null, men de erfarte at dette ikke var realistisk. Dermed ble deres mål at barna skulle være i stand til å utføre dagligdagse aktiviteter, uten å klage på smerter. Disse holdningene støttes av litteraturen som beskriver målet for smertebehandlingen som et smertenivå som barnet godtar og som gjør det mulig for barnet å være så bevegelig som tilstanden tillater (Lundeberg, 2023, s. 107). I studien til Harvey & Kovalesky (2018) ble sykepleieres og foreldres forventninger om postoperative smerter undersøkt. Foreldre i studien hadde forventninger om smertefrihet postoperativt, mens sykepleierne forventet at barna ville kjenne kontrollert smerte og periodevist ubehag. På den andre siden kan det at sykepleiere forventer (og dermed også godtar) en viss grad av smerter og ubehag postoperativt, også være en årsak til at barn blir underbehandlet i forhold til smerter. Studier peker på sykepleieres holdninger som en medvirkende årsak til underbehandling (Alotaibi et al., 2018; Smeland et al., 2018). Det kan tenkes at et mål om å

tilstrebe smertefrihet, burde ligge til grunn for all smertebehandling, også postoperative smerter.

En annen barriere for god smertebehandling sykepleierne i denne studien erfarte, var at helsepersonell var tilbakeholdne med å gi morfin til barn med smerter. Disse funnene samsvarer godt med andre studier som viser at helsepersonell er tilbakeholdne med å gi opioider til barn (Brudvik et al., 2016; LaFond et al., 2016; Smeland et al., 2018; Walther-Larsen et al., 2017). Walther-Larsen et al. (2017) utførte en tverrsnittsundersøkelse på fire danske sykehus, hvor de observerte smerter hos innlagte barn i løpet av de siste 24 timene. Resultatene fra studien viste at kun fire av 134 barn med moderate til sterke smerter, fikk opioider (VAS >4).

I denne studien henviste noen sykepleiere til en praksis hvor alt skulle være utprøvd før en gikk over til opioider. De erfarte fra praksis at man startet nederst på smertestigen, med Paracet og Nurofen, for så å bygge seg oppover til sterkere analgetika. Dette så man også i studien til LaFond et al. (2016), hvor flere sykepleiere beskrev en smertebehandlingsfilosofi om å «starte lavt». Begrunnelsen var, som også sykepleierne i denne studien beskrev, for å unngå overdosering eller respirasjonsdepresjon. Noen av sykepleierne i LaFond et al. studie (2016), rapporterte at de var forsiktige med å gi morfin til barn. De oppga at bruk av opioider var «en siste utvei» for å behandle barn med akutte smerter.

I denne studien oppga sykepleierne at de hadde stor respekt for bruken av opioider, blant annet på grunn av risikoen for avhengighet. I studien til LaFond et al. (2016) kom det også frem bekymring for avhengighet. På tross av redselen for avhengighet, oppga de at det ikke var reel fare for avhengighet når opioider ble brukt mot akutte smerter (LaFond et al., 2016). Dette viser en tvetydighet. På den ene siden er de redde for at opioider skal gi avhengighet, og på den andre siden har de ikke kjennskap til episoder hvor det har hendt. Dessuten mente de at faren for avhengighet ikke var reel så lenge de behandlet akutte smerter. Disse holdningene og denne tilbakeholdelsen av morfin til barn, kan være en stor barriere for god smertebehandling, samt en årsak til underbehandling av smerter (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021). Disse funnene kan være med på å bygge opp under det tidligere forskning viser, at barns smerter fremdeles blir underbehandlet (Brudvik et al., 2016; Friedrichsdorf & Goubert, 2020; Smeland et al., 2018). Som Brudvik et al. (2016) rapporterer om i sin studie utført ved Bergen akuttmottak, fikk over halvparten av barna som mottok morfin, utilstrekkelige doser. Videre var det kun 42,1 % som fikk smertelindring av barna med sterke smerter (NRS  $\geq$  7). Dette kommer også frem i Smeland et al. studie (2018), som avdekket at

over halvparten av barna på seks postoperative avdelinger i Norge, fikk suboptimale doser morfin. Barna trengte gjentatte doser morfin før de ble lindret, og tiden før lindring ble da lenger. I denne studien refererte noen sykepleiere også til historier hvor det tok lang tid før barnet ble smertelindret. Smeland et al. (2018) beskriver at suboptimale morfindoser ble forskrevet i tillegg til at flere sykepleiere valgte lavest dose morfin, eller til og med mindre doser enn forskrevet. Manglende kunnskap om anbefalte legemiddeldoser eller sykepleiers holdninger til smerter kan forklare praksisen (Smeland et al., 2018). Dessuten kan anbefalingen om beredskap for tiltak på respirasjonsdepresjon, og det å alltid ha antidot tilgjengelig kanskje være med på å redusere redselen for bivirkninger (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 28).

Forskning viser at ubehandlet eller underbehandlet smerte kan føre til både kortsiktige og langsiktige konsekvenser, som somatiske komplikasjoner og utvikling av kroniske smerter. Disse negative konsekvensene kan reduseres om smerte lindres med administrering av analgetika på skadetidspunktet eller under pågående smerte (Victoria & Murphy, 2016, s. 61-65).

I møte med barn innlagt på sykehus, erfarte sykepleierne i denne studien at de hadde behov for god tid. Mangel på god tid, så de på som en barriere for god smertebehandling. Spesielt når legene var travle og ikke hadde tid til å forordne analgetika, gikk det utover smertelindringen til barna. Dette støttes også av Tsuboi et al. studie, (2023) hvor 91,8% av sykepleierne erfarte forsinkelse fra legene eller utilstrekkelig analgesi administrasjon, som en av de mest omfattede barrierene for god smertebehandling.

Tidsbegrensningen og travelheten sykepleierne erfarte har flere aspekter ved seg som bidrar til barrierer for optimal smertebehandling. Sykepleierne i denne studien erfarte at det tok tid å bygge tillit til barna, og at tillit var avgjørende for å i det hele tatt kunne samhandle (f.eks. få barna til å ta medisiner). Tidsbegrensning ble også nevnt i Andersen et al. (2019) studie, hvor sykepleierne etterlyste mer tid i møte med barnet. De så på det som en nødvendighet for å bygge tillit til dem. Ved liten tid klarte ikke sykepleierne å forberede barna, eller opprette et positivt forhold til dem. Sykepleierne i deres studie understreket at dersom de fikk nok tid, ville de kunne hjelpe barna til å føle seg trygge.

Barna opplever flere stressfaktorer ved en sykehusinnleggelse (Sjøberg, 2019, s. 127), og det er barnesykepleiers oppgave å minske barnets angst og uro (Sjøbjerg et al., 2017).

Sykepleierne i Grahn et al. studie (2016), fortalte om barn som ofte var redde på sykehuset,

men de fremhevet at dersom de fikk tid og hjelp til å forberede seg, i tillegg til informasjon om hva som skulle skje, erfarte de at det kunne lindre frykt og i stedet gi trygghet. Litteraturen fremhever betydningen av barnets behov for trygghet og emosjonell støtte fra omgivelsene (Lipsker & Wicksell, 2023, s. 56). Dette antyder at det kan være hensiktsmessig å prioritere sykepleierens tid til å gi omsorg og bygge tillit til barna. På den måten kan det tenkes at en i tillegg kan unngå unødig bruk av tvang. Dessuten får barna økt behov for forberedelse med alderen, noe som også krever tålmodighet og tid fra omgivelsene. Det er store individuelle forskjeller i utviklingen, og en må derfor være oppmerksom og var i møte med barna i de ulike alderstrinnene (Lipsker & Wicksell, 2023, s. 56-58).

Et annet aspekt ved sykepleieres travelhet som kom frem i Bakir et al. litteraturgjennomgang (2023), var det faktum at foreldre fikk med seg at sykepleierne var travle og så deres store arbeidsbelastning. Dette førte til at flere nølte med å henvende seg til dem. Barna rapporterte dessuten om vansker med å få tilgang til sykepleierne, som igjen resulterte i at de tolererte smerte i stedet for å be om smertestillende medikamenter. Bakir et. al. påpeker at det kan være årsaken til at barna ønsket at sykepleierne skulle komme mer regelmessig innom dem. Alotaibi sin litteraturgjennomgang (2018) viser også til stor arbeidsbelastning på sykepleierne som en av barrierene for optimal smertebehandling. Barrieren gikk på mangel på tid til å vurdere og håndtere smerten. I denne studien erfarte sykepleierne samtidighetskonflikter i arbeidet, noe som førte til at de ikke hadde tid til å overvåke barna som hadde fått opioider. De henviste til at dersom barna hadde så sterke smerter at de trengte større doser morfin, krevde barna en overvåking som det ikke var tilrettelagt for, på en travel sengepost. Nasjonale smerteretningslinjer understreker også behovet for observasjon og overvåking etter smertelindring, med tanke på både effekt og bivirkninger (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 47). Manglende tid til overvåking kan tenkes å hindre tilstrekkelig smertebehandling. Noe som igjen er med på å forsterke inntrykket av at barn fremdeles blir underbehandlet.

### 7.3 Planlegging er alfa og omega

Sykepleierne erfarte at en målrettet plan for smertebehandling var en god strategi for å oppnå smertelindring. Da unngikk de ventetiden på legens forordning av analgetika. Å legge en god plan der hvor smerter er forventet, anbefales dessuten av Nasjonale smerteretningslinjer (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021). Sykepleierne så at det sjeldent

forelå en plan, og at dette oftest måtte etterlyses, på tross av at smerter var forventet. Det kan tenkes at dette er med på å forhindre rask nok og tilstrekkelig lindring for barna. Som vist i forskning kan en plan for smertebehandlingen, forbedre behandlingsresultatet. Både smertebehandling og kliniske utfall på pediatriske intensivavdelinger, har vist seg å forbedre seg etter implementering av systematiske behandlingsprotokoller i forhold til smerter. Det foreslås at dette bør brukes rutinemessig (Tsuboi et al., 2023). Det at barna ofte må vente på smertebehandling i mangel på forordning og en plan for smertebehandlingen, kan også resultere i at smertene blir vanskeligere å kupere (Lundeberg, 2023, s. 108). Som Lundeberg (2023, s. 108) understreker, har det stor betydning å starte tidlig med smertebehandlingen. Blir smertene for sterke, kan det øke behovet for høyere doser analgetika, i tillegg til at smertene blir vanskeligere å lindre. Dette erfarte også sykepleierne i denne studien. Dessuten så de betydningen av å gi medikamentene regelmessig, for slik å unngå smertetopper. Dette støttes av de nasjonale smerteretningslinjene, som viser til at det på den måten blir en jevnere konsentrasjon av analgetika i plasma, som videre gir den beste smertelindringen (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s. 24). I tillegg kan uttalt smertestimulering føre til nerveskader både spinalt og i mer sentrale områder. Derfor er adekvat smertebehandling essensielt (Lundeberg, 2023, s. 107). Når funn og teori i tillegg til nasjonale retningslinjer, presiserer nødvendigheten av en smertebehandlingsplan, kan det tenkes at det bør stilles strengere krav til legene som har ansvar for forordning av analgetika, til å ha økt fokus på utarbeiding av smertebehandlingsplaner der hvor smerte er forventet. Dette vil igjen kunne ha positiv innvirkning på smertebehandlingen (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021; Tsuboi et al., 2023).

Twycross & Finley (2014) henviser til forslag om å komme frem til et smertemål med barn og deres foreldre. De viser til forskning hvor barn ytrer at de ønsker at sykepleiere oftere skal diskutere smertebehandlingen med dem. Dersom man har et smertemål, kan dette bidra til lettere kommunikasjon mellom sykepleierne og barna om hvordan deres smerte skal håndteres. Dette kan dessuten øke barns kunnskap og forståelse om deres smertebehandling, og på den måten være med på å bedre behandlingen (Twycross & Finley, 2014). Det underbygges av sykepleierne i denne studien, som fremhevet at samarbeidet med foreldrene i smertebehandlingen var til stor hjelp. Dette omfattet både smertevurderingen og samarbeidet om å få i barnet medisinen. For øvrig ble ikke barna nevnt som samarbeidspartnere i smertebehandlingen. Det kan tenkes at et slikt samarbeid kunne fremme smertelindringen for barna. Barnas individuelle variasjon er stor, både intellektuelt og emosjonelt. Dette må tas

med i betraktningen i samhandlingen. Utviklingspsykologen Jean Piaget, viser til at barns behov for informasjon og deltakelse øker med alderen, og i alderen 7-11 år øker behovet for informasjon og forberedelse. I tillegg til at rutiner og forutsigbarhet er viktig. Fra syv års alder har barna en økt bevissthet om kroppen, noe som kan føre til redsel for sykdom og tap av kontroll (Lipsker & Wicksell, 2023). På bakgrunn av det, kan det tenkes at barnet fra denne alderen kan tas med i diskusjonen og planleggingen rundt smertebehandlingen. Det kan tenkes at det kan være med på å gjenvinne følelsen av kontroll. På den andre siden understrekes det at terminologien fremdeles må velges med omhu, slik at barna unngår unødig uro (Lipsker & Wicksell, 2023).

Samarbeidet med kollegaer, både sykepleiere og leger, ble også sett på som en uunnværlig del av smertebehandlingen. Det at sykepleierne kunne få råd og veiledning, og i tillegg diskutere om barnet fikk riktig behandling, så de på som trygt. Dette støttes også av Tsuboi et al. (2023), som understreker viktigheten av en tverrfaglig tilnærming for å oppnå optimal smertebehandling, og poengterer også at smertebehandlingen ikke bør overlates til sykepleierne alene. De peker på at et økt fokus på tverrfaglig tilnærming til smertebehandling, i tillegg til at legene bør inkluderes mer i å håndtere barnets smerter, er blitt en nødvendighet. Funn i denne studien, viser også nødvendigheten med tverrfaglig samarbeid i ulike situasjoner. Sykepleierne fremhever betydningen av smerteteam og palliative team som uvurderlige ressurser i enkelte pasienttilfeller. Slikt teamarbeid er med på å optimalisere smertebehandlingen. Dessuten er tverrfaglig samarbeid et viktig tiltak som bedrer behandlingsresultatet for pasienten, øker effektiviteten og bedrer pasientsikkerheten (Stubberud, 2019, s. 70-71).

## 7.4 En helhetlig tilnærming

Av studien kom det frem at sykepleierne så på smerteverktøy som nyttig, men at de ikke var gode på å bruke det. Et par sykepleiere i studien sa at de var gode på å bruke det, men det kom frem at de da oftest brukte det narrativt. Dette samsvarer godt med andre studier som rapporterer gjennomgående om lite bruk av smertevurderingsverktøy (Alotaibi et al., 2018; Andersen et al., 2019; Smeland et al., 2018; Tsuboi et al., 2023; Twycross & Finley, 2014; Walther-Larsen et al., 2017). Studiene la frem sykepleiers erfaringer som viste at smertevurderingen hos barn fremstod som en kompleks prosess som innbefattet ulike handlinger og refleksjoner som respons på barnets uttrykk for smerte. Dersom smerteverktøy

ble brukt, var dette bare et aspekt av den samlede vurderingen. Det kliniske blikket, foreldre og kollegaers observasjon, samt tidligere erfaringer ble lagt til grunn for vurderingen (Andersen et al., 2019; Twycross & Finley, 2014). I en dansk tverrsnittstudie fra 2016, hadde flertallet av barna med moderate til sterke smerter ingen dokumentert smertevurdering, verken numerisk eller narrativ (Walther-Larsen et al., 2017). De fant heller ikke smertevurdering etter intervensjon for moderat/alvorlige smerter (Walther-Larsen et al., 2017). Dette fant jeg også hos sykepleierne i min studie, hvor de rapporterte at de ikke var gode på å bruke smertevurderingsverktøy i evalueringen i etterkant av utført smertebehandling.

Det samme kommer frem i Smeland et al. tverrsnitts studie (2018) utført ved seks universitetssykehus i Norge, hvor smerteverktøy ble brukt hos 19% av barna. Hos barn < 5år falt dette til 9%, og hos barn med kognitiv svikt falt det til 0%. Dette samsvarer med Tsuboi et al. studie (2023), hvor bruk av smerteverktøy tilpasset barn med kognitiv svikt ikke ble brukt. Disse funnene stemmer dårlig overens med anbefalingene om bruk av validerte smertevurderingsverktøy. Smertevurderingsverktøy blir sett som en nødvendighet, både for å sikre at helsepersonell fanger opp smerten hos barna, men også for å sikre at en gir optimal smertebehandling (Hauer, 2024; IASP, 2021; Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021; Smith et al., 2022). Dessuten skal smerteverktøy være et hjelpemiddel for sykepleierne, slik at de bedre kan vurdere smerten som de erfarer er vanskelige å tolke.

Årsaken til lite bruk av smertevurderingsverktøy kan være mange. Sykepleierne i denne studien, nevnte travelhet som en barriere for bruk av smerteverktøy. I tillegg opplevde flere at smerteverktøyene ikke var tilgjengelige på avdelingene. Noen sykepleiere opplevde dessuten at barna ikke forstod smertevurderingsverktøyet. Flere av studiene understreker behovet for praksisendringer når det kommer til smertebehandling av barn, og bruk av smertevurderingsverktøy (Brudvik et al., 2016; Smeland et al., 2018; Tsuboi et al., 2023; Walther-Larsen et al., 2017).

Imidlertid opplevde sykepleierne at barna på avdelingen generelt ble godt smertelindret. De erfarte at de som regel kom i mål med smertebehandlingen. I den danske tverrsnittstudien utført av Walther-Larsen et al. (2017), var tilbakemeldingene gode på generell tilfredshet med smertebehandlingen hos foreldre og barn. Tilfredsheten var så høy som 8,2 av 10, hvor 10 var veldig fornøyd. I samme studie rapporterte allikevel 43% av barna at de hadde ønsket en smerteintervensjon for smerten de opplevde under innleggelsen (Walther-Larsen et al., 2017). Dette er tvetydige rapporteringer som tyder på at det er mye bra som blir gjort i smertebehandlingen av barn, men at det allikevel er rom for forbedringer. I studien utgjorde

invasive prosedyrer som nålestikk 56% av smertene, og de resterende skyldtes sykdom, kirurgi eller annen skade. Kan hende det påvirket resultatet, da man vanligvis forventer smerter slik som ved nålestikk og gjerne da ikke tar det med i vurderingen. Dessuten svarte 79% av respondentene at sykepleierne lyttet til dem når de fremstilte spørsmål eller bekymring om smertebehandlingen. Det kan også ha vært med å høyne tilfredsheten (Walther-Larsen et al., 2017). På den andre siden kan barns og foreldres oppfatning av akseptert smerte, være påvirket av tanken om at smerte er en uunngåelig konsekvens av å være på sykehus (Twycross & Finley, 2014). For øvrig kommer det frem sprikende funn om den generelle tilfredsheten med smertebehandling i de ulike studiene. Flertallet av sykepleierne på de 35 pediatrike intensivavdelingene i Japan, mente at smertebehandling var en prioritet på avdelingen (88,7%), allikevel var det samlet sett kun 31,9% av sykepleierne som var tilfreds med smertebehandlingen (Tsuboi et al., 2023).

I motsetning til anbefalingene om bruk av smerteverktøy, henviser Tsuboi et al. (2023) til at ikke alle sykepleiere opplever smerteverktøy som pålitelige. Smerteverktøy hvor barn kunne selvrapporere, ble vurdert med høyest tilfredshet blant sykepleierne, hvor 68,6% anså dem som pålitelige. Hos preverbale barn og barn med kognitiv svikt, sank påliteligheten til smerteverktøy til henholdsvis 56,1% og 41,6%. På den andre siden kan lav pålitelighet skyldes lite bruk, eller feil bruk av smerteverktøy (Tsuboi et al., 2023). I Andersen et al. (2019) studie, mente flere sykepleiere at smerteskår ikke var spesifikke for smerte. De nevnte flere av de samme årsakene for mangel på bruk av smerteverktøy som sykepleierne i denne studien; Smerteverktøy var ikke tilgjengelig, mangel på kunnskap, glemsomhet, kollegaers fravær av bruk, implementeringsmangler og organisatoriske faktorer. Walther-Larsen et al. studie (2017) ser på en mulig årsak som at en narrativ vurdering og dokumentasjon oppleves som enklere og mer praktisk.

Andersen et al. (2019) argumenterer for, basert på funnene i sin studie, at behandlingsbeslutninger ikke bør baseres på smerteskår alene, på tross av at det per dags dato er det best evaluerte grunnlaget for klinisk smertevurdering. De mener at bruken av strukturerte smerteverktøy må utforskes videre. I tillegg viser de til at en atferdsmessig smerteskår alene ikke er tilstrekkelig for en kompleks smertevurdering basert på klinisk skjønn. Sykepleierne anså ikke atferdsskår som spesifikt relatert til smerte. Det kan være en av grunnene til at smerteverktøy blir brukt sammen med andre metoder, slik som foreldreinvolvering og eliminering av andre årsaker til smerten. På den andre siden viser studien at sykepleierne erfarte at det var utfordrende å vurdere smerteintensiteten og se effekt



av tiltak uten bruk av smertevurderingsverktøy. Av den grunn kan man se nødvendigheten i bruken (Andersen et al., 2019).

Sykepleierne erfarte at foreldrene var en ressurs i smertebehandlingen. De kjente barnet sitt best, og kunne se når barnet hadde smerter. Foreldrene ble barnets talsperson, som ga beskjed når barnet ikke hadde det bra. Det samme dukker opp i flere studier (Andersen et al., 2019; Grahn et al., 2016; Smeland et al., 2018). Resultatene fra Grahns et al. studie (2016) viste også at sykepleierne så på foreldrene som et bindeledd mellom sykepleierne og barnet.

Sykepleierne erfarte at ikke-medikamentelle metoder alene eller i kombinasjon med legemidler kunne hjelpe på smerter i enkelte situasjoner. Dersom barna opplevde trygghet gjennom innleggelsen, erfarte sykepleierne at smerteopplevelsen ikke ble like intens. Samme erfaring hadde sykepleierne i en svensk studie, hvor det ble utført intervju av sykepleiere ved et svensk pediatrik akuttrom. Å skape trygghet i møte med barnet, ble av sykepleierne nevnt som grunnleggende for å kunne hjelpe barnet (Grahn et al., 2016). Dette understrekes også i litteraturen, hvor det poengteres at sykepleieren også må gjøre foreldrene trygge, da deres uro påvirker barnet (Lipsker & Wicksell, 2023).

Hyppest nevnt av ikke-medikamentelle metoder for smertelindring, var tiltak rettet mot avledning fra smerten. Sykepleierne erfarte at iPad, sang, musikk og blåseboblere kunne være effektivt for å få tankene bort fra smerten. Avledning får oppmerksomheten over på noe positivt, og tar fokuset bort fra ubehag i forhold til sykdom og smerte. Litteraturen nevner leketerapi, som kan være med på å bearbeide bekymringer og vonde opplevelser (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021).

Studien til Smeland et al. (2018) viser økt bruk av ikke-medikamentelle metoder blant sykepleierne. I studien var emosjonell støtte, informasjon og distraksjon de mest brukte metodene. Walther-Larsen et al. sin studie (2017) viser dessuten at foreldre satt pris på de ikke-farmakologiske intervensjonene. Videre poengterer Markestad (2023, s. 122) at fundamentet for all smertebehandling består av psykologisk rettede tiltak som er med på å skape trygghet, forståelse, avledning og trøst. Normann & Eriksson (2023) støtter opp under sykepleierens utsagn om at atferdsstøttene behandling og optimale omsorgstiltak, i noen tilfeller kan være nok til å oppnå smertelindring. Imidlertid understreker de at ikke-farmakologisk smertebehandling, alltid skal inneholde smertevurdering og medikamentell smertelindring der det er behov.

Grahn et al. (2016) understreker at barns evne til å tilpasse seg sykehusmiljøet og forstå det som skjer rundt dem, er begrenset i forhold til hvordan det er for voksne pasienter. Da ble informasjon i møte med barna og foreldrene viktig. Sykepleierne i denne studien erfarte at informasjon om smertebehandlingen bidro til å berolige både foreldre og barn. En litteraturstudie utført av Bakir et al. (2023), viser allikevel at både foreldre og barn rapporterte om manglende informasjonsdeling fra sykepleierne. Det de savnet mest informasjon om, var smertestillende medikamenter. Dette ble også identifisert som et hinder til foreldres deltakelse i den postoperative smertebehandlingen. Barn rapporterte at informasjonen de fikk om postoperative smerter, kom fra foreldrene. For øvrig var foreldrenes kunnskapsnivå avgjørende for hvor godt informerte barna ble.

## 8.0 Konklusjon

Sykepleiernes erfaringer med smertebehandling av barn, viste at smertebehandlingen var en kompleks prosess, fra smertevurderingen og til administrering av smertestillende medikamenter. Til tross for at sykepleierne erfarte at de stort sett smertebehandlet tilfredsstillende, opplevde de ulike barrierer for god smertebehandling. Hovedårsaken var at barn ikke er små voksne, og deres smerteuttrykk oppleves som utfordrende å vurdere. Smerteverktøy ble sett på som et nyttig verktøy, men ble ikke anvendt slik som anbefalingen tilsier. For å få en mer effektiv smertebehandling, etterlyser sykepleiere en smertebehandlingsplan til barn hvor smerter er forventet, og i tillegg et tettere samarbeid med legene.

For å kunne starte arbeidet med å forbedre smertebehandling til barn, er det nødvendig at barrierene anerkjennes. En måte å oppnå dette på kan være å sette smertebehandlingen i system, slik at man ikke er avhengig av engasjementet til enkeltpersoner for at barnet skal bli best mulig lindret.

### 8.1 Implikasjon for praksis

Denne studien kan fremme økt fokus rundt smertebehandling av barn. Gjennom å belyse de ulike barrierene for god smertebehandling som sykepleierne erfarte, kan studien bidra til å initiere tiltak for å overvinne disse barrierene. Dette kan gjøres med tilrettelegging for undervisning, og for eksempel innføring i årlig sertifisering innen smertebehandling av barn. Ved å etablere et system for undervisning og smertevurdering, kan man sikre kontinuitet i smertebehandlingen av barn, uten å være avhengig av enkeltpersoners engasjement. Funnene kan også bidra til å belyse viktigheten av å ha en plan for smertebehandlingen, i alle tilfeller hvor smerter er forventet. Økt bemanning på barneavdelinger er også noe man bør vurdere, da arbeid med barn er ekstra tidkrevende.

### 8.2 Forslag til videre forskning

Barrierene for god smertebehandling av barn er identifisert i tidligere forskning. Til tross for dette har man enda ikke kommet i mål med tilfredsstillende smertebehandling av barn. Da kan man stille seg spørsmål om man i fagmiljøene har anerkjent at barn fremdeles ikke blir

optimalt smertelindret. Kanskje man nå må se på barrierer for god smertebehandling av barn på systemnivå. Det ville vært interessant å sett på om, og i tilfelle hvordan, avdelingene på et systemnivå, aktivt jobber for å fremme god smertebehandling av barn. Et forslag til videre forskning ville da vært en kvantitativ studie som ser på hvilke tiltak de ulike barneavdelingene i Norge utfører for å bedre smertebehandlingen. På den måten kan man avdekke barrierer på systemnivå.

## Referanseliste

- Achaliwie, F., Wakefield, A. B. & Mackintosh-Franklin, C. (2023). Does Education Improve Nurses' Knowledge, Attitudes, Skills, and Practice in Relation to Pain Management? An Integrative Review. *Pain Management Nursing*, 24(3), 273-279. <https://doi.org/10.1016/j.pmnm.2022.12.002>
- Alotaibi, K., Higgins, I. & Chan, S. (2019). Nurses' Knowledge and Attitude toward Pediatric Pain Management: A Cross-Sectional Study. *Pain Management Nursing*, 20(2), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.pmnm.2018.09.001>
- Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J. & Chan, S. (2018). Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *International Nursing Review*, 65(4), 524-533. <https://doi.org/10.1111/inr.12465>
- 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.pmnm.2018.11.060>
- Bakir, E., Briggs, M., Mackintosh-Franklin, C., Marshall, M. & Achaliwie, F. (2023). Communication, information, involvement and decision making: A systematic scoping review of child–parent–nurse relationships during postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 4337-4361. <https://doi.org/10.1111/jocn.16655>
- Braun, V. & Clarke, V. (Red.). (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Brudvik, C., Moutte, S.-D., Baste, V. & Morken, T. (2016). A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting. *Emergency Medicine Journal*, 34(3), 138-144. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205825>
- Clarke, S. A., Lerdal. (2021). Kildekritikk og litteratursøk. I T. A. Rustøen, Lerdal (Red.), *Klinisk forskning innen helsefag. Hvordan utvikle god forskning -sentrale elementer*. (s. 178-197). Fagbokforlaget.
- e-håndboken.ous. (2021, 09.08.2021). *NRS (Numeric Rating Scale)*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>
- Eggebo, H. (2021, 17.september 2021). *Tematisk analyse - en guide*. Sosiologen.no. Hentet 2.mars.2024 fra <https://sosiologen.no/studenthjornet/tips-og-rad/tematisk-analyse-en-guide/>
- Ekstedt, M. (2021). Å starte et prosjekt med et kvalitativt forskningsdesign. I T. Rustøen & A. Lerdal (Red.), *Klinisk forskning innen helsefag : hvordan utvikle god forskning - sentrale elementer* (s. 85-105). Fagbokforlaget.
- Friedrichsdorf, S. J. & Goubert, L. (2020). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *PAIN Reports*, 5(1), e804. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000804>
- Friedrichsdorf, S. J. & Goubert, L. (2021, 09.07.2021). *Pain in Children: Management*. IASP International Association For The Study Of Pain. Hentet 16.04.2024 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-in-children-management/>
- Grahn, M., Olsson, E. & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>
- Harvey, K. A. & Kovalesky, A. (2018). Post-Operative Pain and Comfort in Children After Heart Surgery: A Comparison of Nurses and Families Pre-operative Expectations. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.014>
- Hauer, J. (2024, 26.01.2024). *Pain in children: Approach to pain assessment and overview of management principles*. UpToDate.com. Hentet 19.03.2024 fra

- [https://www.uptodate.com/contents/pain-in-children-approach-to-pain-assessment-and-overview-of-management-principles?search=pain%20children&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2](https://www.uptodate.com/contents/pain-in-children-approach-to-pain-assessment-and-overview-of-management-principles?search=pain%20children&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H2)
- Hem, E., Kirkevold, M., Friis, S. & Vaglum, P. (2021). *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling*. Universitetsforlaget.
- Holm Frygner, S. & Gåve, E. (2023). Fysioterapi ved smærta. I S. Lundeberg (Red.), *Smærta och smärtbehandling hos barn och ungdomar* (2. utg., s. 241-256). Studentlitteratur.
- Hærnes, N., Dolonen, K. A., Reppen, N. K. & Bergsagel, I. (2021, 19.september.2021). 8 av 10 barneavdelinger har for få barnesykepleiere. *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/2021/09/8-av-10-barneavdelinger-har-fa-barnesykepleiere>
- IASP. (2001). *Faces Pain Scale – Revidert, 2001*, International Association for the Study of Pain [Smerteverktøy]. Researchgate.net. [https://www.researchgate.net/figure/The-Faces-Pain-Scale-Revised-FPS-R-is-a-self-reporting-measure-of-pain-intensity\\_fig1\\_334522592](https://www.researchgate.net/figure/The-Faces-Pain-Scale-Revised-FPS-R-is-a-self-reporting-measure-of-pain-intensity_fig1_334522592)
- IASP. (2010). *Access to Pain Management: Declaration of Montreal*. IASP International Association For The Study Of Pain. Hentet 14.04.2024 fra <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>
- IASP. (2020, 16.juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. IASP International Association For The Study Of Pain. Hentet 20.03.2023 fra <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- IASP. (2021, 09.juli). *Pain Assessment in the Most Vulnerable Children*. IASP International Association For The Study Of Pain. Hentet 20.02.2024 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-assessment-in-the-most-vulnerable-children/>
- IASP. (Ca. 2001, U.å). *Faces Pain Scale – Revised*. IASP International Association For The Study Of Pain. Hentet 19.03.2024 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/#download>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LaFond, C. M., Van Hulle Vincent, C., Oosterhouse, K. & Wilkie, D. J. (2016). Nurses' Beliefs Regarding Pain in Critically Ill Children: A Mixed-Methods Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 691-700. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.08.002>
- Legemiddelhandbok, N. (2023, 31.august). *T20.2 Hovedgrupper av analgetika*. legemiddelhandboken.no. Hentet 23.03.2024 fra [https://www.legemiddelhandboka.no/T20.2/Hovedgrupper\\_av\\_analgetika](https://www.legemiddelhandboka.no/T20.2/Hovedgrupper_av_analgetika)
- Legemiddelhandboka. (2020, 26.mai). *Ulike smertetilstander*. Legemiddelhandboka. [https://www.legemiddelhandboka.no/T20.1/Ulike\\_smertetilstander](https://www.legemiddelhandboka.no/T20.1/Ulike_smertetilstander)
- Lipsker, W. C. & Wicksell, R. (2023). Betydelsen av kognitiv utveckling för hantering av vårdprocedurer och relaterat ubehag. I S. Lundeberg (Red.), *Smærta och smärtbehandling hos barn och ungdomar* (s. 53-63). Studentlitteratur.
- Lundeberg, S. (2023). *Smærta och smärtbehandling hos barn och ungdomar* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Markestad, T. (2023). Smerte, ubehag, redsel og uro. I T. Markestad (Red.), *Klinisk pediatri* (4. utg.). Fagbokforlaget.

- Marshall, C., Forgeron, P., Harrison, D. & Young, N. L. (2018). Exploration of nurses' pediatric pain management experiences in rural hospitals: A qualitative descriptive study. *Applied nursing research*, 42, 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.009>
- Merkel, S., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. & Malviya, S. (2002). *FLACC* [Smerteverktøy]. University of Michigan. chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgiclfndmkaj/<https://www.odont.uio.no/iko/om/organisasjon/fagavd/pedodonti-atferdsfag-rettsodontologi/rutiner-og-metoder/felles-veileder-for-bruk-av-analgetika-og-sedativa-ved-iko.pdf>
- Merkel, S., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. & Malviya, S. (2006a). *Atferdsbeskrivelse r-FLACC* [Smerteverktøy]. ehåndboken.ous. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121816>
- Merkel, S., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. & Malviya, S. (2006b). *r-FLACC* [Smerteverktøy]. ehåndboken.ous. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121816>
- Moriarty, O. & Walker, M. S. (2021). Long-term effects of early pain and injury. I B. J. Stevens, G. Hathway & W. T. Zempsky (Red.), *Oxford textbook of pediatric pain* (2. utg.). Oxford University Press.
- Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. (2021). *Smerter hos barn og ungdom. Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter*. Legemidletilbarn.no. <https://cdn.sanity.io/files/f2f7bilq/production/f8164365f54367e9158923eb71504856cb-ee6cac.pdf>
- Ndengeyingoma, A., Lebel, V. & Alvarez, S. B. (2023). Children and pain: Assessment and management according to parents' perspective. *Research in Nursing & Health*, 46(1), 93-100. <https://doi.org/10.1002/nur.22271>
- Neshat, H. & Ghorbani, F. (2023). Differences in the child, mother, and nurses' pain score measurements during pediatric venipuncture. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 102-105. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.08.025>
- Norman, E. & Eriksson, M. (2023). Smärta i nyföddhetsperioden. I S. Lundeberg (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar* (2. utg., s. 215-236). Studentlitteratur.
- Persson, J. (2023). Smärtfysiologi, smärtsinnets utveckling og kognitiv utveckling. I S. Lundeberg (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (Tenth edition. utg.). Wolters Kluwer.
- Rosenbloom, B. N., Pagè, G. M. & Huguet, A. K., Joel (2021). Prevention of the development and maintenance of pediatric chronic pain and disability. I B. J. Stevens, G. Hathway & W. T. Zempsky (Red.), *Oxford textbook of pediatric pain* (2. utg.). Oxford University Press.
- Sjøberg, I. L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 127-166). Gyldendal.
- Skaar, S. E. (2018, 20. desember). *Bruk av NVivo i arbeid med kvalitative data*. UiA Beta. <https://beta.uia.no/?p=2585>
- Smeland, A. H., Rustøen, T., Næss, T., Nybro, L., Lundeberg, S., Reinertsen, H., Diseth, T. H. & Twycross, A. (2019). Children's views on postsurgical pain in recovery units in Norway: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2157-2170. <https://doi.org/10.1111/jocn.14788>
- 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>
- Smith, H. A. B., Besunder, J. B., Betters, K. A., Johnson, P. N., Srinivasan, V., Stormorken, A., Farrington, E., Golianu, B., Godshall, A. J., Acinelli, L., Almgren, C., Bailey, C. H., Boyd, J. M., Cisco, M. J., Damian, M., deAlmeida, M. L., Fehr, J., Fenton, K. E., Gilliland, F., Grant, M. J. C., Howell, J., Ruggles, C. A., Simone, S., Su, F., Sullivan, J. E., Tegtmeier, K., Traube, C., Williams, S. & Berkenbosch, J. W. (2022). 2022 Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Prevention and Management of Pain, Agitation, Neuromuscular Blockade, and Delirium in Critically Ill Pediatric Patients With Consideration of the ICU Environment and Early Mobility. *Pediatric Critical Care Medicine*, 23(2), e74-e110.  
<https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000002873>
- Stevens, B. J. & Zempsky, W. T. (2021). Prevalence and distribution of pain in children. I B. J. Stevens, G. Hathway & W. T. Zempsky (Red.), *Oxford textbook of pediatric pain* (2. utg., s. 11-20). Oxford University Press.
- Stubberud, D.-G. (2019). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Gyldendal.
- Søbjerg, I. L. (2019). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 202-215). Gyldendal.
- Søbjerg, I. L., Brandt, L. M. & Tunby, J. (2017). *Barnesykepleier - funksjons- og ansvarsområder*. Norsk Sykepleierforbund.  
[https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/barnesykepleier-funksjons-og-ansvarsomrader-2017\\_0.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/barnesykepleier-funksjons-og-ansvarsomrader-2017_0.pdf)
- Sørensen, K., Carlsen, E., Smeland Hetland, A. & Reinertsen, H. (2021a, 9.august). *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*. e-Håndboken Ous. Hentet 19.03.24 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121815>
- Sørensen, K., Carlsen, E., Smeland Hetland, A. & Reinertsen, H. (2021b). *NRS (Numeric Rating Scale)*. ehandboken.ous. Hentet 19.03.2024 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>
- Sørensen, K., Carlsen, E., Smeland Hetland, A. & Reinertsen, H. (2021c, 9.august). *r-FLACC (revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*. e-Håndboken OUS. Hentet 20.02.2024 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121816>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tsuboi, K., Tsuboi, N., Yamashita, K., Nakagawa, S. & Yotani, N. (2023). Nurses' perception of pediatric pain and pain assessment in the Japanese PICU. *Pediatrics International*, 65(1), e15499. <https://doi.org/10.1111/ped.15499>
- Twycross, A. & Finley, G. A. (2014). Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: Is what they say the same as what they do? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(1), 17-27. <https://doi.org/10.1111/jspn.12029>
- UiA.no. (U.å). *A-Z Databases*. Uia.no. Hentet 19.04.2024 fra <https://libguides.uia.no/az.php?a=g>
- Victoria, N. C. & Murphy, A. Z. (2016). Exposure to early life pain: long term consequences and contributing mechanisms. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 7, 61-68.  
<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.11.015>
- Walther-Larsen, S., Pedersen, M. T., Friis, S. M., Aagaard, G. B., Rømsing, J., Jeppesen, E. M. & Friedrichsdorf, S. J. (2017). Pain prevalence in hospitalized children: a



prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 61(3), 328-337. <https://doi.org/10.1111/aas.12846>

Zontag, D., Kuperman, P., Honigman, L. & Treister, R. (2022). Agreement between children's, nurses' and parents' pain intensity reports is stronger before than after analgesic consumption: Results from a post-operative study. *International Journal of Nursing Studies*, 130, 104176. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104176>

## VEDLEGG 1: Strukturert litteratursøk

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run via	Results
S1	TI (nurse*) AND TI (child* OR pediatric* OR paediatric*) AND TI pain* AND (hospital* OR ward* OR department*)	Limiters – Publication Date: 20140101-	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL;MEDLINE	137
<b>ALTERNATIV 2</b>				
S1	TI nurse*	Limiters – Publication Date: 20140101-	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL;MEDLINE	113,262
S2	TI (child* OR pediatric* OR paediatric*)	Limiters – Publication Date: 20140101-	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL;MEDLINE	692,855
S3	TI pain*	Limiters – Publication Date: 20140101-	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL;MEDLINE	193,463
S4	(hospital* OR ward* OR department*)	Limiters – Publication Date: 20140101-	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL;MEDLINE	9,729,869
	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters – Publication Date: 20140101-	Interface – EBSCOhost Research Databases	137

			Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL;MEDLINE	
--	--	--	--	--

Legger også ved søkestrenger som er brukt:

Søkestreng brukt i EBSCOhost:

TI (nurse\*) AND TI (child\* OR pediatric\* OR paediatric\*) AND TI pain\* AND (hospital\* OR ward\* OR department\*)

(TI nurse\* AND (TI (child\* OR pediatric\* OR paediatric\*))) AND TI pain\* AND (TI (hospital\* OR ward\* OR department\*)) OR (AB nurse\* AND (AB (child\* OR pediatric\* OR paediatric\*))) AND AB pain\* AND (AB (hospital\* OR ward\* OR department\*))

Søkestreng brukt i Google Scholar:

“Pediatric nurses” experience children pain

“Pediatric nurses” experiences child pain hospital

# VEDLEGG 2: Intervjuguide

## Intervjuguide høst 2023

### 1. Løs prat

Uformell prat. Intervjuer presenterer seg. Respondenten gir sine personalia.

Navn:

Ansatt som:

Ansiennitet som sykepleier:

Ansiennitet som sykepleier på barne- og ungdomsmedisinsk avdeling:

### 2. Informasjon

Dette er en kvalitativ studie som omhandler smertebehandling av barn. Resultatene av forskningsprosjektet vil inngå i en masteroppgave i spesialsykepleie, med spesialisering innen barnesykepleie. Sykepleieren har en nøkkelrolle i smertebehandlingen av barn, da det er dere som er tettest på pasienten. Det er dere som observerer, vurderer og setter i gang tiltak. Derfor ønsker en i studien å se på sykepleiers erfaring med smertebehandling av barn. Denne kunnskapen kan være et viktig bidrag til arbeidet med å optimalisere smertebehandlingen.

Masteroppgaven ønsker å belyse problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av barn?»

Dette er et semistrukturert dybdeintervju. Det vil si at det er en viss struktur på intervjuet, slik at intervjuer kan være med på å styre tematikken. Det at det er semistrukturert gir likevel mulighet for åpne spørsmål, som gir informanten mulighet til å utdype informasjonen og videreformidle eventuelle historier fra praksis.

Intervjuet blir tatt opp på lydbånd og deretter gjort om til tekstform. Datamaterialet lagres på forskningsserveren til Universitetet i Agder, og vil bli slettet innen juni 2024. Det vil da være tilgjengelig for lesning via internett.

For å sikre anonymitet vil navn, alder og dialekt ikke bli gjengitt. En kode knytter deg til de innhentede opplysningene gjennom en navneliste. Det er kun masterstudenten og veileder knyttet til prosjektet, som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg.

Datamaterialet vil oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. For å sørge for at intervjuer har forstått deg riktig, vil intervjuer regelmessig stille spørsmål om en har forstått det som er blitt sagt, slik det var ment.

Du har når som helst lov til å avslutte intervjuet, eller trekke deg fra forskningsprosjektet. Intervjuet vil vare omtrent en time.

Jeg kommer til å gi deg litt betenkningstid innimellom, slik at vi får frem all den erfaringen du har. Ofte ser en at en kan komme på andre ting, når en får tenkt seg litt om.

### **3. Intervjuet**

#### **Tema: Generelle erfaringer informanten har om smertebehandlingen**

1. Hva er det første du tenker på når jeg sier smertebehandling til barn?

Oppfølgingsspørsmål:

- Hva tenker du det vil si å være godt smertelindret?

a. Kan du fortelle om tilfeller der du tenkte, «dette var bra smertebehandling»?

b. Kan du huske hva det var som gjorde det så bra?

Oppfølgingsspørsmål:

- Er det noe du tenker lå til rette for at barnet ble godt smertelindret?

- Hvilke faktorer vil du si er til stede når et barn er godt smertelindret?

- Kunne du nevnt noen punkter i den situasjonen eller i situasjoner hvor du tenker at «dette var bra smertebehandling», som du kunne tatt med deg i liknende situasjoner?

- Er det andre punkter du kommer på?

c. Kan du fortelle om tilfeller der du tenkte, «dette var ikke optimal smertebehandling»?

d. Kan du huske hva det var som ikke fungerte så bra?

Oppfølgingsspørsmål:

- I den situasjonen, eller liknende situasjoner hvor du har tenkt «dette var ikke optimal smertebehandling», er det noe du tenker hindret eller lå i veien for god smertelindring?

- Er det noe du tenker kunne vært lagt bedre til rette for at en lettere kunne gitt optimal smertebehandling?

- Kunne du kommet med konkrete punkter du tenker kunne gjort det lettere for sykepleiere å gi god smertebehandling av barn?

e. Hvilke utfordringer kan du som sykepleier møte på i smertebehandlingen av barn?

### **Tema: Ulike typer smertebehandling og smertevurdering**

1. Hva er dine erfaringer med medikamentell smertebehandling?

2. Kan du si noe om din erfaring med bruken av ikke medikamentelle smertelindrende metoder?

3. Hvilke erfaringer har du med å bruke smerteverktøy?

- Bruker dere smerteverktøy konsekvent?

- Er det en grunn til du ikke bruker det?

4. Bruker dere noen form for smerteretningslinjer? Kjenner du til smerteretningslinjene?

«Smerter hos barn og ungdom. Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrrelaterte smerter». – 2021. Utviklet av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn.

Helsedirektoratet og nettverket ble enige i 2014 om å utarbeide disse retningslinjene, da ulike fagmiljøer har etterlyst slike retningslinjer pga usikkerhet om hva som er sikker og god smertelindring, særlig fordi legemidler til barn bukes utenfor myndighetsgodkjenning, «off-label».

### **Tema: Det smertepåvirkete barnet**

1. Hvordan opplever du barn i smerter?
  - Oppførsel, mimikk, kroppsspråk.
2. Hvilke erfaringer har du med smertelindring av de minste barna?
3. Hvilke erfaringer har du med smertelindring av større barn uten språk?

### **Tema: Optimalisering av smertebehandlingen**

1. Hvordan opplever du at barn blir smertelindret?
  - a. – Generelt opplever du at barn blir smertelindret?
2. Hva tror du kunne hjelpet deg som sykepleier til å optimalisere smertebehandlingen av barn?
  - Konkrete tips til optimalisering av smertebehandlingen.
  - Opplever du at dere gir profylakse mot kvalme? Obstipasjon?  
Konsekvent/ved behov?

### **Oppsummering**

Har du noen spørsmål eller kommentarer, innspill som ikke har kommet frem under intervjuet?

Har jeg forstått deg riktig hvis jeg sier ...?

Oppsummering av funn.

## VEDLEGG 3: Godkjenning SIKT

# Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut  
12.09.2023

**Referansenummer**  
368694

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
12.09.2023

**Tittel**  
"Sykepleiers erfaringer med smertebehandling til barn"

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

**Prosjektansvarlig**  
Anja Nastasja Robstad

**Student**  
Hanne Torgersen

**Prosjektperiode**  
11.09.2023 - 21.06.2024

### **Kategorier personopplysninger**

- Alminnelige

### **Lovlig grunnlag**

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 21.06.2024.

[Meldeskjema](#)



## **Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

## **Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

## **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

## VEDLEGG 4: Godkjenning FEK



Hanne Torgersen

Tidspunkt for godkjenning: 22/09/2023

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Sykepleiers erfaringer med smertebehandling av barn - RITM0235092**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

## VEDLEGG 5: Godkjenning personvernombudet

Godkjenning fra personvernombudet ved helseforetakene, ble tilsendt via mail. Dato for godkjenning: 28.11.2023. Vedlagt er bilde fra mailen.



## VEDLEGG 6: Informert samtykke

# Vil du delta i forskningsprosjektet «Sykepleiers erfaringer med smertebehandling av barn»?

### **Formålet med prosjektet**

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å kartlegge hvilke erfaringer sykepleiere ansatt på en barne- og ungdomsmedisinsk avdeling har, med smertebehandling av barn. En ønsker å få en dypere innsikt i dine erfaringer knyttet til smertebehandlingen. Sykepleiere har en viktig rolle i behandlingen av smerte, og det er derfor viktig å belyse deres erfaringer innen dette feltet. Denne kunnskapen kan være et viktig bidrag til arbeidet med å optimalisere smertebehandlingen av barn

Masteroppgaven skal belyse problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av barn?»

Resultatene for forskningsprosjektet vil inngå i en masteroppgave i spesialsykepleie, med spesialisering i barnesykepleie, ved Universitetet i Agder, og i en eventuell publikasjon i et vitenskapelig tidsskrift. Det kan også bli brukt i undervisning på barne- og ungdomsavdelingen i Stavanger, som ledd i forbedringsprosjekt og ved fremlegg av masteroppgaven.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

- Du får denne forespørselen fordi du er ansatt ved en barne- og ungdomsmedisinsk avdeling, og vi skal intervjuer til sammen 8 sykepleiere om deres erfaringer med smertebehandling av barn.
- Fagsykepleier tilknyttet din avdeling har spurt tilfeldige sykepleiere om deltakelse i studien. Hun har valgt ut sykepleiere med både lang erfaring og sykepleiere som er nyutdannede.
- For å sikre nok deltakere til studien, er det også blitt lagt ut informasjon om studien på avdelingen, slik at de som ønsker kan ta kontakt for deltakelse.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for Helse- og sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

- Vi prøver å få satt av tid til intervju i arbeidstiden din, men dette må først avklares med nærmeste leder.
- En regner med å bruke ca. en time på intervjuet. En vil bruke lydopptak.
- Det vil bli utført ett intervju, hvor det blir stilt åpne spørsmål om din erfaring med smertebehandling av barn.
- Spørsmålene vil gå på positive og negative opplevelser om smertebehandling av barn, smertevurdering, utfordringer du kan møte på, smertebehandling til barn uten språk og tanker du har om optimalisering av smertebehandlingen.
- Personopplysninger som navn, alder og dialekt blir anonymisert og vil ikke bli gjengitt i oppgaven. Informasjon om din ansiennitet som sykepleier og din ansiennitet som sykepleier ved en barne- og ungdomsmedisinsk avdeling, vil bli gjengitt i oppgaven.

### **Kort om personvern**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer om personvern på neste side.

Med vennlig hilsen

Anja Nastasja Robstad  
(Forsker/veileder)

Hanne Torgersen  
Forsker/student

### **Utdypende om personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

- Informasjonen som innhentes skal kun brukes som beskrevet i dette skrivet. En kode knytter deg til de innhentede opplysningene gjennom en navneliste. Det er kun masterstudent og veileder knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. Informasjonen som registreres om deg og dine opplevelser i studien, lagres på forskningsserveren til Universitetet i Agder.
- Personopplysninger som navn, alder og dialekt blir anonymisert og vil ikke bli gjengitt i oppgaven. Informasjon om din ansiennitet som sykepleier og din ansiennitet som sykepleier ved en barne- og ungdomsmedisinsk avdeling, vil bli gjengitt i oppgaven. Du vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for Helse- og sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, Hanne Torgersen og Anja Nastasja Robstad, har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å be om innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende,
- å få slettet personopplysninger om deg,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

De innsamlede opplysningene blir senest slettet innen juni.2024.

## Spørsmål

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

- Hanne Torgersen, student ved Universitetet i Agder på telefon [REDACTED] eller påfølgende mailadresse: hannetor@student.uia.no
- Du kan også kontakte veileder Anja Nastasja Robstad, førsteamanuensis ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, på telefon [REDACTED] eller på mailadresse: nastasja.robstad@uia.no
- Personvernombudet ved Agder: Trond Hauso på mailadresse: Personvernombuduia@uia.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

---

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykepleiers erfaringer med smertebehandling av barn», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at Hanne Torgersen kan gi opplysninger om meg til prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----

## VEDLEGG 7: Informasjonsskriv til avdeling



### **Er du sykepleier og jobber ved barneposten ved Haugesund Sykehus?**

Da er du invitert til å dele dine erfaringer!

Jeg tar master i barnesykepleie ved Universitetet i Agder, og søker sykepleiere til en kvalitativ studie hvor problemstillingen er:

**“Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertebehandling av barn?”**

Jeg ønsker å intervju deg som er sykepleier med videreutdanning innen barnesykepleie eller sykepleier med grunnutdanning. Vi trenger både deg som er relativt nyansatt og deg som er erfaren.

Intervjuene vil ha varighet på 30-45 minutter. Informasjonen du deler, vil anonymiseres, slik at du ikke vil kunne gjenkjennes i resultatet av studien.

Ønsket er å intervju fire sykepleiere ved Haugesund sykehus. Ta kontakt med fagsykepleier for påmelding.

Jeg håper å høre fra deg! ☐

Mvh.

Hanne Torgersen hannetor@student.uia.no

Tlf. [REDACTED]