

# Ikke-medikamentell smertelindring ved innleggelse av PVK

Kandidatnummer: 487  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8346  
Dato: 12. april 2021



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

*«Jeg sa til meg selv at når jeg ble stor,  
skulle jeg ikke glemme at som femåring er man  
et fullstendig individ.»*

- Simone de Beauvoir

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12. april 2021
<b>Tittel</b> <b>Ikke-medikamentell smertelindring ved innleggelse av PVK</b>	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p>Hvordan kan ikke-medikamentell smertelindring bidra til å redusere førskolebarns opplevelse av stress og frykt ved utførelse av smertefulle prosedyrer på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Som rammeverk for å belyse problemstillingen er det tatt utgangspunkt i sykepleierens lindrende og behandelende funksjon. Det teoretiske perspektivet innledes med juridiske rammer og etikk. Videre er det tatt bakgrunn i Jean Piagets kognitive utviklingsteori og Erik Homburger Eriksons psykososiale stadier. I tillegg har jeg som teorigrunnlag valgt å belyse barns opplevelse av smerte og smertefysiologi, stress og frykt hos barn på sykehus, kommunikasjon med barn på sykehus og ikke-medikamentelle smertelindrings metoder for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Litteraturstudie hvor det er benyttet, teoretisk- og forskningsbasert kunnskap til å belyse tema og besvare problemstillingen. Kunnskap er hentet fra både pensumlitteratur og annen litteratur fra LDHs bibliotek.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Gjennom diskusjonen blir ikke-medikamentell smertelindring diskutert opp mot teorien som er presentert tidligere. Effekten av de ikke-medikamentelle metodene blir sett i lys av barnets alder- og utvikling, generell smertelindrende effekt og hvorvidt de påvirker barnets opplevelse av stress og frykt ved utførelse av prosedyren. Videre blir det diskutert rundt sykepleiers evne til å ivareta barnets psykososiale behov og autonomi gjennom kommunikasjon og anerkjennelse.</p> <p><u>Oppsummering</u></p> <p>Forskningen viser til at ikke-medikamentelle metoder sett i lys av teorien som blir presentert kan ha svært god effekt på barnets smerteopplevelse ved innleggelse av eksempelvis PVK, i tillegg til å kunne redusere både barnets stress- og fryktreaksjon. I tillegg til dette kan metodene bidra til bedret samarbeid mellom sykepleier og barnet. Ytterligere forskning på andre medikamentelle metoder enn distraksjon er derimot vesentlig for å skape bredere kunnskap tilknyttet effekten av flere ikke-medikamentelle metoder.</p>	

(Totalt antall ord: maks 268)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning og bakgrunn .....</b>	<b>1</b>
1.1	Prestasjon av problemstilling .....	1
1.2	Avgrensing.....	1
1.3	Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde.....	2
1.4	Klargjøring av målgruppe og kontekst.....	2
1.5	Hensikt .....	2
1.6	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Juridiske rammer .....	4
2.2	Etikk i sykepleie til barn .....	4
2.3	Psykososial og kognitiv utviklingsteori.....	5
2.3.1	Jean Piagets kognitive utviklingsteori .....	5
2.3.2	Erik H. Eriksons psykososiale stadier .....	6
2.4	Smertefysiologi og barns smerteopplevelse .....	6
2.5	Ikke-medikamentell smertelindring.....	7
2.6	Stress og frykt hos barn på sykehus.....	8
2.7	Kommunikasjon med barn på sykehus .....	9
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Prestasjon av kunnskapsmaterieil.....	10
3.2	Søkehistorikk.....	10
3.3	Beskrivelse av søk .....	12
3.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.5	Begrunnelse for valg av forskning.....	13
3.6	Kildekritikk .....	13
<b>4</b>	<b>Prestasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>15</b>
4.1	Syntese av funn .....	15
4.2	Artikkelmatrise .....	15
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>17</b>
5.1	Ikke-medikamentelle metoder og prosedyresmerte .....	17
5.2	Ikke-medikamentelle metoder og barnets fantasi .....	18
5.3	Ikke-medikamentelle metoder og psykososiale behov.....	18
5.4	Ikke-medikamentelle metoder og barnets utviklingsnivå.....	21
5.5	Ikke-medikamentelle metoder og barnets autonomi.....	23
<b>6</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>27</b>

# 1 Innledning og bakgrunn

I 2018 hadde totalt 74 948 barn i alderen 0-9 år døgnopphold på somatiske sykehus i Norge og 197 146 barn i samme alder var innlagt på somatiske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2018). Det er beskrevet at så mange som 64% av barn på sykehus vil oppleve smerte i forbindelse med prosedyrer (Selmer, 2020)

Historie viser at smerter hos barn både er undervurdert og underbehandlet. Bakgrunnen for dette er noe usikkert som følge av at kunnskapen om hvordan smerte både kan forebygges og behandles finnes, men blir dessverre ikke anvendt tilstrekkelig (Selmer, 2020). En av faktorene som antagelig ligger til grunn for mangelfull smertelindring hos barn er det faktum at det fortsatt foreligger myter om at barn ikke føler smerte i samme grad som voksne i dagens samfunn (Hovde et al., 2011). På bakgrunn av dette oppsto et ønske om å utforske hvordan sykepleier kan bidra til god smertelindring av barn gjennom bruk av ikke-medikamentelle metoder. Som følge av dette og eget engasjement ovenfor pediatri endte jeg derfor på temaet ikke-medikamentell smertelindrings påvirkning på barns psykososiale behov under utøvelse av smertefulle prosedyrer på sykehus.

## 1.1 Prestasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i egen interesse, litteratur og forskning endte jeg opp med problemstillingen:

*Hvordan kan ikke-medikamentell smertelindring bidra til å redusere førskolebarns opplevelse av stress og frykt ved utførelse av smertefulle prosedyrer på sykehus?*

## 1.2 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle prosedyren innleggelse av perifert venekateter (PVK) da dette er en vanlig prosedyre mange barn må gjennom som følge av innleggelse på sykehus. I tillegg har jeg valgt å ekskludere foreldre som en del av oppgaven, til tross for at de er en betydelig faktor for barns trygghet (Grønseth & Markestad, 2017a). Oppgaven vil da avgrenset til å omhandle primært samhandlingen mellom sykepleier og barnet (Tveiten et al., 2012). Dette valget er tatt med utgangspunkt i det jeg anser som at sykepleier har størst innvirkning på og som i stor grad faller inn under sykepleierens ansvars-

og funksjonsområde (Nortvedt & Grønseth, 2015). Til slutt vil jeg presisere at de ikke-medikamentelle metodene ikke er tiltenkt som den eneste smertelindringsformen barnet skal motta. Sykepleier vil benytte ikke-medikamentelle smertelindrings metoder som et supplement til medikamentell smertelindring, som i denne konteksten hovedsakelig vil være i form av Embla krem (Grønseth & Markestad, 2017c).

### **1.3 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde**

For denne oppgaven er det spesielt relevant å trekke frem to av sykepleierens ansvars- og funksjonsområder. Først og fremst i denne oppgaven er det den lindrende funksjonen som er vesentlig tilknyttet oppgavens problemstilling. Gjennom den lindrende funksjon har sykepleieren ansvar for å begrense pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastning. Den lindrende funksjonen omhandler både generell smertelindring, men også lindring i form av at pasienten skal få uttrykke seg om behandlingen som den mottar. Sykepleier må derfor være ekstra oppmerksom mot pasientens opplevelse av sykdom og smerte. I tillegg er den behandlende funksjonen relevant for denne oppgaven da den omhandler det å gi generell klinisk behandling, da gjerne i form av utførelse av prosedyrer (Nortvedt & Grønseth, 2015).

### **1.4 Klargjøring av målgruppe og kontekst**

Målgruppen er barn i aldersgruppen 3-5 år også kalt førskolebarn. Valget falt på denne aldersgruppen grunnet deres særpreg og egen fasinasjon for barnets utvikling i denne perioden. I tillegg gjør barnets særtrekk i akkurat denne aldersperioden dem til en svært godt egnet målgruppe for flere av de ikke-medikamentelle smertelindrings metodene som tenkes belyst i oppgaven. Konteksten for møte med barna er at de skal fra tidligere være friske og være innlagt på en barnekirurgisk sengepost, som følge av en elektiv operasjon.

### **1.5 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan anvende ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder for å imøtekomme barns psykososiale behov imøte med den smertefulle og skremmende prosedyren innleggelse av PVK.

## **1.6 Begrepsavklaring**

*Førskolebarn:* barn i aldersgruppen 3 til og med 5 år i henhold til Grønseth og Markestad (2017a).

*Smerte:* er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som kommer av enten en faktisk eller en potensiell vevsskade (Tveiten et al., 2012).

*Prosedyresmerter:* smerte som følge av utførelsen av ulike prosedyrer som venepunksjon, spinalpunksjon og beinmargspunksjon (Grønseth & Markestad, 2017c).

*Ikke-medikamentell smertelindring:* smertelindring uten bruk av legemidler (Øye, 2019).

*Frykt:* en tankemessig aktivitet som vurderer om en trussel er farlig (Stubberud, 2019).

*Stress:* anses som en prosess som er en belastning på personenes ressurser. En fysiologisk stressreaksjon er betegnet som en respons som utløser hjertebank, øker blodtrykket, skaper muskelspenninger og kan gi rask puls (Reitan, 2010).

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapittelet presenteres teorien som legger kunnskapsgrunnlaget for drøftingen og besvarelsen av oppgavens problemstilling.

### **2.1 Juridiske rammer**

Det juridiske rammeverket legger grunnlaget for all utøvelse av sykepleie, og er derfor nødvendig å presentere. Blant de juridiske rammene som legger grunnlag for besvarelsen av oppgaven finnes både lovverk, forskrifter og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Av lovverk er da lov om pasient- og brukerrettigheter §§ 3-1 og 4-3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) relevant. I § 3-1 omtales pasientens rett til medvirkning, hvilket er av betydning for barnet i den grad at om barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter skal barnet bli hørt og gis informasjon. Barnets meninger skal vektlegges i lys av barnets modenhet og alder. I § 4-3 omtales pasientens samtykkekompetanse og foreldrenes rett til samtykke på vegne av barnet. I tillegg vil jeg av lovverk trekke frem helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 4) hvilket omtaler helsepersonells krav til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut fra ens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen helsepersonellet står i.

I tillegg til lovverket som nevnt over ansees forskrift om barns opphold i helseinsituasjon §§ 4 og 5 som relevant for denne oppgaven (Forskrift om barns opphold i helseinsituasjon, 2000). I § 4 sies det at barn skal fortrinnsvis innlegges på egne barneavdelinger, da disse lettere tilpasses barnets behov. I tillegg sier § 5 i forskriften at barn fortrinnsvis skal motta pleie fra samme helsepersonell gjennom hele innleggelsen.

### **2.2 Etikk i sykepleie til barn**

Etikk står høyt innen sykepleiefaget. Den skal legge grunnlaget for at alle pasienter får det tilnærmingen og behandlingen de har rett på, både i kombinasjon med og noen ganger konflikt med lovverket. Som følge av dette har det blitt opparbeidet yrkesetiske retningslinjer som nettopp legger grunnlaget for all utøvelse av sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Som bakgrunn for besvarelsen av problemstillingen ønsker jeg spesielt å trekke frem punkt 2 av disse retningslinjene som omhandler sykepleieren og pasienten. Ved utøvelse av den representative prosedyren er det svært viktig at sykepleieren er konsekvent ved ivaretagelse



av den enkelte pasients verdighet og integritet. Videre skal man som sykepleier ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, hvilken understøtter bruken av ikke-medikamentelle metoder.

Gjennom de fire prinsippers etikk er autonomi definert som en plikt (Brinchmann, 2017). Sykepleier er derfor ansvarlig for å ivareta pasientens autonomi, medvirkning og empowerment. Det faktum at det foreligger et foreldreansvar i henhold til lovverket, vil kunne problematisere sykepleiers plikt (Tveiten et al., 2012).

Ved utøvelse av pleie til barnet kan sykepleier oppleve å havne i et etisk dilemma tilknyttet viktigheten av få utført prosedyren, hvilket kategoriseres som velgjørenhet, og ivaretagelse av barnets rett til autonomi (Brinchmann, 2017). I tillegg til dette kommer foreldrenes rett til samtykke på vegne av barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). Dette legger grunnlaget for at sykepleier må tilrettelegge for at barnet blir sett og hørt. Av dette fremkommer viktigheten av å skille mellom barn perspektiv, barnets eget perspektiv på for eksempel smerte, og barneperspektiv som er voksne i barnets omgivelser som vurderer barnets opplevelse. Kombinasjonen av disse perspektivene må ligge til grunn for at sykepleier skal kunne ivareta barnets rett til god behandling og autonomi på et etisk plan (Nilsson, 2018)

## **2.3 Psykososial og kognitiv utviklingsteori**

Utviklingsteori legger grunnlaget for hvordan barnet utvikler seg kognitivt og psykisk. I denne oppgaven er det valgt å fokusere på førskolebarn og det vil derfor bli beskrevet her ulike psykologers perspektiver av barnets utvikling i den representative aldersgruppen. Ved presentasjon av utviklingsnivået har jeg tatt utgangspunkt i særtrekk ved førskolebarn (Grønseth & Markestad 2017a), og underbygget disse trekkene med teori fra psykologene Jean Piaget og Erik Homburger Erikson. Selv med bakgrunn i teorien til Piaget og Erikson må sykepleier og ta utgangspunkt i det enkelte barns modningsnivå, da hvert barn utvikler seg noe forskjellig (Nilsson, 2018).

### **2.3.1 Jean Piagets kognitive utviklingsteori**

Jean Piaget har kalt den utviklingsperioden barnet befinner seg i for den preoperasjonelle perioden. Dette strekker seg fra 2-7 år i følge Piaget. I denne perioden tilegner barnet seg svært mange nye erfaringer når det nå har fått større bevegelsesfrihet og blir eksponert for

større stimuli enn tidligere. Større bevegelsesfrihet fører til oppdagelsen av nye gjenstander og dette medfører at barnet utvikler et rikere språk. I tillegg er barnet i denne perioden preget av magisk tenkning og har en begrenset evne til å skille mellom fantasi og virkelighet (Piaget, 1992).

I den preoperasjonelle perioden er barnet preget av egosentrisk tankegang og klarer ikke se «verden» fra andres synspunkt. Barnet tror av den grunn at alle opplever og ser situasjoner fra sammen synsvinkel som dem. At barnet er preget av egosentrisk tankegang betyr og at barnet ser seg selv som årsaken til ting som skjer, både på godt og vondt. I tillegg til den egosentriske tankegangen har barnet og liten evne til å skille mellom konkurrerende stimuli (Piaget, 1992).

### **2.3.2 Erik H. Eriksons psykososiale stadier**

Slik som Piaget (1992) fremstiller barnet som nysgjerrig og oppdagelsesvillig i den representative aldersgruppen, fremmer psykolog Erik H. Erikson også barnet slik i det han kaller for fase tre av barnets psykososiale stadier: initiativ eller skyldfølelse (Erikson, 2000). I dette stadiet viser Erikson til at barnet er preget av et stort energioverskudd som fører til at barnet tar stadig mer initiativ til handlinger. Dette energioverskuddet gir og barnet en trang til å frigjøres og bli mer selvstendig. I tillegg er barnet i dette stadiet ivrig etter å samarbeide med andre. Samtidig som barnet har en iver etter empowerment, stilles også gradvis mer krav til barnet i dette stadiet. Barnet blir i større grad stilt ovenfor samfunnet normer og regler, og det forventes at barnet begynner å etterkomme disse. Dette kombinert med at barnet fortsatt har begrenset evne til å se sammenheng mellom årsak og virkning skaper en indre konflikt og gjør at barnet kan oppleve skyldfølelse.

## **2.4 Smertefysiologi og barns smerteopplevelse**

Smerte er vanlig hos barn i forbindelse med innleggelse på sykehus. Som nevnt tidligere opplever 64% av alle barn på sykehus smerte i forbindelse med prosedyrer (Selmer, 2020), fra nå av kalt prosedyresmerte (Oakes, 2011a). Smertefulle prosedyrer kan kategoriseres som alle prosedyrer som gir en form for prosedyresmerter, altså oppleves som smertefull for pasienten (Grønseth & Markestad, 2017c). Smerte som fenomen er alltid subjektiv og for helsepersonell forholder man seg til smerte gjennom pasientens selvrapportering. Problemet når en jobber med barn er at barnet, avhengig av alder, ikke alltid har kunnskapen eller språket til å

formidle smerteopplevelsen som følge av utvikling. Dette kan gjøre det problematisk for sykepleier å kartlegge og tilstrekkelig lindre smerten (Grønseth & Markestad, 2017c).

Faktorer som kan påvirke barnets opplevelse av smerte er både psykologiske og fysiske. Det er blant annet varigheten av smerten og nervesystemets funksjon, tidligere opplevelser, grad av selvbestemmelse, kontroll og forståelse som er med på å påvirke barnets smerteopplevelse. I tillegg spiller atmosfæren en stor rolle. I forhold til om barnet får en følelse av trygghet og ro eller om barnet blir urolig og stresset av aktørene i pleieprosedyren. Smerte er en av faktorene som er med på å skille ut stresshormon. Det er bevist at smerte som ved eksempelvis venepunksjon oppleves som mer intenst for yngre barn da det som oftest er kombinert med mangelfull forståelse for situasjonen og at de har manglende kunnskap i mestring av smerteopplevelse (Grønseth & Markestad, 2017c). Barn i førskolealder har liten forståelse for årsak og virkning og misforstår derfor lett årsaken og betydningen av smerte (Oakes, 2011a).

Som nevnt tidligere i oppgaven er det fra gammelt av mange myter tilknyttet barns smerteopplevelse. En trodde før at barn ikke opplevde eller husket smerte som følge av barnets utvikling. Fra slutten av 1990- og starten av 2000 tallet har det heldigvis blitt forsket mye på barns opplevelse av smerte. En vet nå at selv hos så små barn som premature og fullbårne har storehjernen utviklet seg til den grad at de opplever smerte og har hukommelse til å huske opplevelsen (Grønseth & Markestad, 2017c).

## **2.5 Ikke-medikamentell smertelindring**

Ikke-medikamentell smertelindring er smertelindring uten farmakologiske stoffer. Denne formen for smertelindring er kjent å ha god smertelindrende effekt på kortvarige smerter og anbefales å brukes ved utførelse av undersøkelser og prosedyrer på barn. Som nevnt i innledningen skal ikke ikke-medikamentell smertelindring erstatte, men supplere medikamentell behandling (Grønseth & Markestad, 2017c).

Som sykepleier har du mulighet til å benytte både psykiske og fysiske smertelindrings metoder. De psykiske metodene går primært på pasientens psykososiale behov og reaksjoner som påvirker smerteopplevelsen. De fysiske er metodene kan brukes for å redusere smerten fra selve stikket. I forberedelsesfilmen til Oslo Universitetssykehus for barn som skal inn på

sykehuset for elektiv operasjon anvender anestesilegen og -sykepleieren lek og historiefortelling som ikke-medikamentelle metoder ved innleggelse av PVK på en 4 år gammel gutt (Oslo Universitetssykehus, 2019). Dette er ett godt eksempel på to av mange ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder som har god effekt på barn i førskolealder. Valget av ikke-medikamentell metode må velges med bakgrunn i barnets alder, type smerte, kognitiv utvikling og personligheten til barnet. Barn i førskolealder oppnår best effekt av metoder som krever mindre kognitiv utvikling. Ikke-medikamentelle metoder for denne aldersgruppen kan blant annet være: distraksjon, både passiv og aktiv, forberede barnet med informasjon og gi rom for spørsmål, la barnet medvirke i prosedyren, hjelpe barnet med pusteøvelser, gjerne ved hjelp av å blåse bobler, nedkjøling i forbindelse med selve stikket og lek (Oakes, 2011b).

## **2.6 Stress og frykt hos barn på sykehus**

Barn i alderen fra 6 måneder til 4-5 år er blant den gruppen barn som er mest utsatt for å oppleve ugunstige ettervirkninger som følge av sykehusopphold. Dette kan komme av stressreaksjon grunnet mangel på forutsigbarhet og fryktopplevelse som følge av ukjent miljø og skremmende situasjoner. Derfor må sykepleier vektlegge de psykososiale behovene til barn på sykehus i stor grad. Grunnen til at akkurat denne gruppen er størst utsatt er barnets modenhet og følelsesmessig utvikling, hvilket legger grunnlaget for viktigheten av at sykepleier bidrar til trygghet hos barnet. Utrygghet tilknyttet et nytt og fremmed miljø, undersøkelse og prosedyrer er en av de største stressutløsende faktorene hos barn på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017a).

For å redusere opplevelsen av stress og frykt hos barnet er det vesentlig for sykepleier å iverksette trygghetsskapende tiltak for barnet, tilpasset deres utviklingstrinn. Slike tiltak kan blant annet være å la barnet få uttrykke usikkerhet og la barnet få stille spørsmål, i tillegg til å gi alderstilpasset informasjon. Videre kan sykepleier gi følelsesmessig støtte og underbygge bruk av barnets egne mestringsmekanismer, for å bidra til empowerment. Disse tiltakene vil en kunne argumentere for at er spesielt viktig akkurat for den representative aldersgruppen (Grønseth & Markestad, 2017a). I tillegg er smerteopplevelse hos barn en av faktorene som er med på å skille ut økt stresshormon (Grønseth & Markestad, 2017c).

## 2.7 Kommunikasjon med barn på sykehus

For at ikke-medikamentelle metoder skal fungere optimalt må sykepleiere praktisere god kommunikasjon med barnet. For å oppnå dette er det viktig at sykepleiere tilstreber at barnet er hovedpersonen i samtalen. Når barnet har nådd førskolealder har de opparbeidet seg et ordforråd rundt 2000 ord og de klarer å lage lengre setninger (Grønseth & Markestad, 2017b). I henhold til Piaget har barnet i den representative aldersgruppe evne både til å uttrykke ønsker og ta imot beskjeder (Piaget, 1992). Med utgangspunkt i dette og barnets kognitive utvikling er det desto viktigere at sykepleiere anerkjenner barnet og henvender seg til det.

Når sykepleiere henvender seg til førskolebarn er den beste måten å informere og innhente informasjon fra barnet på gjennom en «tredje person» som eksempelvis en bamse. Dette grunnet at barn i denne aldersgruppen ofte føler det er lettere å uttrykke skumle eller usikre ting gjennom en tredje part. Barn kommuniserer ofte bedre og forstår mer av det sykepleiere prøver å formidle om sykepleiere kombinerer ord med handlinger. Hjelpemidler som tegning, leker, bilder, eventyr og liknende er derfor gode å bruke i kommunikasjon med førskolebarn da de samsvarer med barnets fantasi (Grønseth & Markestad, 2017b). I tillegg er det viktig at sykepleiere er var ovenfor nonverbal kommunikasjon da førskolebarn kommuniserer mye med kroppsspråk og ansiktsmimikk (Nilsson, 2018).

For at barnets utvikling ikke skal påvirkes verken psykisk eller fysisk er det vesentlig at barnet har god interaksjon med medmennesker og klarer å ytre seg og sine meninger. For at barnet skal ha denne utviklingen er det vesentlig at sykepleiere imøte med barn i den representative alderen hvor de opparbeider seg kommunikasjonsevne tilrettelegge for dette. Dette gjør sykepleiere ved å lytte til barnet og ta barnets meninger på alvor. Det er vesentlig å henvende seg til barnet, til tross for foresattes tilstedeværelse, for å skape rom til barnet i samtalen. Nilsson (2018) viser i sin teori til forskning som understreker at barnet, i tillegg til foreldrene til barnet ofte foretrekker at sykepleieren kommuniserer direkte med barnet. Kommunikasjonen bør preges av lytting, aksept og bekreftelse, dette gjøres ved å møte barnet både på deres kognitive og emosjonelle plan (Grønseth & Markestad, 2017b).

### **3 Metode**

I dette kapittelet legges frem den metodiske tilnærmingen som er brukt for å belyse oppgavens problemstilling, søkehistorikk, utvalgt litteratur og forskning, i tillegg til kildekritikk.

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling.» (Thidemann, 2019, s.74).

Metoden som er brukt til å besvare oppgavens problemstilling er litterær oppgave, der en bruker sekundærkilder innen fag og forskningslitteratur som grunnlag for drøftingen av problemstillingen (Thidemann, 2019).

#### **3.1 Prestasjon av kunnskapsmaterieil**

For å få kunnskap til å belyse og besvare problemstillingen er det tatt utgangspunkt i tidligere pensumlitteraturen tilknyttet emnet, da særlig Grønseth og Markestad (2017) . Som følge av at pensumlitteraturen tilknyttet emnet er begrenset, var det behov for å supplere med annen relevant faglitteratur fra biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole. Ved gjennomgang av annen faglitteratur ble det tydelig at litteraturen i stor grad er lik Grønseth og Markestad (2017) og derfor er det primært blitt henvist til dem, selvom litteratur fra Tveiten et al. (2012) og annen litteratur fra Markestad (2016) er gjennomgått. Som følge av at Grønseth og Markestad (2017) gir breddekunnskap er det i stor grad blitt supplert med annen litteraturen innen utvikling, kommunikasjon og barns smerteopplevelse for å gi ytterligere kunnskap innen de ulike teoriene. Forskningsartikler som er anvendt er både funnet gjennom databasen Cinahl og gjennom referanseliste i bøker lest under perioden. I tillegg til litteraturen, har jeg tilegnet meg kunnskap gjennom å se alle episodene av dokumentarserien Barneavdelingen hos TvNorge og NRK serien Unik – om barn på sykehus. Dette for å få et større innblikk i barns reaksjoner på sykehusinnleggelse, i kombinasjon med muligheten til å observere sykepleier utøve pleie til barn.

#### **3.2 Søkehistorikk**

I tabell 1 viser hvilke søkestrategier som er brukt for å finne de representative artiklene i oppgaven. Tabellen viser oversikt over når de ulike artiklene ble funnet, hvor jeg fant de,

hvilke søkeord og ordkombinasjoner som ble brukt og hvilke begrensninger som ble brukt i søkene. I tillegg viser tabellen til hvor mange artikkel sammendrag og konkrete artikler som er blitt lest i sitt fulle.

Tabell 1. Søk etter forskningslitteratur

Søke-dato	Strategi	Database	Søkeord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammen drag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
03.12.20	Systematisk litteratur- søk	Cinahl	1. nonpharmacological 2. pediatric patients 3. nurses+ 4. 1 AND 2 AND 3 5. 1 AND 2	18	3	2	1	Wente, (2013) <i>Nonpharmacologic pediatric pain management in emergency department: a systematic review of the literature</i>
03.12.20	Kjedesøk	Google Scholar:  Clinical guideline for: Procedural pain managemen t	Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management	/	/	/	/	Srouji, R., S. Ratnapalan, and S. Schneeweiss (2010) <i>Pain in Children: Assessment and Nonpharmacolo gical Management.</i>
04.02.21	Systematisk litteratur- søk	Cinahl	1. Needle-related medical procedures	5	2	2	1	Karlsson, Rydström, Nyström, Enskär & Englund (2015) <i>Consequences of Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7 years)</i>
01.03.21	Systematisk litteratur- søk	Cinahl	1. children and young people 2. venipuncture 3. pain+ 4. 1 AND 2 AND 3 5. 1 AND 2 6. venipuncture (narrow: child, preschool: 2-5 years)	50	4	2	1	Söderbäck, (2012) <i>Young (3-5 year- old) children's ways of engagement in care procedures involving venepuncture</i>

### **3.3 Beskrivelse av søk**

Allerede ved gjennomgang av den aktuelle pensumlitteraturen fra studiet ble den første artikkelen i artikkelmatrisen funnet. Gjennom kapittel 11 «Smerte og smertebehandling» i boken *Pediatri og pediatrik sykepleie* av Grønseth og Markestad (2017) fant jeg en klinisk retningslinje «Procedural pain management», referanse nr. 22. Denne guidelinen søkte jeg opp i google og i dens referanseliste fant jeg artikkelen jeg har valgt å anvende, nemlig «Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management» (Srouji et al., 2010).

Resterende artikler fant jeg gjennom databasen Cinahl. Dette er en database jeg har god erfaring med, og har brukt denne hyppig gjennom studietiden. Cinahl er en bibliografisk database som referer til rundt 3000 engelskspråklige tidsskrifter, og er en svært relevant database om man ser etter stoff tilknyttet pasientens egne erfaringer (Underdal, 2013). For å finne relevante søkeord har jeg benyttet verktøyet MeSH på norsk hos Helsebiblioteket (Legemiddelaktuelle, 2018).

I starten gjorde jeg veldig generelle søk med søkeordene nonpharmacological, pain, child eller pediatric patients og nurse. Grunnet til at søkeordet i selve søket ble nurses er at dette var ordet cinahl foreslo. Dette førte til funn av mange generelle artikler tilknyttet bruken av ikke-medikamentelle metoder som ikke direkte viste til samme kontekst eller handlingsmønster som er belyst i oppgavens problemstilling. Videre måtte jeg derfor filtrere søket litt og knytte det tettere opp til problemstillingen. Ved hjelp av å lese mange ulike referanselister og MeSH ord endte jeg da opp med søkeord som needle-related medical procedures, i tillegg til children and young people, venipuncture og pain. Jeg valgte da å avgrense søke til å gjelde for min aldersgruppe da det er gjort mye forskning på øvre aldersgrupper enn min.

### **3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Valget av forskningslitteratur er tatt med utgangspunkt i studiens metode, og funnenes relevans ovenfor oppgavens problemstilling. For å avdekke relevans og forenlighet med problemstillingen er det formulert inklusjons- og eksklusjonskriterier.



Tabell 2. inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Førskolebarn, alder 3-5 år</li> <li>○ Samhandling mellom sykepleier og barnet</li> <li>○ Psykososiale utfall</li> <li>○ Likhet i kulturelle trekk</li> <li>○ Engelsk eller nordisk skriftspråk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Foreldres bruk av ikke-medikamentelle metoder</li> <li>○ Generell anvendelse av ikke-medikamentelle metoder</li> <li>○ Forskning datert tidligere enn 2010</li> <li>○ Postoperativ smertelindring</li> </ul>

### 3.5 Begrunnelse for valg av forskning

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene i tabell 2 la grunnlaget for utvelgelsen av forskningsartiklene. Gjennom søkeprosessen ble artiklenes relevans vurderte fortløpende ved å lese titlene og abstraktene. Studier med hovedfokus på smertefulle prosedyrer, innleggelse av PVK og bruk av ikke-medikamentelle metoder ble i første omgang inkludert. I tillegg ble artikler fra før 2010 ekskludert. Dette gjorde at mye forskning ikke ble vurdert. Artikler som direkte omhandlet foreldres bruk av ikke-medikamentelle metoder ble ekskludert, i tillegg til oppgaver som omhandlet postoperativ smertelindring. Artikler som omhandlet bruk av ikke-medikamentell smertelindring hos den representative aldersgruppen og generelt hos barn ble vurdert. Overførbarhet til norsk kultur hadde og betydning ved utvalg av artikler. Videre ble omtalelse av psykososiale reaksjoner vektlagt ved videre utvelgelse av artikler. Avslutningsvis ble det valgt å både inkludere oversiktsartikler og kvalitativ forskning for å skape både bredde og dybde i kunnskapen tilknyttet problemstillingen. Gjennomgående for den kvalitative forskningen som ble valgt var belysningen av barnets psykososiale reaksjoner.

### 3.6 Kildekritikk

Gjennom dette underkapittelet skal det settes spørsmål ved litteraturen gjennom vurdering av litteraturens relevans og gyldighet. I tillegg til hvorvidt litteraturen fortrolig kan benyttes til å belyse den aktuelle problemstillingen. Ved utvelgelse av litteratur er det tatt bakgrunn i TONE- kriteriene (Orgeret, 2018). TONE står for troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet.

Kildekritikk brukes for å anslå hvorvidt en kilde er til å stole på eller ikke og i hvilken grad litteraturen kan benyttes til å besvare problemstillingen din (Dalland, 2020).

All faglitteratur som er anvendt i oppgaven er utgitt av kjente forfattere og forskere innen det representative fagfeltet. Noe av litteraturen er å anse som av eldre opprinnelse, spesielt forskningen til Piaget (1992) og Erikson (2000). Som følge av at de fortsatt per dags dato blir anvendt innen fagfeltet og det ikke er meg kjent at det er kommet noen ny forskning som motstrider med litteraturen, ansees den som relevant. I tillegg har all faglitteratur blitt funnet gjennom biblioteket til Lovisenberg Diakonale høgskole, hvilket gjør at jeg føler meg trygg på kildene da skolen har utvalgt litteraturen med utgangspunkt i sykepleiefaglig relevans (Lovisenberg diakonale høgskole, 2021). Deler av faglitteraturen har også vært pensumlitteratur i løpet av studietiden.

Det er benyttet både primær og sekundærkilder i besvarelsen av oppgaven (Dalland, 2020). To av forskningsartiklene som blir presentert i artikkelmatrisen under kapittel 4.2 er enkeltstudier og regnes derfor som primærkilder. De resterende to forskningsartiklene er såkalte oversiktsartikler (reviews) hvilket regnes som sekundærkilder da de sammenfatter og vurderer tidligere publiserte studier opp mot hverandre. Det faktum at det er valgt å anvende både oversikts- og kvalitative forskningsartikler kan både ses som positivt og negativt. Som følge av dette er det skapt rom for å både få en oversikt over ikke-medikamentell smertelindring, samtidig få en fordypning innen de psykososiale reaksjonene i forbindelse med prosedyren. Av faglitteraturen er både boken til Piaget (1992) og Eriksson (2000) å regne som sekundærkilder som følge av at de er oversatt fra opprinnelig språk.

I en av oversiktsartiklene er det anvendt forskning fra Iran. Dette kan gå noe imot ønske om å benytte forskning fra liknende kultur som Norge. Ulik kultur kan resultere i ulik behandlingstilnærming og psykososiale forhold som kan gi informasjon som ikke nødvendigvis blir forenelig med Norge. I tillegg til dette er det blitt nødt til å inkludere artikler der foreldrenes rolle er en del av forskningen. Dette kommer som følge av at den representative aldersgruppen i stor grad avhenger av samhandling med foreldre under sykehusopphold. Det har derfor vært vanskelig bort foreldre som en del av forskningen.

Slik som med faglitteraturen som er anvendt er også forskningslitteraturen skrevet av anerkjent fagpersonell innen sykepleiefaget og pediatriefaget. I tillegg er forskningen publisert i kjente sykepleierrelaterte forum hvilket er med på å underbygge forskningen troverdighet og egnethet.

## 4 Prestasjon av forskningsresultater

Dette kapittelet tar for seg resultatene fra forskningslitteraturen som er valgt for å belyse problemstillingen. Først vil alle artiklene bli presentert med en kortfattet syntese før artiklene presenteres i en systematisk artikkelmatrise hvor hovedresultatene fra forskningen legges frem, uten tolkning.

### 4.1 Syntese av funn

Resultatene fra forskningen viser til mange av de samme funnene, men tar og for seg noen ulike funn. Felles for resultatene til alle artiklene som er valgt er at de vektlegger viktigheten av at helsepersonell må ta utgangspunkt i både alder og utviklingsnivå ved utøvelse av sykepleie til barn, i tillegg til å samarbeide med barnet. Videre er det felles for tre av dem at de omtaler distraksjon som metode i tillegg til hvordan ikke-medikamentell smertelindring påvirker barnets stress og frykt nivå, samt hvordan det påvirker barnets smerteopplevelse. I tillegg omtales tidsperspektiv ved bruk av distraksjon og nedkjøling som metode i noe av forskningen.

### 4.2 Artikkelmatrise

Artikkelmatrisen (tabell 3) som blir presentert under skal gi en oversikt over hoved forskningslitteraturen valgt for å belyse problemstillingen min. Det gir en kortfattet og oversiktlig fremstilling over hovedpunktene hensikt, design og funn i artiklene uten tolkninger.

Tabell 3. Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ metode	Funn
1	Srouji, Ratnapalan & Ratnapalan, (2010)	Pain in Children: Assessment and Nonpharmacologic Management	International Journal of Pediatrics	Å skape en oversikt over smerte evaluerings verktøy og diskutere viktigheten av smerte kontroll og avlednings teknikker under smertefulle prosedyrer.	Review artikkel	Alders spesifikk ikke- medikamentelle metoder brukt til å kontrollere smerte hos barn er mest effektiv når den tilpasses utviklingsnivået til barnet.
2	Söderbäck, (2012)	Young (3-5 year- old) children's ways of engagement in	Journal of Research in Nursing.	Beskrive de kvalitative forskjellene i kompleksiteten til	Kvalitativ metode	Alle aktørene i pleieprosedyren påvirker barnets engasjement.

		care procedures involving venipuncture		<p>hvordan små barn i den representative aldersgruppen engasjerer seg i innleggelsen av PVK.</p> <p>Foreta videoobservasjon og en analyse for å skape forståelse av barns demonstrerte uttrykk og handlinger.</p>		<p>Oppmerksomhet, følsomhet og respons fra sykepleier er et viktig innflytelsesrikt aspektet. Når passende distraksjonsmetoder ble benyttet fikk barnet registrert en lavere stress respons tilknyttet prosedyren.</p>
<b>3</b>	Wente, (2013)	Nonpharmacologic pediatric pain management in emergency department: a systematic review of the literature	Journal of emergency nursing	<p>Å undersøke hvilke ikke-farmakologiske inngrep akuttmottaket bruker for smertelindring hos barn i alder 0 til 18 år.</p>	Review	<p>Det kommer frem at ikke-farmakologiske metoder som distraksjon og kaldt omslag kan være nyttig i pediatrik smertebehandling i akuttmottaket.</p>
<b>4</b>	Karlsson, Rydström, Nyström, Enskär & Englund (2015)	Consequences of Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7 years)	Journal of Pediatric Nursing	<p>Målet med studien var å forklare og forstå konsekvensene relatert til nål relaterte medisinske prosedyrer fra yngre barns perspektiv.</p>	Kvalitativ metode	<p>Det er behov for bevissthet om at voksnes makt blir mer åpenbar for barn under nål relaterte medisinske prosedyrer. Barns overgivelse innebærer ikke nødvendigvis aksept av prosedyren. Å gi barn muligheter til å kontrollere deler av prosedyren skaper et grunnlag for aktiv deltagelse og omvendt.</p>

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet skal problemstillingen «Hvordan kan ikke-medikamentell smertelindring bidra til å redusere førskolebarns opplevelse av stress og frykt ved utførelse av smertefulle prosedyrer på sykehus?» diskuteres. Dette gjøres ved å knytte teorien som presentert under kapittel to med forskningen som presentert i kapittel fire.

### 5.1 Ikke-medikamentelle metoder og prosedyresmerte

I henhold til forskningen til Wente (2013) oppnår barn best smertelindring, ved eksempelvis PVK, når medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring kombineres. Dette underbygger viktigheten av at sykepleier anerkjenner effekten ikke-medikamentelle smertelindrings metoder kan ha på barnets smerteopplevelse. En av faktorene som påvirker barnets opplevelse av smerte er stress. Smerte og stress kan ses på som en ond sirkel, der begge faktorene har en negativ innvirkning på hverandre. Smerte fører til økt utslipp av stresshormon i kroppen, i tillegg til at stress i seg selv forsterker smerteopplevelsen. For å kunne redusere barnets opplevelse av prosedyresmerte ved innleggelse av PVK må sykepleier både redusere den fysiske smerten til barnet og redusere stressreaksjonen i forbindelse med prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017a). Forskningen til Wente (2013) viser til at både distraksjon og nedkjøling hadde en betydelig effekt på barnets selvrapportering av smerte. Det skal nevnes at forskningen Wente henviser til er utført på barn i alderen 6 til 12 år, men i henhold til Oakes (2011b) er nedkjøling en fysisk tilnærmings metode som gir god effekt også hos førskolebarn. Den gode effekten kommer som følge av at overfladisk nedkjøling fører til vasokonstriksjon og hypoestesi som gir redusert følsomhet for smerte. Ved å kombinere medikamentell smertelindring som Embla krem som forberedende tiltak etterfulgt av nedkjøling superior for kremen kan sykepleier redusere prosedyresmerte opplevelsen ved innleggelse av PVK.

Gjennomgående i forskning tilknyttet ikke-medikamentell smertelindring er at den totale smerteopplevelsen øker mindre hos barn det anvendes bruk av ikke-medikamentelle metoder på enn hos barn hvor det ikke anvendes (Bergomi et al., 2018). Som nevnt i teorien er prosedyresmerte svært vanlig hos barn og det er derfor vesentlig at sykepleier vektlegger sin lindrende funksjon for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og lindre smerten (Nortvedt & Grønseth, 2015). Noe som er kritikkverdig å nevne er at det finnes flere ulike ikke-medikamentelle metoder enn distraksjon og nedkjøling, for eksempel å blåse bobler

hvilket kan hjelpe barnet med å oppnå en god pusteteknikk ved innleggelse av eksempelvis PVK (Oakes, 2011b), men dette er det lite forskning på. Majoriteten av forskningen tilknyttet ikke-medikamentell smertelindring omhandler bruk av distraksjon som metode. En kan ha stor forståelse for dette da distraksjon innebærer bruk av mange ulike hjelpemidler og teknikker, men for å oppnå et større perspektiv på ikke-medikamentell smertelindring skulle en gjerne sett at det var forsket mer på bruk av flere av metodene.

## **5.2 Ikke-medikamentelle metoder og barnets fantasi**

Barns egenstående fantasi legger store deler av grunnlaget for hvorfor ikke-medikamentell smertelindring er et så godt hjelpemiddel for denne gruppen. Barn bruker fantasien sin som en mestringsmekanisme, der fantasien legger grunnlag for hvordan barnet håndterer stress, frykt og utfordringer, og hvordan de tilegner seg ferdigheter (Oakes, 2011b). Gjennom både passiv og aktiv distraksjon kan sykepleier anvende barnets fantasi til sin fordel ved å veilede barnet gjennom ulike former for distraksjon (Srouji et al., 2010). Ved passiv distraksjon er barnet stille mens sykepleier aktivt distraherer barnet, mens ved aktiv distraksjon motiverer sykepleier barnet selv til å delta i distraksjonen mens prosedyren blir utført. Forskning viser til at passiv distraksjons metoder, hvilket er bruk blant annet musikk, lese bøker og la barnet se på barne-tv er mer effektivt enn bruk av aktive metoder (Bergomi et al., 2018). Disse metodene er og de mest egnede ved innleggelse av PVK da man har et behov for at barnet forholder seg rolig. De aktive distraksjonsmetodene omfatter blant annet bruk av lek eller å blåse bobler. Denne forskningen viser og til en nylig utført studie som resulterte i funn tilknyttet bruk av audiovisuelle metoder, altså bruk av bilde og lyd, ga barnet bedre smertehåndtering og trygghet, samt bedre samarbeid i fra barnets side. Disse funnene underbygger relevansen av at sykepleier kan anvende barnets livlige fantasi til sin fordel (Piaget, 1992) for å få utført sin behandlende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2015).

## **5.3 Ikke-medikamentelle metoder og psykososiale behov**

De fleste ikke-medikamentelle smertelindringsmetodene affekterer barnets psykososiale behov da de påvirker barnets opplevelse av prosedyreutførelsen, som i dette tilfelle er innleggelse av PVK. Dette gjør at metodene både er svært kostnadsvennlige og burde kunne anvendes som et lavterskel tiltak fra sykepleiers side (Wente, 2013). Som omtalt under kapittel 5.1 har stress og smerte stor påvirkningsevne på hverandre (Grønseth & Markestad,

2017c). Det er derfor av stor viktighet at sykepleier også legger fokus på barnets psykososiale behov ved utførelse av prosedyren. Majoriteten av forskningen tilknyttet ikke-medikamentelle metoder omhandler i stor grad distraksjon i ulike former som tiltak. Oakes (2011b) viser til en lang rekke distraksjonsmetoder man kan anvende hos førskolebarn. Med bakgrunn i utviklingsteorien til Piaget (1992) og Erikson (2000) og forskningen som er funnet er det relevant å trekke frem metoder som å lese bøker, lek, bruk av musikk, se barne-tv og å blåse såpebobler (Wente, 2013). I forskningen som Wente (2013) presenterer er det gjort funn av at distraksjon hadde en betydelig effekt på barnets opplevelse av stress under utøvelsen av smertefulle prosedyren. Distraksjonsmetodene som ble anvendt i forskningen samsvarer med metodene som nevnt over. Forskningen til Söderbäck (2012) viste i samsvar med resultatene til Wente (2013), at ved bruk av distraksjon oppnådde barnet en lavere stress respons tilknyttet prosedyren. Men i tillegg til det understreket Söderbäck (2012) og viktigheten av å bruke passende distraksjonsmetoder. Karlsson et al. (2015) viser også til dette da distraksjon kan for noen barn overta den realistiske tankegangen, som følge av at fantasien tar overhånd og grenser blir visket ut. Om det skjer blir den ikke-medikamentelle metoden ikke til barnets beste og det kan resultere i mangel på kontroll fra barnets side. Det er derfor vesentlig at sykepleier velger passende ikke-medikamentell metode som følge av barnets utviklingsnivå og personlighet ved innleggelse av PVK. Hva som menes med passende distraksjon vil bli utdypet videre i neste avsnitt.

I tillegg til stressfaktoren understreker også forskningen tilknyttet bruk av ikke-medikamentelle metoder at opplevelse av frykt tilknyttet undersøkelse og utførelse av prosedyrer er vanlig hos barn. Slik som stress, kan frykt påvirke barnets smerteopplevelse på en negativ måte (Karlsson et al., 2015). Karlsson et al. (2015) viser til at fryktopplevelsen hos barnet øker ved innleggelse av eksempelvis PVK fordi barnet er ukjent med prosedyren. Dette omtales og i forskningen til Söderbäck (2012), der det uttrykkes at barns opplevelse av sykehusrelatert frykt tok utgangspunkt i usikkerhet, skade, følelse av hjelpeløshet og avvisning fra helsepersonalet. Her kommer sykepleiers lindrende funksjon, i tillegg til kommunikasjonsferdigheter inn i stor grad. For å motvirke barnets opplevelse av frykt som følge av avvisning kan sykepleier anvende kommunikasjonsprinsipper for samhandling med barn. Ved kommunikasjon som omhandler barnet og hendelsesforløpet på sykehuset skal sykepleier som hovedregel henvende seg til barnet. For at barnet skal oppleve trygghet i ellers utrygge omgivelser kan varme og omsorgsfulle personer være til hjelp (Eide & Eide, 2017), her kommer sykepleieren inn. Gjennom de yrkesetiske retningslinjene uttrykkes det at

sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, hvilket betyr òg ikke bare utføre selve prosedyren, men å ivareta alle aspektene ved mennesket underveis (Norsk sykepleierforbund, 2019). I dette tilfelle består det i stor grad av å ivareta pasientens psykososiale behov under behandlingen. I forskningen til Wentz (2013) ble det vist at distraksjon ved bruk av ulike bøker hadde betydelig effekt på barnets opplevelse av frykt i tilknytning til prosedyreførelsen. Karlsson et al. (2015) omtaler at frykten for medisinske prosedyrer hos barn ofte bunner ut i frykt for nåler, og deres mangel på forståelse for kroppintegritet og vevsskade. Dette er faktorer som i stor grad påvirker barnet ved innleggelse av PVK. Videre henviser Karlsson et al. (2015) også til andre grunner for frykt hos barn på sykehus som frykten for smerte, frykt grunnet mangel på informasjon, frykt som kommer av fantasi og frykt som følge av ukjent miljø. Som følge av fryktens innvirkning på barnets smerteopplevelse er det vesentlig at sykepleier anvender sin lindrende funksjon for å minimere fryktopplevelsen hos barnet (Nortvedt & Grønseth, 2015). Gjennom forskningen sin viser Karlsson et al. (2015) at lek som en ikke-medikamentell metode bidro til å minimere frykten hos barnet. Ved forberedelse av barnet, hvilket blir diskutert senere, viste og Karlsson et al. (2015) til at hvordan barnet lekte i forkant av prosedyren kunne gi sykepleieren en indikasjon på hva barnet forventet og hva barnet så for seg at skulle skje. Hvis sykepleieren i det tilfelle anvender sykepleieprosessen godt, observerer og tilegner seg informasjon fra barnet, kan sykepleieren legge grunnlaget for valg av ikke-medikamentell metode og informasjonsbehovet til barnet. For at sykepleier skal ha mulighet til dette er kontinuitet vesentlig, hvilket belyses i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 5). Ved at barnet mottar pleie fra samme helsepersonell gjennom innleggelsen gir en sykepleier bedre grunnlag for å kunne lære barnet å kjenne og gjøre vesentlige observasjoner tilknyttet barnets psykososiale behov. Denne informasjonen vil sykepleieren videre kunne bruke til å gi barnet den beste og mest helhetlige pleien som mulig, i henhold til de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

For å ivareta barnets psykososiale behov etter beste evne ved eksempelvis innleggelse av PVK, må sykepleier videre vektlegge barnets kommunikasjonsevne. Slik som Söderbäck (2012) sier i sin forskning så uttrykker barn sin forståelse av en situasjon gjennom non-verbal kommunikasjon, hvilket uttrykkes blant annet gjennom ulike former for kroppsbevegelser. Barnet kan sparke sykepleieren vekk, veive med armene eller snu seg vekk fra situasjonen om de føler frykt eller stress (Karlsson et al., 2015). I motsetning kan barnet uttrykke seg ved å være søkende mot sykepleier, stille spørsmål, se på utstyret som skal benyttes og ta initiativ til



at sykepleier kan fortsette prosedyren dersom de føler seg trygge (Söderbäck, 2012). Söderbäck (2012) viser i forskningen sin at nøkkelen til å gi barnet enn trygg gjennomføring av innleggelse av PVK innen sykepleierens funksjonsområde (Nortvedt & Grønseth, 2015) er ved bruk av Embla krem i kombinasjon med distraksjons teknikker. I tillegg til dette viser Söderbäck (2012) til at den beste måten å få barnet engasjert i gjennomføringen av prosedyren er ved å inkludere barnet og gi dem muligheten til å velge distraksjonsmetode selv. Avslutningsvis understreker hun viktigheten av at sykepleier gir barnet oppmerksomhet, tilbyr omsorg og respons for at barnet skal klare å håndtere situasjonen med bruk av egen kompetanse. Hvilket og vektlegges i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleier kan ved veiledning av barnet gi barnet muligheten til å lære å oppnå et adaptivt engasjement med utgangspunkt i barnets egne premisser. Ved at sykepleier utøver sykepleie på denne måten gir en og barnet sin rett til medvirkning i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Denne tilnærmingen vektlegges også i forskningen til Srouji et al. (2010), der en ser at denne tilnærmingen til barnet gir dem mulighet for å assosiere og kommunisere, videreutvikle seg og føle på empowerment.

#### **5.4 Ikke-medikamentelle metoder og barnets utviklingsnivå**

Det som er spesielt ved utøvelse av sykepleie til barn i forhold til voksne er at sykepleier må imøtekomme barnets utviklingsnivå for at pleien skal bli mest mulig effektiv (Srouji et al., 2010). Med utviklingsnivå inngår ikke bare den kognitive utviklingen, men både fysisk og psykisk utvikling, i tillegg til samspills-, tilknytnings- og kommunikasjonsferdigheter og symptombylde. Srouji et al. (2010) viser til forskning som hevder at når aldersspesifikke ikke-medikamentelle metoder som tilpasses barnets utviklingsnivå blir brukt vil en oppnå best mulig effekt. Det er dermed viktig at barnet følges av samme sykepleier så langt det lar seg gjøre under innleggelsen, slik at sykepleier kan utøve sykepleie med individuell tilnærming i henhold til barnets utviklingsnivå (Forskrift om barns opphold i helseinsituasjon, 2000, § 5). Viktigheten av at barnet blir fulgt opp av samme personell gjennom innleggelsen styrkes og av Piagets utviklingsteori (1992). Da førskolebarn er preget av en egosentrisk tankegang der de har manglende evne til å se verden i lys av andres synspunkt er det vesentlig for sykepleier å ha en forståelse for barnet for å kunne gi helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

I tillegg til forskningen til Srouji et al. (2010) viser òg forskningen til Wentz (2013) til viktigheten av alderstilpasset ikke-medikamentell smertelindring. To av artiklene i oversiktsartikkelen omtaler både generell alderstilpasset distraksjon og bruk av ferdig lagde alderstilpassede distraksjonsbokser. Resultatene ga indikasjon på at begge metodene hadde betydelig effekt både på barnets smerteopplevelse og stressnivå. I tillegg viste forskningen tilknyttet bruk av alderstilpassede distraksjonsbokser at bruken av ikke-medikamentell smertelindring reduserte behovet for medikamenter hos barn ved gjennomgang av prosedyren. Ved innleggelse av eksempelvis PVK ser en da at ved bruk av alderstilpasset distraksjon kan barnets behov for medisiner ut over bruk av Embla krem unngås.

Forskningen til Söderbäck (2012) viser at ved utøvelse av ikke-medikamentelle metoder til barn som krever deltagelse fra barnets side kan kreve noe lengre tid hos førskolebarn enn hos eldre barn. Førskolebarn har behov for mer tid og veiledning for å kunne justere seg i henhold til prosedyren og oppnå aksept ovenfor den. Dette kan ses i lys av Eriksons utviklingsteori (Erikson, 2000). Som følge av at førskolebarn ofte opplever et psykososialt dilemma der de både ønsker å være egenrådige men og ønsker å samarbeide med andre kan de ha behov for noe lengre tilpasningstid. Det er derfor vesentlig at sykepleier til tross for tidsklemmen innen helsearbeid, lager rom for at barnet får den prosesseringstiden det trenger for å oppnå aksept. Videre viser Erikson og til at førskolebarn er preget av et stort energioverskudd. Dette i kombinasjon med ønsket om å samarbeide er egenskaper ved barn i førskolealder som sykepleier kan dra stor nytte av. I henhold til forskningen til Srouji et al. (2010) er distraksjon en ikke-medikamentell metode som reduserer tiden det tar å få utført prosedyren. Når en sammenligner dette med forskningen til Bergomi et al. (2018) om at passiv distraksjon er mest effektiv, kan en anse passiv distraksjon som både den minst tidkrevende metode og den som gir best effekt, så lenge den tilpasses både alder og utvikling. Dette som følge av at barnet i skal være deltagende under passiv distraksjon og dermed trenger mindre prosesseringstid for å bli deltagende i prosedyren. Sett i lys av faktoren som nevnt i kapittel 5.2, tilknyttet behovet for at barnet sitter stille ved utøvelse av prosedyren, kan en i ytterligere grad underbygge egnetheten av passiv distraksjon hos førskolebarn.

Anvendelse av ikke-medikamentelle metoder som affekterer det psykososiale for å minimere smerteopplevelsen hos barnet bør og ses i lys av Piaget (1992) sin utviklingsteori. Da Piaget omtaler at barn i førskolealder har manglende evne til å skille konkurrerende stimuli fra hverandre. En ser derfor at akkurat denne aldersgruppen er spesielt mottagelig for ulike

distraksjons metoder. Hvis sykepleier klarer å finne rett metode for barnet og med suksess distraherer barnet mens prosedyren blir utført vil barnet i liten grad kjenne på prosedyresmerten ved innleggelse av eksempelvis PVK (Wente, 2013).

I tillegg til de tiltakene sykepleier kan anvende under selve innleggelsen av PVK kan en og redusere prosedyresmerteopplevelsen til barnet ved å utføre forberedende tiltak. Ved å forklare hva som skal skje og skape rom for at barnet kan stille spørsmål og oppnå trygghet i forhold til hva som skal skje kan en minimere smerteopplevelsen ved selve prosedyren. Som følge av at barnet kan finne en forståelse for hva som skal finne sted, vil sykepleier kunne redusere både stress- og fryktopplevelsen hos barnet, som diskutert under kapittel 5.4. For at denne formen for ikke-medikamentell smertelindring skal kunne ha effekt må sykepleier bruke alders- og utviklingstilpasset informasjon ved forberedelse av barnet (Srouji et al., 2010).

Som følge av utviklingsnivået til førskolebarn er det svært viktig hos denne gruppen å forsikre gjentatte ganger om at prosedyren og smerten en opplever ved utøvelse ikke er en form for straff på grunnlag av barnets oppførsel eller tankegang, som Erikson formidler i sin forskning (Erikson, 2000). Barn i denne aktuelle alderen føler ofte på et ansvar over egen sykdom og kan derfor føle skyld (Grønseth & Markestad, 2017a). Vevsødeleggelse er en form for traume som føles spesielt skummelt da barn spesielt i denne alderen har en stor frykt for kroppsskade, som eksempelvis nålestikk. Deres store evne til å fantasere fører til at de gjerne er overbevist om at en prosedyre, slik som innleggelse av PVK, kan føre til at alt blodet deres renner ut og at de dør (Oakes, 2011a). For at barnet skal oppleve trygghet og kontroll over situasjonen trenger barnet ofte å kommunisere med sykepleieren. Sykepleier kan da gi informasjon, lytte til barnet og bidra til at barnet oppnår en følelse av kontroll over det som skal skje. Barnet kan ikke nødvendigvis få bestemme om prosedyren skal finne sted, men gjennom kommunikasjon kan sykepleier bidra til at barnet får være med å bestemme hvordan det skal skje og dermed gi barnet en form for trygghet og empowerment (Nilsson, 2018).

## **5.5 Ikke-medikamentelle metoder og barnets autonomi**

Sykehusrelatert frykt, i tillegg til stress, kommer blant annet av at barnet opplever en følelse av å bli avvist og mangel på autonomi (Söderbäck, 2012). Som følge av at barns autonomi blir til en grad begrenset av foreldrene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3) er det

kanskje desto viktigere for sykepleier å ivareta barnets autonomi og tilrettelegge for medvirkning og empowerment (Tveiten et al., 2012). Sykepleier er faktisk i henhold til etikken pliktig til å ivareta pasientens autonomi og evne til medvirkning (Brinchmann, 2017). Gjennom ikke-medikamentelle metoder kan sykepleieren gi barnet denne muligheten og overholde sin plikt (Srouji et al., 2010). Til tross for at barn i henhold til FNs barnekonvensjon ikke har rett til å uttale seg om saker som angår barnets personlige forhold før fylte syv år, sees tydelige negative følger om en ikke anerkjenner barnets autonomi (FNs barnekonvensjon, 1989). Om barnet i verste fall skulle motsette seg prosedyren og sykepleier blir nødt til å bruke tvang gjennom samtykke fra foresatte (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3) viser forskningen til Karlsson et al. (2015) hvordan dette får negative utfall hos barnet. Å holde fast barnet under prosedyren kan gi økt smerteopplevelse og stress reaksjon hos barnet, og i fremtiden føre til forbi for nåler og frykt for helseinstitusjoner. Som følge av at barnet opplever en følelse av å bli neglisjert og tap av kontroll over egen kropp vil barnet kunne oppleve å bli ydmyket. Sett i lys av Piaget sin utviklingsteori ser en at dette faktisk kan medføre at barnet regrederer til tidligere utviklingsnivå (Piaget, 1992). Hvilket tilsier at barnet fungerer på et lavere utviklingsnivå enn der barnet opprinnelig tilhører. Denne formen for utviklingsregresjon er spesielt viktig å ta hensyn til hos førskolebarn da de er i en alder der de er mest utsatt for negative ettervirkninger som følge av at deres følelsesmessige og kognitive utvikling forsterker usikkerheten rundt en sykehusinnleggelse (Grønseth & Markestad, 2017a). I tillegg vil det å holde fast barnet motstride med de yrkesetiske retningslinjene tilknyttet ivaretagelse av pasientens verdighet og integritet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). For å unngå en slik regredering må sykepleier tilrettelegge for god interaksjon mellom barnet og menneskene både før og under innleggelsen av PVK (Nilsson, 2018). Sykepleier må skape rom for at barnet får uttrykke seg og sine meninger slik de har fått evne til i denne aldergruppen (Piaget, 1992). I tillegg er det viktig at sykepleier tilstreber at barnet er hovedpersonen i samtalen og henvender seg til barnet, selvom informasjonen skulle være primært tiltenkt foreldrene. Sykepleier må ikke snakke over hode på barnet men henvende seg til det og basere kommunikasjonen på lytting, bekreftelse og aksept ovenfor barnet (Nilsson, 2018). Ved å utøve sykepleie med bakgrunn i denne metoden å møte barnet på vil en kunne gjøre barnet tryggere ved innleggelse av PVK (Karlsson et al., 2015).

Gjennom anvendelse av ikke-medikamentelle metoder kan sykepleier i tillegg til å lindre smerte, stress og frykt skape en plattform for barnet å uttrykke seg på. Ved å implementere barnet i valg av og bruken av de ikke-medikamentelle metodene tilrettelegger sykepleier for

empowerment hos barnet og en følelse av anerkjennelse (Karlsson et al., 2015). Forskningen til Karlsson et al. (2015) understreker viktigheten av dette da den viser til at desto større engasjement hos barnet under prosedyren desto større effekt får den ikke-medikamentelle metoden på smerteopplevelsen. I tillegg viser forskningen til Söderbäck (2012) at om sykepleier skal oppnå optimal effekt av distraksjon må den gjennomføres med bakgrunn i aksept fra barnet. Motsier barnet seg ikke-medikamentell smertelindring vil den ikke ha effekt da metodene i stor grad avhenger av en form for deltagelse fra barnet, både psykisk og fysisk. Karlsson et al. (2015) viser og til barnas behov for kontroll under utførelsen av prosedyren. Bakgrunnen for det kan en se i lys av både Piaget og Eriksons utviklingsteori. Begge psykologenes utviklingsteorier viser til at førskolebarn har et stort behov for selvutvikling i den representative alderen. Barnet har en indre iver etter empowerment og et stort ønske om å samarbeide i henhold til Erikson (2000) og dette er utviklingstrekk som sykepleieren kan dra stor nytte av ved ivaretagelse av barnets autonomi (Brinchmann, 2017). For å ivareta barnets autonomi kan sykepleier blant annet gi barnet alders og utviklingstilpasset informasjon hvilket legger grunnlaget for at barnet skal kunne håndtere situasjonen etter beste evne, med utgangspunkt i barnets egen kompetanse (Karlsson et al., 2015). Små barn har gjerne behov for kortere samtaler, hvor en hjelper barnet med å sette ord på hva som skal skje og bruker enkle forklaringer. Et godt kommunikasjonsmiddel for å forklare prosedyrer osv. til førskolebarn er som nevnt under kapittel 2.7, å anvende en såkalt tredje person som kan være en bamse eller leke eksempelvis (Eide & Eide, 2017).

## 6 Oppsummering

Det er kjent at så mye som 64% av barn på sykehus opplever smerte i forbindelse med utførelse av prosedyrer (Selmer, 2020). Det er også kjent at både stress og frykt er reaksjoner som barn føler på i stor grad under en sykehusinnleggelse og spesielt ved utførelse av smertefulle prosedyrer. Gjennom oppgaven har det kommet tydelig frem både gjennom faglitteratur og forskning at ikke-medikamentelle metoder ikke bare reduserer smerteopplevelsen hos barnet, men i tillegg redusere både stress- og fryktreaksjoner. Ved bruk av ikke-medikamentelle metoder får sykepleier i større grad mulighet til å samarbeide med barnet, i tillegg til å tilrettelegge for deltagelse og medvirkning fra barnet sin side. Dette resulterer også i ivaretagelse av barnets autonomi. Dette er faktorer som skal ivaretas som følge av sykepleiers ansvars- og funksjonsområde.

Videre ble det kjent gjennom oppgaven at den ikke-medikamentelle smertelindrings metoden som hadde best effekt hos førskolebarn var passiv distraksjon. Dette som følge av at den både er best egnet for den representative aldersgruppen som følge av utvikling, men òg generelt er den metoden som hadde best effekt. Gjennomgående i forskningen som ble anvendt i oppgaven var at den totale smerteopplevelsen hos barnet minsket ved bruk av ikke-medikamentelle metoder. Videre viste resultatene til at den beste effekten oppnås når metodene er både alders- og utviklingstilpasset. I tillegg ble det tydelig at god kommunikasjon er essensielt for å gi barnet helhetlig omsorg og oppnå best effekt av den ikke-medikamentelle smertelindringen.

Det er verd å nevne at forskning tilknyttet ikke-medikamentell smertelindring primært omhandler distraksjon. For å få et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å vurdere ikke-medikamentell smertelindring skulle en derfor helst hatt mer forskning på flere av de andre metodene i tillegg, slik som bruk av lek, blåse bobler og nedkjøling.

Ivaretagelse av barn i førskolealder under smertefulle prosedyrer, som innleggelse av PVK, kan være utfordrende. Det er dermed svært viktig at en som sykepleier kjenner til både hvor i utviklingen barnet er for dermed å tilpasse blant annet pleie og lindring. Oppgaven har også vist at det å sette av tid til barnet er viktig, og bør prioriteres. Virkemidler for å redusere frykt, stress og smerte bør det settes av tid til for å bi barnet en best mulig opplevelse av prosedyren som skal gjennomføres.

## 7 Referanseliste

- Bergomi, P., Scudeller, L., Pintaldi, S. & Molin, A. D. (2018). Efficacy of Non-pharmacological Methods of Pain Management in Children Undergoing Venipuncture in a Pediatric Outpatient Clinic: A Randomized Controlled Trial of Audiovisual Distraction and External Cold and Vibration. *Journal of Pediatric Nursing*, 2018 (42) e66-e72. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.04.011>
- Brinchmann, B. S. (2017). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (4. utg., s. 81-96). Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner (3. utg.). *Kommunikasjon med barn og unge*. (s. 287-308). Gyldendal Akademisk.
- Erikson, E. H. (2000). Barndommen og samfunnet (K. v. Krogh, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1950).
- FNs barnekonvensjon. (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter [Brosjyre]. Barne- og familiedepartementet. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017a). Pediatri og pediatriisk sykepleie. (4. utg.). *Innleggelse i sykehus*. (s. 63-93). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017b). Pediatri og pediatriisk sykepleie. (4. utg.)

*Kommunikasjon med barn og unge.* (s. 97-103). Fagbokforlaget.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017c). *Pediatri og pediatriisk sykepleie.* (4. utg.) *Smerter og smertebehandling.* (s. 165-177). Fagbokforlaget.

Hege Underdal, (2013, 14. februar). *Er du på jakt etter sykepleieforskning eller kvalitative studier om pasienterfaringer? CINAHL kan være databasen for deg!*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

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

Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdninger til smerter hos barn. *Sykepleien, 2011* (nr. 4), s. 332-338). [10.4220/sykepleienf.2011.0191](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0191)

Karlsson, K., Rydström, I., Nyström, M., Enskär, K. & Englund, A.-C. D. (2015). Consequences of Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7 years). *Journal of Pediatric Nursing, 2016* (31), e109-e118. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.008>

Legemiddelaktuel. (2018, 19. februar). «*MeSH på norsk*» i *Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

Lovisenberg diakonale høgskole. (2021, 25. februar). *Om oss: Velkommen til biblioteket ved LDH*. Lovisenberg diakonale høgskole. <https://ldh.no/bibliotek/om-oss>

Markestad, T. (2016). *Klinisk Pediatri* (3. utg.). Fagbokforlaget.



- Nilsson, S. (2018). Kommunikasjon med barn. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 51-67). Gyldendal Akademisk
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2015). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 17-32). Gyldendal Akademisk
- Oakes, L. L. (2011a). Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management. *Overview of pain in Infants and Children* (s. 1-17). Springer Publishing Company.
- Oakes, L. L. (2011b). Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management. *Nonpharmacologic Methods* (s. 162-205). Springer Publishing Company.
- Oakes, L. L. (2011c). Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management. *Role of Parents* (s. 217-246). Springer Publishing Company.
- Orgeret, K. S. (2018, 13. desember). *Kildekritikk*. Store Norske Leksikon.  
<https://snl.no/kildekritikk>
- Oslo Universitetssykehus. (2019, 15. mai). *Før du kommer på sykehuset*. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/barn-pa-sykehus/for-du-kommer-til-sykehuset>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999 07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 74-78). Akribe AS.
- Piaget, J. (1992). Barnets psykiske utvikling (M. Uhrskov & J. P. Jensen, Overs.). Hans Reitzels Forlag AS. (Opprinnelig utgitt 1964).

- Selmer, E. (2018). *Prosedyre: Avledning hos barn som gjennomgår smertefulle prosedyrer*. eHåndbok: Oslo Universitetssykehus. <http://ehandbok.ous-hf.no/Printing/PrintDocument?documentId=37986> (Hentet ut gjennom intranett hos Oslo Universitetssykehus mens jeg har vært på jobb. Dokumentet er ikke tilgjengelig uten ous innlogging)
- Srouji, R., Ratnapalan, S. & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/474838>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). *Pasienter 19 år og under på somatiske sykehus, etter kjønn, diagnose og alder. 2018*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2019/tabeller/helse/helse0100.html>
- Stubberud, D.-G. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykologiske behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg., s. 81). Gyldendal Akademisk
- Synonymordboka. (2021). *Synonymer for utrygg å bokmål*. Synonymordboka.no <https://www.synonymordboka.no/no/?q=utrygg>
- Söderbäck, M. (2012). Young (3-5 year- old) children's ways of engagement in care procedures involving venipuncture. *Journal of Research in Nursing*, 2012 (18), s. 636-648. <https://doi.org/10.1177/1744987111434191>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S., Wennick, A., og Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. Gyldendal Akademisk
- Wente, S. J.K. (2013). Nonpharmacologic pediatric pain management in emergency

department: a systematic review of the literature. *Journal of Emergency Nursing*, 2013 (39), s. 140-150. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011>

Øye, I. (2019, 28. juni). *Medikament*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/medikament>