

Postoperativ smertekartlegging av barn

Kandidatnummer: 444 og 462
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14B, Bachelor i sykepleie

Antall ord: 7894
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
<p>Tittel: Postoperativ smertekartlegging av barn</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> “ <i>Hvilke faktorer påvirker smertekartleggingen av barn i alderen 1 til 5 år med postoperative smerter?</i>”</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Ubehandlet smerte i de tidligere årene av livet øker risikoen for kroniske smerter, og kan gi smerteproblematikk senere i livet. Smerter hos barn er i mange situasjoner undervurdert. Barnets fysiske-, fysiologiske- og kognitive utvikling har påvirkning på hvordan enn bør kartlegge smertene.</p> <p><u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave. For å komme frem til litteratur har vi sett i pensum, søkt etter litteratur i databasen Oria og sett i hyllene på biblioteket på Lovisenberg diakonale høyskole. For å finne forskningsartikler har vi søkt i databasene SweMed+, PubMed, Cinahl og i arkivet til Sykepleien.no sin forskning.</p> <p><u>Drøfting:</u> resultatene og funn fra studiene, lovverk, etiske retningslinjer og annen litteratur blir drøftet. Drøftingen drar frem perspektiver når det kommer til smertekartleggingsverktøy, foreldres samarbeid og sykepleierens kunnskaper og holdninger.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Flere faktorer påvirker smertekartleggingen. Det er viktig å bruke smertekartleggingsverktøy som gjør helhetlige vurderinger. Samarbeide samt inkludering av foreldre er viktig for at barnet skal føle seg trygg på sykehuset. Foreldrene kan komme med opplysninger som er relevante for behandling og smertekartlegging av barnet. Sykepleieren må inneha tilstrekkelige kunnskaper for å kartlegge smerter hos barn.</p>	

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning og bakgrunn	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikten med oppgaven	1
1.3 Presentasjon av problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring:	2
1.5 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Smerte	3
2.2 Postoperative smerter.....	4
2.3 Smerte hos barn	4
2.3 Barnets utvikling.....	5
2.3.1 Utviklings særtrekk alderen 1 til 3 år	5
2.3.2 Utvikling særtrekk alderen 3 til 6 år.....	6
2.4 Smertekartleggingsverktøy	7
2.4.1 FLACC	7
2.4.2 FPS-R	8
2.4.3 NRS	8
2.5 Lover og rettigheter	9
2.6 Sykepleierens rolle og funksjon	9
2.7 Barnets foreldre	10
1 3.0 Metode	12
3.2 Beskrivelse av søk	12
3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	15
3.4 Kvalitativ og kvantitativ.....	15
3.5 Kildekritikk	15
4.0 Forskningsresultater	17
5.0 Diskusjon.....	19
5.1 Smertekartleggingsverktøy	19
5.2 Foreldresamarbeid.....	20
5.3 Sykepleiers kunnskap og holdninger	23
6.0 Avslutning:	26
Referanser:	27

1.0 Innledning og bakgrunn

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ubehandlet smerte i de tidlige fasene i livet kan øke risikoen for kroniske smerter, langvarige smerter og gir plager som knyttes opp mot smerte senere i livet. Smerter hos barn er i mange situasjoner undervurdert og ofte underbehandlet (Bratli et al., 2020). Underbehandlet smerte hos barn som gir plager senere i livet kan skyldes endring i fysiologiske prosesser som gir økt smertefølsomhet (Johansen & Blinkenberg, 2018). Først på midten av 1970-tallet kom det forskning knyttet til behandling av smerter hos barn (Reinertsen, 2008, s.76).

Vi finner denne pasientgruppen spennende. Vårt engasjement i barn og smerte bygger på praksis og tidligere arbeid med barn. I praksis så den ene studenten hvor utfordrende det kan være å identifisere postoperativ smerte i alderen 8-18 år. Vi ser for oss at det også kan være krevende med barn i alderen 1- 5 år, da språket er mindre utviklet enn hos de eldre barna.

1.2 Hensikten med oppgaven

For å lykkes med postoperativ smertelindring av barn må smerten identifiseres. Sykepleieren må da ha tilstrekkelig kunnskap, innsikt, forståelse av smertekartleggingsverktøy og forståelse av smerte. I tillegg til andre elementer som kan ha innvirkning på vurdering av smerte (Bratli et al,2020). Barn har et mindre utviklet vokabular og kan derfor ha vanskeligheter med å uttrykke smerte, spesielt når det kommer til smerteintensitet ved hjelp av ord. Sykepleierens lindrende funksjon blir derfor sentral.

Sykepleierens lindrende funksjon retter seg mot å redusere, og å begrense belastninger (Kristoffersen et al., 2014, s. 18). Norsk sykepleierforbund sine Yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.10, tar for seg at sykepleieren har et ansvar for å lindre smerte (Norsk sykepleierforbund, 2019). I denne oppgaven blir den lindrende funksjonen knyttet opp til faktorer som påvirker smertekartlegging. Temaet oppgaven tar for seg er derfor innenfor sykepleierens funksjon og rolle. Det er dermed aktuell å skrive om. Sykepleieren har også en viktig rolle når det dreier seg om ivaretagelse og involvering av foreldre til barnet. Barnets foreldre har en viktig og omfattende rolle, spesielt i sårbare og utrygge omgivelser. Helsepersonellet må tilrettelegge for et godt foreldresamarbeid og foreldrene bør få rom til å medvirke i situasjoner som omhandler barnet (Aarthun, 2018).

1.3 Presentasjon av problemstilling

“Hvilke faktorer påvirker smertekartleggingen av barn i alderen 1 til 5 år med postoperative smerter?”

Etter å ha sett på forskning og aktuell litteratur ser vi at det er interessant å skrive om smertekartlegging av barn i aldersgruppen 1 til 5 år. Oppgaven vil omhandle smertekartlegging av barn, hvor utgangspunktet er barn som følger normal utvikling, har hatt et uproblematisk kirurgisk inngrep og har foreldre til stede på sykehuset etter operasjonen. Derfor avgrensers vi ikke oppgaven til dagkirurgisk inngrep eller større inngrep. Oppgaven vil ta for seg drøfting av smertekartleggingsverktøy, foreldres rolle ved vurdering av smerte og sykepleiernes kunnskap og holdninger til smerte.

1.4 Begrepsavklaring:

Smerte: Smerte er alltid en subjektiv opplevelse som kan skyldes vevsskade eller potensiell vevsskade av sensoriske og emosjonelle opplevelser (IASP, 2009 referert i Tveiten et al., 2012, s.147).

PNKAS-N: Er et verktøy som tester helsepersonellens kunnskap innenfor smertehåndtering av barn. Det er et spørreskjema som består av totalt 40 spørsmål. 23 spørsmål er påstander, 13 spørsmål er flervalgsoppgaver og 4 spørsmål er relatert til 2 pasientcase (Smeland et al., 2018).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven inneholder forside, abstrakt, innholdsfortegnelse, seks kapitler og litteraturliste. Kapittel 2 tar for seg teoridelen av oppgaven og går inn på hva smerte er og hva postoperativ smerte er, hvilke faktorer som påvirker smerte hos barn, barnets utvikling, smertekartleggingsverktøy, lover og rettigheter, sykepleierens rolle og funksjon samt rollen til barnets foreldre. Kapittel 3 beskriver metoden og litteratursøket og tar for seg kildekritikk. Videre blir forskningsartiklene som er brukt i oppgaven presentert i kapittel 4 før problemstillingen drøftes i kapittel 5 i lys av det som står skrevet i teoridelen, forskningslitteratur, faglitteratur og pensum. I det siste kapittelet, kapittel 6 avsluttes og oppsummeres oppgaven med en konklusjon.

2.0 Teori

Dette kapitlet vil ta for seg Smerte, postoperativ smerte, smerter hos barn, barnets utvikling, smertekartleggingsverktøy, lover og rettigheter og sykepleierens rolle og funksjon.

2.1 Smerte

Smerte er subjektivt, hvordan hver enkelt person opplever smerte er et fenomen som er sammensatt. Det er flere faktorer som ligger til grunn i hvordan et barn blir påvirket av smerte, og opplevelsen av hvor store smertene er kan variere fra situasjon til situasjon (Danielsen et. al., 2016, s.383).

Smertefysiologien tar til seg først og fremst beskrivelsen av nocisepsjon. En nocisepsjon er et nevrofysiologisk begrep, som beskriver at opplevelsen av smerte skyldes stimulering av smertereseptorer, altså nociseptorer i forbindelse med vevsødeleggelse eller stimuli fra en prosess som kan føre til en vevsødeleggelse (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.26). Ved en vanlig nocisepsjon går det direkte signaler fra skadet eller truet vev gjennom ryggmargens bakhorn. I ryggmargens bakhorn dannes synapser mellom sensoriske nervefibre som videre fører impulsene til thalamus. Det er først når signalet når hjernen at man kjenner på en ubehagelig opplevelse, altså smerte (Danielsen et al., 2016, 385). Videre fordeles nocisepsjon i, A-delta-nociseptorer, som er tynne myeliniserte nervefibre, de leder signalene til smerter som oppfattes skarpe og raske. C-nociseptorer på den andre siden er umyeliniserte nervefibre. De leder signalene til smerter som oppfattes motsatt av hva A-delta nociseptorer leder. Smerte som kommer av C-nociceptorse signaler er mer langsomme og diffuse (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 27).

Hvordan de ulike delene av hjernen påvirkes av impulsene har også betydning for hvordan smerten oppleves og dens intensitet. Etter at smertene har nådd til thalamus, fordeler impulsene seg videre til den somatosensoriske delen av hjernebarken. Hjernebarken lokaliserer og analyserer smertene, med tanke på opphav, type smerte og intensitet. Smerteimpulsene er sterkt forbundet med hjernens hukommelsessenter. I hukommelsessenteret tolkes smertene i henhold til intensitet og barnets tidligere smerte erfaringer (Danielsen et al., 2016, s. 385).

Bare den som selv kjenner på smertene, kan vite konkret hvordan det føles, hvor intense de er og hvor lenge den varer. Det er dermed avgjørende for pasientbehandlingen å ta pasientens

utsagn og egen opplevelse på alvor. Da oppgaven tar for seg barn i alderen 1 til 5 år, kan dette by på utfordringer grunnet barnet utviklingstrekk samt språkutvikling. Smerten barnet kjenner på trenger heller ikke alltid å relateres direkte opp mot det medisinske årsakene, da det er psykologiske tilstander spiller mye inn (Danielsen et al., 2016, s. 383).

2.2 Postoperative smerter

Den postoperative smerten kan deles i to, grunnsmerte og gjennombruddssmerte.

Grunnsmerten er et resultat av vevsskade og nerveskade. Dette er den konstante smerten pasienten opplever. Gjennombruddssmerten der imot oppstår når pasienten for eksempel beveger seg. Denne smerten opptrer som smertetopper. I tillegg til grunnsmerte og gjennombruddssmerte kan pasientene oppleve prosedyresmerter i forbindelse med prosedyrer som utføres (Wøien & Strand, 2008, s. 272-273). Postoperativ smerte kan beskrives som en akutt smerte knyttet til vevsskade grunnet et kirurgisk inngrepet (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). Den akutte smerten har en viktig funksjon. Den varsler om en truende skade, eller i dette tilfelle nyoppstått skade i forbindelse med kirurgi. Smerten har også en beskyttende funksjon. Denne funksjonen er å redusere aktiviteten i det skadde området, for å unngå forverring. Dersom barnet har sterke akutte smerter etter en kirurgisk inngrep, kan det ha negative fysiologiske og psykologiske effekter (Legemiddelhandboka, 2020). Det er viktig å tenke på at postoperative smerter er en forventet smerte, som kan forebygges til en viss grad samt lindres preoperativt (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). Derfor er det nødvendig med individuell smertebehandling etter en operasjon (Wøien & Strand, 2008, s. 271). Et dårlig planlagt preoperativ forløp, uten nok støtte til barnet og hvor det ikke blir gitt tilstrekkelig og tilpasset informasjon kan skape utrygghet. Barnet kan bli mer utsatt for engstelse, stress og regresjon. Samtidig kan faktorene øke risikoen for postoperativ agitasjon og akutt delirium (Grønseth & Markestad, 2019, s. 144).

2.3 Smerte hos barn

I det postoperative forløpet er det viktig å kartlegge samt vurdere barnets smerteopplevelse. Barnets totale smerteopplevelse og atferd etter den kirurgiske inngrepet kan påvirkes av en rekke faktorer. Faktorene som påvirkes er biologisk, sosiale og psykologiske. Barnets alder, kognitiv utvikling, kulturelle forhold, families læring til barnet, barnets personlig, temperament og trygge omgivelser spiller svært viktige roller. Barn er ofte redd for smerte, og smerten kan i tillegg forsterke den kirurgiske stressresponsen hos barnet. Det blir derfor en sentral del i sykepleien som gis å skape trygge og rolige omgivelser rundt barnet. Samtidig

som trygghet, ro og støtte, fra foreldrene og personale vil skape en beroligende atmosfære for barnet. Dette vil igjen påvirker det totale smerteopplevelsen (Sørensen & Smeland, 2017). Alle barn har ulike temperament og mestringsstrategier. De vil reagere forskjellige på ulike stimuli ut ifra deres personlighet. Noen barn er kjent for å trekke seg tilbake og være stille, og det blir da deres mestringsstrategi. Andre barn uttrykker klart og tydelig at de har smerter. De kan bli aktive, og får dermed et ekstra behov for trøst og støtte fra foreldrene. Dette må sykepleieren ha kunnskap om og ta i betraktning ved kartleggingen av smerten hos barnet (Reinertsen, 2008, s. 82).

Hvordan familien har lært opp barnet i forhold til smerte og smertemestring, former lett hvordan barnet uttrykker smerte. Når barnet slår seg søker de fort etter oppmerksomhet fra foreldrene og ser på reaksjonen de gir. Noen foreldre er rolige, ufarliggjør situasjonen og oppmuntrer barnet til å fortsette med aktiviteten. Andre kan derimot bli veldig stresset, gi masse oppmerksomhet til barnet, og si at han/hun skal stoppe med leken. Foreldrene kan og gi forskjellige reaksjon på bakgrunn av skadens omfang, alder, kjønn og plass i søskenflokk. Yngste barnet kan for eksempel få mer oppmerksomhet og eldste kan oppmuntres mer til å takle smerten mer selvstendig. Gutter kan også oppleve å bli oppmuntret til å unngå gråte. Jenter derimot kan høre at de må uttrykke sin smerten, gjerne ved å gråte (Reinertsen, 2008, s. 82).

2.3 Barnets utvikling

Alder og utviklingstrinn hos barn har mye å si når det kommer til hva som forårsaker stress og ikke minst hvordan barnet håndterer stress (Grønseth & Markestad, 2019, s. 63). Stress hos barnet er med på å forsterke smerteopplevelsen og øke metabolismen, som igjen kan forverre barnets medisinske tilstand. Barnet uttrykker ofte stress med handling. Det kan vise seg via sinne, engstelse, at de er lei seg, forteller at de kjeder seg, har separasjonsangst, søvnproblemer samt utfordringer med å spise. Hvis barnets stressreaksjon overskrider hva barnet kan håndtere, kan forsvarsmekanismer bevisst oppstå slik at barnet havner ned på et lavere utviklingstrinn enn det de opprinnelig er på. For å begrense stress hos barnet må vi ta hensyn til barnets utviklingstrekk (Grønseth & Markestad, 2019, s. 64).

2.3.1 Utviklings særtrekk alderen 1 til 3 år

Når barnet er i denne alderen er det vanlig å ha separasjonsangst, altså redd for å bli forlatt. De kan vise en skepsis overfor fremmede. I tillegg er barnet avhengig av rutiner for å skape

forutsigbarhet og klare grenser for å kjenne trygghet. Barn i alderen 1 til 3 år har en egosentrisk tankegang, dette kan resultere i at barn får en økt skyldfølelse. De har også en konkret tankegang og tidsbegrepet er ikke ferdig utviklet. Tider kan derfor være vanskelig å forholde seg til. Samtidig driver barnet og utvikler selvstendighet. Det vises ved at de er nysgjerrige og har et stort behov for å aktiviseres. Det er også viktig å ha med seg når det kommer til sykepleie for denne aldersgruppen, at det er normalt at barnet er redd for å miste kontroll. Spesielt når det kommer til det ukjente som skjer på sykehuset (Grønseth & Markestad, 2019, s. 68).

For å ta hensyn til barnets utviklingen i sykepleien som skal gjøres, er det viktig at alle henvendelser skjer direkte mot barnet, at barnet blir lyttet til og det er en stor fordel å snakke med en vennlig stemme. Det er viktig at barnet forstår sammenhenger og at sykepleieren får barnet til å forstå at han/hun ikke har skyld i smertene. Dette for å forebygge at barnet kan ta på seg skyldfølelse. Barnets foreldre bør bli oppfordret til å være tilstede og være involvert i omsorgsoppgaver. Barnet bør i størst mulig grad opprettholde normale grenser og rutiner. Gjentakelser og regelmessighet vil skape trygghet. Hvilke ord som blir brukt i samtale mellom foreldre, barn og sykepleier er viktig. Uttrykk som for eksempel Stikkelaken kan virke skremmende og bli misforstått. Derfor er det viktig å tenke nøye over hvilke ord man ordlegger seg med. Barnet bør få gradvis lov til å være med på å ta avgjørelser selv. I en situasjon som avviker fra det normale, er det viktig å tilrettelegge for aktiviteter barnet synes er hyggelig og ikke minst meningsfulle (Grønseth & Markestad, 2019, s. 68).

2.3.2 Utvikling særtrekk alderen 3 til 6 år

Når barnet er i denne alderen er det mange av de samme utviklingstrekkene som er tilstede som i gruppen 1 til 3 år. Separasjonsangsten er fortsatt til stede og barnet er fortsatt avhengig av normale kveldsrutiner. Den egosentriske tankegangen om at barnet har skyld i sykdom eller skade er fortsatt tilstede, i tillegg har barnet fått en mer konkret tankegang. Den kan for eksempel vises ved at barnet tror at alt blodet i kroppen kan renne ut av hånden når det blir tatt blodprøver. Barn i denne aldersgruppen har stor fantasi og det kan være utfordrende for dem å skille mellom fantasi og virkelighet. Barnet har et dårlig tidsbegrep og prosedyrer kan ses på som en straff. Forståelsen av hvorfor en undersøkelse eller behandling må gjøres kan barnet ha vanskeligheter for å forstå. Barnet har en stor trang til aktivisering. Som tidligere nevnt har barn i denne aldersgruppen stor fantasi, i tillegg kan barnet ha en frykt for å ikke ha kontroll (Grønseth & Markestad, 2019, s. 68- 69).

For å ta hensyn til barnets utvikling i denne aldersgruppen er foreldrene fortsatt en viktig ressurs og de bør delta i omsorgsoppgaver for at barnet skal oppnå trygghet. Leggetid og kveldsrutiner er fortsatt viktig. Regelmessighet kan gi en trygghetsfølelse hos barnet. Når det kommer til kommunikasjon er det viktig at sykepleieren henvender seg direkte til barnet og er lyttende. Barnet bør få konkrete forklaringer på det som skal skje og hva barnet kan forvente med et forståelig og vennlig språk. Det kan lett oppstå misforståelser. Det er derfor viktig å finne ut hva barnet tenker slik at misforståelser kan unngås eller oppklares. Dette er spesielt viktig med tanke på at barnet ikke skal oppleve sykehusoppholdet som en straff. Hvert enkelt barn har egne grenser. Barnets grenser må respekteres. Barnets følelser, redsel og gråt, må få anerkjennelse. Barnet må føle at det er greit å vise følelser. Det bør i tillegg tas pauser om det er behov for det. Under noen undersøkelser og prosedyrer kan det være nødvendig og holde fast barnet. Dette bør unngås, men i de tilfellene det er nødvendig å holde fast barnet, bør det gjøres raskest mulig. Barnet må få være med å ta egne valg og få lov å aktivt delta i behandlingen (Grønseth & Markestad, 2019, s. 68- 69).

2.4 Smertekartleggingsverktøy

Oppgaven tar for seg postoperativ smertekartlegging av barn i alderen 1 til 5 år. Det er forskjellige smertekartleggingsverktøy som blir brukt ut i fra alder. Når barnet er 1 til 1,5 år kan barnet bruke enkle ord for å uttrykke smerte. Områdene smerten sitter blir ofte lokalisert ved at barnet berører det smertefulle området. Når barnet er ca. fire år kan de peke ut området der smerten er på en tegning av kroppen. I fem årsalderen begynner barnet å gi pålitelige uttrykk av smerteopplevelsen verbalt. Hos preverbale barn, førskolebarn og barn uten språk er kroppsstilling og aktivitetsnivå blant de viktigste faktorene for å vurdere smerte frem til barnet er ca. tre år. Smertekartleggingsverktøy som ofte blir brukt til denne aldersgruppen er FLACC og FPS-R (Grønseth & Markestad, 2019, s.168).

2.4.1 FLACC

FLACC er et smertekartleggingsverktøy som er laget for å bruke på barn i alderen to måneder til åtte år. FLACC er lett å anvende samt gjør det lett å påvise og dokumentere smerte etter kartleggingen (Grønseth & Markestad, 2019, s.168). FLACC er et adferdsskjema. Smerten blir bedømt ut fra fem ulike parametere. De fem parameterne går på ansikt, ben, aktivitet, gråt og trøstbarhet. De ser på om noen av disse parameterne unnviker fra barnets normal og i hvilken grad. Hver parameter har en skår fra 0-2. Barnet vil få en skår på et sted mellom 0 og 10. 0 poeng tyder

på at barnet ikke er smertepåvirket. 10 poeng tyder på at barnet opplever verst tenkelige smerte (Reinertsen, 2008, s.89). Når verktøyet brukes er det viktig at pasienten observeres i minst 2-5 minutter i våken tilstand og om pasienten sover skal pasienten observeres i minst 5 minutter. Om det er mulig bør foreldrene bli tatt med i vurderingen av barnet (Grønseth & Markestad, 2019, s.170).

2.4.2 FPS-R

FPS-R ansiktsskala står for Face Pain Scale-Revised for smertevurdering. Ansiktsskalaen viser 6 forskjellige skalaer hvor ansiktene fra høyre mot venstre viser mer og mer smerte. Barnet skal vurdere sin smerten ved å peke på et av ansiktene som viser hvordan de har det akkurat nå. Sykepleier skal forklare at første ansiktet mot venstre viser ingen smerte, og siste ansikt til høyre viser veldig mye smerte. Ansiktene fra venstre mot høyre viser følgende poeng, 0,2,4,6 og 8. Hvilken poengsum ansiktet tilsvarer sier noe om hvor smertepåvirket barnet er (Grønseth & Markestad, 2019, s.170 - 171).

2.4.3 NRS

NRS står for Numeric Rating Scale. Dette er et smertekartleggingsverktøy hvor man ber barnet vurdere sin egen smerteintensitet på en skala fra 0-10. 0 er at barnet ikke føler smerte i det hele tatt og 10 er den verste smerten barnet kan tenke seg (Grønseth & Markestad, 2019, s. 170 - 171).

2.5 Lover og rettigheter

I utøvelsen av sykepleie er det en rekke lover, regler og etiske retningslinjer som må følges. I oppgavens drøftingsdel vil inneholde punkter fra pasient- og brukerrettighetsloven (2021), Helsepersonelloven (2021), forskrift om barnets opphold i helseinstitusjon (2016) og Norsk sykepleierforbunds retningslinjer (2019). Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver rettigheter som pasienten har ovenfor helseinstituttet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021). Helsepersonellovens formål er til for å bidra til pasientsikkerhet og at pasient og brukere får god kvalitet av helsetjenesten som gis. Det er regler som helsepersonell er pliktet til å følge (Helsepersonelloven, 2021). Siden oppgaven vår omhandler barn, er det svært relevant å ta til seg forskrift om barnets opphold i helseinstitusjon. Forskriften gjelder for de som yter tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Den går inn på hva slags rettigheter barnet har, samtidig som den går inn på foreldres rolle og krav til samtykke for barn under 16 år (Forskrift om barnets opphold i helseinstitusjon, 2016). I tillegg har Norsk Sykepleierforbund utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

2.6 Sykepleierens rolle og funksjon

Når det kommer til innleggelse ved et kirurgisk inngrep, får pasienten ofte en primärsykepleier. Primärsykepleieren følger opp og har hovedansvaret for vedkommende fra innleggelse til utskrivning (Kristoffersen, 2014, s. 285). En av sykepleierens rolle innenfor oppgavens problemstilling vil være å redusere og begrense omfanget av de ulike type belastninger som barnet og pårørende står ovenfor. Det er viktig at sykepleieren får barn og foreldre til å føle på velvære. (Kristoffersen et al., 2014, s. 18). En annen viktig rolle for sykepleierne er å gi undervisning og veiledning. Dette gjelder både for pasient og pårørende. Formålet skal være å bidra til læring, utvikling og mestring av ulike utfordringer. Med tanke på oppgavens problemstilling vil foreldre være delaktig i barnets behandling. Derfor retter behovet seg spesielt mot foreldrenes behov for kunnskapen og forståelse (Kristoffersen et al., 2014, s. 19). Sykepleiers sentrale rolle blir dermed knyttet opp mot den lindrende og den undervisende- og veiledende funksjon.

2.7 Barnets foreldre

Når barn blir lagt inn på sykehus kan trusselen for å bli forlatt være noe av det barnet frykter mest (Grønseth & Markestad, 2019, s.72). Derfor er foreldrene en naturlig del av oppholdet. De er gjerne tilstede under oppholdet, enten hele eller deler av det. Hvor avhengig barnet er av foreldrene sine for å få dekket sine grunnleggende behov varierer med tanke på alder og utvikling (Tveiten et al., 2012, s. 21). Det å ha foreldrene tilstede under sykehusoppholdet er viktig og øker barnets toleranse for stress under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2019, s.72).

Når barn blir skilt fra foreldrene sine kan det oppstå reaksjoner hos dem. Ifølge Grønseth og Markestad (2019) ble det allerede beskrevet i 1948 av James Robertson. Robertson deler atskillelse reaksjonene inn i tre faser. Det første er protestfasen. Her protesterer barnet, i tillegg gråter det mye. Barnet har en fortvilelse over at omsorgspersonene har dratt og er redd de ikke kommer tilbake. Denne fasen kan vare fra noen timer til dager. Hvis fraværet til omsorgspersonene vedvarer kan barnet gå over i neste fase, fortvilelsesfasen. I denne fasen virker barnet roligere men er mer apatisk. Barnet gråter fortsatt men er ikke like høylytt som i den første fasen. Barnet gråter nå mere klagende og sårt. Kommer foreldrene å besøker barnet i denne fasen vil barnets reaksjoner gå tilbake i protestfasen. Om foreldrene ikke kommer, kan barnet gå over i fornektelsesfasen og ikke ønske kontakt med forelderen (Robertsen,1967 referert i Grønseth & Markestad, 2019, s.73)

Når det kommer til barn er det viktig med familiesentret omsorg. Det er derfor viktig å ha et godt kommunikasjonsgrunnlag mellom foreldre, barn og sykepleier. Barn og foreldre må få god informasjon og forståelse for sine utfordringer. Familiens kunnskaper om helse, sykdom, behandling samt tidligere kunnskaper bør kartlegges. Foreldrenes tidligere erfaringer er med på å påvirke hvordan de nå ser på barnet smertesyntomer. Det blir da viktig å tilpasse informasjonen til hvert enkelt individ. Har barnet, foreldrene og helsepersonellet en felles forståelse av hva som skal skje vil dette minske frustrasjonen hos pasienten og pårørende (Grønseth & Markestad, 2019, s.88).

Foreldrene er i en vanskelig situasjon der de trenger å bli sett og ikke minst få støtte (Grønseth & Markestad, 2019, s.89). Det kan være en vanskelig situasjon for foreldrene å ha et barn på sykehuset. Når en forelder må se barnet ha smerte og ubehag blir ikke situasjonen bedre (Tveiten et. al., 2012, s. 71). Foreldrene trenger anerkjennelse for at situasjonen er vanskelig og har innvirkning på familielivet (Grønseth & Markestad, 2019, s.89). Det er viktig å huske på at foreldrene kjenner barnet best. De har erfaringer med barnet fra før av. Spesielt når det kommer til temperament, hvordan barnet fungerer i daglige aktiviteter og hvordan de har reagert på smerte tidligere. Derfor kan foreldrene ofte oppdage smertereaksjoner tidligere enn sykepleieren. Foreldrene kan også tidligere tolke verbale utsagn fra barnet som indikasjon på smerte. Derfor er godt samarbeid mellom foreldre og sykepleier viktig (Grønseth & Markestad, 2019, s.172).

1 3.0 Metode

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Aubert,1985, sitert i Dalland, 2017 s.51) Bacheloroppgaven på Lovisenberg diakonale høyskole skrives som en litterær oppgave. Litterær oppgave som metode vil si at en henter data i allerede skrevet materiale som eksisterende fagkunnskap, teorier og andres forskning. Dette blir videre brukt til å besvare samt drøfte problemstillingen (Dalland, 2017,s. 207). Metodekapittelet tar for seg fremgangsmåten for litteratursøket. Her presenteres og begrunnes de valgte forskningsartikler og annet relevant litteratur som er brukt i oppgaven. Kapittelet blir avsluttet med kildekritikk.

3.1 Databaser og søkeord

For å belyse oppgavens problemstilling har vi valgt søkeord som gikk spesifikt på barn og smerte. Det ene søket vårt søkte vi på norske søkeord som omhandlet problemstillingen vår i swemed+. Videre fikk vi opp engelske MeSH-termer i svemed+ som omhandlet det vi søkte etter. I tillegg til dette har vi sett på keywords som er brukt i artikler vi mener er interessante, men ikke var aktuelle grunnet publiseringsdato har vært før 2010. For å besvare problemstillingen har vi valgt følgende søkeord: Barn, smerte, FLACC, child, postoperative pain, knowledge, parents, pain management og involvement. Vi har utført flere søk og alle ordene er ikke brukt i alle søkene.

3.2 Beskrivelse av søk

Vi startet med forarbeidet til skriveprosessen senhøsten 2020. Det har blitt utført flere litteratursøk over tid. I starten av arbeidet gjorde vi enkelt søk på Sykepleien.no sin forskning. Dette ble utført for å finne litteratur vi kunne bruke som var interessant for temaet vi ønsket å skrive om. Derfor søkte vi på smerter hos barn og avgrenset til fagfelleverdert. Da fikk vi opp flere artikler og satt oss inn i artikkelen “*Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerte hos barn*” (Hovde et al., 2011). Denne artikkelen har vi tatt med oss videre i arbeidet med bacheloroppgaven. De 4 artiklene vi har valgt å bruke blir presentert i tabell 1. Etter å ha funnet en av artiklene vi ønsket å bruke, valgte vi og gjøre de øvrige søkene i databaser. Databasene vi har brukt er Cinahl, PubMed og SweMed+. Dette er alle databaser som inneholder referanser til tidsskrifter innenfor helsefag. Det sistnevnte SweMed+ dekker de nordiske tidsskriftene (Lovisenberg Diakonale Høyskole, 2021). Da søket i SweMed+ ble utført brukte vi norske søkeord. Orden vi valgte var barn, smerte og FLACC disse ble videre

kombinert med “AND” og avgrenset til peer reviewed. Dette ga oss et resultat på én artikkel og denne har vi valgt å bruke. Søket i PubMed ble utført med engelske søkeord. Søkeordene vi brukte var child, postoperative pain og knowledge. I dette søket avgrenset vi til artikler som ikke er eldre enn 5 år. Dette ga oss et resultat på 116 artikler og vi valgte å ta med én artikkel videre. Søket i cinahl ble utført med søkeordene parents, child, pain management og involvement. Vi har brukt explode funksjon og majore concept. Dette ga oss et resultat på 4 artikler hvor vi har brukt én av dem. Se tabell 1 for detaljert oversikt av artikkelsøk.

Tabell 1:

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Artikler inkludert	Valgte artikler
1.11.20	1	Sykepleien forskning	Smerter hos barn	Fagfelleurdert forskning	22	1	Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2011). <i>"Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerte hos barn"</i>
15.11.20	2	SweMed+	1) barn 2) smerte 3) FLACC 4) søk 1,2,3 kombinert med "AND"	Peer reviewd	1	1	Reinertsen, H., Christophersen, K.-A. & Helseth, S. (2014). <i>"Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC"</i>
4.12.20	3	PubMed	1) child 2) postoperative pain 3) knowledge 4) søk 1, 2,3 kombinert med "AND"	Litteratur ikke eldre enn 5 år	116	1	Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg S. & Rustøen, T. (2018). <i>"Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management"</i>
17.3.21	4	Cinahl	1) parents -> explode 2) child -> explode 3) pain mangagement -> major concept 4) involvement 5) søkeord kombinert med "AND"		4	1	Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. J. & Chirema, K. (2018). <i>"Tokenism or True partnership: Parental involvement in a child's acute pain care"</i>

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å innhente oppdatert kunnskap, samt unngå utdatert kunnskap har vi kun valgt forskningsartikler som er publisert innenfor de siste 10 årene. Vi har kun valgt å vurdere artikler som er skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk og som er fagfellevurdert forskning. For å nå forskning som er relevant for vår oppgave har vi ekskludert studier som omhandler smerte hos voksne, studier som kun har tatt for seg barn over 5 år. Det har vært viktig at studiene har omhandlet barn som følger normal utvikling og fått behandling på sykehus da oppgaven vår omhandler postoperativ smerte. Vi har ekskludert studier som har blitt utført utenfor Europa, da vi ønsker at det skal være overførbart til norsk helsevesen.

3.4 Kvalitativ og kvantitativ

I oppgaven har vi benyttet oss av både kvalitativ og kvantitative forskningsartikler. Kvantitativ metode tar for seg data av målbare enheter som analyseres slik at vi kan få et prosentvis og statistisk resultat. Kvalitativ metode derimot tar for seg meninger og opplevelser. Disse kan ikke tallfestes eller måles. Begge metodene gir på hver sin måte forståelse av hvordan mennesker, grupper samt institusjoner fungerer (Dalland, 2017, s.52). I oppgaven har vi valgt å bruke 3 kvantitative artikler på den måten ser vi målbare enheter av handlinger. Vi har i tillegg inkludert en kvalitativ forskningsartikkel som forteller om opplevelser.

3.5 Kildekritikk

Litteratursøkene vi har utført er gjort på Sykepleien.no sin forskning, cinahl, PubMed og SweMed+. For å få oversikt over interessante artikler har vi søkt i flere databaser. Vi har ikke brukt samme søkeord i databasene. Dette for å finne forskning som kan belyse flere sider av vår problemstilling. Hadde vi søkt med samme søkeord i databasene kunne vi kanskje ha funnet andre relevante kilder. Forskningsartiklene vi har brukt i oppgaven er publisert er godkjent av etiske komiteer og er publisert i tidsskrifter som er kategorisert som nivå 1 og 2 hos Norsksenter for forskningsdata, NSD. Alle forskningsartiklene er sykepleie faglig relevante. På bakgrunn av dette og temaene artiklene tar for seg har vi vurdert forskningsartiklene relevante for vår oppgave.

Den andre litteraturen oppgaven tar for seg er pensumlitteratur, og annen faglitteratur vi har funnet på LDH sitt bibliotek enten ved å se etter relevant litteratur i hyllene eller søke i biblioteksdata-basen Oria. Pensumlitteraturen og Faglitteraturen som er funnet på LDH sitt bibliotek er fagbøker. Fagbøker er ofte sekundærlitteratur og er dermed bearbeidet samt presentert av en annen forfatter enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2017, s. 158-159). Vi har derfor oppsøkt lignende litteratur for å kvalitetssikre stoffet. Feiltolkninger kan likevel ha oppstått. Til tross for dette har vi vurdert bøkene som gyldige eller relevante for vår oppgave. I tillegg til fagbøker og forskningsartikler har vi tatt i bruk lovverk hentet fra Lovdata, Yrkesetiske retningslinjer, kunnskap fra én prosedyre på helsebiblioteket og kunnskap fra e-håndboka. E-håndboka er Oslo universitetssykehus håndbok. Der har de samlet alle de interne prosedyre og andre styrende dokumenter for helseforetaket (Oslo universitetssykehus, 2020). Vi har valgt å bruke kunnskap fra e-håndboken da dette gir en pekepinn på hvordan ting blir gjort i praksis.

4.0 Forskningsresultater

Vi har brukt fire relevante forskningsartikler som sammen gir oss godt grunnlag til å svare på vår problemstilling. To av artiklene omhandler sykepleierens kunnskap og holdninger relatert til kartlegging og behandling av smerte hos barn i alderen 0-18 år, hvor den ene tar for seg spesifikt kartlegging av postoperative smerter. Et av funnene viser i hvor lite grad mindre barn faktisk blir smertevurdert ved hjelp av et smertekartleggeverktøy. Begge studiene er en kvantitativ studie, som ble gjennomført i Norge på flere barneavdelinger spredt på forskjellige sykehus og én høyskole. Det ble brukt PNKAS-N spørreskjema og klinisk observasjon. I studien er det både sykepleiere og spesialsykepleiere med flere års erfaring som blir inkludert, og resultatet tyder på at spesialsykepleiere skåret mye bedre på spørreskjemaet PNKAS-N. Tredje forskningsartikkel undersøker effekten av smertekartleggingsverktøyet FLACC på nyfødte opp til 5 år alder. Den går også noe inn på sykepleierens teoretiske kunnskap innen pediatri. Siste artikkel er en kvalitativ studie som ble gjennomført i England og tar inn til seg foreldres rolle i den akutte smerteomsorgen som gis til barn innlagt på sykehuset. Den går i dybden på samarbeidet mellom foreldre og sykepleier, og elementer som er til hindringer og faktorer som fremmer samarbeidet. Den undersøker også sykepleierens syn på familiesentret omsorg og hvordan helsepersonellet støtter denne filosofen i praksis.

Tabell 2:

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2011).	Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerte hos barn	Sykepleien Forskning	Å kartlegge norske sykepleierens og spesialsykepleierens kunnskap om og holdning til smerter hos og ungdom i alderen 0-18 år innlagt på sykehus.	Tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming, med spørreskjema og observasjon. Benyttet Pediatric Nurses Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain for å kartlegge sykepleieren kunnskap og holdning til smerte	183 deltagere ga en svarprosent på 76,9%. Sykepleierne ga et resultat på 71,2% av spørreskjema, spesialsykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleierne. Både sykepleiere og spesialsykepleierne hadde et godt teoretisk kunnskapsnivå, men spesialsykepleiere skåret noe høyere. De blir fortsatt vist et gap mellom kunnskapen de har og de tiltakene som de velger å gjøre i en pasientsituasjon. Det kreves en holdningsendring i praksis ved å stole på pasientens egenvurdering og tilstrekkelig smertelindring.

2	Reinertsen, H., Christophersen, K.-A. & Helseth, S. (2014).	<i>Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC</i>	Sykepleien Forskning	Undersøke reliabilitet og validitet til den norske versjon av smertevurderingsverktøyet FLACC. Forskningens hensikt er å beskrive og vurdere postoperativ smertelindringstiltak ved en barnekirurgisk enhet.	Studien har en kvantitativ tilnærming. 52 barn (0-5 år) blir smerteskåret 6-7 ganger i postoperativ fase med FLACC-N av to uavhengige sykepleiere	Resultatene viser et FLACC er et enkelt, reliabelt og valid verktøy som sykepleier kan benytte for å identifisere og dokumentere barnets smerte. Samtidig som smertekartleggingsverktøy kan brukes for å evaluere smertelindrende tiltak hos barn i alderen 0-5 år. Studien viser og til at det ikke var systematisk vurdering og behandling av barns smerte postoperativt. FLACC kan bidra til å kvalitetssikre smertebehandling og bør benyttes ved norske barneavdelingen.
3	Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg S. & Rustøen, T. (2018).	<i>Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management</i>	Pain management nursing	Å kartlegge sykepleierens kunnskap opp mot klinisk praksis for pediatrik postoperativ smertebehandling	Tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming, spørreskjema observasjoner i klinisk praksis i seks postanestesiske behandlingsenheter ved universitetssykehus i Norge.	Sykepleieren fullførte PNKAS-N og ble observert i praksis hvor de ga 266 barn postoperativ omsorg. 70t/enhet, totalt 416 timer. Gjennomsnittlig PNKAS-N score lå på 29, som er et avvik fra ønsket resultat. Smertene ble vurdert ved hjelp av et smertekartleggingsverktøy hos kun 19% av barna, hvor 9% av de var 5 år eller yngre. Det ble identifisert kunnskapunderskudd blant sykepleierne, men mest ved farmakologisk ledelse. Studien konkluderer med blant annet er behov for forbedring av kunnskap innenfor pediatrik smertehåndtering, og å støtte ulike tester og inngrep som bidrar til bedre praksis.
4	Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. J. & Chirema, K. (2018)	<i>"Tokenism or True partnership: Parental involvement in a child's acute pain care"</i>	Journal of Clinical Nursing	undersøke foreldrenes involvering i barnets akutte smerteomsorg. Identifisere faktorer som påvirker foreldrenes engasjement i barnets smerte omsorg. Siste punkt tar for seg og utforske foreldrenes preferanser for involvering i barnets smertehandling, og hvordan det skal identifiseres, tilrettelegges og forbedres.	Kvalitativ metode med dybdeintervju og observasjon.	Foreldrenes involvering i barnets akutte smertebehandling kan bedre barnets smerteopplevelse, redusere forelderens angst og øke foreldrenes tilfredshet. Flere sykepleiere ønsket å involvere foreldre i smertebehandlingen, men ble ikke alltid praktisert.

5.0 Diskusjon

5.1 Smertekartleggingsverktøy

For å vurdere smerte er selvrapporing gullstandarden. Hos små barn kan det være utfordrende, da de er kognitivt umodne og samtidig ikke har utviklet evnen til å uttrykke smerte verbalt. Dermed er det de voksne som må vurdere smerten for dem. For at voksne skal kunne vurdere barns smerte er det utviklet standardiserte smertekartleggingsverktøy. Disse brukes til å observere og dokumentere smerte og intensitet (Reinertsen et al., 2014). I Bacheloroppgavens teoridel er det et underkapittel som forteller mer om de ulike typene smertekartleggingsverktøy. I forskningsartikkelen "*Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC*" (Reinertsen et al., 2014) forteller de at det er lite bruk av systematisk observasjon av barn i alderen 0-5 år, og i tillegg at det er lite bruk av smertekartleggingsverktøy generelt. Dette er en utfordring da sykepleiere trenger kartleggingsverktøy i tillegg til kliniske undersøkelser i praksis for å vurdere barnets smerte.

Det finnes flere kartleggingsverktøy som er utformet for barn i forskjellige aldersgrupper, samtidig finnes det også kartleggingsverktøy som vurderer barn med tanke på atferd. Få av disse er oversatt til norsk (Tveiten et al., s.148). I følge prosedyren "*smertevurdering av barn 0-18*" som er publisert på helsebiblioteket.no og utformet av Oslo universitetssykehus (Smeland et al., 2017) er FLACC et smertekartleggingsverktøy som bør brukes på å observere barn i alderen 0-5 år. Ved bruk av FLACC som smertekartleggingsverktøy observerer man barnets atferd med tanke på hvordan barnet har bena sine, hva ansiktet uttrykker, hva slags aktivitet barnet er i, om de gråter eller hvordan de gråter og hvordan trøstbarheten er (Tveiten et al., s. 148-149). Ved bruk av FLACC får man vurdert barnets smerte, ut fra helhetlige observasjoner av atferdsmessig karakter. Ut fra vår mening vil det være en fordel å implementere FLACC i barneavdelinger hvor postoperative barn er innlagt. Det vil bidra til at smerter vurderes mer likt, og ikke forskjellig ut fra hvilken sykepleier som vurderer hvert enkelt barn.

FLACC ble laget for å ha et enkelt redskap og en konsistent metode for at barn med postoperative smerter skulle få sin smerte identifisert samt dokumentert og evaluert. Smertekartleggingsverktøyet ble utviklet samt validert på nyopererte barn i alderen 2 måneder til 7 år. I dag er FLACC anbefalt som førstevalg av smertekartleggingsverktøy når det kommer til postoperative barn, og den er enkel i bruk (Reinertsen et al., 2014). I studien "*validering og reliabilitetstesting av smertekartleggingsverktøyet FLACC*" (2014) av H.

Reinertsen et al, ble 52 barn observert og det ble totalt gjort 345 observasjoner ved bruk av FLACC-N. FLACC-N er den norske oversettelsen av FLACC. Studien viser at de to sykepleierne som observerte barnene med bruk av FLACC-N hadde en sterk korrelasjon seg imellom. Og smerteatferden på barn de vurderte hadde de vurdert nesten likt. Den tredje sykepleieren som vurderte smerten, vurderte denne ved bruk av NRS. Det viser også at det ikke ble gitt smertelindring ved en spesifikk NRS skår (Reinertsen et al., 2014). Man kan stille seg spørsmål om hvorfor de har brukt NRS på kartlegging av postoperative barn i alderen 0-5 år.

NRS er ifølge helsebiblioteket (Smeland et al., 2017) beregnet på barn over 8 års og man gir en selvrapporing av smerte basert på tall. Når NRS skåren og resultatene fra FLACC-N sammenlignes, ser vi at 27 barn uttrykker smerte når de blir kartlagt med FLACC-N. Når samme barn blir kartlagt med NRS er det kun 15 barn som har smerter. (Reinertsen et al, 2014). At variasjonen er så stor kan skyldes at FLACC-N gjør en mer helhetlig vurdering av smerten og at NRS kun gir et nummer på hvilken smerte barnet sier at de har der og da.

Studien tok for seg barn i alderen 0-5 år. De preverbale barna kan ha vanskeligheter med å bruke et verktøy som NRS. Kanskje hadde resultatet sett annerledes ut om FPS-R hadde blitt brukt som verktøy i stedet for NRS. Forskningsartikkel til H. Reinertsen et al. (2014) indikerer at NRS og FLACC – N samsvarer moderat. Når det har blitt gjort en NRS vurdering har barnet fått uttrykket smerte selv verbalt. Ved bruken av FLACC-N har sykepleieren gjort en helhetlig Vurdering (Reinertsen et al., 2014). Ut fra funnene i artikkelen kan man tenke seg til at FLACC-N er et godt egnet verktøy til å kartlegge smerte hos postoperative Barn i alderen 1-5 år.

5.2 Foreldresamarbeid

Når barn blir lagt inn på sykehus blir foreldresamarbeidet påvirket på forskjellige måter. Noen foreldre opplever stress, engstelse, usikkerhet rundt barnets situasjon og noen kan bli sterkt emosjonelt påvirket. Foreldre sine reaksjoner og behov er forskjellige. På den ene siden føler noen foreldre at det er krevende å medvirke til beslutninger og vurderinger av barnets behandling. På den andre siden er andre foreldre igjen mer engasjerte og sitter med godt vurderingsgrunnlag (Aarthun, 2018).

Forskningsartikkelen *“Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child’s acute pain care”* (Vasey et al., 2018) tar for seg foreldre og sykepleiernes samarbeid i akutt smerte omsorg til barn innlagt på sykehus. Den har fokus på elementer som fremmer samarbeid og elementer som er til hindring for samarbeidet. Ut fra vår smerteforståelse og smertekunnskapen som er tatt med i vår bacheloroppgaves teori del, har akutt smerte og postoperativ smerte flere likhetstrekk. Samtidig blir det også beskrevet i litteraturen at postoperative smerter defineres som akutt smerte forårsaket av vevsskade knyttet til et kirurgisk inngrep (Holm & Kummeneje, 2009, s.68). Derfor mener vi forskningsartikkel er relevant når det kommer til postoperativ smerte.

I forskningsartikkelen *“Tokenism or true partnership: Parental involvement in a Child's acute pain care”* (Vasey et al., 2018), kommer det frem at godt samarbeid mellom sykepleier og foreldre under smerteomsorg er til fordel for foreldre og barn. I Artikkelens funn kommer det frem at foreldrenes engasjement i barnets smertebehandling kan bidra til forbedret smerteopplevelse hos barnet. Det kan også redusere forelderens angst og øke foreldrenes tilfredshet i omsorgen. En viktig forutsetning for dette er at sykepleien står ansvar for å tilrettelegge for samarbeid og involvering. Studien til Vasey et al,(2018) sier også at dette er vanskelig og implementere i praksis. Foreldrene blir ikke rutinemessig invitert eller oppmuntret til å være aktive deltagere i barnets smerte prosess, og blir derfor ofte passive deltagere. Derfor er det mulig å stille spørsmålstegn til maktbalansen mellom beslutninger og omsorg bare er innenfor sykepleierens område og ikke foreldrenes? (Vasey et al.,2018). Når det kommer til foreldrenes tilfredsstillelse av involvering var den variabel i studien til Vasey et al. (2018). Noen av studiens deltakere uttrykte at de var svært fornøyde mens andre derimot var misfornøyde. To deltakere i studien fortalte at de gjentagende ikke ble tatt på alvor da barnet tydelig var smertepåvirket i deres øyne, og at deres bekymringer utviklet seg til angst (Vasey et al, 2018).

Studien til Vasey et al. (2018) trekker frem at foreldre ønsker å bli involvert i barnets omsorg, men på sitt nivå. Dette til tross for at de støttet på hindringer og misnøye. Foreldrene gjorde forsøk i å aktivt delta i barnets smertebehandling selv om noen sykepleiere ikke støttet til foreldrenes deltagelse. På den andre siden så noen av sykepleierne viktigheten av foreldrenes medvirkning og støttet dem i aktiv deltagelsen. I noen tilfeller mente enkelte sykepleierne at de sto i en maktposisjon der de måtte ta en avgjørelse uten foreldrenes deltagelse. I de tilfellene mente de at det kunne skyldes det at den akutte situasjonen trengte et raskt tiltak. I

andre tilfeller mente sykepleierne at foreldrene ikke hadde tilstrekkelige kunnskaper til å håndtere eller vurdere barnets smerte. Dette gjorde samarbeidet mellom sykepleier og foreldre vanskelig å gjennomføre (Vasey et al., 2018). I disse eksemplene som trekkes frem tenker vi at foreldre kan alltid involveres og bli sett på. I boken *Pediatri og pediatrik sykepleie* av Grønseth og Markestad (2018) kommer det frem at for å oppnå et godt samarbeid mellom foreldre og sykepleiere, må foreldrene involveres. I tillegg må deres synspunkter samt ønsker respekteres og tas i betraktning. For en god behandling av barnet må informasjonsflyten mellom foreldre og sykepleier gå begge veier (Grønseth og Markestad, 2018, 90). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2019) omhandler kapittel 3 at sykepleieren skal inkludere pårørende samt vise respekt og omtanke (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Her blir det da helt sentralt at sykepleieren underviser pårørende til å kunne delta aktivt i behandlingsforløpet.

Studien til Vasey et al. (2018) viste at det var variasjon i hvordan foreldre ble involvert. Det kom frem at noen sykepleiere satt pris på involvering, spesielt når det kom til å lytte til foreldrene. Mange sykepleiere verdsatte også foreldrenes bidrag, i tillegg så sykepleierne viktigheten av å lytte til foreldrene. Ved kirurgiske inngrep av det spesielt viktig å lytte til foreldrene. Et konkret eksempel fra studien var at foreldre kjenner barnet best, og sykepleieren måtte stille foreldre spørsmål om barnets reaksjonsmønster var normalt eller ikke (Vasey et al., 2018). Som skrevet i teoridelen kapittel 2.7 kjenner foreldrene barnets temperament og hvordan det til vanlig oppfører seg. Derfor er det viktig å ha en godt samarbeid mellom foreldre og sykepleiere. Foreldre kan ha mindre å bidra med til barnet under innleggelse fordi dem er slitne. Dermed har de mindre overskudd en normalt til å håndtere utfordringer. Bekymringer, følelser og behov kan være faktorer som er utløsende for at foreldrene får et behov for avlastning (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 24). Foreldre med en annen kulturell bakgrunn kan ha språkvansker. Disse kan oppleve å bli misforstått av helsepersonell, og dermed kan samarbeide fungere dårligere (Aarthun, 2018).

Uavhengig om foreldresamarbeid er utfordrende og kan resultere i mindre effektive behandlinger og utfordringer, sier pasient- og brukerrettighetsloven §4-4 (2020) “*Foreldrene eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år*” (Pasient og brukerrettighetsloven, 2020, § 4-4). I tillegg legger Forskrift om barns opphold i helseinstitusjonen (2021), vekt på at barnet skal ha minst en foreldre hos seg under oppholdet. I §6 under “*Samværsrett for foreldre*”, står det at personalet er pliktet til å avklare med foreldrene hvilken oppgave de selv ønsker utføre mens de er med barnet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjonen, 2021). Sykepleier må derfor være bevisst over egne holdninger, verdier og bidra til god veiledning og støtte, slik at mor eller far har evne til å gi nok støtte og være til hjelp for barnet (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.24).

5.3 Sykepleiers kunnskap og holdninger

I arbeid som sykepleier skal en fremme helse, livskvalitet og mestring, samtidig som tjenesten som blir gitt må være basert på gode verdier og fag kunnskap (Kristoffersen et al, 2014, s.16). I Norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer blir det beskrevet at “*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene*”(Norsk Sykepleierforbund, 2019). I dette underkapittelet har vi lagt hovedvekt på funnene i de to forskningsartiklene “*Nurses’ Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management*”(Smeland et al., 2018) og “*Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn*”(Hovde et al., 2011). De er publisert med 7 års mellomrom, begge artiklene bruker redskapet PNKAS-N for å kartlegge sykepleiernes kunnskaper og holdninger.

Studien til Hovde et al. (2011) har som hensikt å kartlegge sykepleiernes kunnskap knyttet til smerte både i teori og praksis. Gjennomsnitt skåren lå på 71,2 % riktige svar. Hvis vi ser på studien gjort av Smeland et al. (2018) kommer det frem at gjennomsnittsskåre på riktige svar var på 72%. Begge studiene er utført i Norge. I studien til Hovde et al. (2011) var det sykepleiere som jobbet med barn på 3 forskjellige universitets sykehus i helse sør- øst som var invitert til å delta. I tillegg var det også invitert 29 sykepleiere som holdt på med videreutdanning innen barnesykepleie (Hovde et al., 2011). Denne studien sier med andre ord ikke noe mere annet en at dette er tilfelle for helse sør- øst. Studien til Smeland et al, (2018) har derimot tatt for seg sykepleiere som jobber med postoperative enheter og postanesteske

enheter ved 6 universitetssykehus i Norge. Når vi sammenligner begge studiene, ser vi at resultatet samsvarer godt. Dette kan tyde på at kunnskapsnivået når det kommer til barn og smerter er ganske likt i hele Norge og det har heller ikke forandret seg så mye på 7 år.

Det som kan være interessant å merke seg at sykepleierne skårer bra på teoretiske kunnskap. I studien til Hovde et al. (2011) er det listet opp i statistikk hvilke spørsmål som har flest riktig svar blant deltakerene. 100% av deltakerne mener at barn ikke bør oppmuntres til å tåle mye smerte før de setter i gang smertelindrende tiltak. I tillegg skåret de bra på spørsmål om at foreldre skal være til stede når smertefulle prosedyrer skal utføres. Flere av spørsmålene rundt teoretisk på kunnskaper om smertestillende blir besvart riktig dette gjelder også opioider. Prosent skåren på at barns smerte bør vurderes individuelt er også høy (Hovde et al., 2011). Når vi ser på studien til Smeland et al. (2018) ser vi at resultatene er ganske like og det er kun marginale forskjeller som skiller dem. Dette kan tyde på at norske sykepleiere som jobber med barn innehar gode teoretiske kunnskaper om smerte samt lindring av smerte. I yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019) sier punkt 2.10 *“Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse”* (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Funnene tyder på at sykepleierne har teoretiske kunnskaper til å ivareta den lindrende funksjonen når det kommer til smerte.

Resultatene fra de praktiske spørsmålene derimot skårer ikke sykepleierne fullt så godt. I verktøyet PNKAS-N som er blitt brukt i studien til Hovde et al. (2011) og studien til Smeland et al. (2018) er det lagt opp til spørsmål rundt pasientcase. Studien til Hovde et al. (2011) i caset oppgir pasienten selv en NRS skår på 8. 2/3 av sykepleierne mener pasienten har mindre smerter enn en NRS skår på 8. I tillegg ville kun 25 % av sykepleierne gi pasienten max dose morfin i henhold til ordinasjon fra lege (Hovde et al, 2011). Studien til Smeland et al. (2011) viser at 42 % av sykepleierne sier pasienten har en smerte skår på 8 og 35,8 % ville gitt max mengde morfin ordinert fra lege. Dette tolker vi som at kunnskapen har blitt noe bedre de siste årene. Men likevel er det mange som ikke anerkjenner pasientens subjektive opplevelse av smerte. En antagelse fra vår side kan være at det skyldes bruk av egne erfaringer som ikke er forankret i forskning. Studien til Smeland et al. (2018) tok i tillegg til PKANS-N for seg kliniske observasjoner av sykepleierne som var med i studien. Her kom det tydelig fram at 81% av barna ikke ble smertevurdert med smertekartleggingsverktøy. Det ble heller ikke fulgt internasjonale retningslinjer for smertekartlegging av barn. Et fåtall av sykehusene som var med i studien hadde egne retningslinjer for smertekartlegging av barn .

På sykehusene hvor det forelå retningslinjer ble de sjeldent fulgt, da sykepleieren ikke viste om dem. I tillegg var de ikke alle steder disse retningslinjene var basert på forskning (Smeland et al.,2018). Når vi ser på resultatene i lys av at sykehusene ikke har nødvendige retningslinjer når det kommer til smerter hos barn, er det forståelig at ikke sykepleiere alltid greier å utøve den beste mulige sykepleie for barnet. I tillegg kan det bli utfordrende å smertekartlegge barnet på en god måte. Punkt 1.1 i Yrkesetiske retningslinjer sier at *“Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap”*(Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ut fra at ikke alle sykepleierne hadde nødvendige retningslinjer for å behandle barn (Smeland et al., 2018), kan dette tyde på at, ikke all sykepleie bygger forskning, men på sykepleierens egen kompetanse.

6.0 Avslutning:

For å svare på problemstillingen vår “*Hvilke faktorer påvirker smertekartleggingen av barn i alderen 1 til 5 år med postoperative smerter?*”, har vi sett på relevante forsknings litteratur.

Funnene i studiene danner et godt grunnlag for å belyse de ulike faktorene som har innvirkning på smertekartlegging av barn. Det finnes flere smertekartleggingsverktøy. For å kartlegge den postoperative smerten hos barn i alderen 1 til 5 år, er FLACC et godt verktøy. Selv om smerte er det pasienten sier det er, har ikke barn i alderen 1-5 år utviklet seg nok kognitiv til å uttrykke smerte verbalt. FLACC vil vurdere den postoperative smerten systematisk og se på faktorer som skiller atferd fra normal atferd, slik at sykepleierne får gjort en helhetlig vurdering. FLACC er et godt verktøy som bidrar til en god systematisk kartlegging av barn med postoperative smerter. Det er ikke kun hvilket verktøy vi bruker som påvirker smertekartleggingen. Hvordan foreldrene blir ivaretatt og involvert i pasientens behandling og smerte kartlegging har stor betydning. Det er tross alt foreldrene som kjenner barnet sitt best. Foreldre som blir aktivt inkludert i barnet behandlingsprosess, kan være en god resurs under smertekartleggingen. Når det kommer til sykepleieren, må sykepleieren ha nødvendige kunnskaper om smerte og gode holdninger for å inkludere foreldrene. Sykepleierne har i utgangspunktet gode teoretiske kunnskaper, men teori og praksis spriker. Det er som sagt flere faktorer som påvirker smertekartleggingen. For å lykkes med smertekartlegging av postoperative barn i alderen 1 til 5 år er det viktig å bruke et smertekartleggingsverktøy som gjør helhetlige vurderinger, samarbeide samt inkludering av foreldre er viktig for at barnet skal føle det trygg på sykehuset. Foreldrene kan komme med opplysninger som er relevante for behandling og smertekartlegging. Sykepleieren må inneha tilstrekkelige kunnskaper for å kartlegge smerter hos barn, og handle ut fra kunnskapsgrunnlaget.

Referanser:

- Aarthun, A. (2018). Helsepersonelle må bry seg mer om barnas foreldre. *Sykepleien.no*.
Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2018.72752>
- Bratli, L., Nystrøm, V., Leonardsen, L. A. (2020). Hvordan kan sykepleiere kartlegge barns smerte?. *Sykepleien.no*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80444>
- Dallan, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (utg.6). Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2017). Sykepleie ved smertel. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (utg. 4, bind 1,s.381- 427). Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2016). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2016). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R. & Markestad T. (2019) *pediatri og pediatriisk sykepleie*. (utg. 4) Fagbokforlaget
- Helsepersonelloven. (2020). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, S. & kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie* (utg.2). Fagbokforlaget.
- Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K. A., Dihle, A (2011).Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. *sykepleien*, 2011(nr. 4),
hentet fra: doi: [https:// 10.4220/sykepleienf.2011.0191](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0191)
- Johansen, H. I., Blinkenberg, J. (2018). *Legevakthåndboken* (utg.6) Gyldendal akademisk.
Hentet fra:
https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/barn/symptomdiagnoser/smerte_hos_barn
- Kristoffersen, N, J. (2014). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.- A.(Red). *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (Utg. 4., s. 281-336). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.- A. (2014). Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.- A.(Red). *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (Utg. 4., s. 15-28). Gyldendal Akademisk.
- Legemiddelhandboka (2020) *T20.3.1 Generelt om akutt smerte*. Hentet fra: https://www.legemiddelhandboka.no/T20.3.1/Generelt_om_akutt_smert.

- Lovisenberg diakonale høyskole. (2021, 25.02) *Databaser og Nettressurser*: Ressurser for artikkelsøk, kliniske oppslagsverk og nettressurser. Hentet 06.04.2021 fra <https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo Univeritetssykehus. (2020, 17.12). Handboksystem: e-Håndboken. hentet 04.04.2021 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/kvalitet/ehandboken>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2021). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reinertsen H. (2008). Smerte hos barn. T. Rustøen & A. Klopstad (Red.)
Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (utg. 1 s. 76 - 104). Gyldendal Akademisk
- Reinertsen, H., Christophersen, K. A. & Helseth, S. (2014). Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC. *Sykepleien.no*, <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0030>
- Stubhaug A. & Ljoså T. M. (2008). Hva er smerte? T. Rustøen & A. Klopstad (Red.)
Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (utg. 1 s. 22 - 50). Gyldendal Akademisk
- Smeland, A. H., Sørensen, K., Reinertsen, H. & Carlsen, E. (2017, 22.05).
Smertevurdering av barn 0-18 år. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/smertevurdering-av-barn#preparation>
- Smeland, A. H., Twycross A., Underberg S. & Rustøen T. (2018).
Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management. *Pain management nursin*, 2018 (volum 19, issue 6)
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006>
- Sørensen, K. & Smeland, A. H. (2017) Faktorer som kan påvirke barns smerteopplevelse og adferd. E-håndboken. Hentet fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121973>
- Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. S. (2012) *sykepleie til barn Familiesentrert sykepleie*. (Utg.1) Gyldendal akademisk
- Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N. & Kathleen, C., (2018). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of Clinical Nursing*, 2019 (28) <https://doi.org/10.1111/jocn.14747>

Wøien H. & Strand A. C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. T. Rustøen & A. Klopstad (Red.) *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (utg. 1 s. 271 - 289). Gyldendal Akademisk