



Smertelindring av barn ved venepunksjon

«Hvordan kan sykepleier lindre smerten hos barn ved venepunksjon?»

Kandidatnummer: 762
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9676
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel Smertelindring av barn ved venepunksjon	
<p data-bbox="177 421 379 454"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="177 456 1086 492">«Hvordan kan sykepleier lindre smerten hos barn ved venepunksjon?»</p> <p data-bbox="177 530 443 564"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="177 566 1386 786">Oppgaven starter med å presentere aspektene av selve sykepleien som er viktig; sykepleierens ansvars og funksjonsområde, etikken og juridiske rammer ved sykepleien til barn. Deretter blir teori om barns utvikling med Piaget og Eriksons teorier i fokus, smerte hos barn med presentasjon av sykepleiers holdninger til dette, ikke-medikamentelle tiltak, og konsekvenser av mangelfull smertelindring presentert. Kommunikasjon med barn og familiesentrert sykepleie blir også presentert til slutt.</p> <p data-bbox="177 824 280 857"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="177 860 1382 969">Oppgaven er en litterær oppgave der fag og forskningslitteraturen setter grunnlaget for drøftingen av problemstillingen. Søket etter forskningsartikler er gjort i databasene Cinahl og PubMed, i tillegg til kjedesøk i pensumlitteraturen.</p> <p data-bbox="177 1008 292 1041"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="177 1043 1326 1191">I drøftingsdelen forsøkes problemstillingen besvart ved å vise til eksempler og forslag til hvordan sykepleieren kan lindre smerten til barnet ved alle fasene i prosedyren, både før under og etter gjennomføringen av den. Eksempelene og forslagene tar utgangspunkt i det teoretiske perspektivet, og fag og forskningslitteraturen blir satt opp mot hverandre.</p> <p data-bbox="177 1229 331 1263"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="177 1265 1372 1630">Oppgaven konkluderer med at når sykepleieren skal lindre smerten som barnet opplever ved en venepunksjon bør det tas hensyn til hele forløpet i prosedyren, både før prosedyren finner sted, under prosedyren og etter gjennomføringen av den. Før venepunksjon bør sykepleieren fokusere på planlegging av prosedyren for å avklare eventuelle problemstillinger, tilpasset informasjonen til barnet slik at de føler kontroll og å skape en relasjon med barnet for opplevelsen av trygghet. Under prosedyren kan sykepleieren bruke avledning som et ikke-medikamentelt tiltak, og foreldrene bør involveres i smertelindringen for å støtte og trygge barnet. Etter venepunksjon bør sykepleieren bearbeide følelsene og opplevelsene av prosedyren med barnet for å hindre negative konsekvenser av et eventuelt dårlig utfall, men også for å ivareta barnets behov for å bli hørt.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og kontekst	2
1.4 Disposisjon.....	3
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde.....	4
2.1.1 Lindrende.....	4
2.1.2 Forebyggende	4
2.2 Etikk i sykepleien til barn	4
2.3 Juridiske rammer ved sykepleie til barn	5
2.4 Barns utvikling.....	6
2.4.1 Kognitiv utvikling.....	6
2.4.2 Psykososial utvikling.....	6
2.5 Smertebegrepet	7
2.5.1 Smerte hos barn	8
2.5.2 Sykepleierens holdninger til smerter hos barn.....	8
2.5.3 Ikke-medikamentell smertelindring av barn	9
2.5.4 Konsekvenser av mangelfull smertelindring av barn.....	9
2.6 Kommunikasjon med barn	10
2.7 Familiesentrert sykepleie.....	10
3. Metode.....	12
3.1 Beskrivelse av metode.....	12
3.2 Beskrivelse av søk	12
3.3 Kildekritikk	13
3.4 Ethiske overveielser.....	15
4. Presentasjon av forskningsresultater	16
5. Drøfting	18
5.1 Før venepunksjon.....	18
5.1.1 Planlegging og holdninger.....	18
5.1.2 Informasjon, relasjonsbygging og medbestemmelse	21
5.2 Under prosedyren	24
5.2.1 Ikke-medikamentell smertelindring ved hjelp av avledning.....	24
5.2.2 Involvere foreldre	26
5.3 Etter venepunksjon.....	27
5.3.1 Bearbeidelse.....	27
6. Konklusjon.....	29
Referanseliste.....	30

1. Innledning

I Norge var det i løpet av 2017 nærmere 534 000 pasienter innlagt på døgnopphold i sykehus. Litt over 77 000 av disse var 0-9 år, og i gjennomsnitt lå disse barna inne på sykehus i 4,2 dager (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Alle disse barna har ulike årsaker eller diagnoser som gjør at de må oppholde seg på sykehus, men det som er klart er at alle disse barna gjennomgår smertefulle prosedyrer under innleggelsen (Grønseth & Markestad, 2017). Det var tidligere helt fram til 70- 80-tallet vanlig at helsepersonell trodde at barn ikke opplevde eller følte noe særlig smerte fordi de hadde et umodent nervesystem. At de skrek under noe smertefullt ble oppfattet som at de var redde eller fordi foreldrene ikke var tilstede, ikke med at de opplevde smerter. Forskning viser derimot at barn i alle aldre føler smerte, det må derfor antas at alt som forventes å gjøre vondt hos voksne også gjør vondt hos barn (Reinertsen, 2008).

Mange barn forteller selv at prosedyrer og undersøkelser som de må gjennom under innleggelsen er det verste med å være på sykehus, og da særlig det som innebærer stikk, nåler og sprøyter (Grønseth & Markestad, 2017). Venepunksjon er en av de mest vanlige smertefulle prosedyrene barn kan gå gjennom på sykehus, og er en ofte benyttet prosedyre (Reid, Twycross, Tuterra, 2014). Det innebærer at pasienten får en vene punktert med nål, da enten for å ta en blodprøve eller for å innlegge et perifert venekateter for å injisere legemidler eller væske (Evensen, 2016). Gjentatte og smertefulle situasjoner, der barnet ikke er forberedt eller smertene ikke er forsøkt lindret av sykepleier, kan skape negative ettervirkninger, med engstelse, utrygghet og sterke reaksjoner under innleggelsen og i lignende situasjoner senere (Grønseth & Markestad, 2017). Opplevelsene barnet har ved en smertefull prosedyre spiller dermed sannsynligvis en stor rolle på hvordan de reagerer på smerte i senere tid (Oakes, 2011).

På alle barneavdelinger bør det være et klart mål å redusere barn og unges frykt og smerte på grunn av prosedyrer til et minimum, på bakgrunn av kunnskapen om negative ettervirkninger. Dette kan blant annet innebære at sykepleieren må planlegge og forberede, og anvende en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren må ha mange kunnskaper i smertelindringen av barnet, blant annet om barnets forskjellige utviklingsfaser, ikke-medikamentelle og medikamentelle behandlingsmetoder, og konsekvenser av smerte (Grønseth & Markestad, 2017). Alle disse

faktorene skal være en del av denne oppgaven som skal handle om hvordan sykepleieren kan lindre smerten barn opplever ved venepunksjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har et ønske om å jobbe med barn når jeg er ferdig utdannet sykepleier. Ved hjelp av denne oppgaven ønsker jeg dermed å tilegne meg kunnskaper som kan være nyttige i arbeidet med sykepleie til barn. Barn er en pasientgruppe som jeg interesserer meg for da jeg vet at det vi opplever som barn har mye å si for vår videre utvikling i livet. Samtidig er sykepleien til barn svært utfordrende, og det er nødvendig å inneha mange kunnskaper for å utøve god sykepleie til denne pasientgruppen (Grønseth & Markestad, 2017).

Gjennom mine praksisperioder både i medisinsk og kirurgisk avdeling på sykehus har jeg opplevd at mange voksne er engstelige og har frykt for venepunksjon. Jeg har mange ganger lurt på om dette kan ha noe med deres tidligere opplevelser med en slik prosedyre å gjøre. Gjennom å lete i litteraturen og forskning oppdaget jeg at dette kan stemme, da våre opplevelser i barndommen av smertefulle prosedyrer og smerter generelt har mye å si på hvordan vi opplever smerte senere i livet (Oakes, 2011). Jeg har også gjennom mine praksisperioder og gjennom studiet opparbeidet meg en interesse for smertelindring, og gjennom dette oppdaget at det å lindre smerte er en essensiell del av sykepleie.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av litteratur, ønske om mer kunnskap, og mine egne erfaringer og interesser har jeg valgt problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier lindre smerten hos barn ved venepunksjon?»

1.3 Avgrensning og kontekst

Barna som det skrives om i denne oppgaven har et elektivt sykehusopphold på en barneavdeling, som både kan være kirurgisk og medisinsk. Barna har lite til ingen erfaring fra sykehus fra tidligere, og har ingen kroniske sykdommer. Dette fordi det skal være helt nytt for både foreldre og barn. De skal under innleggelsen gå gjennom en prosedyre som innebærer venepunksjon, det kan enten være en blodprøve eller innleggelse av perifert venekateter (Evensen, 2016). Prosedyren skal være planlagt gjennomført, og ikke skje i en akutt situasjon.

Dette fordi det ville kreve en annen innfallsvinkel om prosedyren var akutt, tidsrommet blir svært innskrenket og mange av tiltakene ville derfor vært utelukket.

Aldersgruppen er barn i alderen 7-10 år. Jeg har valgt denne aldersgruppen utefra en av fasene i den kognitive utviklingsmodellen til Piaget og den psykososiale utviklingsmodellen til Erikson, da det er utviklingen hos barnet som gir mye av utgangspunktet for hvordan sykepleieren tilnærmer seg smertelindringen. Barn med psykisk utviklingshemming eller læringsvansker utelukkes i oppgaven, da de har et annet behov enn barn i normal utvikling. I oppgaven fokuseres det på ikke-medikamentelle tiltak både før og under prosedyren. Dette fordi forskning viser god effekt av det ved kortvarige smerter (Grønseth & Markestad, 2017). Medikamentelle tiltak, som lokalbedøvelse, vil også nevnes men vil ikke ha hovedfokus i oppgaven. I oppgaven blir det også satt fokus på foreldre som en deltaker i smertelindringen.

1.4 Disposisjon

Oppgaven innleder med en generell presentasjon av tema, bakgrunnen for valget, problemstillingen og avgrensning.

For å ha et utgangspunkt til drøftingen, blir det i oppgavens andre del vist til sykepleierens ansvars- og funksjonsområde og presentert relevant teoretisk grunnlag. I tredje del vil metoden for oppgaven presenteres, med beskrivelse av søkeprosessen etter relevant forskning og litteratur, kildekritikk og etiske overveielser. Utvalgte forskningsresultater blir presentert i en artikkelmatrise i den fjerde delen av oppgaven.

I oppgavens femte del blir problemstillingen drøftet. Her blir det teoretiske grunnlaget og forskning satt opp mot hverandre. Drøftingsdelen tar utgangspunkt i de tre fasene av prosedyren; før venepunksjon, under prosedyren og etter gjennomføringen av den.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde

Sykepleieren har sine fagspesifikke funksjoner som skal prege måten pasienten tilnærmes og ivaretas i alle situasjoner. Disse funksjonene beskrives i form av lover, regler, yrkesetiske retningslinjer, og den handlingskompetansen sykepleieren skal tilegne seg i løpet av utdanningen (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Sykepleierens funksjonsområder deles inn i 7 ulike områder. Disse er den forebyggende og helsefremmende funksjonen, den behandlende funksjonen, den lindrende funksjonen, den rehabiliterende/habiliterende funksjonen, den undervisende funksjonen, den administrative funksjonen og den fagutviklende funksjonen (Nordtvedt & Grønseth, 2010). For denne oppgaven fokuserer det på den lindrende og den forebyggende sykepleiefunksjonen.

2.1.1 Lindrende

Den lindrende funksjonen sykepleieren har skal begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger som kan oppstå som følge av sykdom og/eller behandling, og skal alltid stå sentralt i omsorgen. Lindring av smerte er en stor del av det, men lindring kan også innebære at pasienten får anledning til å uttrykke hvordan behandlingen og sykdommen oppleves og påvirker livsutfoldelsen (Nordtvedt & Grønseth, 2010).

2.1.2 Forebyggende

Sykepleierens forebyggende funksjon består av flere deler. Sekundærforebyggende tiltak innebærer tidlig å identifisere og iverksette tiltak for å forebygge helsesvikt, eller en forhøyet risiko for det (Nordtvedt & Grønseth, 2010).

Tertiærforebyggende tiltak innebærer å forhindre at det oppstår komplikasjoner av sykdom, undersøkelser eller behandlinger, og/eller forhindre at det oppstår nye helseproblemer hos personer med kronisk sykdom (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Det er den tertiærforebyggende funksjonen som primært blir fokus i denne oppgaven.

2.2 Etikk i sykepleien til barn

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund for å verne sykepleierens viktige verdier (Sneltvedt, 2012). Retningslinjene er en form for prinsippbasert etikk, som viser til plikter sykepleieren har i situasjoner som motsvarer

pasientens rettigheter (Sneltvedt, 2012). De yrkesetiske retningslinjene bygger på sykepleierens fundamentale plikter som er å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse, og sikre en verdig død (NSF, 2011). Sykepleieren har i tillegg flere retningslinjer rettet mot profesjonsutøvelsen, og dette er blant annet at sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, og at sykepleieren skal holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen faget (NSF, 2011).

Autonomi er et begrep som står sentralt i sykepleierens samarbeid med barn og foreldre. Autonomi som begrep kan forstås som selvbestemmelse og evne til å foreta uavhengige valg. Foreldre er myndighetspersoner for barnet inntil det fyller 18 år, og dette fører til at barnet får begrenset autonomi (Tveiten, 2012a). Barnet har rett til å uttale seg, og sykepleieren må ivareta denne retten, men samtidig må sykepleieren forholde seg til barnets foreldre som har rettigheter ovenfor sitt eget barn (Tveiten, 2012a).

2.3 Juridiske rammer ved sykepleie til barn

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon gjelder for personer under 18 år innlagt i sykehus (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Forskriften tar blant annet opp at barnet har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under hele institusjonsoppholdet, og det skal avklares med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker å utføre mens de er hos barnet. Samtidig skal foreldre ha anledning til å være tilstede under behandling hvis barnet ønsker det. I tillegg skal barnet ha rett til å bli aktivisert og stimulert, og barn i skolealder har rett til undervisning under oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

FNs barnekonvensjon definerer barns rettigheter på en rekke områder. Artikkel 12 tar opp barns rettighet til å gi uttrykk for sin mening. Det blir skrevet at barn som er i stand til det har rett til å danne egne synspunkter og at de skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet. Barn fra 7-års alder har ifølge konvensjonen rett til å uttale seg i saker som angår dets personlige forhold (Tveiten, 2012b).

Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven gjelder også når det kommer til barn som pasienter. Lov om pasientrettigheter skal bidra til at befolkningen får helsehjelp av god kvalitet, og at respekten for den enkeltes integritet og menneskeverd respekteres. Rettigheten til medvirkning og informasjon vektlegges sterkt (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonelloven skal gi sikkerhet til pasienter, og sikre kvalitet i helse og omsorgstjenesten, samt tillitt til helsepersonell (Lov om helsepersonell, 1992).

2.4 Barns utvikling

Forståelsen av utviklingsprosesser er grunnleggende for forståelsen av barns normale utvikling (Steen, 2012). For denne oppgaven blir det fokusert på to kjente, eldre teorier; Jean Piagets kognitive stadieteori og Erik H. Eriksons psykososiale fase-teori. Disse teoriene har blitt rost og på samme måte blitt kritisert, men har lagt et stort grunnlag for videre forståelse av barnets utvikling (Håkonsen, 2014). Aldersgruppen for oppgaven er 7-10 år, og det blir dermed gått nærmere inn på disse stadiene i teoriene, mens de andre kun blir nevnt.

2.4.1 Kognitiv utvikling

Den sveitsiske psykologen Jean Piaget utviklet etter sine studier av barn en stadieteori for kognitiv utvikling, eller tankemessig utvikling (Steen, 2012). Stadiemodellen blir delt inn slik: sensomotorisk stadium (0-2 år), preoperasjonelt stadium (2-7 år), konkret-operasjonelt stadium (7-12 år), og formal-operasjonelt stadium (fra 12 år) (Steen, 2012).

I det konkretoperasjonelle stadiet utvikles barnets evne til å tenke symbolsk og logisk. Barnet har utviklet en evne til å konservere tanker, og mister den typiske egosentriske tenkningen som er vanlig i tidligere stadier (Håkonsen, 2014). Barnet kan bedre forstå komplekse årsak-virkning sammenhenger (Håkonsen, 2014). Barnet er derimot fortsatt avhengig av å forankre tankene sine i noe konkret. Det blir dermed vanskelig for barnet å tenke hypotetiske muligheter i en situasjon. Dette vil si at barna i denne fasen vil ha problemer med å tenke ut ulike løsninger på et komplisert problem og finne hvilke konsekvenser ulike alternativer har. (Håkonsen, 2014).

2.4.2 Psykososial utvikling

Den tyske psykologen Erik H. Erikson hevdet at et menneske gjennomgår flere faser som på hver sin måte bidrar til å forme deler av personligheten. Hver fase innebærer et avgjørende vendepunkt eller livskrise som bidrar med noe særegent til utviklingen (Håkonsen, 2014). Krisene er satt opp av Erikson som motsatte ytterligheter, og det er åtte psykososiale faser gjennom livet (Håkonsen, 2014). De åtte fasene er som følger;

Tillit vs. mistillit (0-1,5 år), Autonomi vs. tvil (1,5-3 år), Initiativ vs. skyld (3-5 år), Kreativitet vs. underlegenhet (6-14 år), Identitet vs. forvirring (14-20 år), Intimitet vs. isolasjon (20-35 år), Produktivitet vs. stagnasjon (35-65 år), Integritet vs. fortvilelse (65 år-) (Håkonsen, 2014).

Aldersgruppen for oppgaven går under kreativitet vs. underlegenhet. Barnet blir opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Barnet vil oppleve konflikten mellom det å være skapende og det å være underlegen (Håkonsen, 2014). Barnet sammenligner seg med skolekamerater og venner og bruker disse som en egen målestokk for sin utvikling. Et gunstig resultat av denne fasen vil være at barnet utvikler kompetanse og ferdigheter til å fungere på ulike områder i livet (Håkonsen, 2014).

2.5 Smertebegrepet

Smerte blir definert slik av International Association for Study of Pain (IASP):

«En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse i sammenheng med en faktisk eller en potensiell vevsødeleggelse» (IASP, 2017). Det skrives videre at smerte alltid er subjektiv (IASP, 2017). Det finnes ulike typer smerter. Det skilles da gjerne i to hovedtyper av smerter, akutt og langvarig/kronisk smerte (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Relevant for denne oppgaven er akutte smerter, da disse er de kortvarige og avtar når årsaken til smerten leges (Berntzen et al, 2010). Smerter kan også deles inn i følgende typer: nociseptive, nevropatiske, idiopatiske og psykogene smerter (Berntzen et al, 2010). Nociseptive smerter er relevant da dette er når smertereseptorene blir stimulert av noe smertefremkallende. For denne oppgaven er det hudsmerte som er aktuelt, og det er på huden smertereseptorene er mest varierte, og lettest å avgrense og lokalisere. (Berntzen et al, 2010).

Det er mange faktorer som inngår i smerteopplevelsen. Disse faktorene kan deles inn i biologiske, fysiologiske og sosiale faktorer, man kan dermed si at smerte er et biopsykososialt fenomen (Twycross & Williams, 2014a). De biologiske hos barn kan inkludere alder, kognitiv utvikling, genetik og temperament. De psykologiske hos barn kan inkludere frykt og tidligere erfaringer. Til sist kan det sosiale hos barn inkludere kultur, familie og kjønn (Twycross & Williams, 2014a). Alle disse faktorene som inngår i smerteopplevelsen kan forklare hvorfor alle reagerer forskjellig på smerte (Twycross & Williams, 2014a).

2.5.1 Smerte hos barn

Å vurdere smerte hos barn er en utfordring blant annet på grunn av kompleksiteten og det subjektive som inngår i smerten, utviklings eller språkbegrensninger som gjør det vanskelig for barnet å uttrykke smerten, og avhengigheten av andre (Stinson & Jibb, 2014). Det er også gjerne slik at mange barn ikke vil innrømme smertene sine, blant annet fordi de kan være redde for konsekvensene av det eller fordi det er en fremmed voksen som spør (Reinertsen, 2008). Det er flere indikatorer på smerte, dette kan være hva barnet selv sier, atferden hos barnet, eller det fysiologiske; hvordan kroppen til barnet reagerer (Stinson & Jibb, 2014).

Det vanligste for litt eldre barn i skolealder som er målgruppen for oppgaven er at de selvrappporter smerten sin, og det kan da brukes ulike verktøy. Dette kan blant annet være Verbal Rating Scale (VRS), der smerten blir vurdert av barnet selv etter en skala med enkle ord eller beskrivelser. Det er også en annen versjon av denne hvor det brukes tall i stedet for ord, Numerical Pain Scales (NRS). I tillegg finnes det et verktøy som heter Visual Analog Scales (VAS), der barnet velger et punkt på en linje, hvor den begynnende enden betyr ingen smerte, mens enden på slutten er den mest ekstreme smerten (Stinson & Jibb, 2014). Et annet verktøy er en skala hvor det brukes ulike bilder som beskriver smertenivået fra 0-10, Faces Pain Scale (Stinson & Jibb, 2014). Atferden og det fysiologiske hos barnet kan også vurderes, men er anbefalt til de barna som er i stort ubehag, er yngre enn skolealder, eller har kognitiv utviklingshemming (Stinson & Jibb, 2014).

2.5.2 Sykepleierens holdninger til smerter hos barn

Det var en oppfatning om, helt fram til 80-tallet, at barn ikke følte noe særlig smerte på grunn av et umodent nervesystem. (Reinertsen, 2008). Denne oppfatningen har selvfølgelig endret seg med tiden, men smerter hos barn er fortsatt undervurdert og underbehandlet (Hovde, Granheim, Christophersen & Dihle, 2011). I en artikkel publisert i bladet Sykepleien ble det presentert en studie av Hovde, Granheim, Christophersen & Dihle hvor hensikten var å kartlegge norske sykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter hos barn og ungdom innlagt på sykehus (Hovde et al, 2011).

Konklusjonen av studien viste at sykepleierne hadde et godt kunnskapsgrunnlag. På den andre siden viste det seg også at det var et stort gap mellom teoretisk kunnskap og vurderinger/praktiske handlinger som ble gjort når de ble stilt ovenfor to pasientcase. Et

eksempel her er at de fleste sykepleierne skriver at «smerte er det pasienten sier det er». Da de ble stilt ovenfor caset nyttiggjøres ikke denne kunnskapen og ca. 2/3 av sykepleierne mener barnet har mindre smerte enn det uttrykker selv (Hovde et al, 2011). Dette er med på å underbygge at det trengs en holdningsendring når det kommer til smerter hos barn slik at sykepleierne kan stole mer på pasientens egen vurdering av smerte (Hovde et al, 2011).

2.5.3 Ikke-medikamentell smertelindring av barn

Forskning viser at ikke-medikamentelle tiltak er effektive for å redusere barns smerte, og stress og ubehag relatert til dette (Reinertsen, 2008).

Avledning er en god type ikke-medikamentell smertelindring. Målet er å få barnets tanker vekk fra prosedyren ved å konsentrere på noe annet. Avledning er et relativt enkelt tiltak som sykepleieren kan benytte for å lindre smerten hos barn. For å få maksimal effekt ut av avledning er det viktig å finne ut av hva som interesserer barnet, og at det stimulerer en av de store sansene (Twycross & Stinson, 2014).

Andre eksempler på ikke-medikamentelle tiltak er musikkterapi, avslapningsteknikker og massasje (Twycross & Stinson, 2014). Informasjon og undervisninger også en del av den ikke-medikamentelle smertelindringen (Reinertsen, 2008).

2.5.4 Konsekvenser av mangelfull smertelindring av barn

Det er flere uønskede fysiologiske og psykologiske konsekvenser av mangelfull smertelindring (Twycross & Williams, 2014b). De fysiologiske konsekvensene kommer gjerne som en etterfølge av de fysiologiske reaksjonene på smerte, og er relevante når det er snakk om langvarige smerter. Eksempler på dette kan blant annet være hjerteproblemer som følge av økt blodtrykk og hjerterytme, dårligere immunforsvar og mindre evne til helbredelse som følge av økt utskillelse av stresshormoner (Twycross & Williams, 2014b).

Psykologiske konsekvenser kan være angst, frykt, og ubehag. Det kan også føre til at barnet bevisst unngår aktiviteter, og senere medisinske prosedyrer. Utilstrekkelig smertelindring kan også føre til lengre sykehusopphold og en dårligere prognose (Twycross & Williams, 2014b). Det vises til flere konsekvenser av mangelfull smertelindring i barndommen i litteraturen, blant annet at barndomsopplevelser av medisinsk smerte er en betydelig for opplevelsen av

smerte i voksenlivet, og at ubehag under sprøytetikk kan føre til en fobi til senere prosedyrer (Twycross & Williams, 2014b).

2.6 Kommunikasjon med barn

I kommunikasjonsmodellen til Bjørg Røed Hansen blir det vist en oversikt over elementer i kommunikasjonen mellom barn og voksne. Denne modellen kan være nyttig i sykepleierens arbeid med å kommunisere med barn, da det blir lettere å forstå hvordan man forholder seg til barnet i kommunikasjonen. Elementene inkluderer rammebetingelsene og kommunikasjonsformene. Rammebetingelsene omhandler den innledende innrammingen av situasjonen du møter barnet i, sted, tid og formål (Hansen, 2012). Kommunikasjonsformene omhandler dialogen og hvilken måte den foregår på. Det skilles her mellom to hovedformer: den affektive dialogen og den narrative dialogen. (Hansen, 2012).

Den affektive dialogen referer til de kommunikasjonsformene som skjer førspråklig, den kommer til uttrykk uten å være formidlet språklig. Den omhandler oppmerksomhet, tilstedeværelse, følelsesutveksling og gir den umiddelbare fornemmelsen av å være sammen med noen (Hansen, 2012). Den narrative dialogen er språklig og referer til barnets selvbiografiske historie. Det er gjennom å konstruere slike narrativer at barnet kan fortelle om hendelser som inneholder tanker og følelser hos selv. Barns fortellinger innenfor den narrative dialogen kan ha mange ulike former; lek, spill, tegning, og fantasifortellinger. Det er lekens fortelling som blir vesentlig å lytte til (Hansen, 2012). Det er selvsagt også viktig å snakke med barnet, formidle gjennom samtale. Her vil det si å utveksle informasjon gjennom fortellinger fra virkeligheten (Hansen, 2012).

Samtidig som modellen brukes, er det viktig at sykepleieren er bevisst at ethvert barn er unikt og at kommunikasjonen må tilpasses deretter. Kommunikasjonen må tilpasses barnets alder, utviklingsnivå og situasjon. Tillitsbygging er også en svært stor del av kommunikasjonsarbeidet med barn (Eide & Eide, 2007).

2.7 Familiesentrert sykepleie

Når et barn innlegges i sykehus er foreldrene som oftest med, enten under deler av eller hele oppholdet. Foreldrene har en naturlig plass i barneavdelingen (Tveiten, 2012c).

Når barnet innlegges i sykehus blir familiens funksjon påvirket. Sykepleieren må være bevisst denne påvirkningen og jobbe for at sykehusoppholdet skal være en positiv opplevelse, og at balansen og funksjonen i familien opprettholdes (Tveiten, 2012c).

Foreldres medvirkning i smertebehandling er svært viktig, da det er de som kjenner barnet best. De kjenner til barnets tidligere erfaringer, mestringsstrategier, interesser og barnet har som oftest behov for støtte fra foreldre til å forstå hva som skjer (Reinertsen, 2008). Det blir sykepleierens oppgave å lære foreldrene hva som inngår i prosedyren og smertebehandlingen og hvordan de kan støtte barnet under prosedyren (Reinertsen, 2008). Sykepleieren må samtidig være bevisst at foreldrene kan oppleve en stor grad av belastning, og har krav på avlastning (Tveiten, 2012c).

3. Metode

Metode blir definert slik av samfunnsforskeren Vilhelm Aubert; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 50). I denne delen av oppgaven vil framgangsmåten for å samle inn informasjon og kunnskap relatert til problemstillingen, min egen kritikk og vurdering av kildene som er blitt brukt, og etiske overveielser blir presentert.

3.1 Beskrivelse av metode

Oppgaven er en litterær studie. Dette er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015). Jeg har gjennom hele perioden søkt etter og gjort meg kjent med skriftlige kilder som jeg har sett på som relevante. Kildene jeg har sett på som relevante har hjulpet meg i arbeidet med å systematisere oppgaven og gitt meg et godt teoretisk grunnlag. På denne måten har jeg opparbeidet meg kunnskap som kan brukes til å belyse ulike sider av problemstillingen, og dermed hjelpe i arbeidet med å svare på den.

3.2 Beskrivelse av søk

I søket etter forskningsartikler å bruke i denne oppgaven har jeg søkt systematisk i helsefaglige databaser. Jeg valgte å benytte meg av de internasjonale helsefaglige databasene Cinahl og Pubmed for søkingen. I Cinahl benyttet jeg søkeordene: *Child, Pain, Treatment Related Pain, Nursing Intervention og Distraction*. Første søk kombinerte Child, Pain og Treatment Related Pain, med OR, andre søk kombinerte Nursing Intervention og Distraction med OR. Jeg kombinerte deretter første og andre søk med AND. Jeg har også kun søkt med nøkkelordene venipuncture, needle related procedure, pain management, pediatric, og nursing da de ikke er egne søkeord i Cinahl, for å finne fram til flere relevante søk. Jeg filtrerte søket med ulike kriterier for å få riktige treff. Jeg filtrerte med type språk, type artikkel, publikasjonsår og alder på barna. Det ble satt til norsk, dansk, svensk, engelsk, forskningsartikkel, randomisert kontrollert studie, akademisk journal, publisert mellom 2010-2017, og aldersgruppe 6-12 år.

I Pubmed brukte jeg de samme søkeordene som i Cinahl, samtidig som jeg også søkte med de samme nøkkelordene. Filtersøket i Pubmed er noe annerledes enn Cinahl og det ble derfor mindre kriterier i Pubmed-søket. Filterkriteriene ble satt til type artikkel og publikasjonsår; klinisk studie eller trial og ikke eldre enn 5 år.

I arbeidet med å finne relevante artikler fra søkene skumleste jeg gjennom titlene og leste abstractet til de artiklene jeg så på som relevante. Innholdet skulle selvfølgelig omhandle venepunksjon, ha et sykepleiefaglig perspektiv og ta opp smertelindring. Utvalgte forskningsartikler fra søket, som jeg så på som svært relevant for oppgaven blir presentert i kapittel 4.

Jeg har også anvendt internett og forskjellige bøker som kilder til denne oppgaven. Bøkene fant jeg først og fremst gjennom pensumlistene til de relevantene emnene vi har hatt gjennom studiet, da hovedsakelig emne 8B: sykepleierens kjernekompetanse i spesialisthelsetjenesten til barn, unge og deres pårørende. Deretter fant jeg gjennom kjedesøk ifra disse bøkens litteraturlister flere relevante bøker for temaet. Jeg har også sett gjennom tidligere bacheloroppgaver med samme tema, og funnet frem til flere relevante bøker. De fleste internettkildene har jeg også funnet fram til ved hjelp av kjedesøk.

3.3 Kildekritikk

Underveis i skriveprosessen og søkeprosessen har jeg ved hjelp av kildekritikk vurdert om kildene jeg har valgt å bruke er til å stole på. I arbeidet med å vurdere kvaliteten på artiklene har jeg brukt IMRaD-strukturen som utgangspunkt. IMRaD står for Introduction, Methods, Results and Discussion. Innen medisin og helsefag er IMRaD strukturen den rådende oppbygningen for forskningsartikler (Lerdal, 2012). Disposisjonsreglene som inngår hjelper leseren å strukturere lesingen, samtidig som den er lett å bruke som en sjekklister for bedømming av artikkelen (Nylenna, 2009). Jeg har sett på at alle artiklene inneholder disse delene og har denne strukturen, og deretter vurdert innholdet i det ved å stille kritiske spørsmål til de ulike delene. De kritiske spørsmålene inkluderer blant annet om artikkelen er publisert i et anerkjent tidsskrift, om forfatterne er personer innen fagfeltet, om den er fagfelleurdert, og at de er kritiske til sine egne resultater.

Noe av litteraturen jeg har valgt å bruke som kilder, og alle artiklene som blir presentert i kapittel 4 kommer fra land utenfor Skandinavia. Det tas til høyde for at siden disse er engelskspråklige kan min tolkning og oversettelse av disse ha ført til misoppfatninger på bakgrunn av min egen språkoppfatning, men jeg har brukt ordbok hvis jeg kom over ord eller fraser jeg var usikker på.

Samtidig med dette har jeg vært bevisst at kulturforskjeller kan føre til at teori som kommer fra disse landene ikke samsvarer med teori som kan bli anvendt i Norge eller Skandinavia, disse landene kan også ha andre syn på hva et barns rolle er. I Vesten er det gjerne et tilnærmet likt syn på hva barnets rolle er, og litteraturen som jeg har brukt fra Vesten, da fra henholdsvis Storbritannia, USA Australia og Hellas, så jeg dermed på som pålitelige i synet på barnets rolle. To av de utvalgte artiklene er fra Tyrkia, som ligger i midtpunktet mellom Vesten og Østen. Jeg merket i søket mitt etter artikler at det var flere artikler på tema som var fra Tyrkia. De ble alle publisert i anerkjente tidsskrift og hadde en god oppbygning etter IMRaD. Jeg så dermed på disse som pålitelige, og valgte å bruke disse da de bidrar mye til å svare på problemstillingen. De ble også sammenlignet med litteratur fra vesten, og teorien samsvarer på stort sett alt.

En engelskspråklig bok som jeg har anvendt ofte i oppgaven, *Managing Pain in Children* av Twycross, Dowden & Stinson fra Storbritannia fant jeg gjennom kjedesøk fra den norske boken *Pediatri og Pediatrisk sykepleie* av Grønseth & Markestad. Jeg så dermed på denne kilden som svært pålitelig da den ble brukt som kilde i en norsk anerkjent bok om pediatrik sykepleie, som også er en del av sykepleierutdanningens pensumliste.

Gjennom valget mitt av litteratur har jeg også vært bevisst på hvem forfatterne er. Dette gjelder også den utenlandske litteraturen. Det har blitt undersøkt om de er fagpersoner innen feltet og er anerkjente. I de fleste bøkene og artikler står det gjerne en introduksjon av forfatterne og deres bakgrunn innen feltet. Alle forfatterne er anerkjente innenfor sitt felt, og har stor kunnskap og erfaring enten innen smerte eller pediatri, eller begge fagfeltene kombinert. Dette ga litteraturen stor pålitelighet, og ga meg grunn til å stole på teorien som ble presentert.

I tilfeller hvor jeg har sett det er mulig å finne fram til og bruke primærkilde, har jeg gjort dette, sett bort ifra utviklingsteoriene til Piaget og Erikson. Jeg er klar over at ved bruk av sekundærkilder kan primærkilden ha blitt fortolket eller blitt sitert feil slik at det originale perspektivet har endret seg (Dalland, 2017). Håkonsen som jeg valgte å bruke som sekundærkilde er derimot en anerkjent kilde, og står også på sykepleierutdanningens pensumliste. Utviklingsteoriene til Piaget og Erikson belyser barnets kognitive og psykososiale utvikling. Disse teoriene er eldre teorier utviklet på 50 og 70-tallet, og har opp gjennom tidene fått både ros og kritikk (Håkonsen, 2014). Jeg har valgt å bruke disse til tross

for at de er eldre og kanskje har et utdatert syn på utvikling, fordi de legger et godt grunnlag for å forstå helheten i barnets utvikling som er svært viktig i arbeidet og sykepleien til barnet.

Jeg tar også til høyde for at min manglende erfaring med barn på sykehus kan ha gjort at forståelsen av teorien kan ha blitt vinklet på en måte som ikke samsvarer med virkeligheten. Jeg har derfor benyttet meg godt av alle veiledningstimene vi har hatt til rådighet, og på denne måten forsikret meg om at jeg er på riktig spor når det kom til valg av litteratur og vinkling av denne.

3.4 Ethiske overveielser

Etisk overveielse handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer som arbeidet vårt kan medføre (Dalland, 2017). En etisk utfordring som kan komme opp ved arbeid med bacheloroppgaven er at det ikke refereres til kilde og at andres arbeid kan bli oppgitt som ditt eget (Dalland, 2017). Jeg har gjennom hele oppgaven vært svært nøye med å referere til kilder jeg har brukt, og har bevisst ikke plagiert andres arbeid.

Det har vært viktig å være bevisst de etiske overveielsene gjort i forskningen, spesielt da oppgaven omhandler barn som er en utsatt gruppe når det kommer til å ta egne, samtykkede valg (Dalland, 2017). Alle forskningsartiklene jeg har benyttet meg av tar opp etiske overveielser av sin egen forskning, og forskningen som jeg referer til har blitt godkjent av etiske komiteer.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet blir artikler som jeg ser på som svært relevante presentert fortløpende i en matrise. Alle artiklene som er brukt i oppgaven blir ikke presentert, kun et utvalg. Utvalget er valgt da de retter seg eksplisitt mot oppgavens problemstilling. Artiklene blir kun kort presentert med funn her, da de blir nærmere diskutert og satt opp mot annen teori i drøftingen under kapittel 5.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn/resultater
1	A.Karakaya & D. Gözen (2016)	«The effect of distraction on pain level felt by school-age children during venipuncture procedure-randomized controlled trial»	Pain Management Nursing	Fastslå effekten av distraksjon med et kaleidoskop på smertenivået hos barn mens de gjennomgikk venepunksjon.	Kvantitativ: Randomisert kontrollert studie. 144 barn i alderen 7-12 år deltok i studien, de ble deretter delt tilfeldig i to grupper på 72 barn hver, en kontrollgruppe og en eksperimentell gruppe.	Det var en betydelig forskjell på smertenivå i de to gruppene: gjennomsnittssmertescoren hos den eksperimentelle gruppen var 1,8 og 3,27 (på en skala fra 1-10) i kontrollgruppen. Resultatene kan oppsummeres med at bruken av kaleidoskop som distraksjon hos barn er effektivt når det kommer til å redusere smertenivået under venepunksjon
2	V.Matziou, A. Chrysostomou, E. Vlahioti & P. Perdikaris (2013)	«Parental presence and distraction during painful childhood procedures»	British Journal of Nursing	Undersøke effekten av tilstedeværelse av foreldrene, og distraksjon med et kaleidoskop under en smertefull prosedyre, både på smerte og stressnivået hos barnet.	Kvantitativ: Randomisert kontrollert studie. 130 barn i alderen 7-10 år deltok i studien. De ble delt tilfeldig inn i tre grupper, en kontrollgruppe og to eksperimentell-e grupper.	Funnene viste en reduksjon i respirasjonsfrekvens, blodtrykk, og puls sammenlignet med kontrollgruppen når foreldre var tilstede. Det samme ved bruk av kaleidoskop. Både intensiteten av smerte og stress gikk betydelig ned når foreldre var tilstede, og også ved bruk av kaleidoskop.

3	T. Hughes (2012)	“Providing information to children before and during venipuncture”	Nursing Children and Young People	Undersøke prosessen og konsekvensene av å gi informasjon til barn før og under venepunksjon	Kvalitativ: Observasjon på sidelinjen, lydinnspilling og notater både før og etter venepunktur. Deltakerne var elleve barn i alderen 3-11 år og fire helsepersonell.	Funnene viste at det var lite vurdering av barnas kunnskapsnivå om venepunksjon før prosedyren, og de mottok heller ingen til lite informasjon før prosedyren startet. Under prosedyren fikk de yngste barn kun informasjon om lokalbedøvelseskreme -n, ikke om prosedyren. De eldre barna fikk informasjon om bedøvelsen og prosedyren. De yngre barna viste seg å ha større ubehag under venepunksjonen enn de eldre barna.
4	N. Canbulat, S. Inal & H. Sönmezer (2013)	“Efficacy of Distraction Methods on Procedural Pain and Anxiety by Applying Distraction Cards and Kaleidoscope in Children”	Asian Nursing Research	Undersøke effekten av to forskjellige distraksjonsmetoder, dsitraksjonskort og kaleidoskop, på smerte og angstnivået hos barn under blodprøvetaking	Kvantitativ: Randomisert, kontrollert studie. 180 barn i alderen 7-11 år ble inkludert i studien. De ble tilfeldig delt inn i tre grupper, to eksperimentell -e grupper og en kontrollgruppe	Både gruppen med distraksjonskort og gruppen med kaleidoskop hadde lavere smertenivå enn kontrollgruppen. Gruppen med distraksjonskort hadde det laveste nivået av alle gruppene. Det samme gjaldt når det kom til angstnivåene. Resultatet viste at distraksjonskortene hadde best effekt, men kan også brukes sammen med kaleidoskop for en god effekt.

5. Drøfting

Problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier lindre smerten hos barn ved venepunksjon?*» blir i denne delen drøftet ved å knytte teori, forskning og funn sammen. Ved smertefulle prosedyrer som skal utføres på barn, som venepunksjon i denne oppgaven, så er det viktig at sykepleieren fokuserer på å vedlikeholde barnets komfort i de tre fasene i prosedyren, før, under og etter prosedyren (The Royal Childrens Hospital Melbourne, 2016). Det er flere faktorer sykepleieren må ta hensyn til når hun skal jobbe med barn og lindre deres smerte ved venepunksjon, og for å systematisere disse faktorene har jeg derfor valgt å drøfte problemstillingen ved å bruke disse fasene.

5.1 Før venepunksjon

5.1.1 Planlegging og holdninger

Oppgaven fokuserer på at barnet skal på et elektivt opphold på sykehus, og at venepunksjonen også er planlagt. Dette gir rom for sykepleieren til å planlegge både før hun møter barnet og foreldrene, og i samarbeid med barnet og foreldre under første møte. Planleggingen før prosedyren starter bidrar til at sykepleieren får avklart mulige problemstillinger på forhånd, og kan føre til at gjennomføringen av prosedyren blir mer skånsom for barnet (Grønseth & Markestad, 2017).

Venepunksjon kan både være blodprøvetaking eller å sette inn et perifert venekateter (Evensen, 2016). Fra min egen erfaring fra praksis er det gjerne slik at på sykehus er det bioingeniører som tar blodprøver, og ved kompliserte innsettinger av PVK er det gjerne anestesisykepleieren som gjennomfører det. Dette fører til at sykepleieren må planlegge i samarbeid med disse. Det må avklares hvem som skal gjøre hva, og hva sykepleierens oppgave blir i det hele. Det kan være vanskelig å fokusere både på å gjennomføre prosedyren på en god måte og å sette i gang tiltak samtidig. Det kan derfor være gunstig å være flere fagpersoner sammen om prosedyren når det skal gjennomføres på et barn (Husøy, 2018). Sykepleieren kan for eksempel avlede barnet med spørsmål og lek, som er et ikke-medikamentelt tiltak, slik at bioingeniøren eller anestesisykepleieren kan fokusere på å gjennomføre prosedyren best mulig. Dette er en av de tingene som må avklares og planlegges på forhånd.

Planleggingen inkluderer også hvilke tiltak som skal brukes. Det er anbefalt å bruke både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Bruken av de ikke-medikamentelle tiltakene øker hvis personalet har god tid og kompetanse, dersom barnet samarbeider og foreldrene deltar i bruken (Grønseth & Markestad, 2017). I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på bruken av ikke-medikamentelle tiltak, dette blir diskutert nærmere under kapittel 5.2.

Emla krem er lokalbedøvelse som legges på huden ved innstikkstedet under en plastbandasje. Den er svært vanlig å bruke ved venepunksjon (Grønseth & Markestad, 2017). Emla kremen må virke i en time før venepunksjon for å få en ønsket smertelindrende effekt (Husøy, 2018). Emla kremen fører også til en vasokonstriksjon der den legges, det vil si at blodårene i området innsnevres. Dette gjør at kremen må fjernes minst fem minutter før venepunksjon (Husøy, 2018). Ved bruk av medikamentelle tiltak er det derfor viktig at dette gjøres under planleggingen for å sikre at det er tilstrekkelig med tid for å kunne vente på den smertestillende effekten. Samtidig må sykepleieren være klar over at blodårene blir mindre synlige og vanskelige å stikke som følge av vasokonstriksjon, og derfor er ventetiden før venepunksjon avgjørende for en uproblematisk gjennomføring av stikket.

Smerteopplevelsen består av flere faktorer, disse faktorene kan deles inn i biologiske, fysiologiske og sosiale faktorer, man kan dermed si at smerte er et biopsykososialt fenomen (Twycross & Williams, 2014a) Det er denne modellen som kan forklare hvorfor alle reagerer forskjellig på smerte. De psykologiske faktorene kan inkludere frykt og tidligere erfaringer med smerte. De sosiale faktorene kan inkludere kulturen barnet er vokst opp i, og familiens erfaringer. De biologiske faktorene kan inkludere alder og kognitiv utvikling (Twycross & Williams, 2014a). For å lage et utgangspunkt for prosedyren kan det være lurt for sykepleieren å undersøke denne modellen. Med dette mener jeg at de ulike faktorene kan undersøkes og avklares med både barnet og foreldre ved første møte for å lage et best mulig utgangspunkt for hvordan prosedyren skal bli lagt opp.

Definisjonen av smerte viser til at opplevelsen av smerte er svært subjektiv (IASP, 2017). Dette betyr at sykepleieren bør ta utgangspunkt i individet, og ikke basere smertelindringen ved venepunksjon på et generelt grunnlag. Det er det denne biopsykososiale modellen kan hjelpe med. Et eksempel på dette kan være at et barn som er syv år og tidligere ikke har hatt noe erfaring med prosedyrer eller sykehus, og et barn på tolv år som er kjent med prosedyren fra tidligere, har svært ulike utgangspunkt for smerteopplevelsen. Dette er kun et lite eksempel men belyser individuelle forskjeller som denne modellen tar opp. At sykepleieren er bevisst de individuelle forskjellene i planleggingsfasen fører til at gjennomføringen av

prosedyren kan tilpasses det enkeltes barns behov. På den andre siden er det viktig å ikke vike fra de retningslinjene arbeidsstedet har på utførelsen av en prosedyre. Sykepleieren bør da kun tilføye individuelle ting hvis det er faglig begrunnet og forsvarlig.

Sykepleier bør være klar over egne holdninger og kunnskaper før prosedyren starter. Barn er en undervurdert gruppe når det kommer til smertebehandling, og sammenlignet med voksne er det en tendens til at barn ikke får tilstrekkelig med smertebehandling (Grønseth & Markestad, 2017). Forskningen til Hovde et al viser at norske sykepleiere har et godt teoretisk kunnskapsgrunnlag, men at dette ikke blir anvendt i vurderingene som blir gjort av smerten hos barn (Hovde et al, 2011). Dette kan ha mye med holdninger å gjøre. Uansett hvilket kunnskapsgrunnlag sykepleieren har, så er holdningene det som styrer våre handlinger. Holdninger defineres slik: «En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2014, s.185).

Holdninger kan være vanskelige å endre og er gjerne noe vi har med oss hele livet (Håkonsen, 2014). Sykepleierens holdninger til barns smerte kan derfor være en hindring for tilstrekkelig smertelindring under prosedyren. For å sikre god og tilstrekkelig behandling av barnet bør sykepleieren møte sine egne holdninger med kritikk før prosedyren starter. Som sykepleier på en barneavdeling kan det være gunstig å diskutere med andre kollegaer angående holdninger til sykepleien av barn. Noe som går igjen kan være at barn ikke vet sitt beste, eller at barnet ikke kan vurdere sin egen smerte (Hovde et al, 2011). Dette kan fører til at barnet ikke blir hørt, noe som fører til at en stor del av smertelindringen viskes vekk.

Det er viktig at sykepleieren opptrer profesjonelt også i møte med barnet som pasient, og er bevisst sitt funksjons- og ansvarsområde. Den lindrende og forebyggende funksjonen sykepleieren har bør stå i fokus for omsorgen (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Gjennom studietiden og jo mer erfaren en blir som sykepleier, så implementeres den profesjonelle holdningen, og den baserer seg gjerne på disse ansvars og funksjonsområdene. Mer erfarne sykepleiere kan dele sine egne erfaringer med de mindre erfarne, og dermed bidra til holdningsendringer og bevissthet når det kommer til dette.

5.1.2 Informasjon, relasjonsbygging og medbestemmelse

Hughes forskning tar for seg informasjonsgivning til barnet før og under venepunksjon. Artikkelen er kvalitativ og fokuserte kun på en liten gruppe og subjektive observasjoner (Hughes, 2012). Til tross for dette så underbygger funnen i denne forskningen på en god måte betydningen det har for barnets opplevelse under venepunksjon, at det får tilpasset og god informasjon på forhånd før prosedyren starter. Det at de yngre barna ikke fikk informasjon om venepunksjon førte trolig til at de ikke var godt nok forberedt, og derfor opplevde større frykt og engstelse. Målet med informasjon som forberedelse før venepunksjon er at barnet og foreldre, og i størst grad barnet forstår hva som skal skje. Kontrollen og oversikten barnet får etter tilstrekkelig med informasjon reduserer stress og engstelse og gjør at situasjonen oppleves mindre farlig (Grønseth & Markestad, 2017).

Det kan være gunstig å begynne med å skape en god relasjon til barnet og på den måten tillit. Dette kan være tidkrevende og utfordrende, spesielt hos mindre barn, da de ofte er skeptiske til fremmede mennesker. Det at sykepleieren også skal utføre skremmende og ubehagelige ting kan svekke tilliten (Grønseth & Markestad, 2017). Det sykepleieren kan gjøre i relasjons- og tillitsbyggingen er å vise interesse for barnet, bli kjent med dem som person, snakke direkte til barnet og ikke bare foreldrene, og være ærlig med dem. Det bidrar også til tillitsbyggingen dersom sykepleieren er morsom, tuller og sprer glede og positive følelser. Mange barn blir redde med en gang sykepleieren høres sint ut, er høyrøstet, sjefete eller travel (Grønseth & Markestad, 2017). Barn er også svært vare for ikke-verbale signaler. Barnet kan se veldig forskjellig på en sykepleier som smiler og snur seg mot barnet, og en som ser alvorlig ut med hendene plantet i siden (Grønseth & Markestad, 2017).

Å vise interesse for barnet kan blant annet innebære at sykepleieren prøver å finne ut av hva barnet liker, hvilke interesser det har, og tar utgangspunkt i dette i den første samtalen (Eide & Eide, 2016). Det kan være nyttig at informasjonen om prosedyren gis gradvis ettersom barnet blir tryggere på sykepleieren, på denne måten sikres en trygghetsfølelse for barnet når prosedyren skal gjennomføres. Det er på den andre siden også mulig å bruke informasjonsgivingen som et hjelpemiddel i relasjonsbyggingen, ved at sykepleieren også her viser interesse for barnets egenskaper og ønsker.

Det er samtidig viktig at sykepleieren også skaper en god relasjon med foreldrene, da særlig hos de mindre barna. Foreldrene kan nemlig skape en hindring for god relasjonsbygging

mellom sykepleier og barn, dette kan blant annet skyldes at de ikke stoler på sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2017)..

Hansens modell viser til ulike elementer i kommunikasjonen med barnet. Det er to hovedformer for kommunikasjon: den affektive dialogen og den narrative dialogen. Den affektive referer til det ordløse, oppmerksomhet, tilstedeværelse, og følelsesformidling. Den narrative dialogen er språklig og referer til barnets egen historie. Den kan ha mange ulike former, gjennom lek, spill, tegning og da er det gjennom lekens fortelling at det kommuniseres. Samtale er også en del av den narrative dialogen (Hansen, 2012).

Sykepleieren kan ta utgangspunkt i denne modellen når det skal gi informasjon til barnet om venepunksjon. Når det kommer til den affektive dialogen i informasjonsgivingen er det viktig at sykepleieren ikke skaper en uønsket redsel hos barnet utefra det nonverbale. For eksempel kan kroppsspråket si mye om situasjonen, hvis sykepleieren smiler og ser barnet i øynene kan dette gi en trygghetsfølelse til barnet (Grønseth & Markestad, 2017). Samtidig observerer sykepleieren kroppsspråket og følelsesuttrykket hos barnet. Hvis barnet for eksempel ser bort på foreldrene, fikler med noe annet eller ser ned i gulvet kan dette bety at barnet er usikker i situasjonen eller ikke er interessert og har mistet oppmerksomheten (Hansen, 2012). På denne måten kan sykepleieren tilpasse kommunikasjonen, det kan for eksempel være gunstig å stille etterfølgende spørsmål ettersom informasjonen gis, både for å sikre at den forstås og at barnets interesse opprettholdes (Grønseth & Markestad, 2017).

Når det kommer til den narrative dialogen kan sykepleieren ta utgangspunkt i noe som interesserer barnet, dette kan for eksempel være at barnet får et ark og tegneblyanter og på den måten får formidlet sine tanker og følelser. Sykepleieren kan deretter stille oppfølgende spørsmål og få i gang en samtale ut fra dette (Hansen, 2012). Hvordan den narrative formidlingen foregår vil variere med alder, utviklingsnivå og individuelle forskjeller. Dette bringer oss over til tilpasset informasjonsgiving. Hughes forskning viser til at ingen av sykepleierne prøvde å finne ut av barnets kognitive utvikling eller deres mulighet til å forstå informasjonen som ble gitt før venepunksjonen startet (Hughes, 2012). Dette underbygger viktigheten av dette som en forberedelse. Alle barn har forskjellige utgangspunkt og må ses på som egne individer, dette må også tas hensyn til i informasjonsgivingen. Spørsmål som sykepleieren kan stille seg før det gis tilpasset informasjon er blant annet alder på barnet, utviklingstrinn, forkunnskaper og forventninger (Grønseth & Markestad, 2017). Informasjonen

som gis til barnet bør inkludere sensorisk informasjon, altså hva barnet vil oppleve sansemessig, og hvorfor prosedyren er nødvendig (Reid et al, 2014).

Aldersgruppen 7-10 år er innenfor det konkretoperasjonelle stadiet i Piagets kognitive utviklingsteori. I dette stadiet utvikles barnets evne til å tenke symbolsk og logisk. Barnet kan bedre forstå komplekse årsak-virkning sammenhenger. Barnet er derimot fortsatt avhengig av å forankre tankene sine i noe konkret. Det blir dermed vanskelig for barnet å tenke hypotetiske muligheter i en situasjon. (Håkonsen, 2014). Dette åpner muligheten for at sykepleieren kan gi mer konkret informasjon, men barnet må samtidig vises hva som skal skje under prosedyren og hvorfor den skjer. For de yngre barna nærmere syvårsalderen kan medisinsk lek være aktuelt. Dette vil si at det brukes dukker og medisinsk utstyr som barnet kan leke med, og utføre prosedyren på dukken med assistanse av sykepleieren (Reid et al, 2014). For de eldre barna nærmere tiårsalderen kan film, videoer og digitale opplæringsprogrammer være til stor nytte. (Grønseth & Markestad, 2017).

Sykepleieren bør også være bevisst sin egen språkbruk i informasjonen som gis. Barn kan lett bli redd og engstelig hvis store ord blir brukt som de ikke forstår, eller skaper en misforståelse. Derfor kan det være gunstig å bruke andre ord for å beskrive vanskelige ord, for eksempel en kanyle som «et lite rør som skal i hånden din» (Reid et al, 2014). Samtidig som denne gruppen blir sett på som utviklingsmessig lik, er det viktig å tenke på at det kan være store forskjeller på hvordan en syvåring tenker og en tiåring tenker. Det kan dermed være gunstig å snakke med barnet i samarbeid med foreldre om hva de ønsker av informasjon og hvordan de ønsker å få det. Tiåringen kan for eksempel synes lek, tegninger og dukker er barnslig i forhold til hva en syvåring synes (Grønseth & Markestad, 2017).

Eriksons modell for psykososial utvikling viser til ulike faser der det oppstår såkalte livskriser. Hvilket utfall disse fasene får har mye å si for hvordan personligheten vår utvikles (Håkonsen, 2014). Aldersgruppen for oppgaven går under fasen kreativitet vs. underlegenhet. Barnet blir opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Barnet vil oppleve konflikten mellom det å være skapende og det å være underlegen (Håkonsen, 2014). For at sykepleieren skal bidra positivt til utfallet av denne fasen er det viktig at barnet får medbestemmelse og mulighet til å uttrykke sine følelser, med en samtidig kontroll over situasjonen. Det vil komme positivt ut av dette ved at de utvikler kompetansen til å håndtere og kontrollere lignende situasjon senere i livet (Håkonsen, 2014).

Barnets autonomi og medbestemmelse er på den andre siden også noe som kan føre til en utfordring. Foreldrene har myndighet ovenfor barnet inntil det fyller 18 år, og dette fører til at barnet får begrenset autonomi (Tveiten, 2012a). Ifølge FNs barnekonvensjonen skal barnet ha mulighet til å si sine meninger og ta valg utefra alder og utviklingsnivå, og fra syvårsalderen ha rett til å fremme sine egne synspunkt (Tveiten, 2012b). I tråd med yrkesetiske retningslinjer må også sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg, ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at den er forstått. (NSF, 2011). Det er dermed viktig at sykepleieren lar barnet ta egne valg og bestemmelser, ved å gi tilrettelagt informasjon på en måte som passer barnets situasjon. På den andre siden så må ikke foreldrene bli glemt, da de også har rettigheter overfor sine egne barn. Sykepleieren må vurdere i hvert tilfelle om barnet har evnen til å bestemme selv, og om dette skal gå overfor foreldrenes ønsker.

Pårørendes rett til informasjon skal også ivaretas i tråd med yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011). Det må dermed gis god informasjon til foreldre også, men sykepleieren må samtidig ikke glemme at barnet er pasienten. Samtidig er det satt i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon at ulike forhold rundt barnet skal avklares på forhånd med foreldrene, mer spesifikt hvilke oppgaver foreldrene skal gjøre (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Dette kan eksempelvis være om foreldrene ønsker å delta under prosedyren og være med i smertelindringen av barnet. Dette blir diskutert nærmere under kapittel 5.2.2.

5.2 Under prosedyren

5.2.1 Ikke-medikamentell smertelindring ved hjelp av avledning

Etter planleggingen bør det være avklart hva som skal skje under prosedyren og hvilke tiltak som skal benyttes (Oakes, 2011). I denne oppgaven fokuseres det hovedsakelig på den ikke-medikamentelle smertelindringen. En stor del av det ikke-medikamentelle arbeidet skjer også i planleggingsfasen før prosedyren. Informasjon og undervisning er dermed også en stor del av den ikke-medikamentelle smertelindringen (Reinertsen, 2008). Hovedfokuset for ikke-medikamentelle tiltak er at smerten skal lindres ved hjelp av tiltak rettet mot det psykologiske og til dels det fysiske, uten bruk av medikamenter. Eksempler på ikke-medikamentelle tiltak

under prosedyren er avledning, musikkterapi, avslapningsteknikker og massasje (Twycross & Stinson, 2014). Mestringsstrategiene eller teknikkene som foreldre og barn har fra før av for å kontrollere følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner ved smerte og ubehag kan bli brukt som utgangspunkt for den ikke-medikamentelle smertelindringen. Eksempler på dette er avledningsteknikker og kognitive mestringsstrategier (Grønseth & Markestad, 2017).

Noe som jeg har funnet mye i forskningen, og som er en veldig enkel ikke-medikamentell metode å bruke er avledning (Grønseth & Markestad, 2017). Forskningen til Karayaka & Gozen og Canbulat et al viser til bruken av forskjellige avledningsmetoder hos barn under smertefulle prosedyrer. I forskningen av Karayaka & Gozen brukte de et kaleidoskop som avledning (Karakaya & Gozen, 2016). I forskningen av Canbulat et al brukte de både et kaleidoskop og noe som kalles distraksjonskort. Distraksjonskort er kort som har ulike bilder og figurer på rettet mot barn (Canbulat et al, 2013). I begge disse studiene stilte sykepleieren spørsmål underveis i prosedyren relatert til hva barnet så i kaleidoskopet, og på distraksjonskortene. Dette bidro til å holde barnets interesse til avledningen og bort fra prosedyren (Canbulat et al, 2013 & Karayaka & Gozen, 2016). Funnene i begge disse studiene underbygger at bruken av avledning under venepunksjon er noe som både lindrer smertenivået, men også angstnivået hos barnet. Videre forteller funnene i forskningen til Canbulat et al at distraksjonskortene hadde best effekt sammenlignet med kun bruk av kaleidoskopet (Canbulat et al, 2013).

Forskningen i disse to artiklene viser til en generell avledning ved hjelp av et kaleidoskop og distraksjonskort, dette ble brukt på alle barna som deltok i forskningen. Til tross for at disse artiklene viser til gode resultater, må sykepleieren også ta i betraktning at når det kommer til avledning er det viktig å ta utgangspunkt i det barnet interesserer seg for (Twycross & Stinson, 2014). Ved å utnytte barnets interesse for nye ting og utholdenhet når det kommer til oppgaver det liker, kan man hjelpe det til å konsentrere på noe annet enn det som forårsaker smerte under prosedyren (Grønseth & Markestad, 2014). Det er ikke alle barn som har en stor interesse for kaleidoskop og distraksjonskort, kanskje da særlig de litt eldre barna nærmere tiårsalderen. Det er dermed viktig at sykepleieren på forhånd blir kjent med barnet og dets interesser og dermed baserer avledningsteknikken på dette. I dagens moderne samfunn der stadig yngre barn har tilgang til nettbrett og mobil, kan sykepleieren også mulig utnytte dette (Grønseth & Markestad, 2017). For eksempel kan det hos de yngre barna nærmere syv år være mulig at de kan spille sitt favorittspill på nettbrettet, og de eldre barna nærmere ti år kan

velge ut en film eller serie de ønsker å se på. På denne måten holdes fokuset vekk fra selve prosedyren.

5.2.2 Involvere foreldre

Familiesentrert sykepleie går ut på at sykepleier er bevisst at et sykehusopphold for barnet påvirker hele familien. Foreldrene har en naturlig plass i barneavdelingen, og det må jobbes for at sykehusoppholdet skal være en positiv opplevelse og at balansen og funksjonen i familien opprettholdes (Tveiten, 2012c). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon sier også at barnet har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under hele oppholdet. Videre sier forskriften at foreldrene skal ha anledning til å være tilstede under behandling hvis barnet ønsker det (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Det er dermed svært klart at sykepleier må involvere foreldre når det gjelder barn på sykehus. I planleggingsfasen bør det ha blitt avklart med foreldrene hva de ønsker å være med på, og hvilke oppgaver de vil ha når det kommer til barnet.

Det er flere gode argumenter for å inkludere og involvere foreldrene i smertelindringen av barnet. Foreldrene kjenner barnet best, de kjenner til barnets tidligere erfaringer, mestringsstrategier og interesser. Barnet har dessuten mest sannsynlig behov for støtte fra foreldre til å forstå hva som skjer (Reinertsen, 2008). Forskningen til Matziou et al omhandler at foreldre er tilstede med barnet under smertefulle prosedyrer samtidig med bruk av avledning med et kaleidoskop (Matziou et al, 2013). Studien underbygger betydningen av foreldres tilstedeværelse under venepunksjon. Den tar også opp at smertenivået gikk opp når foreldrene ikke var tilstede, til tross for bruk av avledning med kaleidoskop. Man kan dermed si at foreldrene er en uvurderlig del av smertelindringen under venepunksjon i tillegg til det ikke-medikamentelle. Det er også svært viktig at også foreldrene har fått tilstrekkelig med informasjon på forhånd, det er en forutsetning for at de kan trygge og støtte barnet under prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldre bør oppmuntres til å være tilstede under prosedyren, men sykepleier må samtidig passe på at foreldrene ikke føler seg pliktig til det, og dermed føler en skyld om de velger å ikke være tilstede. Det er en utfordrende balanse for sykepleieren å holde styr på, og det er derfor viktig at det er avklart på forhånd (Reid et al, 2014).

På den andre siden kan også det å involvere foreldrene være en ulempe. Foreldre kan ha hatt egne dårlige opplevelser av smerte og prosedyrer, og det kan i det tilfellet være vanskelig for

dem å være tilstede under en smertefull prosedyre som skal utføres på deres barn. Deres egen angst og frykt kan gå utover barnet, og føre til at barnet blir mer utrygg i situasjonen (Grønseth & Markestad, 2017). Samtidig kan det være vanskelig for noen foreldre å være tilstede med barnet når de vet at det er en smertefull prosedyre, og barnet kommer til å oppleve smerte. Foreldre har naturligvis et beskyttelsesbehov ovenfor sitt eget barn og kan derfor gjøre gjennomføringen av prosedyren mer komplisert. Det at foreldrene for eksempel forteller barnet «dette kommer til å gå bra» kan øke barnets engstelse og dermed smerte under prosedyren (Reid et al, 2014). Det er dermed, som tidligere skrevet, svært viktig at foreldrene også får god informasjon fra sykepleierens side om hva de bør gjøre og ikke gjøre hvis de ønsker å være tilstede under prosedyren (Reid et al, 2014).

5.3 Etter venepunksjon

5.3.1 Bearbeidelse

En av sykepleierens ansvars og funksjonsområder er den forebyggende funksjonen. Tertiærforebyggende tiltak er tiltak som har som mål å forhindre at det oppstår komplikasjoner av sykdom, undersøkelser og/eller behandling og forhindre at det oppstår nye helseproblemer hos de med kronisk sykdom (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Sykepleieren skal både forebygge og lindre smerte, men ved venepunksjon bør det forventes noe smerte, og det fokuseres derfor mer på den lindrende funksjonen før og under prosedyren. Etter prosedyren er ferdig kommer derimot den tertiærforebyggende funksjonen inn. I dette tilfellet blir det sykepleierens ansvar å forebygge at barnet får uheldige konsekvenser eller komplikasjoner av venepunksjonen. I tilfeller hvor smertelindringen ikke fungerte like bra som planlagt, er dette ekstra viktig. Det er derimot også viktig at barnets behov for å bli hørt og bearbeide følelser også ivaretas til tross for at prosedyren var vellykket. Sykepleieren bør ikke ta for gitt at barnet kan ha opplevd det på en annerledes måte enn først antatt.

Konsekvenser av venepunksjon og andre smertefulle prosedyrer hvor barnet ikke ble smertelindret godt nok er mange. De psykologiske konsekvensene kan være frykt, angst og ubehag, at barnet bevisst unngår aktiviteter og senere medisinske prosedyrer.

Barndomsopplevelsen av medisinsk smerte er også betydelig for opplevelse av smerte i

voksenlivet, og ubehag under venepunksjon kan føre til en fobi for dette senere (Twycross & Williams, 2014b).

For å forebygge disse uheldige konsekvensene er det spesielt viktig for sykepleieren å la barnet uttrykke deres følelser om opplevelsen (Oakes, 2011). Det bør snakkes med barnet om hva som gikk bra, og rose barnet for det positive. Barnets behov for å bli hørt og deres reaksjoner og følelser må ivaretas, gjerne rett etter prosedyren er utført. Det er også svært viktig at barnet raskt blir brakt til trygge omgivelser i sitt eget pasientrom sammen med foreldrene sine (Grønseth & Markestad, 2017).

For å hjelpe barnet med å vurdere sin egen opplevelse og smerte, kan kartleggingsverktøy brukes. Kartleggingsverktøy slik som Verbal Rating Scale (VAS) og Numerical Pain Scales (NRS) kan brukes hos eldre barn i skolealder som har en tallforståelse. Smerten blir da vurdert av barnet selv etter en skala, på VAS ved hjelp av ord eller beskrivelser og på NRS ved hjelp av tall 0-10 (Stinson & Jibb, 2014). Hos de litt yngre barna kan det brukes faces pain scales hvor de får ulike ansiktsuttrykk på en skala fra 0-10 og vurderer deres egen smerte deretter (Stinson & Jibb, 2014). Barna, og da særlig de yngste barna, kan også få anledning til å tegne ned sine følelser, for eksempel hvor på kroppen de følte mest smerte. Sykepleier kan på denne måten lettere skape et utgangspunkt for samtale for å bearbeide opplevelsen av venepunksjonen (Grønseth & Markestad, 2017). Det at barna får en støtte, trøst og en belønning kan veie opp for negative opplevelser. Dette kan for eksempel være at barnet får noe godt å drikke eller spise, et morsomt klistremerke, en leke, eller et diplom. De litt eldre barna kan også oppleve det som flaut og barnslig at følelsene tok overhånd under prosedyren, de bør da få støtte av sykepleieren om at dette er en helt normal reaksjon (Grønseth & Markestad, 2017).

6. Konklusjon

Oppgavens problemstilling er som følger: «*Hvordan kan sykepleier lindre smerten hos barn ved venepunksjon?*». Når sykepleieren skal lindre smerten som barnet får ved en venepunksjon bør det tas hensyn til hele forløpet i prosedyren. Før venepunksjon finner sted er det ekstra viktig med planlegging, spesielt siden barnet kommer på et elektivt sykehusopphold. Planlegging gjør at sykepleieren kan avklare mulige problemstillinger på forhånd, og dermed sikre at venepunksjonen blir mest mulig skånsom for barnet. Det inkluderer avklaring av hvilke tiltak som skal anvendes og hvem som gjør hva under prosedyren. Informasjonsgivning til foreldre og barn bør også skje før prosedyren starter. Dette gir barnet en kontroll og oversikt som reduserer stress og engstelse, som igjen reduserer smerten. Hvordan det gjøres bør basere seg på barnets individuelle forutsetninger, spesielt da utviklingsnivå. Informasjonen kan blant annet gis ved å la barnet leke med utstyret og utføre prosedyren på en dukke. Det er samtidig viktig at sykepleieren bruker tiden før venepunksjon på å skape en relasjon og tillitt til barnet slik at barnet føler en trygghet under prosedyren.

Under prosedyren kan sykepleieren lindre smerten ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak. Det er flere eksempler på disse, men forskningen har vist gode resultater av avledning og det passer og anbefales til aldersgruppen syv til ti år. Eksempler i forskningen på avledning er bruk av distraksjonskort og et kaleidoskop, med avledende spørsmål fra sykepleier underveis. Ved bruk av avledning er det derimot viktig at sykepleieren baserer det på det individuelle barnets interesser, som selvfølgelig da kan variere. Foreldrene kjenner barnet beste og bør inkluderes i smertelindringen. Forskning viser at det at de kun er tilstede under prosedyren minsker barnets smerte, angst og stress. Det er derimot også viktig at foreldre ikke føler seg pliktig til det, og sykepleier bør vurdere dette i hvert tilfelle.

Etter gjennomføringen av venepunksjonen er det viktig at sykepleier forebygger uønskede og negative konsekvenser av et eventuelt dårlig utfall. Barnet bør få bearbeide sine følelser og opplevelse, og bli hørt av sykepleieren. De bør få støtte av sykepleier om at det er en normal reaksjon å bli lei seg. Samtidig bør barnet også få ros for det positive for å veie opp for det negative, gjerne i form av belønninger.

Referanseliste

- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010) Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud D.G, & Grønseth, R (Red.) *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg, s. 355-31) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Canbulat, N., Inal, S. & Sönmezer, H. (2013) Efficacy of distraction methods on procedural pain and anxiety by applying distraction cards and kaleidoscope in children. *Asian Nursing Research* 8(1), 23-8. doi: 10.1016/j.anr.2013.12.001
- Dalland, O. (2017) *Metode og Oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Evensen, S. A (2016) *Venepunksjon*. Hentet 01.03.18 fra: <https://sml.snl.no/venepunksjon>
- Eide & Eide (2017) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konflikt, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet 15.03.18 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hansen, B.R. (2012) *I dialog med barnet: Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven)*. Hentet 15.03.18 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hughes, T. (2012). Providing information to children before and during venepuncture. *Nursing Children & Young People*, 24(5), 23-28. doi: 10.7748/ncyp2012.06.24.5.23.c9142
- Husøy, A.M. (2018) *Blodprøvetaking i praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Hovde, K., R., Granheim, T., H., Christophersen, K., A., & Dihle, A. (2011) Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerte hos barn. *Sykepleien forskning* (4)6, 332-338 doi: 104220/sykepleienf.2011.0191
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk
- IASP (2017) *IASP Taxonomy: Pain*. Hentet 15.03.18 fra <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

- Karakaya, A., & Gözen, D. (2016). The Effect of Distraction on Pain Level Felt by School-age Children During Venipuncture Procedure—Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 17(1), 47-53. doi:10.1016/j.pmn.2015.08.005
- Lerdal, A (2012) *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* Hentet 30.03.18 fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel>
- Matziou, V., Chrysostomou, A., Vlahioti, E., & Perdikaris, P. (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing*, 22(8), 470-475. doi:10.12968/bjon.2013.22.8.470
- Nordtvedt, P, & Grønseth, R. (2010) Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I: Almås, H., Stubberud D.G, & Grønseth, R (Red.) *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg, s. 17-31) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nylenna, M. (2009) IMRaD- et hjelpemiddel i vitenskapelig publisering. *Sykepleien forskning* 4(3), s.172-174.
- NSF (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 13.03.18 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>
- Oakes, L.L (2011) *Comapct Clinical Guide to Infant and Child Pain Management: an evidence-based approach for nurses*. New York: Springer Publishing.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet 15.03.18 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reid, K., Twycross, A., & Tuterra, D. (2014) Management of Painful Procedures I: Twycross, A., Dowden, S., & Stinson, J (Red.), *Managing Pain in Children* (2.utg s.246-271). Chichester: Wiley Blackwell.
- Reinertsen, H. (2008) Smerte hos barn. I: Rustøen, T. & Wahl, K. A. (Red.) *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1.utg s.76-101). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T (2014) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier. I: Brinchmann, B.S. (Red.) *Etikk i sykepleien*. (3.utg, s.97-111). Oslo: Gyldendal akademisk
- Statistisk Sentralbyrå (2018) *Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, kjønn, alder, statistikkvariabel og år*. Hentet 22.03.18 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/?rxid=23baced6-6cec-4133-b683-59f64fdee2f0>
- Steen, H. F (2012) Utviklingspsykologi. I: Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. (1.utg s.83-108). Oslo: Gyldendal akademisk

- Stinson, J. & Jibb, J. (2014) Pain Assessment I: Twycross, A., Dowden, S., & Stinson, J (Red.), *Managing Pain in Children* (2.utg. s.112-139). Chichester: Wiley Blackwell
- Thidemann, I. J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tveiten, S. (2012a) Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I: Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. (1.utg s.205-212). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2012b) Barns helse og livskvalitet. I: Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. (1.utg s.42-78). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2012c) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie. I: Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. (1.utg s.11-40). Oslo: Gyldendal Akademisk
- The Royal Childrens Hospital Melbourne (2016) *Clinical Guidelines: Procedural Pain Management*. Hentet 25.03.18 fra https://www.rch.org.au/rhcpg/hospital_clinical_guideline_index/Procedural_Pain_Management/
- Twycross, A. & Williams, A. (2014a) Pain: A Biopsychosocial Phenomenon I: Twycross, A., Dowden, S., & Stinson, J (Red.), *Managing Pain in Children* (2.utg s.36-47). Chichester: Wiley Blackwell.
- Twycross, A. & Williams, A. (2014b) Why Managing Pain in Children Matters I: Twycross, A., Dowden, S., & Stinson, J (Red.), *Managing Pain in Children* (2.utg s.1-17). Chichester: Wiley Blackwell.
- Twycross, A. & Stinson, J. (2014) Physical and Psychological Methods of Pain Relief in Children. I: Twycross, A., Dowden, S., & Stinson, J (Red.), *Managing Pain in Children* (2.utg s.86-112). Chichester: Wiley Blackwell.