

Avledning som smertelindring for barn

Hvilken betydning har avledning som ikke-medikamentell smertelindring ved nålrelaterte prosedyrer for barn på sykehus?

Kandidatnummer: 27 & 131
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8926
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.22
Tittel: Avledning som smertelindring for barn	
<p>Problemstilling: <i>Hvilken betydning har avledning som ikke-medikamentell smertelindring ved nålrelaterte prosedyrer for barn på sykehus?</i></p> <p>Teoretisk perspektiv: Oppgaven presenterer et teorigrunnlag som omfatter særlige kjennetegn ved barn som pasientgruppe og typiske utviklingstrekk for barn i alderen 0-5 år. Videre fremlegges teori angående barns opplevelse av smerte og betydningen det har for valg av avledningsmetode. Avslutningsvis presenteres teori om etiske og juridiske perspektiver, og om personsentrert sykepleie som vil ligge til grunn for besvarelsen.</p> <p>Metode: Bacheloroppgaven er utarbeidet som en litterær oppgave og baserer seg på faglitteratur, forskningsartikler og juridiske og etiske perspektiver relevant for vår problemstilling. Vi har gjennomført strukturert søk. De fire hovedartiklene våre er presentert i en egen artikkelmatrise. En av dem er en systematisk oversiktsartikkel og de tre resterende er randomisert kontrollerte studier.</p> <p>Drøfting: I drøftingskapittelet blir det drøftet følgende faktorer for å belyse problemstillingen med bakgrunn i teoretisk grunnlag og funn i forskning: reduksjon av fysisk smerte, reduksjon av emosjonell smerte, betydning av og for foreldre og reduksjon av uheldige konsekvenser. Avslutningsvis blir det drøftet veien videre for avledning som smertelindring. De utvalgte faktorene vil ses i lys av personsentrert sykepleie. Funn viser at avledning har en reduserende effekt på fysisk og emosjonell smerte.</p> <p>Konklusjon: Avledning som smertelindring har flere positive betydninger som ikke-medikamentell smertelindring ved nålrelaterte prosedyrer til barn på sykehus. Både i form av å redusere fysisk og emosjonell smerte på en mer helhetlig måte, men også at den lærer barnet mestringsstrategier som kan brukes senere i livet. Avledning legger til rette for at barn og foreldre får mulighet til å delta mer i behandlingsforløpet, det reduserer uheldige konsekvenser og sparer helsevesenet for tid og ressurser på sikt.</p>	

Totalt antall ord: 286

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Bakgrunn for valg av ikke-medikamentell behandling	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensning og presisering.....	2
1.5	Begrepsavklaring	3
1.6	Oppgavens videre disposisjon.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Barn som pasientgruppe	4
2.1.1	Utviklingstrekk for barn 0-5 år.....	5
2.2	Barns opplevelse av smerte.....	6
2.3	Metoder for avledning som smertelindring.....	7
2.4	Etiske og juridiske perspektiver.....	8
2.5	Personsentrert sykepleie	9
3	Metode	10
3.1	Litteratursøk	10
3.2	Øvrig faglitteratur	12
3.3	Kildekritikk.....	12
3.3.1	Valg av forskningsartikler.....	12
3.3.2	Valg av faglitteratur	13
3.4	Etisk vurdering	13
4	Resultater	14
4.1	Syntese	14
4.2	Presentasjon av forskningsartikler	15
5	Diskusjon.....	16
5.1	Fysisk smerte.....	16
5.2	Emosjonell smerte.....	18
5.3	Betydningen av foreldre	21
5.4	Reduksjon av uheldige konsekvenser	22
5.5	Veien videre.....	24
6	Oppsummering	26
	Referanseliste.....	28

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for oppgaven er avledning som smertelindring til små barn i alderen 0-5 år.

Smerteopplevelser i spedbarnsalder og barndom kan føre til langsiktige endringer i fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner som overfølsomhet og kronisk smerte hos ungdom og voksne (Thrane et al, 2015, s.24). Bakgrunn for valg av aldersgruppen 0-5 år er at vi som sykepleiere har høyere sannsynlighet for å kunne forhindre slike langsiktige plager ved å sikre fullstendig smertelindring til valgt aldersgruppe. I tillegg har valgt aldersgruppe begrenset mulighet til å kunne kommunisere deres plager. Derav har sykepleier et ekstra ansvar for å tilegne seg kunnskap for å kunne identifisere deres behov for sykepleie. Vi har tidligere erfaring fra medisinsk barnepost og opplever at det er utfordrende å sikre tilstrekkelig smertelindring til små barn på sykehus. En studie gjort i Danmark viste at 37% av barn i alderen 0-18 år på sykehus hadde opplevd smerter de siste 24 timene. Av disse 37% rapporterte 43% at de ikke fikk tilstrekkelig smertelindring (Walther-Larsen et al, 2016, s.330). Studien viser at mange barn oppgir å ha opplevd smerte i forbindelse med prosedyrer på sykehus og at de opplever å ikke få individuell oppfølging av smertene. Mangelfull smertelindring kan føre til at barn unngår aktiviteter og medisinske prosedyrer, får lengre sykehusopphold og dårligere prognose (Twycross et al, 2014, s.1-17). God smertelindring kan altså bidra til raskere mobilisering og kortere sykehusopphold, så vel som å redusere ubehag (Grønset & Markestad, 2017, s.165). Valgt tema har fanget vår interesse og vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap på området.

1.1.1 Bakgrunn for valg av ikke-medikamentell behandling

Det anbefales å smertelindre barn ved å kombinere medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Etersom legen har forordningsansvar, opplever vi det som mer sykepleiefaglig relevant å fokusere på ikke-medikamentelle tiltak. Vi erfarer dessuten at medikamentelle tiltak kan føre til flere bivirkninger som kvalme og slapphet. Det er viktig å understreke at dersom det er behov, skal barnet smertelindres medikamentelt og ved sterke smerter bør avledning brukes som et supplerende tiltak (Grønseth & Markestad, 2017, s.172).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

For å avklare hva begrepet sykepleie betyr, tar vi utgangspunkt i Florence Nightingale sin teori. Nightingale hevdet at god sykepleie skal være rettet mot pasientens personlige opplevelse av å være syk, samt påvirkningen omgivelsene har på deres helse. Nightingale vektla det å se pasienten og deres reaksjoner, fremfor å ha fokus på sykdommen når en utøver sykepleie (Grov & Holter, 2015, s.110). I møte med enhver pasient skal alle pasientens funksjoner ivaretas. Prosedyrer skal utøves med varsomhet og omsorg for barnet. Sykepleieren er forpliktet til å gjøre det beste for pasienten utifra deres faglige kompetanse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.19). Sykepleieryrket dekker en rekke funksjonsområder (Kristoffersen et al, 2016b, s.14). Oppgaven vil rette fokus på sykepleier sin lindrende funksjon. Den lindrende funksjonen omhandler at sykepleier skal begrense omfanget av barnets fysiske, psykiske og sosiale belastninger og belastninger av åndelig karakter. Å dempe uro og redsel som kan forekomme i forbindelse med sykehusopphold, og ikke minst smertelindring, inngår under dette funksjonsområdet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.22). Ethiske og juridiske perspektiver av sykepleiefaglig relevans utdypes i kapittel 2.4.

1.3 Problemstilling

Formålet med oppgaven er å belyse betydningen avledning har som ikke-medikamentell smertelindring for barn på sykehus som gjennomgår nårelaterte prosedyrer. Gjennom besvarelsen blir følgende problemstilling drøftet i lys av personsentrert sykepleie:

«Hvilken betydning har avledning som ikke-medikamentell smertelindring ved nårelaterte prosedyrer for barn på sykehus?»

1.4 Avgrensning og presisering

Konteksten er lagt til sykehus da vi opplever at det er her en møter flest barn med prosedyrerelaterte smerter. For å avgrense fenomenet smerte vil vi fokusere på akutte smerter i forbindelse med nårelaterte prosedyrer. Vi har valgt å avgrense ikke-medikamentell smertelindring til avledning for å kunne gå mer i dybden på betydningen dette har for smertelindring hos barn. Foreldre spiller en viktig rolle for hvordan barnet håndterer smerte og ukjente omgivelser. Vi tar utgangspunkt i at kommunikasjon med barn og foreldre er tilfredsstillende, og vil ikke drøftes i oppgaven. Smertekartlegging er en essensiell del av smertebehandling, men det vil ikke bli vektlagt i oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Smerte er definert som en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med faktisk eller potensiell vevsødeleggelse, eller som beskrives som slik skade. Definisjonen er hentet fra International Association for the Study of Pain, IASP. Smerte er altså en subjektiv opplevelse, det er personen selv som vet om noe gjør vondt eller ikke. (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.6)

Smerter forbundet med undersøkelser, behandling eller prosedyrer defineres av Dabas (2017, s.5) som **prosedyrerelaterte smerter**. **Nålrelaterte prosedyrer** er prosedyrer av medisinsk art som involverer nåler og stikk (Birnie et al, 2018, s.14).

Målet med **smertelindring** er å begrense eller redusere omfanget av fysisk, psykisk, åndelig eller sosial belastning. Sykepleiers **lindrende funksjon** vil være å iverksette tiltak for å fremme små barns opplevelse av velvære ved å tilrettelegge miljø og omgivelser, eller å skjerme et barn mot unødvendige inntrykk som bidrar til å øke ubehaget (Kristoffersen et al, 2016a, s.18). Med **ikke-medikamentell behandling** mener vi behandling hvor det ikke benyttes farmakologiske midler eller kirurgiske inngrep. **Avledning** er et ikke-medikamentelt tiltak som vil flytte fokuset til pasienten vekk fra prosedyren og over på noe annet. Avledning kan bestå av både fysiske og psykologiske metoder (Grønseth & Markestad, 2017, s.78).

Foreldre er et begrep som vil brukes jevnlig i oppgaven. Grunnet mangel på en dekkende definisjon, sammenfatter vi i dette begrepet biologiske foreldre, foresatte med juridisk foreldreansvar og andre omsorgspersoner for barnet.

1.6 Oppgavens videre disposisjon

Følgende kapittel vil trekke frem teoretisk kunnskapsgrunnlag for oppgavens tema og problemstilling. Kapittel 3 beskriver søkeprosessen tilknyttet hovedartiklene brukt for å belyse vår problemstilling. Forskningsartiklene blir videre presentert i kapittel 4. I kapittel 5 blir problemstillingen drøftet i sammenheng med resultatene fra artiklene og det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som presenteres i kapittel 2. Avslutningsvis i kapittel 6 oppsummeres hovedpunktene i oppgaven sammen med en konklusjon basert på det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og funn i forskning.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Barn som pasientgruppe

Årsakene til stress og smerte, og hvordan barnet mestrer dette, påvirkes i stor grad av barnets alder og livssituasjon. Prosedyrer vil medføre vevsødeleggelse og påfølgende smerter, mens det å være innlagt på sykehus med ukjente omgivelser, samt manglende forståelse og kontroll av det som skjer, kan utløse stress. Stress har vist seg å være en videre utløsende eller forsterkende faktor for smerter. Smertelindring bør rette seg mot både vevsskaden, stresset som medfølger konteksten rundt prosedyren og annet ubehag (Helseth et al, 2016, s.34-35). Stress over tid eller manglende stressmestring kan medføre negative konsekvenser for barnets videre helse og utvikling (Grønseth & Markestad, 2017, s.63). Barn mellom 6 måneder og 4-5 år gamle er de som er mest utsatt for uheldige konsekvenser av sykehusopphold. Det kan skyldes at utryggheten og uforutsigbarheten forsterkes av deres følelsesmessige og intellektuelle umodenhet (Grønseth & Markestad, 2017, s.65). I dette kapittelet blir følgende presentert: hvordan sykepleier må forholde seg til barn i en behandlingssituasjon og normale utviklingstrekk for barn mellom 0-5 år.

Barn er ikke tilpasningsdyktige på samme måte som voksne og de er preget av fremmedfrykt (Grønseth & Markestad, 2017, s.31 & s.65-68). Sykepleier bør derfor oppfordre foreldre til å være mest mulig tilstede, samt etterstrebe å henvende seg direkte til barnet og snakke med en vennlig og rolig stemme. Organisatorisk sett bør en bruke primærsykepleiere på barneposter for å begrense antall mennesker rundt barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s.68). Ved prosedyrer er det viktig at sykepleier tar hensyn til barnet, unngår ord og uttrykk som lett kan misforstås eller virke truende, respekterer barnets grenser og tar pause når det er nødvendig. En skal også unngå å holde barnet fast med mindre det er helt nødvendig (Grønseth & Markestad, 2017, s.68-69 & s.80).

Sykepleier må være oppmerksom på at små barn ofte tar det som blir sagt bokstavelig (Grønseth & Markestad, 2017, s.31 & s.65-68). Prosedyrer preger valgt aldersgruppe med unødvendig frykt, engstelse og smerter. Frykten deres bygger ofte på misforståelser og fantasier om at prosedyrene skader dem. Mange barn oppgir at prosedyrer er det de opplever som verst med sykehusoppholdet, spesielt nårelaterte prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s.73-74). Barn opplever ofte prosedyrer som mer traumatisk, noe som krever at sykepleier gjengir informasjon selv om prosedyren er gjennomgått tidligere. Gjentatt informasjon gir barnet muligheten til å korrigere misforståelser og bearbeide tidligere

hendelser (Grønseth & Markestad, 2017, s.73-74). Ved økende alder skal barnet få bestemme og delta i høyere grad, samtidig er det viktig at sykepleier er tilstede og skaper rutiner som hjelper barna å se sammenhenger og forutsigbarhet. I tillegg er det viktig at sykepleier ser foreldre som den ressursen de er, og involverer dem i omsorgsoppgaver (Grønseth & Markestad, 2017, s.68-69).

Barn på sykehus har egne rettigheter som helsepersonell må forholde seg til, dette omtales i kapittel 2.4. Barn har dessuten pårørende med en mer deltakende rolle under sykehusopphold enn voksne pasienter. Foreldrene til barnet er en viktig samarbeidspartner for sykepleier, ettersom det stort sett er et veletablert tillitsforhold mellom barn og forelder. Selv om foreldre kan være ressurspersoner ved å distrahere barnet og gi en følelse av trygghet og trøst, kan deres nærvær også få en negativ effekt og forsterke barnets opplevelse av smerte dersom foreldrene selv er engstelige og utrygge. For å unngå forsterket smerteopplevelse er det nødvendig at sykepleier skaper trygge forutsetninger og omgivelser for både barn og foreldre. Barnet bør få sitte på foreldrenes fang dersom mulig, men ved smertefulle prosedyrer er det viktig at barnet vet at det ikke er foreldrene som påfører dem smerten (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.7 & 14).

2.1.1 Utviklingstrekk for barn 0-5 år

Barns forståelse for egen helse og hvordan de reagerer i møte med ukjente prosedyrer bygger på deres kognitive utvikling. Spedbarn reagerer på følelsesuttrykk hos andre fra de er 6 måneder gamle, og begynner samtidig å kjenne på en separasjonsangst ovenfor foreldrene. I tillegg begynner de å utvikle en fremmedfrykt ovenfor andre fra de er 7-8 måneder gamle (Grønseth & Markestad, 2017, s.68). Barn i alderen 0-1 år er sensitive for sterke inntrykk, og må skjermes for dette i den grad det lar seg gjøre (Grønseth & Markestad, 2017, s.31 & s.68). Fra barn fyller 1 år begynner de å bruke ord som «au» eller «vondt», og kan peke på det smertefulle området (Grønseth & Markestad, 2017, s.168). Fra en alder av 2 år kan barnet uttrykke om de kjenner smerte, men klarer ikke å vise hvor eller beskrive smertens intensitet. Fra 3-årsalderen klarer barnet å beskrive hvor de kjenner smerten (Markestad, 2016, s.37; Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.9). I 2-4 årsalderen har barn ofte en skepsis overfor fremmede, en frykt for å miste kontroll, en frykt for det ukjente og en frykt for voksne som er sinte (Grønseth & Markestad, 2017, s.31 & s.65-68). Fra 4-5 årsalderen utvikler barn magisk tenkning og fantasi. Mange barn har vanskelig for å skille

mellom hva som er fantasi og virkelighet, men til tross for dette har de en økt forståelse for sammenhengen mellom sykdom og at de føler seg dårlig. Disse barna er i tillegg mer redd for å få skade på kroppen, døden, nåler og trussel mot integriteten (Grønseth & Markestad, 2017, s.65-69). Fra 5-årsalderen klarer barn å forklare smertens intensitet (Grønseth & Markestad, 2017, s.169).

2.2 Barns opplevelse av smerte

Det er tidligere vært antatt at nyfødte og barn ikke har vært i stand til å føle smerte eller bli smertepåvirket i samme grad som voksne. I dag vet vi at barn både kan føle, samt bli langvarig påvirket av smerte påført i ung alder (Twycross et al, 2014, s.18; Grønseth & Markestad, 2017, s.166). Barns smerteopplevelse kan påvirkes av biologiske faktorer som kognitiv utvikling og gener, sosiale faktorer som kultur, og psykologiske faktorer som frykt og tidligere smerteopplevelser (eHåndboken, 2021). Smerteopplevelsen kan ikke minst påvirkes av stress, mestringsevne, grad av kontroll, hvordan de har lært seg å uttrykke og håndtere smerten og av foreldrenes og egne holdninger til smerte (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.7). Smertebehandling er en kompleks oppgave og det er viktig at sykepleier i møte med barnet har nødvendig kompetanse for å se smerte fra et helhetlig perspektiv (Helseth et al, 2016, s.25-26). Hvordan barnet velger å formidle smerte påvirkes av alder, utvikling, tidligere erfaring, personlighet og medisinsk tilstand (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.9).

Undersøkelser tyder på at småbarn opplever mer intens smerte ved prosedyrer enn andre aldersgrupper. Den økte smerteopplevelsen skyldes trolig at de er mer engstelige og har en lavere grad av forståelse og mestringsstrategier relatert til smerte. Smerter som varer over tid og ikke blir behandlet, vil føre til økt smerteopplevelse, bli vanskeligere å behandle og kan ha negativ påvirkning på stress og tilknytningen til foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s.166-167). Systematisk smertevurdering er derfor essensielt for å evaluere effekten av tiltak som er iverksatt basert på smertens art og omfang (eHåndboken, 2021). Kroppsstilling og aktivitetsnivå er viktige parametere når en observerer smerte hos barn som av forskjellige grunner har begrenset evne til å uttrykke seg, spesielt barn uten verbalt språk (Grønseth & Markestad, 2017, s.167-168). Videre når en skal forberede barnet til prosedyrer anbefales det å være ærlig om smerten prosedyren kan medføre. På denne måten vil en unngå overraskelser for barnet og bevare et godt tillitsforhold. Barn som er uforberedte kan oppleve smerten som

verre enn de som er forberedte, og de kan oppleve en manglende følelse av kontroll (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.15). Tilstedeværelse av barnas foreldre er det viktigste tiltaket for å redusere barnets stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2017, s.77). De bør inkluderes når barnet skal smertevurderes, da de kjenner barnet best og kan se tegn og uttrykk på smerte (eHåndboken, 2021).

2.3 Metoder for avledning som smertelindring

Avledning kan gjennomføres ved bruk av fysiske og psykologiske metoder. Fysiske metoder kan være behandling med varme og kulde, og bruk av massasje. Psykologiske metoder kan bestå av historiefortelling og høytlesning (Twycross et al, 2014, s.86-99; Grønseth & Markestad, 2017, s.172). Barn er naturlig lekende vesen, og lek kan bidra til å redusere barnets engstelse og stress. Det kan derfor med fordel brukes lek terapeutisk ved forberedelse av prosedyrer, og for å bearbeide negative opplevelser knyttet til sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2017, s.80). Smertebehandling må tilpasses barnets alder og utvikling, og psykologiske tiltak som skaper trygghet og trøst er grunnlaget for god smertebehandling (Markestad, 2016, s.103).

Fysiske tiltak som kan ha en smertelindrende effekt for spedbarn består av vugging, svøping, hud-mot-hud-kontakt, og la barnet suge på smokk (Grønseth & Markestad, 2017, s.78 & s.172; Twycross et al, 2014, s.99). For barn i 2-4 årsalderen, kan en benytte seg av fantasireiser og historiefortelling (Grønseth & Markestad, 2017, s.78). Andre metoder for avledning hos valgt aldersgruppe er bruk av kulde, blåse eller stryking på det vonde området og distraksjon i form av såpebobler og titt-tei. Ved avledning vil barnets oppmerksomhet rettes vekk fra prosedyren og smerten som medfølger. Avledning er dessuten en form for mestringsstrategi som barnet kan bruke i andre situasjoner og kan med fordel benyttes hos både spedbarn og førskolebarn (Grønseth & Markestad, 2017, s.31 & s.172-173). Fra 5-årsalderen kan barnet i større grad avlede seg selv. Det er en forutsetning at det er et tillitsforhold til sykepleieren som utfører prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017, s.79; Markestad, 2016, s.103). I tillegg kan avledning i form av ros og premier brukes hos alle førskolebarn (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.16).

2.4 Etiske og juridiske perspektiver

Faglig forsvarlighet har hjemmel i Helsepersonelloven (1999, §4) og lovfester at sykepleier må innrette seg etter visse etiske og juridiske aspekter. Barn som er innlagt på sykehus har særegne rettigheter som reguleres av lovverket for å sikre at barnet og pårørende blir ivaretatt på best mulig måte. De yrkesetiske retningslinjene 2.10 presiserer at «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det moralske aspektet med klinisk sykepleie innebærer fire etiske prinsipper: autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet (Nortvedt, 2016, s.96-100). For vår problemstilling er ikke-skadeprinsippet og autonomiprinsippet mest relevant. Sykepleier skal minimere ubehag og smerte for barnet, og unngå belastninger som smertefulle prosedyrer når det ikke er nødvendig (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.18-19). Sykepleier skal også sørge for at barnets og foreldrenes ønsker blir respektert og tatt i betraktning ved beslutninger om behandling. Barnets autonomi er begrenset i juridisk stand (Tveiten et al, 2012, s.205-207). §31 i Barneloven (1981) lovfester at barn som er syv år eller yngre skal få informasjon og muligheten til å uttrykke egne meninger før beslutninger om dem blir tatt. Det står videre at det er foreldrene til barnet som har plikt til å ta avgjørelser for barnet.

I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) §12 står det: «Barn skal aktiviseres og stimuleres så langt deres helsetilstand tillater det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-3.(...) Barn må få mulighet til aktiviteter tilpasset deres alder og utvikling». I §5 i samme forskrift står det også: «Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet. Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet». Paragrafen innebærer at sykepleier må ha kunnskap og evne til å tilpasse avledning ut fra barnets individuelle forutsetninger. Barn har i tillegg rett på å ha en forelder til stede ved prosedyrer.

Barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet i den grad det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2. (...) Personalet plikter å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre mens de er hos barnet. Foreldre og barn skal få fortløpende informasjon om sykdommen. Foreldre skal ha mulighet til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det og det ikke vanskeliggjør behandlingen. (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6)

2.5 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie innebærer at individet, ved deres verdier, livssituasjon og helseproblemer står i fokus (Grovt & Holter, 2015, s.898). Sykepleien som gis blir med andre ord individualisert, og pasienten sin diagnose eller helseutfordring må sees som en del av en helhet og ikke som en isolert faktor (Ehnfors et al, 2013/2015, s.19-21). For å realisere personsentrert sykepleie kreves det en behandlingsplan, systematisk kartlegging, en støttende leder, tålmodighet, effektive kommunikasjonskanaler og like mål mellom sykepleier og barn (Kirkevold, 2020, s.100). McCormack og McCance (2017, s.196) vektlegger å ha en samtale med barnet for å planlegge prosedyren i forkant. Det kan gjøre at prosedyren raskere oppleves som en positiv opplevelse for barnet ettersom barnets ønsker er i fokus. Noe av det mest sentrale i personsentrert sykepleie er å betrygge barnet og foreldrene under sykehusoppholdet (McCormack & McCance, 2017, s.198).

Samarbeidet mellom forelder og sykepleier blir vektlagt ettersom foreldrene har en unik evne til å forstå barnet sitt og kan videreformidle informasjon om hvordan sykepleier bør tilnærme og gi omsorg for barnet i en behandlingssituasjon. Personsentrert sykepleie legger fokus på å involvere foreldrene og barnet i helsemessige avgjørelser og behandlingsalternativ (McCormack & McCance, 2017, s.193-194). Dessuten burde alle sykepleiere ha samme tilnærming når det kommer til ferdigheter innenfor personsentrert sykepleie til barn. Lik tilnærming fra alle sykepleiere kan gjøre at barnet føler seg mer forberedt i møte med nye sykepleiere, og den personsentrerte sykepleien blir dermed oppnådd raskere. Det bør også begrenses antall pleiere til pasienten for å få bedre kontinuitet i forløpet (Kirkevold, 2020, s.99; McCormack & McCance, 2017, s.195). I tillegg vil likt kunnskapsgrunnlag om personsentrert sykepleie blant helsepersonell føre til en mer effektiv behandling for barnet og mindre stress på arbeidsplassen (McCormack & McCance, 2017, s.195 & 202).

3 Metode

Bacheloroppgaven er utarbeidet som en litterær oppgave og baserer seg på faglitteratur, forskningsartikler og juridiske og etiske perspektiver relevant for vår problemstilling. «I den litterære oppgaven henter du data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori» (Dalland, 2017, s.207). Vi har valgt å bruke kvantitative forskningsartikler i oppgaven. Hovedartiklene våre er randomisert kontrollerte studier, med unntak av artikkelen til Thrane et al (2015) som er en oversiktsartikkel (Tabell 2. Artikkelmatrise), der flere forskningsartikler og metoder er inkludert og oppsummert.

3.1 Litteratursøk

Vi gjorde strukturerte søk i CINAHL Complete for å finne forskningsartikler til å belyse vår problemstilling. Vi utførte tilleggssøk i PubMed og SveMed+, men konkluderte med at dette ga få treff som var relevant til sammenligning med treffene i CINAHL Complete. Vi har valgt å ikke avgrense søket i eget avgrensingsfelt i databasene, men har brukt egne inklusjonskriterier ved søk. Inklusjonskriteriene våre var førskolebarn og spedbarn, at artiklene har IMRAD-struktur, er fagfellevurdert og har fokus på avledningsteknikker. I søkeprosessen startet vi med å finne søkeord ved hjelp av MeSH. Videre gjorde vi strukturerte søk og leste titler for å få en oversikt over søketreffene, for deretter å lese gjennom aktuelle artiklers abstrakt. Avslutningsvis leste vi artiklene som virket relevante for å svare på vår problemstilling. Søkehistorikk med gjeldende søkeord og valgte artikler fremgår videre i tabell 1.

Tabell 1. Søkehistorikk

Artikkel	Dato for søk	Søkeord	Database	Antall treff
<p>Binay, S., Bilsin, E., Greceker, G. Ö., Kahraman, A & Bal-Yilmaz, H. (2018)</p> <p><i>Comparison of the Effectiveness of Two Different Methods of Decreasing Pain During Phlebotomy in Children: A Randomized Controlled Trial</i></p> <p>https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.11.010</p>	30.11.21	«Child, Preschool» AND «Pain management» OR «Pain control SABA CCC» AND «systematic review» OR «randomized controlled trials»	CINAHL Complete	20
<p>Neshat, H., Aslani, K., Jamshidi, M., Aslanabadi, S. & Ghorbani, F. (2020)</p> <p><i>Comparison of the Effect of Massage and EMLA Cream on Children's Physiological Indices During Venipuncture: A Factorial Clinical Trial</i></p> <p>https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.04.005</p>	30.11.21	«Child, Preschool» AND «Pain management» OR «Pain control SABA CCC» AND «systematic review» OR «randomized controlled trials»	CINAHL Complete	20
<p>Dabas, P. (2017)</p> <p><i>Effectiveness of Distraction Techniques on Pain Intensity during Immunization among Infants</i></p>	06.12.21	«Child, Preschool» OR «infant» AND «Pain management» OR «Pain control SABA CCC» AND «systematic review» OR «randomized controlled trials»	CINAHL Complete	80
<p>Thrane, S. E., Wanless, S., Cohen, S. M. & Danford, C. A. (2015)</p> <p><i>The Assessment and Non-Pharmacologic Treatment of Procedural Pain From Infancy to School Age Through a Developmental Lens: A Synthesis of Evidence With Recommendations</i></p> <p>https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.002</p>	07.12.21	«Toddler» OR «Child, Preschool» AND «distraction techniques» AND «pain»	CINAHL Complete	22

3.2 Øvrig faglitteratur

Faglitteraturen vi har benyttet er i stor grad funnet i skolebibliotekets utvalg ved bruk av Oria, da vi vurderer litteraturen som kvalitetssikret og oppdatert. Fagbøkene ble vurdert utifra om innholdet kunne belyse vår problemstilling og om det var en troverdig kilde. For å utdype det teoretiske kunnskapsgrunnlaget har vi i tillegg sett utenfor skolebibliotekets utvalg og blant annet supplert med fagstoff fra Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (2021). For å få en rød tråd gjennom oppgaven har vi gjennomgående sett på problemstillingen i lys av personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2017). Vi ønsket å inkludere lovverk og yrkesetikk, og har blant annet hentet dette fra lovdata.no og norsk sykepleierforbund (2019).

3.3 Kildekritikk

3.3.1 Valg av forskningsartikler

Hovedartiklene våre (Tabell 1. Søkehistorikk) er funnet i CINAHL Complete. CINAHL Complete er en troverdig database som er utarbeidet for helsefaglige emner og kunnskapsressurser, og det øker muligheten for at søket leder til forskning med sykepleiefaglig perspektiv (Thidemann, 2019, s.86). Artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrift med godkjenning av NSD.no, ved unntak av studien til Dabas (2017). Studien er dog publisert av et anerkjent internasjonalt tidsskrift. Vi har derfor konkludert med at forskningsresultatene i studien kan regnes som pålitelige på lik linje med de andre forskningsartiklene. Alle hovedartiklene bruker kvantitativ metode. Fordelen med kvantitativ forskning er at en samler inn store mengder opplysninger, som dermed blir mer representativt for en større gruppe. Kjennetegnet for kvantitativ metode er å skaffe breddekunnskap, som vil gi et målbart resultat (Thidemann, 2019, s.75-76). Majoriteten av hovedartiklene er randomisert kontrollerte studier. Fordelen med randomisert kontrollerte studier er at en kan oppnå en tilfeldig fordeling av prognostiske faktorer, og dermed få en intervensjonsgruppe og kontrollgruppe med like forutsetninger (Befring, 2020, s.109).

Oversiktsartikkelen til Thrane et al (2015) inkluderer forskningsartikler som stammer fra mange forskjellige land, men studien i sin helhet er skrevet i USA. En fordel med systematisk oversiktsartikkel er at en får innhentet kunnskap om et tema som er forsket på av flere uavhengige miljø (Machin et al, 2021, s.476). Oversiktsartikkel er dessuten høyere rangert i kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016) da studiene som er inkludert er, som navnet

tilsier, systematisk innsamlet og kvalitetsvurdert. En oversiktsartikkel kan også bidra til å gjøre det klart hvor det er behov for ytterligere forskning (Machin et al, 2021, s.476). De tre randomisert kontrollerte studiene er gjennomført i land utenfor den vestlige verden, men vi mener likevel at kunnskapen er overførbart til det norske helsevesenet. Studien til Dabas (2017) er utført på et vaksinasjonssenter og forskningen er derfor ikke i henhold til vår kontekst, men i vårt syn er den relevant da studien innebærer nålrelaterte prosedyrer, noe som også blir gjennomført på sykehus. En styrke er at artiklene er utgitt nylig, og derfor baserer seg på oppdatert kunnskap.

3.3.2 Valg av faglitteratur

Vi har så langt det har vært mulig forsøkt å bruke nyeste utgave av fagbøker inkludert i besvarelsen. Vi har forsøkt å forholde oss til litteratur nyere enn 10 år ettersom helsevesenets holdninger til barn og smerte har endret seg drastisk (Twycross et al, 2014, s.18; Grønseth & Markestad, 2017, s.166), men tidsrammen er ikke blitt brukt som et eksklusjonskriterium. Ved definisjon av smerte har vi valgt å sitere en sekundærkilde, ettersom den er skrevet på norsk og vi har konkludert med at det er en god oversettelse av den engelske primærkilden. Utover dette har vi stort sett brukt primærkilder.

3.4 Etisk vurdering

Vi har i oppgaven tatt hensyn til juridiske og etiske aspekter for akademisk skriving med utgangspunkt i retningslinjene for oppgaveskriving fra Lovisenberg diakonale høyskole (Forskrift om studier og eksamen ved LDH, 2019). Med hensyn til forskningen har vi sjekket at forskningen følger helseforskningsloven (2008) om anonymitet og tilbaketrekking av samtykke. Det betyr at barna i studiene er anonymisert og at foreldrene har gitt samtykke til at innsamlet data kan brukes i forskningen. I tillegg til at de barna og foreldrene som underveis i forskningen har ønsket å trekke seg har fått lov til det uten at data er tatt med i studiet. Ved å aktivt bruke forskning i sykepleie vil sykepleien utføres i henhold til forskriften om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen (2019), det vil si at en jobber kunnskapsbasert og faglig forsvarlig. Vi har benyttet APA 7th til referering og kildehenvisningsskikk, for å ivareta respekt og etterretteligheten for kildene vi har brukt igjennom oppgaven.

4 Resultater

4.1 Syntese

Oversiktsartikkelen til Thrane et al (2015, s.30) poengterer viktigheten av grundig vurdering av utviklingstegn for å sikre riktig avledningsmetode. Forskningen viser at førskolebarn krever mer sofistikerte distraksjonsteknikker enn spedbarn. Å smertelindre ved bruk av avledning er enkelt og effektivt når det brukes på riktig utviklingsstadium og kan da lindre både fysisk og emosjonell smerte. Forskningsresultatene til Binay et al (2018) og Dabas (2017) viser at intervensjonsgruppene som får smertelindring gjennom ulike former for avledning, har en høyere reduksjon av smerte enn kontrollgruppene. Artikkelen konkluderer altså med at ikke-medikamentelle tiltak har like god eller bedre effekt enn medikamentelle tiltak som gis kontrollgruppen. Effekten vises gjennom lavere smerteskår. Derimot viser forskningsresultatene i studien til Neshat et al (2020, s.623) at medikamentelle metoder som EMLA-krem har bedre smertelindrende effekt enn ikke-medikamentelle metoder som massasje, eller en kombinasjon av disse. Artikkelen konkluderer med at selv om ikke-medikamentelle metoder er mer tilgjengelige og rimelige, kan de ikke betraktes som en erstatning til medikamentelle metoder for å redusere smerte hos barn. Binay et al (2018), Dabas (2017) og Neshat et al (2020) tar for seg smertelindring ved nålrelaterte prosedyrer.

4.2 Presentasjon av forskningsartikler

Tabell 2. Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ metode	Funn
1	Thrane, S. E., Wanless, S., Cohen, S. M. & Danford, C. A. / 2015	The Assessment and Non-Pharmacologic Treatment of Procedural Pain From Infancy to School Age Through a Developmental Lens: A Synthesis of Evidence With Recommendations	Journal of Pediatric Nursing. 2015;31(1), 23-32	Hensikten med oversiktsartikkelen var å se utfordringene ved utredning og ikke-medikamentell behandling av smerte hos små barn, med bakgrunn i deres utviklingstrekk.	Oversiktsartikkel. 54 artikler er inkludert og består av forskningsartikler, oversiktsartikler, og informasjonsundersøkelser.	Studien viser at svøping, bildebøker eller blåsing av bobler er enkelt og effektivt når det brukes på riktig utviklingsstadium og kan lindre både fysisk og emosjonell smerte. Smerteopplevelser i spedbarnsalder og barndom kan føre til langsiktige endringer i fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner som overfølsomhet og kronisk smerte hos ungdom og voksne.
2	Binay, S., Bilsin, E., Greceker, G. Ö., Kahraman, A & Bal-Yilmaz, H. / 2018	Comparison of the Effectiveness of Two Different Methods of Decreasing Pain During Phlebotomy in Children: A Randomized Controlled Trial	American Society of PeriAnesthesia Nurses. 2018;34(4), 749-756	Hensikten med studien var å undersøke effekten av bruk av eksternt kulde og vibrasjon og blåsing av såpebobler på smerter relatert til blodtapping hos barn i alder 3-6 år.	Randomisert kontroll studie. 96 barn ble fordelt på 3 grupper.	Studien viste at smertelindring gjort ved avledning gjennom bruk av såpebobler, og kulde og vibrasjon hadde bedre effekt enn kontrollgruppen som ikke fikk noen smertelindring.
3	Neshat, H., Aslani, K., Jamshidi, M., Aslanabadi, S. & Ghorbani, F. / 2020	Comparison of the Effect of Massage and EMLA Cream on Children's Physiological Indices During Venipuncture: A Factorial Clinical Trial	American Society of PeriAnesthesia Nurses. 2020;35(6), 619-624	Hensikten med studien var å identifisere effekten av massasje, EMLA-krem og kombinasjonen av disse to metodene på endringer i fysiologiske parametere ved smerte forårsaket av injeksjoner hos førskolebarn.	Randomisert kontroll studie. 140 barn ble fordelt på 4 grupper.	Studien konkluderte med at EMLA-krem hadde bedre effekt individuelt enn massasje eller en kombinasjon av de to. Studien konkluderer altså med at medikamentell smertelindring gir bedre effekt enn ikke-medikamentell smertelindring i dette tilfellet.
4	Dabas, P. / 2017	Effectiveness of Distraction Techniques on Pain Intensity during Immunization among Infants	International Journal of Nursing Education. 2017;11(1), 5-9	Hensikten med studien var å sammenligne effektiviteten til ulike distraksjonsteknikker på smerteintensitet forbundet med vaksinasjon av spedbarn.	Randomisert kontroll studie. 100 spedbarn ble fordelt på 4 grupper.	I studien var det tydelig at distraksjon med leketøy var en effektiv teknikk under vaksineringsprosedyren for å redusere smerteintensiteten blant spedbarn. Resultatene viser at smerteskåren er høyere hos kontrollgruppen enn hos spedbarn som brukte elektroniske leketøy, nøkkel-leketøy eller generelt enkle leker som avledning. Elektroniske leketøy var den avledningen som viste best effekt.

5 Diskusjon

Basert på funn vi har gjort i teori og forskning har vi sett at det er flere faktorer som tydeliggjør betydningen av avledning som smertelindring for barn. I dette kapittelet ønsker vi å drøfte følgende faktorer for å belyse vår problemstilling: reduksjon av fysisk smerte, reduksjon av emosjonell smerte, betydning av og for foreldre og reduksjon av uheldige konsekvenser. Avslutningsvis vil vi drøfte veien videre for avledning som smertelindring. Betydningen av avledning vil ses i lys av personsentrert sykepleie. Med utgangspunkt i sykepleier sin lindrende funksjon vil vi drøfte betydningen av at sykepleier bruker avledning ved forberedelser og gjennomføring av nålrelaterte prosedyrer. Det finnes utallige former for avledning, og betydningen disse har avhenger i stor grad av barnet som individ og barnets livssituasjon, herunder barnets utvikling. Personsentrert sykepleie blir derfor et viktig fokus ved bruk av avledning som smertelindring. For å få et nyansert bilde på hvilken betydning avledning har som ikke-medikamentell smertebehandling skal vi se på forskjellene mellom intervensjonsgruppene og kontrollgruppene i valgte forskningsartikler. Vi vil også trekke inn svakheter ved andre former for smertelindring, derav medikamentell behandling, da vårt syn er at dette fremhever betydningen av å bruke avledning som smertelindring fremfor alternativene.

5.1 Fysisk smerte

Mange kilder viser at avledning er en god metode for smertelindring hos små barn (Thrane et al, 2015; Binay et al, 2018; Dabas, 2017). Likevel kan bruk av avledning som ikke-medikamentell smertebehandling øke risikoen for utilstrekkelig smertelindring, og dermed medføre unødig smerte for barnet. Neshat et al (2020, s.620) diskuterer blant annet om smertelindringen blir optimal dersom en kun bruker ikke-medikamentelle tiltak. For øvrig indikerte resultatene i studien til Neshat et al (2020, s.623) at EMLA-krem alene var mer effektiv enn massasje som avledning og en kombinasjon av EMLA og massasje for å redusere økte fysiologiske parametere forårsaket av smerte hos barn. Massasje viste seg altså å ikke være særlig effektivt alene, og effektiviteten av massasje var mer merkbar i sammenheng med EMLA-krem. Likevel påpeker studien at massasje blokkerer overføringen av smertesignaler gjennom å stimulere nervefibre, og på denne måten reduserer smerten. I tillegg har avledning som hensikt å rette barnets oppmerksomhet vekk fra prosedyren og den smerten som medfølger (Grønseth & Markestad, 2017, s.31). Med andre ord legger studien frem to ulike perspektiver med hensyn til betydningen av massasje som avledning. Innledningsvis

presenterer Neshat et al (2020, s.620) tidligere studier som indikerer at massasje gir en betydelig forskjell på smerteskår hos barn. Derimot ved egen forskning konkluderer de med at selv om massasje er mer tilgjengelig og rimelig, kan det ikke betraktes som en erstatning til EMLA-krem for å redusere økte fysiologiske parametere induisert av nålrelaterte smerter.

En av årsakene til at resultatene til Neshat et al (2020) kan være annerledes enn resultatene til Thrane et al (2015), Binay et al (2018) og Dabas (2017) er at forskningen kan ha blitt påvirket av andre faktorer. I studien var det forskeren som masserte barna. Basert på det vi vet om at barn er preget av fremmedfrykt (Grønseth & Markestad, 2017, s.68), kan det tenkes at noen av deltakerne opplevde det som ukomfortabelt å bli massert av en fremmed som de ikke hadde tillit til. Fremmedfrykt kan ha vært en bidragende faktor til at de fysiologiske parametrene hadde det høye utslaget som Neshat et al (2020) resulterer med. Med andre ord kan det være at massasje som avledning er en god form for fysisk smertelindring, men at det er nødvendig at det ligger et tillitsforhold til grunn mellom barnet og massøren. Tilsvarende sier lovverket og litteraturen til McCormack og McCance (2017, s.195) at en bør begrense antall pleiere barnet har. Ved å tilrettelegge for primærsykepleiere ved barneposter, vil barnet skjermes for unødvendig mange fremmede folk og inntrykk. Primærsykepleiere kan gi en økt følelse av trygghet og forutsigbarhet for barnet. Dessuten kan det være fordelsmessig for sykepleier også, da det vil være et grunnleggende tillitsforhold å bygge videre på fra gang til gang. I tillegg vil det med tiden være lettere for sykepleier å lese barnet og tilpasse sykepleien.

Hvorvidt avledning har en betydning på fysisk smerte til barn er tilsynelatende omdiskutert. Til forskjell fra Neshat et al (2020) viser resultatene til Binay et al (2018, s.755) en betydelig lavere smerteindikasjon hos barn som ble avledet med ekstern kulde og vibrasjon, og med såpebobler, sammenliknet med kontrollgruppen ved blodprøvetaking. På bakgrunn av studien til Binay et al (2018) kan avledning være et bra alternativ til medikamentell smertebehandling ved nålrelaterte prosedyrer. Studien viste derimot ingen betydelig forskjell mellom gruppen som ble avledet med ekstern kulde og vibrasjon, og gruppen som blåste såpebobler. I slike tilfeller er det relevant at sykepleier i sin lindrende funksjon iverksetter tiltak for å fremme barnets opplevelse av velvære mest mulig og skjerme det fra ubehag. Dette gjøres for eksempel ved å benytte seg av personsentrert sykepleie og tilknytningen til foreldre for å kartlegge hvilken avledningsmetode barnet har mest nytte av (Kristofferen et al, 2016a, s.18;

McCormack & McCance, 2017, s.193-194). Det gjenspeiles dessuten i de yrkesetiske retningslinjene om å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Samtidig kom det frem i forskningsresultatene til Dabas (2017, s.8) at avledning i form av leketøy er en effektiv metode ved vaksineringsprosedyrer for å redusere smerteintensiteten hos spedbarn. Likedan som studien til Binay et al (2018) viser studien at smerteskåren var lavere hos gruppene som fikk avledning i form av elektroniske leketøy, nøkkel-leketøy og enkle leketøy enn i kontrollgruppen. Blant de ulike avledningsmetodene var det elektroniske leketøy som ga lavest smerteskår hos spedbarn, og dermed viste best smertelindrende effekt på fysiske smerter. Likevel kan en også i dette tilfellet benytte seg av personsentrert sykepleie for å kartlegge barnets forutsetninger og ønsker, da det kan tenkes at noen barn får bedre utnytte av en av de andre avledningsmetodene (McCormack & McCance, 2017, s.193-194). Thrane et al (2015, s.26) stadfester dessuten at selv om de ulike avledningsmetodene gir lovende resultater hver for seg, kan de ha en enda bedre effekt når de kombineres. Med det ser en at forskning med bakgrunn i teori peker på at avledning har en betydning på lindring av fysiske smerter.

5.2 Emosjonell smerte

Både faglitteratur og forskning viser til at dersom et barn opplever stress eller frykt kan det forverre en opplevelse av fysisk smerte. I lys av personsentrert sykepleie er det viktig at sykepleier gjør en grundig vurdering av barnet i forkant av prosedyren. I kapittel 2.1 omtalte vi at årsakene til stress og smerte, samt hvordan barnet håndterer dette, påvirkes i stor grad av deres alder, utviklingsnivå og personlighet. Smertebehandlingen må derfor tilpasses disse faktorene, samt at sykepleier må finne individualiserte avledningsmetoder som preges av barnets ønsker og livssituasjon (Markestad, 2016, s.103; Grov & Holter, 2015, s.898). Svøping og vugging vil for eksempel trolig ikke ha særlig effekt på den emosjonelle smerten til en 4-åring, slik som tegnefilmer og fantasireiser trolig vil ha liten effekt på et spedbarn (Thrane et al, 2015, s.23). Thrane et al (2015, s.26) peker på at avledningsmetodene som brukes bør være handlinger som dekker barnas iboende behov. For eksempel kan hud-mot-hud metode oppfylle spedbarns behov for å føle seg tilknyttet, og å bli svøpt møter behovet deres for å bli holdt. Førskolebarn er lekne av natur, så avledning med såpebobler og titt-tei kan imøtekomme deres behov for lek og dermed virke smertelindrende. Det er essensielt at sykepleier har kunnskap om utviklingsnivå, slik det også er lovfestet i §5 i forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Ikke minst må sykepleier se an settingen. Dersom

barnet er engstelig og gråter, bør sykepleier se på muligheten for å avvente med prosedyren til barnet har roet seg (Grønseth & Markestad, 2017, s.68-69).

Innledningsvis i kapittel 1.2 presenterte vi Florence Nightingale sin teori om at god sykepleie skal være rettet mot pasientens personlige opplevelse av å være syk og påvirkningen omgivelsene har på deres helse. Samtidig er det nødvendig å se pasienten og deres reaksjoner, fremfor å ha fokus utelukkende på sykdommen når en utøver sykepleie. Også i kapittel 2.5 om personsentrert sykepleie viser teorien at pasientens diagnose må sees i sammenheng og ikke som en isolert faktor. Å smertelindre er altså mer enn bare en fysiologisk prosess, og sykepleier må se det helhetlige bildet. Flere av forskningsartiklene vi har sett på viser at avledning har en betydning for å redusere smerte, men også for å redusere negative psykologiske faktorer som stress og frykt. Binay et al (2018, s.754) konkluderer med at ekstern kulde og vibrasjon er mer effektiv på å redusere frykt hos barn enn medikamentelle tiltak. I studien brukes en innretning som ser ut som en stor smilende bie, hvorav biens kropp vibrerer og biens vinger består av en ispakke. Binay et al (2018, s.752) skriver videre at Buzzy-Bee påvirker nervene på grunn av kulde og vibrasjon, men at den også avleder barnet og reduserer følelsen av frykt. I likhet med Buzzy-Bee fungerer såpebobler smertelindrende fordi det blant annet oppmuntrer barna til å puste dypt og dermed slappe av. Til tross for at resultatene til Neshat et al (2020) fremhever medikamentell smertebehandling, innleder artikkelen med at massasje som avledning har vist seg å være effektiv for å redusere emosjonell smerte som stress og frykt. Barnet må altså forstås i en større sammenheng og smertelindres med et helhetlig perspektiv hvor sykepleier tar hensyn til barnets psykososiale behov og ikke bare fysisk smerte (Tveiten et al, 2012, s.89).

For å redusere barnets emosjonelle smerte er det viktig med forberedelser før en smertefull prosedyre, hvor sykepleier for eksempel lar barnet få se prosedyren utført på en bamse. Som det oppgis i kapittel 2.2 anbefales det å være ærlig med barnet om smerten som kan oppstå, både for å unngå overraskelser og for å opprettholde tilliten mellom barnet og sykepleieren. Disse samtalene gir dem dessuten mulighet til å stille spørsmål og rette opp i misforståelser, samt bearbeide tidligere hendelser (Grønseth & Markestad, 2017, s.73-74). Det bidrar også med å opprettholde barnets autonomi ved at barnets verdier og ønsker blir respektert og tatt med i betraktning (Tveiten et al, 2012, s.205-207). Sykepleier må være spesielt oppmerksom på at barnet kan bli mer engstelig dersom de opplever at de blir løyet til. Til tross for at sykepleier gjennomgår forberedelser, og barnet er godt informert, kan barnet protestere når en

igangsetter prosedyren. Protest skyldes ofte barns naturlige reaksjon på å gjøre motstand i situasjoner hvor de er redd for smerte eller ubehag (Tveiten et al, 2012, s.64). Selv om førskolebarn er i en alder hvor de begynner å preges mer av autonomi, vil de fortsatt henvende seg til foreldrene for trygghet i nye og skremmende situasjoner (Thrane et al, 2015, s.26).

Ettersom resultatene på intervensjonsgruppene var forskjellige innad i studiene til Binay et al (2018) og til Dabas (2017) er det vanskelig å avgjøre hvilken avledningsmetode som har størst betydning. Likevel fungerer avledning sannsynligvis bedre når en bruker spennende eller overraskende metoder hvor barnet har en deltakende rolle (Grønseth & Markestad, 2017, s.78). For øvrig kan det være både positive og negative sider ved å avlede barnet. Rune Flaaten Bjørk (2021) er barne- og familiepsykolog og hevder at en ved å avlede barnet i forbindelse med smerter og vonde følelser, signaliserer at det ikke er noe å ta på alvor. Avledning er kun en av mange mestringsstrategier barnet trenger for å kunne håndtere vanskelige følelser. Dersom avledning blir en generell måte barnet blir møtt på når de har det vondt, vil de gå glipp av viktig kunnskap om følelser og hvordan disse kan håndteres.

Med bakgrunn i det Bjørk (2021) hevder kan en på den ene siden tenke seg at avledning som metode i alle skremmende eller smertefulle situasjoner kan føre til at barnet på sikt lærer å undertrykke følelsene sine. Dessuten kan barnet føle at smerten deres ikke anerkjennes dersom fokuset blir på å avlede dem fra negative følelser som frykt og smerte. På den andre siden er avledning en form for mestringsstrategi som barnet videre kan bruke for å håndtere følelser. Det vektlegges av Bjørk (2021) at avledning kun er en av flere mestringsstrategier barnet trenger. Altså vil det være viktig at foreldre og sykepleier ikke bruker avledning konsekvent når barnet opplever noe vondt, men at de derimot hjelper barnet med å mestre vonde opplevelser på flere måter. Avledning kan for eksempel erstattes eller kombineres med bruk av trøst. Det å gi barnet en premie eller en påskjønnelse etter gjennomført prosedyre kan være med på å skape en positiv assosiasjon til nålrelaterte prosedyrer. Premie og ros kan fungere som en form for trøst hvis barnet opplevde å ikke ha kontroll over følelsene sine (Karlsson et al, 2016, s.673). Bjørk (2021) poengterer videre at en ofte glemmer at barn kan trenge tid til å sitte på fanget til en forelder for å tørke tårene før de prøver på nytt.

5.3 Betydningen av foreldre

Foreldre spiller en viktig rolle for hvordan barnet håndterer smerte og ukjente omgivelser. Med bakgrunn i dette bør sykepleier oppfordre foreldre til å være til stede under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017, s.65-68). Nettopp fordi barn er preget av fremmedfrykt og krever høyere grad av forutsigbarhet og trygge omgivelser, er det lovfestet at barn har rett til samvær med en forelder under sykehusopphold (forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Thrane et al (2015, s.26) vektlegger barnets tilknytning til foreldrene, da en sterkere tilknytning kan bety at barnet ikke krever samme behandling som et barn som mangler støtte fra foreldrene. Dessuten har foreldrene sannsynligvis et veletablert tillitsforhold til barnet, som kan bidra til at barnet kjenner en større grad av trygghet og forutsigbarhet når foreldrene er med under prosedyren. Videre fremhever Thrane et al (2015, s.26) foreldre som er spesielt følsomme overfor barnets smertesignaler. Disse foreldrene har trolig større sannsynlighet for å trøste barnet ved antydning til smerte og har en beroligende atferd. Bjørk (2021) hevder dessuten at barn i vanskelige situasjoner trenger hjelp av foreldrene for å håndtere følelser. Til tross for overnevnte kan også foreldrenes tilstedeværelse forsterke barnets opplevelse av smerte (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.7). Thrane et al (2015, s.24) skriver at dersom foreldre og helsepersonell gir uttrykk for redsel, engstelse eller sinne, kan det ha en negativ innvirkning på barnets smerteopplevelse. Dersom barnet har erfart at foreldrene blir engstelige i situasjoner hvor det forekommer smerte, vil dette kunne lære barnet at disse situasjonene er farligere enn de trenger å være. En må velge å tro at foreldrene ikke er klar over at deres engstelse og frykt er faktorer som påvirker barnet deres negativt, og at de med veiledning vil te seg på den mest hensiktsmessige måten for barnet og for gjennomførelsen av prosedyren. For å oppnå hensiktsmessig atferd hos foreldrene er det avgjørende at sykepleier gjennom sin yrkesfaglige kompetanse klarer å instruere foreldrene i deres rolle og hvordan de kan hjelpe barnet sitt ved gjennomførelse av prosedyrer.

Noe av det mest sentrale i personsentrert sykepleie til barn er å betrygge og snakke med barnet og foreldrene (McCormack & McCance, 2017, s.198). Foreldrene blir en naturlig samarbeidspartner for sykepleieren. Foreldrene er en viktig ressurs da de har en unik evne til å forstå barnet sitt og derfor kan videreformidle informasjon om hvordan sykepleier burde tilnærme seg og gi omsorg for barnet i en behandlingssituasjon. Foreldrene har samtidig et unikt innblikk i barnets interesser og ønsker. Kanskje de vet om en bok eller film barnet liker,

har med en favorittbamse eller kan fortelle at barnet er glad i å synge? Dette er kunnskap sykepleier trenger for å kunne gi personsentrert smertelindring ved bruk av avledning. Derfor vektlegger personsentrert sykepleie det å involvere barn og foreldre i helsemessige avgjørelser og behandlingsalternativ, slik at deres verdier og ønsker preger behandlingen (McCormack & McCance, 2017, s.193-194). Inkludering av deres verdier og ønsker gjenspeiles også i prinsippet om autonomi.

Dersom foreldrene skal ha en deltakende rolle i behandlingen, må sykepleier være påpasselig med at foreldrene ikke gjør sykepleierens jobb eller at barnet tror at det er foreldrene som påfører dem smerte (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.14). I merknadene til §6 i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) understrekes det at foreldrenes bidrag skal være et supplement og ikke en erstatning for sykepleierens innsats. Til tross for at foreldrene kan bidra under prosedyrer, skal de ikke overlates til oppgaver som føles skremmende eller smertefullt for barnet, så vel som ansvar og oppgaver som etter sin art bør utføres av helsepersonell. Derimot kan de bidra der det er praktisk mulig og medisinsk forsvarlig, som for eksempel ved omsorgsoppgaver. For øvrig har sykepleier et ansvar for at barnet får den omsorgen og pleien det trenger selv når foreldrene er til stede. Sykepleier burde også overta foreldrenes omsorgsoppgaver dersom de har behov for å avlastes. Med bakgrunn i dette er det viktig at det er tydelig kommunikasjon og enighet mellom partene om hva slags rolle og oppgaver foreldrene skal ha under sykehusoppholdet. Avslutningsvis er det viktig at foreldrene opplever å bli anerkjent for innsatsen og blir behandlet som en likeverdig samarbeidspartner. Det er samtidig viktig å huske at det er to eksperter, sykepleieren og forelderen, men at de er eksperter på forskjellige områder (Tveiten et al, 2012, s.72-74).

5.4 Reduksjon av uheldige konsekvenser

I begrunnelsen for hvorfor vi har valgt å ha fokus på ikke-medikamentell smertelindring nevnes det at en unngår bivirkninger, som kvalme og slapphet, som kan forekomme med medikamentell behandling. Andre uheldige konsekvenser kan være feilmedisinering, utilstrekkelig smertelindring, utvikling av fobi og det dette innebærer. Binay et al (2018) viser til studier som fremhever avledning som smertelindring fordi medikamentelle tiltak har flere uheldige bivirkninger. I tillegg til at barn er mindre enn voksne, er også farmakokinetikk og farmakodynamikk aldersavhengig (Nordeng, 2018, s.303). På grunn av dette er det utfordrende å beregne riktige doser til barn. Det er etiske vanskeligheter forbundet med å

inkludere barn i kliniske studier, som et resultat er det mangel på studier som viser effekten av legemidler til barn (Nordeng, 2018, s.303). Videre oppgir Teigen et al (2016, s.432-433) at rundt 60% av barn mellom 2 og 5 år på norske sykehus hadde fått et uregistrert legemiddel, og over 90% av dem hadde fått et legemiddel utenfor godkjent indikasjon. Barn er mer følsomme for feilmedisinering enn voksne, og kan derfor lide større konsekvenser. Feilmedisinering forekommer opp mot tre ganger så hyppig enn hos voksne, og barn på sykehus er spesielt utsatt. Smertestillende midler er blant legemidlene som hyppigst er overdosert (Nordeng, 2018, s.304-305). Derimot vil bivirkninger og feilmedisinering forhindres når en bruker avledning som smertelindring.

Litteratur har vist at barn som har opplevd smertefulle prosedyrer er mer følsomme for smerte, har lavere kvalitet på kognitiv utvikling, gir uforenlige responser og blir redde for nåler (Neshat et al, 2020, s.619). Frykten og smerten kan videre utvikle seg til traumatiske minner og fobier som kan fortsette gjennom voksenlivet, og provosere unngåelsesatferd hos pasienten overfor helsevesenet. Med hensyn til dette er det derfor uheldig om barnets smerte blir underbehandlet. I kapittel 5.1 omtalte vi risikoen for at barn blir underbehandlet dersom sykepleier utelukkende bruker ikke-medikamentell smertelindring, men som nevnt i begrunnelse for valg av tema, kan det være hensiktsmessig å kombinere medikamentell og ikke-medikamentell behandling dersom situasjonen tilsier det. Det er viktig å ha et helhetlig perspektiv på barnet. Medikamentell smertebehandling viser god effekt på å lindre fysisk smerte (Neshat et al, 2020, s.620), men en kan dog undre seg om medikamenter har betydning for den emosjonelle smerten, samt barnets evne til å opparbeide seg mestringsstrategier. Dersom sykepleier ikke bruker noen form for ikke-medikamentell smertelindring kan de risikere å ikke gi fullstendig smertelindring for barnet, noe som strider imot ikke-skade prinsippet om å minimere ubehag og smerte (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.18-19). Barns smerteopplevelse påvirkes av hvordan de ved tidligere smerteopplevelser har lært seg å håndtere smerten. Ettersom oppgaven tar for seg små barn er det derfor en del av sykepleiers lindrende funksjon å sørge for at barnet får muligheten til å håndtere smertene på en hensiktsmessig måte og dermed forebygge senere smerteopplevelser. Forebyggingen gjøres blant annet ved at sykepleier fortsetter å gjøre forberedelser før prosedyren selv om barnet har vært igjennom den før. Dersom barnet ikke blir tilstrekkelig smertelindret eller ikke får bearbeidet de negative følelsene, kan dette utvikle seg til de uheldige konsekvensene nevnt ovenfor. Til motsetning kan god smertelindring og utvikling av mestringsstrategier hos barn gjøre dem mer egnet til å håndtere smerte og andre vonde følelser senere i livet. Dette er noe

av årsaken til at helhetlig personsentrert smertelindring er spesielt viktig for valgt aldersgruppe.

5.5 Veien videre

Vår erfaring fra barnepost er at det ikke er nok fokus på avledning som et alternativ til premedikasjon ved nålrelaterte prosedyrer. Basert på det vi har funnet i oppgaven om at avledning er rimeligere, har færre uheldige konsekvenser, og i mange tilfeller har like god eller til og med bedre effekt enn medikamentell smertelindring, kan en undre seg hvorfor dette ikke utgjør en større del av dagens praksis. Thrane et al (2015, s.24) henviser faktisk til en studie fra Canada der det kommer frem at grunnen til at avledning ikke brukes er fordi det er mangel på kunnskap hos sykepleierne. Likevel har det vært et økt fokus på tilstrekkelig smertelindring av barn de siste tiårene. Et resultat har vært opprettelsen av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn i 2008 på ordre fra Stortinget for å øke kompetansen knyttet til temaet (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2021, s.3-4). Kompetansenettverket tar også for seg ikke-medikamentell smertelindring. Kompetanse hos sykepleier om ikke-medikamentelle tiltak tilpasset aldersgrupper er altså essensielt for å få gjennomført nålrelaterte prosedyrer hos barn uten å være avhengig av å bruke medikamentelle tiltak. Med bakgrunn i at det er mangel på kunnskap burde det vært lagt opp til for eksempel fagdager om bruk av avledning på barneavdelinger for å heve kunnskapsnivået til sykepleierne.

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (2021) definerer smerte som en subjektiv opplevelse, og at smerte er personlig og sammensatt. Behandling av fysiske og emosjonelle smerter er en kompleks oppgave, og det er derfor viktig at det settes av tid og ressurser for å oppnå optimal smertelindring. På den ene siden kan en tenke seg at faste rutiner og pakkeforløp effektiviserer helsevesenet og gjør det mulig å omfordele ressursene hvor de trengs mer. På den andre siden kan dette føre til at pasientens ønsker og bekymringer ikke blir tatt hensyn til, samt at en går glipp av andre behandlingsmetoder som kunne vært mer effektivt for det enkelte individ. Dessuten viser forskning at avledning består av tidseffektive, rimelige og gjenbrukbare metoder som ikke har bivirkninger og som trygt kan brukes på barn (Binay et al, 2018, s.755). Avledning som smertelindrende metode kan altså på sikt spare helsevesenet for tid og ressurser, samtidig som det er et bedre tilpasset tilbud for smertelindring av barn. Til tross for dette kan det likevel tenkes at sykepleiere anser det som

lettere å gi medisiner til barnet. Avledning kan gi større variasjon ut ifra hvilket barn det gjelder samt deres dagsform, noe som kan medføre at noen sykepleiere blir usikre i sin behandlingssituasjon. Medikamentell smertelindring er noe en er godt vant med på sykehus, og for noen kan det kanskje oppleves mer forutsigbart å gi medisiner, da de på denne måten sikrer god smertelindring ved en metode de har bedre kjennskap til. Det er elementært at sykepleier har kunnskap om avledning og barns utvikling, og hvordan de kan bruke denne kunnskapen i lys av personsentrert sykepleie for å oppfylle deres lindrende funksjon. Vi opplever derfor at løsningen vil være tålmodighet og et kunnskapsløft på barneavdelinger. Selv om det kan føles krevende å individualisere smertelindringen til hvert enkelt barn, har vi på bakgrunn av besvarelsen grunn til å tro at det vil lønne seg å øke kunnskapen og legge til rette for avledning som metode. Det vil gi mer fullstendig smertelindring for barnet og kan gjøre barnet mer samarbeidsvillig ved neste prosedyre.

6 Oppsummering

Formålet med oppgaven var å belyse hvilken betydning avledning har som ikke-medikamentell smertelindring ved nålrelaterte prosedyrer til barn på sykehus. For å belyse problemstillingen har vi i oppgaven presentert barn som pasientgruppe, typiske utviklingstrekk for barn i den valgte aldersgruppen, ulike avledningsmetoder, juridiske og etiske perspektiver som må tas hensyn til, og drøftet dette med bakgrunn i personsentrert sykepleie.

Avledning har som hensikt å rette barnets oppmerksomhet vekk fra prosedyren og den smerten som medfølger, og kan være et bra alternativ til medikamentell smertebehandling ved nålrelaterte prosedyrer. Forskning viser at avledning er en effektiv metode for å redusere smerteintensiteten for den valgte aldersgruppen, samtidig tyder resultatene på at det er nødvendig at det er et tillitsforhold mellom barnet og sykepleier. Avledningsmetodene som brukes bør være handlinger som dekker barnas iboende behov. Barna må forstås i en større sammenheng og smertelindres med et helhetlig perspektiv. Forskning viser at avledning har en betydning for å redusere emosjonell smerte som stress og frykt, som er forverrende faktorer for fysisk smerte. Likevel er det viktig at en husker at barnet også har behov for å lære andre mestringsstrategier. Med bakgrunn i besvarelsen har vi sett at avledningsmetoder gir lovende resultater hver for seg, men at de kan ha en enda bedre virkning når de kombineres med hverandre og individualiseres til barnet.

Avledning som smertelindring har en betydning for foreldrene da de får en mer deltakende rolle, og dermed kan betrygge og trøste barnet under nålrelaterte prosedyrer. Foreldrenes deltakelse styrker ofte tilknytningen mellom dem og barnet, og har dermed også en positiv betydning for deres relasjon. Avledning har også en betydning ved at det gir færre uheldige konsekvenser, som bivirkninger og feilmedisinering. Siden avledning bidrar til helhetlig smertelindring og utvikling av barnets mestringsstrategier, vil i tillegg uheldige konsekvenser som redusert kvalitet på videre kognitiv utvikling og utvikling av fobier reduseres. Ikke minst gjør det barnet mer egnet til å håndtere smerte og andre vonde følelser senere i livet.

Behandling av fysiske og emosjonelle smerter er en kompleks oppgave, og for at sykepleier skal oppfylle sin lindrende funksjon er det essensielt at sykepleier har kompetanse om avledningsmetoder tilpasset aldersgruppen, og hvordan dette kan brukes i lys av

personsentrert sykepleie. Avledning består av tidseffektive, rimelige og gjenbrukbare metoder som trygt kan brukes på barn. Løsningen for å normalisere bruk av avledning som smertelindring er tålmodighet og et kunnskapsløft på barneposter. Selv om det kan føles krevende å individualisere smertelindringen til hvert enkelt barn, har vi på bakgrunn av besvarelsen grunn til å tro at det vil lønne seg å øke kunnskapsnivået om avledning og legge til rette for avledning som metode, da det vil gi en mer fullstendig smertelindring for barnet.

Vi konkluderer med at avledning som smertelindring har flere positive betydninger. Både i form av å redusere fysisk og emosjonell smerte på en mer helhetlig måte, men også at den lærer barnet mestringsstrategier som kan brukes senere i livet. Avledning legger også til rette for at barn og foreldre får mulighet til å delta mer i behandlingsforløpet, det reduserer uheldige konsekvenser og sparer helsevesenet for tid og ressurser på sikt. Vi poengterer igjen at det vil være nødvendig med et kunnskapsløft for at avledning skal bli en større del av dagens praksis. For å oppnå et kunnskapsløft og videre belyse problemstillingen vil det være nødvendig med ytterligere forskning på fagområdet. Vi håper dessuten at opprettelsen av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn bidrar til å øke kompetansen om ikke-medikamentell smertebehandling hos sykepleiere.

Referanseliste

- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Befring, E. (2020). *Sentrale forskningsmetoder – med etikk og statistikk* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Binay, S., Bilsin, E., Greceker, G. Ö., Kahraman, A & Bal-Yilmaz, H. (2018). Comparison of the Effectiveness of Two Different Methods of Decreasing Pain During Phlebotomy in Children: A Randomized Controlled Trial. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(4), 749-756. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.11.010>
- Birnie, K. A., Noel, M., Chambers, C. T., Uman, L. S., & Parker, J. A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), 1-162.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd005179.pub4>
- Bjørk, R. F. (2021, 12. april). Hvordan snakke med barn om følelser? *Norsk psykolog forening*. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/videoer-om-livsutfordringer/hvordan-snakke-med-barn-om-foelelser>
- Dabas, P. (2017). Effectiveness of Distraction Techniques on Pain Intensity during Immunization among Infants. *International Journal of Nursing Education*, 11(1), 5-9.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ehnfors, M., Ehrenberg A., Thorell-Ekstrand, I. (2015). *NYE VIPS-BOKEN: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Cappelen Damm Akademisk. (Opprinnelig utgitt 2013).
- eHåndboken. (2021). *Smertevurdering av barn 0-18 år*. Hentet 8. desember 2021 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/119216>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Forskrift om studier og eksamen ved LDH. (2019). *Forskrift om studier og eksamen ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH)* (FOR-2013-06-18-757). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-09-10-2305>

- Grov, E. K. & Holter, I. M. (Red.). (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). *Kildevalg*. Hentet 28. mars 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helseth, S., Haraldstad, K., Kvarme, L., Reinertsen, H., Skarstein, S. & Winger, A. (2016). Smerter hos barn og unge. I S. Helseth, M. Leegaard & F. Nortvedt (Red.), *Livskvalitet og smerte: et mangfoldig forskningsfelt* (s.25-40). Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, K., England, A. C. D., Enskär, K., Nyström, M. & Rydström, I. (2016). Experiencing support during needle-related medical procedures: a hermeneutic study with young children (3-7 years). *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 667-677. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.06.004>
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: Sentrale perspektiver. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A., H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s.98-114). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016a). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (3. utg., s.15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016b). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Machin, D., Fayers, P. M. & Tai, B. C. (2021). *Randomised clinical trials* (2. utg.). Wiley Blackwell.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- McCormack, B. & McCance, T. (Red.). (2017). *Person-centred practice in nursing and health care*. Wiley Blackwell
- Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. (2021). *Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn og unge*. Hentet 9. desember 2021 fra

<https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje.pdf>

- Neshat, H., Aslani, K., Jamshidi, M., Aslanabadi, S. & Ghorbani, F. (2020). Comparison of the Effect of Massage and EMLA Cream on Children's Physiological Indices During Venipuncture: A Factorial Clinical Trial. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(6), 619-624. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.04.005>
- Nordeng, H. (2018). Barn og legemidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s.299-306). Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 9. desember 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie: Bind 1* (5.utg., s.17-40). Gyldendal Akademisk.
- Teigen, A., Wang, S., Truong, B. T. & Bjeknes, K. (2016). Off-label and unlicensed medicines to hospitalised children in Norway. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 69(4), 432–438. <https://doi.org/10.1111/jphp.12581>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thrane, S. E., Wanless, S., Cohen, S. M. & Danford, C. A. (2015). The Assessment and Non-Pharmacologic Treatment of Procedural Pain From Infancy to School Age Through a Developmental Lens: A Synthesis of Evidence With Recommendations. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.002>
- Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, F. H. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Twycross, A, Dowden, S. & Stinson, J. (Red.). (2014). *Managing Pain in Children* (2. utg). Chichester: Wiley Blackwell.
- Walther-Larsen, S., Pedersen, M. T., Friis, S. M., Aagaard, G. B, Rømsing, J., Jeppesen, E. M. & Friedrichsdorf, S. J. (2016). Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals. *Acta Anaesthesiol Scand*, 61(3), s.328-37. <https://doi.org/10.1111/aas.12846>