

Utfordringer ved smertevurdering av små barn i postoperativ fase

Kandidatnummer: 48 & 147
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8772
Dato: 19.04.22



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 19.04.22
Tittel Utfordringer ved smertevurdering av små barn i postoperativ fase	
<p data-bbox="178 456 383 492"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="178 510 1254 604"><i>Hvilke utfordringer kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy på små barn i postoperativ fase?</i></p> <p data-bbox="178 676 446 712"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="178 730 1385 1097">Det er kjent at barn ikke får tilstrekkelig smertebehandling sammenlignet med voksne. Om barn ikke blir tilstrekkelig smertelindret kan dette føre til langvarig smerte og negative senskader som økt smertefølsomhet, nedsatt fysisk funksjon, høyt fravær på skolen og/eller psykisk stress. Barnets kognitive utvikling kan påvirke deres evne til å forstå sammenhengen mellom handling og resultat. Foreldre er viktige samarbeidspartnere for å skape et trygt miljø for barnet i en ellers uforutsigbar og skummel situasjon. Barnets smerte er subjektivt og består av fysiske, psykologiske og sosiale komponenter.</p> <p data-bbox="178 1155 284 1191"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="178 1209 1382 1411">Dette er en litterær oppgave. Vi har funnet den selvvalgte litteraturen ved å se i pensum, søkt etter litteratur i ulike databaser og sett i hyllene på biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høyskole. For å finne forskningsartikler til oppgaven har vi brukt databaser som PudMed, SweMed+ og har søkt i arkivet til Sykepleien.no sin forskning.</p> <p data-bbox="178 1469 296 1505"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="178 1523 1372 1724">Vi har drøftet resultatene og funn fra studiene vi har valgt ut, samt lovverk, yrkesetiske retningslinjer og annen litteratur. Drøftingen legger vekt på utfordringer som kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy, foreldrenes rolle i smertevurderingen, kulturelle utfordringer og sykepleierens kunnskap, kompetanse og holdninger.</p> <p data-bbox="178 1796 335 1832"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="178 1850 1356 1993">Oppgaven konkluderer med at det er flere faktorer som påvirker smertevurderingen av små barn. Sykepleieres holdninger til smertevurdering og mangel på kunnskap er en utfordring innen smertevurdering av barn i postoperativ fase. Det er viktig å bruke</p>	

smertevurderingsverktøy som er tilpasset etter barnets alder og kognitive utvikling for å få en helhetlig vurdering.

(Totalt antall ord: 272)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Presentasjon av problemstilling	2
1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.3	Begrepsavklaringer	3
2	Teori.....	4
2.1	Smerte	4
2.2	Den postoperative fasen	4
2.3	Smerteuttrykk hos barn	5
2.4	Barnets kognitive utvikling.....	5
2.5	Piagets kognitive utviklingsteori	6
2.6	Utvikling av særtrekk i alderen 3 til 6 år	6
2.7	Smertevurderingsverktøy	7
2.8	Lover, rettigheter og etikk	8
2.9	Sykepleierens rolle og funksjon.....	9
2.9.1	Relasjonsarbeid og tillit.....	9
2.10	Foreldre som støttespillere.....	10
3	Metode	11
3.1	Databaser og søkeord	11
3.2	Beskrivelse av søk	11
3.3	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	13
3.4	Valg av litteratur	13
3.5	Kildekritikk.....	14
4	Forskningsresultat.....	15
5	Diskusjon.....	18
5.1	Utfordringer ved bruk av smertevurderingsverktøy	18
5.2	Foreldrenes rolle i smertevurderingen	20
5.3	Kulturelle utfordringer	22
5.4	Sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdninger.....	24
6	Avslutning	26
7	Referanseliste.....	27
8	Vedlegg	30
8.1	Vedlegg 1: r-FLACC	30
8.2	Vedlegg 2: FPS-R.....	31
8.3	Vedlegg 3: VAS	32
8.4	Vedlegg 4: NRS	33

1 Innledning og bakgrunn

Smertevurderingsverktøy benyttes i alt for liten grad ved postoperative pediatrike avdelinger over hele landet (Smeland & Sørensen, 2018). Det er kjent at barn ikke får tilstrekkelig smertebehandling sammenlignet med voksne (Bratli et al., 2020; Grønseth & Markestad, 2021, s. 165). Barn og ungdom utgjør 22 % av befolkningen i Norge, og med barn og ungdom menes personer under 18 år (Sørbjerg, 2019, s. 127). Nesten 100 000 barn under 18 år har hvert år behov for sykehusinnleggelse i Norge (Brunvand, 2017, s. 537). I en tverrsnittstudie som inkluderte seks universitetssykehus kom det frem at mer enn 66% av barna ikke fikk tilstrekkelig dose med morfin postoperativt (Smeland et al., 2018). Johansen & Leonardsen (2020) sier at postoperativ smertevurdering er et problem i store deler av verden, og ikke bare i Norge. Derfor synes vi dette er et viktig tema å skrive om.

Det å smertevurdere barn i postoperativ fase har høy sykepleiefaglig relevans fordi utilstrekkelig smertelindring kan gi store konsekvenser for barnet i ettertid (Smeland & Sørensen, 2018). Eksempler på disse negative konsekvensene er langvarige kroniske smerter, nedsatt fysisk funksjon, økt smertefølsomhet, høyt fravær på skolen og/eller psykisk stress. Mellom 23-51% av barn og ungdom opplever langvarige eller tilbakevendende smerter i postoperativ fase (Smeland & Sørensen, 2018). Konsekvensene ved å ikke smertevurdere og smertelindre barn i tide kan være alvorlige for enkeltindividet, men det kan også være ressurskrevende for samfunnet (Smeland & Sørensen, 2018). Smertevurdering av barn i postoperativ fase burde være rutine og like naturlig som å måle fysiologiske variabler, særlig da man må forvente smerte etter et kirurgisk inngrep (Grønseth & Markestad, 2021, s. 167).

Sykepleierens holdninger til barnets smerter er en av årsakene til at barn ikke blir tilstrekkelig smertebehandlet (Grønseth & Markestad, 2021, s. 165). Både faglitteratur og forskning gir gode holdepunkter for at dårlige holdninger hos sykepleiere påvirker smertevurderingen av barn (Grønseth & Markestad, 2021 s. 165; Smeland et al., 2018). Manglende vilje til å endre handlingsmønster i samsvar med kunnskapsutvikling, og manglende bruk av smertevurderingsverktøy er også utfordringer i smertevurdering av barn i postoperativ fase. Kunnskapsmangel, usikkerhet rundt smertevurderingen og sykepleierens engstelse for å gi barnet bivirkninger er andre faktorer som spiller inn i smertevurderingen av barn (Grønseth & Markestad, 2021, s. 165).

Bruk av smertevurderingsverktøy øker stadig i barneavdelinger, men vi ser at det er en utfordring å innarbeide det i sykepleierens rutinemessige arbeid (Grønseth & Markestad, 2021, s. 166). I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleiere har et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019). Det er sykepleiers ansvar å smertevurdere barnet, og en av sykepleierens sentrale funksjoner er å forebygge og lindre smerte (Grønseth & Markestad, 2021, s. 165). Foreldre er de viktigste personene for et barn, og de assosieres med trygghet og forutsigbarhet. Derfor er foreldrene sykepleierens viktigste samarbeidspartnere når barnet ikke kan uttrykke seg (Søbjerg, 2019, s. 202). Vi ønsker å jobbe med barn i fremtiden, og har derfor valgt å skrive om utfordringer som kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy på små barn i postoperativ fase. På bakgrunn av at dette er oppgavens hensikt å få mer kunnskap om slike utfordringer.

1.1 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av oppgavens formål lyder problemstillingen som følger:

«Hvilke utfordringer kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy på små barn i postoperativ fase?»

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

Vi har valgt å avgrense problemstillingen vår til barn mellom 3 og 6 år, for å definere pasientgruppen og korrekt valg av smertevurderingsverktøy. Barn mellom 3 og 6 år er i en aldersgruppe hvor det kan være behov for å benytte et selvrapporteringsverktøy som FPS-R og observasjonsverktøy som FLACC for å smertevurdere tilstrekkelig (Grønseth & Markestad, 2021, s. 168). Dette er også en av årsakene til den valgte avgrensningen i alder og valg av smertevurderingsverktøy. Det er anbefalt i Oslo universitetssykehus (OUS) sin eHåndbok at FLACC blir brukt på barn fra 0 til 5 år, mens FPS-R blir brukt på barn fra 5 år og eldre. OUS og faglitteratur sier at selvrapportering av smerte er førstevalget der det er mulig, og skal bli brukt om barnet har forståelse for dette (eHåndbok, OUS; Smeland & Sørensen, 2018). Dette kan også inkludere barn som er yngre enn 5 år. FLACC får frem sykepleierens observasjon og kliniske vurdering, mens FPS-R er et verktøy for barns selvrapportering. Det må derfor gjøres en vurdering av hvert enkelt barn, slik at smertevurderingen blir best mulig tilpasset. Oppgavens kontekst er barn på sykehus, siden det er her vi møter pasientgruppen barn i postoperativ fase. (eHåndbok, OUS; Smeland & Sørensen, 2018). Vi har ikke avgrenset til en spesifikk type kirurgi, men vi har valgt å

inkludere vellykkede inngrep uten komplikasjoner. Vi ser at forskning og faglitteratur bruker ulike begreper som kartleggingsverktøy, smerteskala, smertekartleggingsverktøy og smertevurderingsverktøy om hverandre. Alle de ovennevnte verktøyene er til for å vurdere barns smerte, og videre i oppgaven kommer vi til å bruke begrepet smertevurderingsverktøy som en fellesbetegnelse for alle disse begrepene.

1.3 Begrepsavklaringer

FLACC: Face, Leg, Activity, Cry and Consolability (Grønseth & Markestad, 2021, s. 170).

Er et observasjonsverktøy som innebærer at barn med redusert verbalt språk og forståelse blir observert. Sykepleier observerer og vurderer barnets adferd, og gir en poengskår ut fra de fem kategoriene ansikt, ben, aktivitet, gråt og trøstbarhet (eHåndbok, OUS). Vi har brukt r-FLACC som vedlegg, siden dette er en revidert og oversatt versjon av den tradisjonelle FLACC. Vi har også inkludert den reviderte versjonen, da det er denne som blir brukt av OUS. FLACC-N blir nevnt i den ene forskningsartikkelen, men vi velger å bruke FLACC som et felles begrep for alle variantene gjennom oppgaven. Se vedlegg 1.

FPS-R: Face Pain Scale-Revised (Grønseth & Markestad, 2021, s. 171). Er et smertevurderingsverktøy hvor barnet selvrappporterer egen smerte ved hjelp av en skala med ansikter som representerer forskjellig grad av smerte. Ansiktene er rangert fra «ingen smerte» til «verst tenkelige smerte», hvor man skårer smerten fra 0 til 10 (eHåndbok, OUS). Videre i teksten kommer vi til å bruke både FPS-R og FPS om hverandre, da den eneste forskjellen er at FPS-R er en revidert og oversatt versjon av den engelske FPS. Se vedlegg 2.

VAS: Visuell Analog Skala er et smertevurderingsverktøy hvor man selvrappporterer egen smerte ved å peke på et tall på en 10 cm lang rett linje. I den venstre enden av linjen er 0 «ingen smerter» og i den høyre enden er 10 «verst tenkelige smerte» (Diakonhjemmet, 2020). Se vedlegg 3.

NRS: Numeric Rating Scale er et smertevurderingsverktøy hvor barnet selvrappporterer egen smerte ved hjelp av tall fra 0-10. 0 indikerer «ingen smerte» og 10 indikerer «verst tenkelig smerte» (eHåndbok, OUS). Se vedlegg 4.

2 Teori

I dette kapitlet vil oppgavens teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlag presenteres. Vi vil belyse relevant faglitteratur som ligger til grunn for oppgavens drøfting av problemstilling.

2.1 Smerte

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (IASP, 2009, referert i Danielsen et al., 2016, s. 383). Det finnes flere typer smerte, men man kan dele smerte inn i to hovedkategorier: kroniske og akutte smerter. Kroniske smerter fremtrer daglig, og varer i over 3 måneder. Akutte smerter er mer kortvarige, og forsvinner så fort årsaken til smerten er leget igjen. Videre kan man dele inn smertene i nociseptive smerter, nevroplastiske smerter og idiopatiske smerter. Nociseptive smerter forekommer ved stimulering av smertereseptorene, som skjer ved vevsødeleggelse eller stimuli fra en prosess som kan føre til vevsødeleggelse (Danielsen et al., 2016, s. 386). Smerte er subjektivt og består av fysiske, psykologiske og sosiale komponenter. Smertens subjektive natur krever at pasienten kan danne seg en opplevelse som er grunnlaget for vurderingen av smerten og effekten av lindrende tiltak (Grønseth & Markestad, 2021, s. 165).

2.2 Den postoperative fasen

Den postoperative fasen starter rett etter det kirurgiske inngrepet (Berntzen et al., 2016, s. 310). Etter et kirurgisk inngrep blir det utløst et inflammatorisk og endokrin metabolisk stressrespons som øker kravene til kroppen. Dette kan komme i form av takykardi, endret respirasjon og nedsatt immunforsvar (Gögenur & Rosenberg, 2019, s. 170). Den kirurgiske stressresponsen varierer ut fra traumaets omfang, og hensikten med denne responsen er at kroppen forsvarer seg selv mot skade. Den får en økt arbeidsbelastning for å opprettholde vitale funksjoner (Finrud, 2021, s. 150). Kirurgiske inngrep medfører umiddelbar aktivisering og stimulering av nociseptorene. Dette resulterer i akutt smerte (Jensen & Werner, 2019, s. 283). Akutte smerter forekommer ved plutselige vevstraumer som brudd eller kirurgi (Danielsen et al., 2016, s. 394). Preoperativ informasjon er viktig for å forberede et barn på det som skal skje under inngrepet og i tiden etterpå. Om barnet er godt informert, opplever det mindre engstelse og stress ved anestesi og oppvåkning (Finrud, 2021, s. 144). For å forebygge postoperative smerter hos barn er det viktig å sørge for god premedikasjon og systemisk

smertebehandling i etterkant (Grønseth & Markestad, 2021, s. 174). Sykepleier må også ha fokus på velvære og rask rehabilitering (Finrud, 2021, s. 143).

2.3 Smerteuttrykk hos barn

Det å vurdere smerte hos barn er mer komplisert enn hos voksne, da måten barnet uttrykker seg på er individuelt og avhenger av alder, utvikling og smerteforståelse. For å kunne vurdere barnets smerte er det viktig med tillit og trygghet, siden barn ofte er skeptiske til fremmede mennesker (Grønseth & Markestad, 2021, s. 98). Sammenlignet med voksne viser det seg at barn har en tendens til å ikke bli tilstrekkelig smertebehandlet (Grønseth & Markestad, 2021, s. 165). Fra tidligere av har man trodd at nyfødte og små barn ikke opplever smerte på samme måte som voksne, siden de ikke er ferdig utviklet. I dag vet vi at selv spedbarn opplever smerte omtrent på lik linje med voksne (Lein, 2015). Tidligere erfaringer med smerte er viktig å ta i betraktning når et barn skal gjennomgå noe som kan oppleves som smertefullt på sykehus. Det er stor forskjell på hvilke assosiasjoner et barn kan få til smerte. Det er derfor viktig å gi barnet positiv oppmerksomhet som ros, trøst eller en annen form for positiv belønning etter smertefulle opplevelser. Dette vil da utjevne de negative opplevelsene med selve smerten. Om barnet ikke har negative assosiasjoner til ting som vil gjøre vondt, vil det ikke være like skummelt eller traumatiserende ved en senere anledning (Grønseth & Markestad, 2021, s. 167).

2.4 Barnets kognitive utvikling

«Utvikling er en livslang prosess som styres, reguleres og påvirkes i et samspill av biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer, der det er en gjensidig påvirkning mellom menneskene og miljøet» (Håkonsen, 2017, s. 39). Utviklingsprosesser pågår hele livet. Det er i barndommen utviklingen skjer raskere og er mer omfattende enn senere i livet, når det kommer til fysiske og psykiske forandringer. Utvikling som skjer i barndommen vil ha en avgjørende rolle når det kommer til ungdomsår, voksen alder og alderdom (Tetzchner, 2012, referert i Håkonsen, 2017, s. 39). Fra barnet blir født er det en aktiv medspiller i sin egen utvikling (Håkonsen, 2017, s. 43). For å kunne vurdere og hjelpe barn og unge til å mestre stress ved en sykehusinnleggelse må sykepleieren vurdere barnets eller ungdommens utviklingstrinn. Sykepleier må også ta hensyn til at pasientene kan regredere under stress og fungere på et lavere utviklingstrinn enn alderen tilsier (Grønseth & Markestad, 2021, s. 67).

2.5 Piagets kognitive utviklingsteori

Piaget (1973) sier at barnet gjennomgår en serie av fundamentale forandringer i dets kognitive ferdigheter fra fødselen og fram til 15-16-års alderen. Det vil si at barnets tankeprosesser på et senere stadium er både avhengig av, og helt forskjellige fra tankeprosesser i tidligere stadium. Fra hvert stadium blir tenkingen mer logisk og det er derfor Piaget deler den kognitive utviklingen inn i fire stadier (Håkonsen, 2017, s. 53).

Det preoperasjonelle stadiet er det andre stadiet, og dekker barn fra 1,5 til 7 år. Vi har inkludert dette i vår teoridel, da det omfatter vår valgte aldersgruppe. I dette stadiet får barnet mulighet til å bruke språk og andre symboler, samt at de tilegner seg en form for logisk tenkning. Selv om barnet i denne perioden har et språk som ligner på «voksenspråk», er det viktig å presisere at barn ikke tenker som voksne (Håkonsen, 2017, s. 54). Det som er tydeligst markert for denne perioden er språket når det kommer til barnets kognitive utvikling. Barnets språk består av symboler, som vil si at ordene representerer og betyr noe annet og har en mening utenom seg selv. Bruk av symboler hos barn begrenser ikke språket. Et eksempel på dette er at barn ofte kan begynne å leke at trebiter kan være biler, eller at dukker kan være mennesker. Barnets tankeprosess beveger seg etter hva barnet kan se, høre og berøre. Det som er den største utfordringen i barnets tankeprosesser ifølge Piaget er egosentrisitet. Det vil si at «barnet mangler evne til å se og oppfatte andre menneskers perspektiv» (Håkonsen, 2017, s. 54). I det preoperasjonelle stadiet domineres barnet av sine egne synsinntrykk, og tror at andre mennesker ser verden på samme måte som dem selv. Et eksempel på dette er at barn kan holde seg for øyne og mene at andre ikke kan se dem. Barnets sanseinntrykk kan by på utfordringer ved smertevurdering på grunn av manglende helhetlig forståelse for handling og effekt (Håkonsen, 2017, s. 54). Eksempelvis er det ikke sikkert barn forstår at et smertestillende medikament skal lindre smerten (Helsebiblioteket, 2020).

2.6 Utvikling av særtrekk i alderen 3 til 6 år

Alle barn har visse individuelle særtrekk fra nyfødtp perioden (Håkonsen, 2017, s. 43). I denne alderen er barn ofte preget av separasjonsangst, og foreldrene er derfor en viktig ressurs for barnets trygghet. Barn er ofte avhengig av normale avgrensninger og leggerrutiner. Den egosentriske tankegangen er til stede og barnet kjenner ofte på skyldfølelse ved sykdom og skade. Det er derfor viktig å henvende seg direkte til barnet med en vennlig og lyttende

stemme. Barnets tankegang i denne perioden er konkret, og de kan for eksempel tro at ved en blodprøvetaking vil alt blodet renne ut av hånden (Grønseth & Markestad, 2021, s. 68). Å gjenta informasjon regelmessig skaper trygghet, og er viktig når barnet har vanskeligheter for å skille mellom virkelighet og fantasi. Barn kobler sammen ting som skjer i nær tid, og det er derfor viktig å forsikre barn om at det som skjer, som prosedyrer og sykdom, ikke er straff. Sykepleier må gi en konkret forklaring på tid, utstyr og prosedyrer, og bruke et språk som er forståelig, slik at man unngår misforståelser. Barn kan ofte feste seg ved enkle karakteristika i situasjoner, for eksempel kan sprøyter eller hvit frakk oppleves som noe negativt (Grønseth & Markestad, 2021, s. 68).

Barn i 3-års alderen kan uttrykke smerte og si «det gjør vondt», og sier ofte at smerten er i magen. Det kan fortsatt bety at de har vondt andre steder i tillegg til det angitte stedet. En slik selvrapporing er ikke tilstrekkelig informasjon for å vurdere hvor smerten befinner seg eller hvor sterk den er, men de kan uttrykke et ubehag (Nilsson et al., 2019, s. 135). Fra 4-års alderen kan barnet peke på det smertefulle området ved hjelp av tegninger av kroppen, og fra 5- til 7-årsalderen kan de gi pålitelig verbale uttrykk for sin smerteopplevelse (Grønseth & Markestad, 2021, s. 168). I 6-års alderen er det fortsatt viktig med rutiner, og barnet har også nedsatt toleranse for stress når foreldre ikke er til stede. Barnet har fått en bedre forståelse for tid og sted, og kan ofte se en sammenheng mellom årsak og virkning. De har da begynt å få en abstrakt tenkning og en bedre forståelse for hva sykdom er, men de kan fortsatt se på sykdom som en straff og få skyldfølelse av dette (Grønseth & Markestad, 2021, s. 69).

2.7 Smertevurderingsverktøy

Smertevurdering går ut på å avdekke status og legge grunnlaget for videre behandling (Rotegård et al., 2016, s. 261). Ved bruk av smertevurderingsverktøy gjennomgår man en smertevurdering, hvor verktøyet er tilpasset barnets alder og utviklingstrinn. Her evaluerer man om pasienten har smerte eller ikke, hvor smerten er lokalisert, smertens intensitet og smertens varighet (Grønseth & Markestad, 2021, s. 167-168). Den viktigste datakilden for sykepleier er pasientens egen vurdering og opplevelse av smerten, hvis dette er mulig. Det å vurdere smertetilstanden ut fra barnets adferd og ansiktsuttrykk er viktige datakilder for ikke-verbale barn og barn i førskolealder (Grønseth & Markestad, 2021, s. 168). Denne vurderingen bør sykepleier og foreldre gjøre sammen, da det er foreldre som burde rapportere

smerte på vegne av barnet dersom barnet ikke evner dette selv på grunn av uklare smerteuttrykk (Grønseth & Markestad, 2021, s. 172).

FLACC er et smertevurderingsverktøy hvor man kan skåre 0 til 2 poeng på de fem forskjellige parameterne i smertevurderingsverktøyet. Man kan få en samlet skår på mellom 0 og 10 poeng. En poengskår på 0 indikerer «ingen smerte», mens en poengskår på 10 indikerer «verst tenkelige smerte». Ved en høy poengsum tolkes det som om barnet har store smerter eller sterkt ubehag. Når man skal smertevurdere et våkent barn skal man observere i 2 til 5 minutter, mens et sovende barn skal vurderes i minimum 5 minutter. Om det er mulig skal barnet vurderes med FLACC og selvrapporing, og foreldre bør også inkluderes i vurderingen (Grønseth & Markestad, 2021, s. 170).

FPS-R er et smertevurderingsverktøy hvor man forteller barnet at ansiktene i verktøyet viser hvor vondt det er. Det er seks forskjellige ansikter med ulike ansiktsuttrykk som viser og indikerer økende smerte i en skala fra venstre til høyre. Ansiktsuttrykkene gir forskjellige skåringer etter hvor langt til høyre de er. Skalaen fra venstre til høyre gir henholdsvis 0, 2, 4, 6, 8 og 10 poeng (Grønseth & Markestad, 2021 s. 171).

2.8 Lover, rettigheter og etikk

Som utøvende sykepleier er det mange regler, lover og yrkesetiske retningslinjer en må følge. I vår oppgave vil vi ta for oss lover som helsepersonelloven (1999), pasient- og brukerrettighetsloven (1999), forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) og noen av de fire etiske grunnprinsippene. Helsepersonelloven tar frem viktigheten av å utføre arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner og ferdigheter (Helsepersonelloven, 1999, §4). Pasient- og brukerrettighetsloven tar for seg hvilke rettigheter hver pasient/bruker har ved en helseinstitusjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg står det at foreldre eller verger har rett til å samtykke for barnet og dets behandling frem til barnet har fylt 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4).

De yrkesetiske retningslinjene tar for seg hvilke ansvar og retningslinjer sykepleiere skal følge og opprettholde i sin praksis (NSF, 2019). I denne oppgaven skal vi skrive om barn mellom 3 og 6 år, og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon er derfor meget relevant.

Barnet har rett til å ha minst en omsorgsperson hos seg under hele sykehusinnleggelsen, også under behandling så lenge det ikke hindrer behandling, og barnet selv ønsker dette (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001§ 6-2; Grønseth & Markestad, 2021, s. 72). To av de etiske grunnprinsippene er autonomiprinsippet og ikke-skade. Prinsippene går ut på at sykepleier skal respektere pasientens autonomi, og at sykepleier ikke skade noen i sin praksis (Brinchmann, 2017, s. 87).

2.9 Sykepleierens rolle og funksjon

Å forebygge og lindre smerte er en sentral sykepleiefunksjon. Smerte kan gi de samme fysiologiske reaksjonene som stress og er svært energikrevende (Grønseth & Markestad, 2021, s. 165). I postoperativ fase er hovedfokuset til sykepleier å forebygge komplikasjoner og bidra til velvære og rask rehabilitering (Finrud, 2021, s. 143). Det å redusere stress og øke barnets og familiens evne til å mestre belastningen ved en sykehusinnleggelse og operasjon bidrar til kortere sykehusopphold og raskere rehabilitering (Finrud, 2021, s. 144).

God smertelindring pre- og postoperativt er svært viktig for å redusere den kirurgiske stressresponsen. Smerte er ofte det barnet er mest redd for, og det kan bidra til å øke den kirurgiske stressresponsen. Derfor er det viktig at man som sykepleier kartlegger og vurderer barnets smerte, og iverksetter lindrende tiltak postoperativt (Finrud, 2021, s. 156).

2.9.1 Relasjonsarbeid og tillit

Tilknytningsadferd er grunnleggende ved den menneskelige naturen og bidrar til å utvikle nære og faste relasjoner (Grønseth & Markestad, 2021, s. 130). Kontinuitet er en viktig del av behandlingen og pleien av små barn på sykehus. Om barnet og familien er kjent med sykepleieren kan dette redusere barnets og familiens utryggheter og bekymringer (Grønseth & Markestad, 2021, s. 191). Det er også viktig at sykepleier blir kjent med barnet som en person, og ikke bare som en pasient. Dette kan sykepleier gjøre ved å involvere seg selv og tørre å bli følelsesmessig berørt (Grønseth & Markestad, 2021, s. 98). Frykt og redsel kan forsterke smerten dramatisk, og derfor er det sentralt å skape trygghet for barnet (Grønseth & Markestad, 2021, s. 167). En fast omsorgsperson bidrar til at barnets verden blir mer forutsigbar, da rutiner og vaner stadig gjentas (Grønseth & Markestad, 2021, s. 130). Det kan være tidkrevende og utfordrende å skape et tillitsforhold til små barn, som ofte er skeptiske til fremmede voksne. Sykepleiere som jobber på barneavdelinger kan både være tillitsvekkende og greie, men kan også utføre skremmende og ubehagelige prosedyrer på barnet, som igjen

kan svekke relasjonsarbeidet (Grønseth & Markestad, 2021, s. 98). Det er derfor viktig at sykepleiere søker å oppnå tillit til barnet og deres foreldre, selv om dette ikke alltid lykkes. Hvordan sykepleiere møter barnet og deres foreldre er avgjørende, og kan bety mye for samarbeidet og hvordan barnet opplever situasjonen. Toneleie og ikke-verbalt språk kan bidra til om du blir kategorisert som «snill» eller «slem». Barnet baserer sin oppfatning på oppførsel og uttalelser. Barn liker at sykepleier snakker vennlig, er snill, rolig og avslappet, tilbringer tid med dem, og lytter aktivt i øyehøyde. Dette er tiltak som skaper en god relasjon. Humor, positive følelser, og direkte henvendelse til barnet er også viktig (Grønseth & Markestad, 2021, s. 98). Det som er kjent og normalt for barnet er sentralt for å skape trygghet. Leker, kosedyr og klær hjemmefra kan skape en felles grunn mellom sykehuset og hjemmet (Grønseth & Markestad, 2021, s. 70).

2.10 Foreldre som støttespillere

Noe av barnas største frykt når de legges inn på sykehus er å bli forlatt av sine foreldre eller omsorgspersoner. Det gjelder frykten av å bli alene rent fysisk, men også opplevelsen av å føle seg alene på grunn av at en ikke blir sett eller hørt (Grønseth & Markestad, 2021, s. 72). Det er derfor foreldre spiller en sentral rolle i barnets sykehusopphold og er en viktig samarbeidspartner (Grønseth & Markestad, 2021, s. 172). Når et barn går igjennom en undersøkelse eller et inngrep som kan føre til en stressende situasjon er det viktig at foreldre er til stede. Tilstedeværelsen skaper trygghet og øker barnets toleranse for stress under innleggelsen (Grønseth & Markestad, 2021, s. 72). Foreldre kjenner barnet sitt best og er dermed en viktig ressurs. De kjenner barnets temperament, daglig aktivitet, adferd og tidligere tegn og/eller reaksjoner på smerte. Det vil si at foreldre ofte kan tolke verbale utsagn som indikerer smerte lettere, samt se om barnet har adferdsendringer, i forhold til en som ikke har tidligere kjennskap til barnet (Grønseth & Markestad, 2021, s. 172).

3 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten hvor en samler inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Denne oppgaven er en litterær oppgave, som kjennetegnes ved at en innhenter data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2021, s. 199). Vi benytter denne metoden for å besvare samt drøfte vår problemstilling. Metodekapittelet tar for seg hvilke søkeord og databaser vi har benyttet, hvordan vi har kommet frem til litteratursøket, søketabell, våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, selvvalgt litteratur og avsluttes med kildekritikk.

3.1 Databaser og søkeord

I vår oppgave har vi brukt databasene PubMed og SveMed+ for å finne forskning til å belyse vår problemstilling. Vi har valgt disse databasene ved å se gjennom utvalget av databaser for medisin og helsefag på helsebiblioteket, og kom frem til at PubMed og SveMed+ var brukervennlige og ga en god oversikt under søkene. Vi har brukt søkeord som har gått direkte på oppgavens valgte aldersgruppe, postoperative smerter og smertevurderingsverktøy. Vi har også søkt rundt sykepleiers kunnskap og holdninger for smertevurdering i postoperativ fase. I tillegg har vi sett på nøkkelord i artikler som kom opp i søket, men disse har ikke blitt inkludert da de ikke kunne settes innenfor våre inklusjonskriterier. For å belyse vår problemstilling har vi brukt følgende søkeord: Postoperative pain, assessment, FPS, management, nursing, attitudes, smertevurdering, FLACC, preschooler, children, procedural pain, og treatment. I vår oppgave har vi gjennomført flere søk, men alle søkeordene er ikke brukt kombinert i alle søkene. Se tabell 1.

3.2 Beskrivelse av søk

Vi startet med enkle søk som *postoperativ pain AND children* i PudMed, men vi fant ut at vi måtte spesifisere søkene slik at de inkluderte de to smertevurderingsverktøyene valgt i oppgaven. Vi søkte på *postoperative pain AND assessment AND FPS*. Dette ga oss 40 treff, og her fant vi forskingsartikkelen «Agreement of Postoperative Pain Assessment by Parents And Clinicians in Children Undergoing Orthopedic Surgery». Videre i søkeprosessen ønsket vi å se etter forskning som tok for seg sykepleieres holdninger for smertevurdering og vi søkte da etter *postoperative pain AND management AND nursing attitudes*. For å spisse søket enda mer brukte vi søkefilteret *full text* og *publication date: 10 years*, som ga oss 42 treff. Da fant

vi forskningsartikkelen «Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management». Vi valgte å bruke SveMed+ til det neste søket, hvor vi søkte etter *Smertevurdering FLACC*. Dette ga 2 treff, hvor den ene forskningsartikkel var «Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøy FLACC». Denne passet bra til vår oppgave, da vi ønsket en studie om FLACC. Til det siste søket valgte vi søkeordene *assessment AND preschooler AND children AND procedural pain AND treatment*. I tillegg brukte vi søkefiltrene *free full text* og *publication date: 10 years*. Dette ga oss 35 treff hvor vi fant forskningsartikkelen «The assessment and non-pharmacologic treatment of procedural pain from infancy to school age through a developmental lens: a Synthesizer of evidence with recommendations».

De valgte artiklene er presentert i en oversiktlig tabell nedenfor.

Tabell 1: Søketablell

Søkedato	Database	Søkeord/ordkombinasjon og søkefilter	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Valgte artikler
07.12.21	PubMed	<i>Postoperative pain AND assessment AND FPS</i>	40	5	2	Kang, M.S., Park, J. & Kim, J. (2020) «Agreement of Postoperative Pain Assessment by Parents And Clinicians in Children Undergoing Orthopedic Surgery»
06.01.22	PubMed	<i>Postoperative pain AND management AND nursing attitudes</i> Kombinert med filteret <i>full text</i> og <i>publication date: 10 years</i>	42	4	2	Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg, S. & Rustøen, T. (2018) «Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management»
06.01.22	SveMed+	<i>Smertevurdering FLACC</i>	2	2	2	Reinertsen, H., Christophersen, K. A. & Helseth, S. (2014) «Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøy FLACC»
11.02.22	PubMed	<i>Assessment AND preschooler AND children AND</i>	35	3	1	Thrane, S. E., Wanless, S., Cohen, S. M. & Danford, C. A. (2015)

		<i>procedural pain AND treatment</i> Kombinert med filteret <i>free full text</i> og <i>publication date:</i> <i>10 years</i>				«The assessment and non- pharmacologic treatment of procedural pain from infancy to school age through a developmental lens: a. Synthesizer of evidence with recommendations»
--	--	---	--	--	--	---

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å bare inkludere studier som tar for seg smertevurdering av barn i postoperativ fase, og inkluderer FLACC, FPS-R, eller begge smertevurderingsverktøyene. Et annet inklusjonskriterie er at artiklene må ta for seg smertevurdering av barn som dekker aldersgruppen 3 til 6 år. Det er ikke et krav at det ikke kan bli redegjort for et større aldersspenn, men oppgavens valgte aldersgruppe må være representert. Noen av artiklene tar for seg flere smertevurderingsverktøy, men vi har da valgt å bruke de forskningsresultatene som er relevant for oss. Alle artikler som er inkludert er fagfellevurdert. Forskning fra før 2014 er ekskludert fra de fire forskningsartiklene for å ha oppdatert faglig kunnskap om temaet. Forskning som omhandler barn med kognitiv svekkelse, og voksne, samt kirurgi med komplikasjoner er ekskludert fra oppgaven.

Tabell 2 viser en oversikt over valgte inklusjon- og eksklusjonskriterier.

<i>Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier</i>	
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn i postoperativ fase.	Forskning fra før 2014
FLACC, FPS-R eller begge.	Barn med kognitiv svekkelse
Dekker aldersgruppen 3 til 6 år	Voksne
Fagfellevurdering	Kirurgi med komplikasjoner

3.4 Valg av litteratur

For å komme frem til de fire hovedartiklene for oppgaven har vi først sett på overskrifter på artikler som kom frem i søket. Deretter så vi om overskriftene var relevante for oppgavens problemstilling, og dersom de var det leste vi forskningens sammendrag. Om sammendragene virket relevante, leste vi forskningsartikkelen. I søkeprosessen hadde vi idémyldringer og diskusjoner hvor vi fant frem til engelske synonymer til søkeordene vi allerede hadde brukt.

I tillegg leste vi gjennom nøkkelord som kom opp i artikler underveis. Etter flere kritiske vurderinger valgte vi de fire artiklene som er presentert i tabell 1. I tillegg til forskningsartiklene har vi funnet relevant faglitteratur underveis i søkene og selvvalgt litteratur. Vi har også benyttet tidligere pensum som er relevant for å besvare problemstillingen. Til den ene forskningsartikkelen ønsket vi i tillegg en skandinavisk studie for å sikre relevante resultater for Norge. Oppgavens fire forskningsartikler benytter seg av kvantitativ metode. Kvantitativ metode tar utgangspunkt i data som er målbart, for eksempel tall og statistikk som er harde og objektive data. Rettere sagt eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2019, s. 75). Metodens kjennetegn er breddekunnskap, som vil si at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelser (Thidemann, 2019, s. 76).

3.5 Kildekritikk

Hovedartiklene vi har valgt er fra Korea, Amerika og Norge. Dette er land med ulike kulturer, men vi har sett likheter i utfordringene ved smertevurderingen av barn i den postoperative fasen på verdensbasis, og syntes derfor forskningen er relevant for vår oppgave. Tre av de fire forskningsartiklene vi har valgt er skrevet på engelsk, og mistolkning i forbindelse med oversettelse er derfor en risiko. Vi har fortrinnsvis brukt primærkilder, men har ved et par anledninger også benyttet oss av sekundærhenvisninger, da vi ikke fant tilbake til primærkilden. Alle forskningsartiklene vi har benyttet oss av er publisert i tidsskrifter som er fagfelleurdert til minimum nivå 1, i NSD. Forskningsartiklene har sykepleiefaglig relevans, selv om de tar for seg forskjellige utfordringer. Vi var usikre på om studien til Kang et al., 2020 var fagfelleurdert og sjekket derfor om den var publisert på flere av de store databasene, noe den var. Vi tok også kontakt med biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høyskole, og spurte om assistanse for å sjekke ut dette. Vi kom derfor frem til at den var fagfelleurdert. Annen selvvalgt litteratur har vi funnet blant annet i tidligere pensum, men også faglitteratur på biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høyskole. Dette er ofte sekundærlitteratur som betyr at teksten er presentert og bearbeidet av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Dette kan være kritikkverdige siden det kan forekomme fortolkninger eller feilaktige oversettelser fra det originale produktet (Dalland, 2020, s. 152). Til tross for dette har vi fortsatt vurdert bøkene som relevante og pålitelige for å besvare vår problemstilling. I tillegg har vi funnet relevante fagartikler under forskningssøkene, og brukt lovverk som er hentet fra lovdata.no, yrkesetiske retningslinjer fra Norges sykepleierforbund (NSF, 2019), og anbefalinger hentet fra OUS sin eHåndbok.

4 Forskningsresultat

Hovedartiklene tar for seg forskjellige utfordringer som kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy i den postoperative fasen hos barn. Oppsummert viser de fire artiklene at det er flere faktorer som kan påvirke smertevurderingen. Hovedfunnene indikerer at det både er manglende bruk og utfordringer ved bruken av smertevurderingsverktøy på barn. Det fremkommer også at barns varierende evne til å uttrykke og beskrive smerte kan føre til feilvurderinger. I tillegg kan det være krevende å inkludere foreldre i smertevurderingsprosessen på grunn av deres emosjonelle involvering. Det kommer også frem hvordan sykepleierens kunnskapsmangler, holdninger og kompetanse kan påvirke smertevurderingen.

I tabell 3 blir artiklene presentert i en artikkelmatrise.

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode/design	Funn
1	Thrane, S. E., Wanless, S., Cohen, S. M. & Danfort, 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	Hensikten med denne studien var å se utfordringer i utredning og ikke-farmakologisk behandling av smerte hos små barn.	Kvantitativ studie. En syntese av funnene fra et elektronisk søk i PubMed og universitetsbiblioteket med søkeordene: smerte, vurdering, behandling, alternativ, komplementær, integrerende, spedbarn, småbarn, førskole, ung, pediatrik og barn ble fullført. Et målrettet søk identifiserte flere kilder for beste bevis.	Forskningen belyser at ulike typer adferd som for eksempel gråt, ansiktsuttrykk og kroppsholdninger er adferd i spedbarnsalderen som indikerer smerte, mens hos små barn er ikke nødvendigvis denne type adferd et tegn på smerte. Forskningen sier at selvrapportering er gullstandarden for smertevurdering av barn, ungdom og voksne, men at småbarn og førskolebarn i tillegg kan dra nytte av å bli smertevurdert med et observasjonsverktøy som FLACC. Kulturelle forskjeller i smertevurderingen var også et funn i artikkelen.

2	Kang, M. S, Park, J. & Kim, J. (2020)	Agreement of Postoperati ve Pain Assessment by Parents and Clinicians in Children Undergoin g Orthopedic Surgery	Journal of trauma nursing	Hensikten med studien er å se forskjellene mellom pasientens subjektive opplevelse av de postoperative smertene, og smertevurderinge ne som blir gjort av sykepleieren og barnets foreldre.	Kvantitativ studie. Det ble undersøkt samsvar mellom selvrapportert smerte fra barn som gjennomgikk ortopedisk kirurgi, og observatorers smertevurdering ved å bruke FLACC og FPS-S på første postoperative dag. Foreldre og klinikere (en lege og en pediatrisk sykepleier) deltok som observatorer.	Forskningen fant ut at resultatet på den postoperative pediatrike smertevurderingen varierte ut fra hvem som smertevurderte barna. Foreldre overvurderte ofte barnets smerte, mens klinikerne undervurderte den. Forskningen konkluderer med at det er viktig å inkludere foreldre i den postoperative smertevurderingen av barnet sitt, men at det også må tas i betraktning at foreldre ikke alltid har evne til å vurdere barnets smerte objektivt.
3	Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg, S. & Rustøen, T. (2018)	Nurses' know ledge, Attitudes and Clinical Practical in Pediatric Postoperati ve Pain Managemen t	Pain managemen t nursing	Hensikten med studien er å identifisere sykepleieres kunnskap og klinisk praksis i postoperativ smertevurdering, og se om det er samsvar mellom kunnskap og praktisering.	Tverrsnittstudie med en kvantitativ tilnærming. Studie ble utført på seks universitetssykehus i Norge hvor de observerte deres kliniske praksis samt benyttet seg av et spørreskjema om sykepleierens holdninger.	Forskningen belyser at sykepleiere har kunnskapsmangler innenfor pediatrisk smertevurdering, og dermed vektlegger sykepleiere vurderinger basert på egne erfaringer ovenfor barnets selvrapportering. Sykepleiere trenger mer kunnskap innenfor pediatrisk smertehåndtering, og det kom også frem i forskningen at det er et sprik mellom hva sykepleiere sa de gjorde og hva som ble observert at de faktisk gjorde. Smertevurderingsverktøy blir brukt i for liten grad ved postoperative barneavdelinger. Det er ingen nasjonale retningslinjer for pediatrisk smertevurdering, men kun lokale retningslinjer.

	Reinertsen, H., Christophersen, K. A. & Helseth, S. (2014)	Validering og reliabilitets testing av smertevurderingsverktøyet FLACC	Sykepleien Forskning	Hensikten med studie var å oversette FLACC til norsk og undersøke reliabilitet og validitet til den norske utgaven, samt å beskrive og vurdere de smertelindrende tiltakene som ble utført postoperativt ved den største norske barnekirurgiske enheten.	Kvantitativ metode. 52 barn (0-5 år) ble smertevurdert seks til sju ganger med FLACC-N av to uavhengige sykepleiere postoperativt. En siste sykepleier smertevurderte barna to ganger hver med NRS.	Studien viser at FLACC-N er et enkelt, pålitelig og valid verktøy som sykepleiere kan bruke for å identifisere og dokumentere barns smerte og smerteintensitet, samt å vurdere effekten av smertelindrende tiltak. Dette kan bidra til å kvalitetssikre smertebehandlingen og bør implementeres i norske sykehus.
--	--	--	----------------------	--	---	---

5 Diskusjon

Det er flere utfordringer som kan påvirke smertevurdering av små barn i postoperativ fase på sykehus, men vi har valgt å drøfte fire temaer: Utfordringer ved bruk av smertevurderingsverktøy, foreldrenes rolle i smertevurderingen, kulturelle utfordringer og hvordan sykepleieres kunnskapsmangler, holdninger og kompetanse påvirker smertevurderingen. Ved hjelp av forskning, teori, faglitteratur og etiske og juridiske aspekter skal vi ta for oss og drøfte de ulike utfordringene som kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy på små barn i postoperativ fase.

5.1 Utfordringer ved bruk av smertevurderingsverktøy

Nasjonale fagprosedyrer for smertevurdering av barn inneholder klare retningslinjer for hvilke smertevurderingsverktøy som bør brukes på barn i forskjellig alder og med ulikt funksjonsnivå (Bratli et al., 2020). Noen barn kan være i stand til å selvrapportere grad av egen smerte, mens andre barn må vurderes på andre måter grunnet sedasjon, smerte/smertelindring og alder. Målet med å smertevurdere barn postoperativt ved hjelp av smertevurderingsverktøy er å få en individuell og optimal vurdering av hvert enkelt barn (Bratli et al., 2020).

Det er utfordrende å smertevurdere små barn ettersom deres evne til å uttrykke og formidle smerte er varierende frem til 7-årsalderen, når de blir sett på som mer pålitelige smertemeddelere (Nilsson et al., 2019, s. 135). Adferd som gråt, ansiktsuttrykk og kroppsholdning kan være indikatorer på smerte i spedbarnsalder, men hos små barn er ikke den gitte adferden nødvendigvis en indikator på smerte (Thrane et al., 2015). På bakgrunn av den varierende kognitive utviklingen hos barn, skriver Thrane et al. (2015) at det bør benyttes selvrappoteringsverktøy kombinert med observasjonsverktøy som FLACC, for å få en optimal smertevurdering av små barn. Reinertsen et al. (2014) sier at FLACC var et enkelt, reliabelt og valid verktøy for å identifisere og dokumentere smerte og smerteintensitet. Det blir anbefalt som førstevalg for å vurdere barns akutte og postoperative smerter i alderen 0 til 5 år. Det kom også frem at det er lite systematisk observasjon av smerte på norske barneavdelinger i dag, og at validerte verktøy som FLACC bør tas i bruk i større grad. Selv om FLACC er et enkelt valid smertevurderingsverktøy vil det allikevel være utfordrende å ta dette i bruk, siden det vil kreve både tid og opplæring av personell i en hektisk hverdag (Reinertsen et al., 2014). Thrane et al. (2015) sier at selvrappotering av smerte er

gullstandard i smertevurdering av voksne og barn, men at det kan by på utfordringer for spedbarn, småbarn, førskolebarn og ikke-verbale barn, på grunn av deres kognitive utvikling og mangel på en helhetlig forståelse av smertemeddeling.

På den ene siden ser man i denne alderen at barn får bedre smertevurdering ved å benytte observasjonsverktøy som for eksempel FLACC kombinert med selvrapporing FPS, for å inkludere barnet i sin egen smertevurdering (Thrane et al., 2015). På den andre siden er det en utfordring ved barns selvrapporing at vi ikke vet hvor pålitelige svar de gir og om det de uttrykker kan stoles på (Nilsson et al., 2019, s. 135). Det er altså utfordrende å smertevurdere barn i alderen 3 til 6 år. Barn tolker verst tenkelig smerte forskjellig siden de ikke alltid skjønner hva «verst tenkelig smerte» er (Johansen & Leonardsen, 2020). Det kom frem i faglitteratur at FPS-R kan gi feilkilder ved for eksempel at barn heller beskriver humør eller misnøye ved å være på sykehus, ikke nødvendigvis smerten i seg selv (Nilsson et al., 2019, s. 136). Dette gjør det ekstra utfordrende for helsepersonell å inkludere selvrapporing i smertevurderingen av barn i den postoperative fasen.

von Baeyer et al. (2009) sier at 3 år gamle barn viser en skjev respons ved at de konsekvent enten velger den høye eller lavere enden av FPS-skalaen. Barn er ikke alltid i stand til å sette ansiktsuttrykkene i riktig rekkefølge, fra lavt til høyt smertenivå, og dette kan derfor være en feilkilde. Ifølge Piagets kognitive utviklingsteori får barn i alderen 1,5 år til 7 år mulighet til å bruke språk og andre symboler. De tilegner seg en form for logisk tenkning, hvor språket kan ligne på voksenspråk. Det er viktig å presisere at barn ikke tenker som voksne (Håkonsen, 2017, s. 54). I 5-års alderen har barn utviklet et høyere nivå av selvinnsikt og språk som gir mer pålitelige svar. Basert på forskning blir det anbefalt å bruke FLACC-skalen kombinert med selvrapporingen FPS for optimale vurderinger på barn under 5 år (von Bayer et al., 2009, referert i Thrane et al., 2015). Det er utfordrende å vurdere smerte hos barn som ikke er i stand til å rapportere smerteintensiteten på grunn utviklingsnivå. Dette kan også gjelde andre barn, fordi de kan forveksle frykt eller emosjonelt stress med smerte. Eksempelvis kan barn anse kløefølelse som er forårsaket av medisiner eller bandasjer som smerte (Coit & Shannon, 2019).

Coit & Shannon (2019) sier at FPS-R ble brukt på barn som var yngre enn 4 år. Det er imidlertid slik at også barn eldre enn 4 år kan ha vanskeligheter med å selvrappore smertene sine. Norske universitetssykehus har sagt at selvrapporing for smerte skal være

førstevalget der det er mulig, men i situasjoner der barnet har vansker med å uttrykke dette, skal observasjonsverktøy benyttes i tillegg (E-håndbok, OUS). På bakgrunn av at teori, forskning og lokale retningslinjer gir forskjellige anbefalinger, er det viktig å vurdere hvert enkelt barn individuelt, slik at teori og egen praksis blir mest mulig lik. Som kommende sykepleiere er det viktig å være klar over de ulike utfordringene som kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy på små barn i postoperativ fase på sykehus, der selvrapportering blir inkludert.

5.2 Foreldrenes rolle i smertevurderingen

Noe av det barn frykter mest når de legges inn på sykehus er å bli forlatt av sine foreldre eller omsorgspersoner (Grønseth & Markestad, 2021, s. 72). Foreldre er en viktig samarbeidspartner da de kjenner barnet sitt best, og kan lettere oppdage tegn på smerte enn fremmede (Grønseth & Markestad, 2021, 172). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4-4) har foreldre eller verge rett til å samtykke på vegne av barnet frem til barnet har fylt 16 år. Dette innebærer at foreldre må inkluderes i barnets behandling, for at man best mulig skal kunne ta beslutninger på deres vegne.

I følge Kang et al. (2020) rapporterer ikke barn smerte med mindre de blir spurt, og ofte ser de på smerte eller sykdom som straff (Grønseth & Markestad, 2021, s. 68). Ved å presse barn til å snakke kan dette virke mot sin hensikt, siden noen barn velger å holde tilbake informasjon under press (Grønseth & Markestad, 2021, s. 97). Det er derfor viktig at sykepleiere tar seg tid til å spørre barnet om deres smerteopplevelse med en vennlig tone. En må også henvende seg direkte til barnet og være lyttende og respektfull (Grønseth & Markestad, 2021, s. 67-68). Dersom sykepleier er sint eller travel kan dette føre til at barnet blir skremt og føler seg oversett. Personalets oppførsel påvirker hvordan barnet opplever og føler seg i den gitte situasjonen (Grønseth & Markestad, 2021, s. 70). Faglitteratur sier at dersom foreldre er til stede under hele sykehusoppholdet skaper dette trygghet og øker barnets toleranse for stress under innleggelsen (Grønseth & Markestad, 2021, s. 72).

Barnet har krav på å ha minst en forelder eller omsorgsperson til stede under hele sykehusinnleggelsen ifølge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §6-2). Derfor er det meget relevant å inkludere foreldre aktivt for å skape et trygt miljø for barnet, i en situasjon som ofte kan oppleves som usikker og uforutsigbar (Grønseth & Markestad, 2021, s.

72). I følge Kang et al. (2020) overvurderte foreldre barnets smerter på grunn av de ble følelsesmessig stresset og sårbare for barnets gråt, mens klinikerne undervurderte barnets smerter. På den ene siden ser vi at det er viktig å inkludere foreldre i prosessen for å få en mer helhetlig vurdering av barnets smerte. På den andre siden kan det by på utfordringer da foreldre kan bli følelsesmessig involvert og vurdere barnet ut fra deres relasjon og ikke ut fra vurderinger som blir gjort med smertevurderingsverktøy. I tillegg har vi sett i fagartikkelen til Bratli et al. (2020) at foreldre smerteskårer signifikant likt med barnet selv, mens sykepleierne skårer betraktelig lavere enn både foreldre og barnet. Oppsummert mener Bratli et al. (2020) at foreldre ikke bare burde medvirke i smertevurderingen av barnet, men at foreldrenes mening bør vektlegges mest i smertevurderingen, dersom barnet ikke er i stand til å selvrappportere.

Stress hos foreldre kan bidra til at barnet blir mer engstelig og at foreldrenes oppmerksomhet på barnets behov kan bli svekket (Grønseth & Markestad, 2021, s. 87). I en slik situasjon er det viktig å ikke ekskludere foreldrene, men samtidig la klinikerne gjøre en selvstendig vurdering av barnet, siden de trolig vil vurdere barnet mer objektivt og nøyaktig da de ikke er like følelsesmessig involvert (Kang et al., 2020). Det er også viktig å være oppmerksom på at faglitteratur sier at sykepleiere som har observert smerte hos små barn over lenger tid kan bli mindre sensitive for smerten, og distansere seg selv fra pasientens smerte (Grønseth & Markestad, 2021, s. 166). Denne påstanden synes vi er bekymringsverdig da barn kan risikere å ikke bli tilstrekkelig smertevurdert og derav smertelindret om sykepleiere handler ut fra egne vurderinger, og ikke ut fra smertene barnet uttrykker.

I følge Kang et al. (2020) oppsto det en manglende kommunikasjon mellom foreldre og klinikerne på bakgrunn av forskjellig observasjonstid av barnets smerter. Foreldre var til stede under hele sykehusoppholdet, mens klinikerne hadde flere arbeidsoppgaver og dårlig tid. Dette gjorde det utfordrende for helsepersonell og foreldre å få samme oppfatning av barnets smerter under den postoperative fasen. Dette igjen bekrefter viktigheten av å inkludere foreldre i smertevurderingsprosessen, da de kan rapportere inn viktig data til helsepersonell (Kang et al., 2020). Det å inkludere foreldre kan altså både være positivt og negativt for barnets smertevurdering. Dette varierer med forelderens evne til å skille mellom egne følelser og deres objektive vurdering av barnets smerter.

5.3 Kulturelle utfordringer

Kulturelle og sosiale normer er faktorer som har innvirkning på smertevurdering av barn og blir derfor ansett som en utfordring ved smertevurdering av barn i postoperativ fase. Hva som anses som normalt for barnet er forskjellig ut fra oppvekst og hvor de er fra (Thrane et al., 2015). Vi har valgt forskning fra Sør-Korea, Amerika og Norge, og her er det store forskjeller i de kulturelle og sosiale normene for å uttrykke smerte. Norge blir i økende grad et flerkulturelt land, hvor vi møter mennesker fra ulike kulturer som uttrykker smerte på forskjellig vis (Bjørkli, 2019).

På den ene siden sier Thrane et al. (2015) at vestlige land verdsetter autonomi og selvstendighet høyt, og det å fortelle om smerte er mer akseptert her, sammenlignet med østlige land. På den andre siden ser vi at i østlige land som Øst-Asia og Latin Amerika er selvbeherskelse og gruppeharmonisk høyt verdsett, og mangel på å gi uttrykk for smerte er et problem (Thrane et al., 2015). Prinsipper om autonomi, selvbestemmelse og deltagelse stiller sterkt i Norge, og er nedskrevet i lovverket. Disse prinsippene kommer foran gruppetilhørighet og lojalitet. På grunn av spriket i de kulturelle normene og holdningene mellom Norge og andre land, kan de norske prinsippene oppleves som fremmede og ukjente for mennesker fra andre kulturer (Grønseth & Markestad, 2021, s. 93).

En studie viste at kinesiske barn skåret lavere enn standardskåren for FLACC, sammenlignet med barn i Canada. Det antas at dette er på grunn av den kulturelle innvirkningen på de kinesiske barnas smerteuttrykk, og at gruppeharmonien skal prioriteres fremfor enkeltindividets smerte (Bratli et al., 2020). De kulturelle holdningene vil derfor påvirke sykepleieres grunnlag for smertevurdering. Barn lærer av foreldrene sine og deres kultur, og mangel på selvrapporing kan være utfordrende når man skal smertevurdere barn i postoperativ fase ved å bruke smertevurderingsverktøy (Thrane et al., 2015). I følge Kang et al. (2020) kommer det frem at noen barn ikke rapporterer smerte med mindre de blir spurt. Dette er faktorer som er viktig å vite om når man skal smertevurdere barn i postoperativ fase, slik at man ikke ukritisk antar at fraværet av uttrykk for smerte er det samme som at barnet ikke har vondt (Bjørkli, 2019). Fraværet av gråt og uttrykk for smerte vil også kunne være en utfordring når man skal bruke kliniske smertevurderingsverktøy, da for eksempel gråt er et av kriteriene for FLACC (Thrane et al., 2015). All fysisk smerte oppleves så godt som identisk uavhengig av etnisitet, men den kan komme til uttrykk forskjellig ut ifra hvilke kulturer og holdninger man er oppvokst med.

I 2018 var det ca. 500 000 innbyggere i Norge som hadde en bakgrunn fra ikke-vestlige land, og statistisk sentralbyrå antar at dette kommer til å fordobles innen 2040 (Bjørkli, 2019).

Dette stiller høyere kunnskapskrav til sykepleiere for å kunne smertevurdere barn best mulig, uansett hvor de kommer fra.

Forskjellige kulturelle ståsteder gir utfordringer ved bruk av smertevurderingsverktøy, men det får også frem noen etiske dilemmaer. Vi har fire etiske grunnprinsipper og to av dem er autonomi prinsippet og ikke-skade prinsippet. Disse prinsippene er viktige, men kan stride mot hverandre (Brinchmann, 2017, s. 85-87). Vi som sykepleiere må respektere hver pasient, og deres autonomi og deres integritet. Da denne oppgaven handler om utfordringer ved å smertevurdere barn i postoperativ fase, blir det naturlig å inkludere foreldre og deres bakgrunn i smertevurderingen. Det er fortsatt viktig å respektere og inkludere hvert enkelt barn i den grad det er mulig. På den ene siden ser vi at vi skal respektere hver enkelt pasient og deres ønske så langt det lar seg gjøre. Hvis pasienten for eksempel kommer fra en kultur hvor gruppeharmonier er høyt verdsatt, og enkeltindividers behov ikke er i fokus, er det viktig at vi er bevisst på dette. Siden vi skriver om barn i alderen 3 til 6 år vil det i noen tilfeller være foreldrene som svarer på barnets vegne, og da muligens rapporterer smerte i tråd med kultur og ikke nødvendigvis den faktiske smerten barnet har. På den andre siden skal vi som sykepleiere jobbe faglig forsvarlig og gi nødvendig helsehjelp, som innebærer at vi skal lindre lidelse og forebygge sykdom (Helsepersonelloven, 1999, §2-4; NSF, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1b). Ønsket om å respektere pasientens autonomi og individuelle smerter må ikke bli overskygget av den kulturelle gruppeharmonien.

Igjen kan det by på utfordringer for sykepleiere på norske sykehus da vi følger norske verdier og normer. Dette kan bidra til at vi legger til grunn forventninger om at pasienten må kommunisere om sin smerte og symptomer på en måte som er tilpasset det helsepersonellet anser som passende og forståelig, og ikke nødvendigvis etter pasientens egen forståelse og ønsker (Bjørkli, 2019). Det er derfor viktig med en felles forståelse av smerteuttrykk mellom pasient og sykepleier for å unngå disse type misforståelser. Hva som anses som passende i et land, kan oppfattes som upassende i andre land. Det å uttrykke smerte kan læres ved å få belønninger og skryt. Alle sivilisasjoner har egne normer og verdier for oppdragelse, og hvordan man skal uttrykke smerte. Dette kommer til uttrykk gjennom smerteoppdragelsen til

hver enkelt pasient. Denne smerteoppdragelsen kan ofte avspeiles fra foreldre (Bjørkli, 2019), og er viktig å tenke på ved smertevurdering av barn fra andre kulturer.

5.4 Sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdninger

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, og at vi har ansvaret for å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2019).

For å kunne gjøre dette er det viktig at sykepleier har kunnskap om riktige smertevurderingsverktøy for barn i postoperativ fase. Bratli et al. (2020) sier at manglende systematisk smertevurdering av barn kan føre til underrapportering og underbehandling. På verdensbasis finnes det mange forskjellige skalaer og smertevurderingsverktøy for å vurdere og evaluere smerte hos barn, men det finnes ikke ett enkelt verktøy som kan benyttes på alle barn i alle aldre.

De fleste sykepleiere vet at det finnes smertevurderingsverktøy for barn, men svært få bruker disse (Reinertsen et al., 2014). Det ble gjennomført en studie på hvilke smertevurderingsverktøy av NRS og FLACC som fungerte best, og resultatene hadde store sprik. Det var 52 barn som deltok i studien, og sykepleier 1 og 2 brukte FLACC, og kartla at det var 27 barn som hadde postoperative smerter. Sykepleier 3, som brukte NRS, kartla at det var 15 barn som hadde postoperative smerter (Reinertsen et al., 2014). Faglitteratur sier at barn ikke er pålitelige smertemeddelere før i 7-årsalderen (Nilsson et al., 2019, s. 135), og ved slike resultater i forskningen til Reinertsen et al. (2014) kan det tyde på at dette stemmer. Faglitteratur og OUS sin eHåndbok sier at selvrapportering er gullstandarden for smertevurdering, og man burde derfor bruke smertevurderingsverktøy som inkluderer dette når det er mulig (eHåndbok, OUS; Thrane et al., 2015).

Dårlige holdninger hos sykepleiere og mistillit mellom sykepleier og pasient har en negativ påvirkning på smertevurderingen og behandlingen (Bratli et al., 2020). I forskningen til Smeland et al. (2018) kom det frem at 33 % av barna opplevde moderat til sterke smerter postoperativt. Dette er en stor prosentandel, som igjen viser behovet for forbedring ved bruk av smertevurderingsverktøy på barn i postoperativ fase. En nasjonal studie fant ut at 58% av personalet ved postoperativ avdeling tror at barn overdriver den postoperative smerten. Flere rapportere at dersom en ungdom hadde angitt smerte hadde 48% trodd på pasienten, mens 36% ville gitt ungdommen tilstrekkelig smertebehandling. 20% av sykepleierne svarte at

barnet selv ikke er den beste personen til å vurdere egen smerte (Bratli et al., 2020). Det at sykepleier ikke stoler på dataene som pasientene selv rapporterer er en stor utfordring for bruken av smertevurderingsverktøy, og det påvirker den postoperative smertevurderingen i stor grad. Forskning viser at helsepersonell må spørre barnet om deres smertemønster og/eller smerteintensitet, og man må være tålmodig og direkte for å få den mest nøyaktige smertevurdering (Coit & Shannon, 2019, referert i Kang et al., 2020). Når barnet opplever at det blir trodd, skaper dette tillit som fører til bedre kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og barn. Det kommer også frem at mangel på tillit fremmer det motsatte (Bratli et al., 2020).

Manglende tillit til barns selvrapporing har vist seg å påvirke smertevurderingen og smertelindringen hos små barn (Bratli et al., 2020). Smeland et al. (2018) gjennomførte en spørreundersøkelse hvor sykepleiere ved 6 norske universitetssykehus svarte på spørsmål om smertevurdering og smertekartlegging. Det kom blant annet frem at det var et sprik mellom hva sykepleierne svarte at de gjorde og hva som ble observert at de gjorde i praksis. Dette er et problem når det kommer til å smertevurdere små barn på sykehus. Mangel på kunnskap blant helsepersonell innenfor pediatrik smertevurdering bidrar til usikkerhet, og det kom frem i forskningen til Smeland et al. (2018) at helsepersonell holdt igjen på smertestillende medikamenter grunnet frykt for å skape en avhengighet eller forårsake respirasjonsdepresjon for barnet.

På den ene siden er det bra og viktig at helsepersonell er skeptiske til sterke medikamenter og konsekvenser av disse, men på den andre siden blir dette en utfordring når helsepersonell handler ut ifra egne holdninger og bekymringer. Frykten for å gi barnet slike negative konsekvenser bidrar til en konflikt mellom det å smertevurdere og lindre barnet tilstrekkelig. Mer enn halvparten av sykepleierne på avdelingen rapporterte at de hadde skriftlige retningslinjer for pediatrik smertevurdering. 84% av sykepleierne rapporterte at de brukte smertevurderingsverktøy som FLACC og/eller VAS på barn og nyfødte (Smeland et al., 2018). Selv om det ble rapportert at sykepleiere brukte de gitte smertevurderingsverktøyene, ble det observert at det kun var 22 % av sykepleierne som brukte avdelingens godkjente smertevurderingsverktøy på barna. Det var igjen enda færre (9%) som brukte avdelings anbefalte smertevurderingsverktøy på barn mellom 0 til 5 år. Gjennomføringen ga sykepleierne en poengskår på 72%, som er 13% lavere enn sykepleierens optimale standard på smertevurdering av barn (Smeland et al., 2018).

6 Avslutning

For å besvare problemstillingen «Hvilke utfordringer kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy på små barn i postoperativ fase?» har vi sett på relevant forskning og faglitteratur.

Funnene fra forskningen danner et godt grunnlag for å belyse flere av de ulike utfordringene som har innvirkning på smertevurderingen av barn i postoperativ fase. Det er kjent at smertevurderingsverktøy som FLACC og FPS-R blir benyttet i for liten grad på postoperative barneavdelinger. På grunn av varierende kognitiv utvikling hos barn mellom 3 og 6 år er det utfordrende å benytte selvrapporteringsverktøy som FPS-R, siden barn i denne alderen kan ha vansker for å uttrykke smerte. Manglende forståelse for selvrapporteringsverktøy kan gjøre at barn rapporterer humør eller en misnøye ved å være på sykehus, i stede for å rapportere smerten i seg selv. Sykepleieres holdninger blir påvirket av om de stoler på dataen barnet selvrapporterer, og helsepersonell som ser mye smerte over tid kan distansere seg og bli mindre følsom for barnets smerter. På grunn av mistillit til barnets selvrapportering er det flere sykepleiere som handler ut fra egne vurderinger og erfaringer, i stedet for å handle ut fra hva barnet uttrykker.

Det å inkludere foreldre i smertevurderingen av barn i postoperativ fase kan både være positivt og negativt. Foreldre kjenner barnet sitt best, og kan derfor innhente viktig data til sykepleieren og bidra til å skape trygghet. Det kan allikevel by på utfordringer i smertevurderingen da foreldrene kan bli følelsesmessig stresset og sårbare for barnets gråt, og deres vurdering kan ubevisst bli påvirket av dette. Smerteuttrykk er noe som kan bli påvirket av både barnets kognitive utvikling, foreldrenes holdninger, og kulturelle normer og verdier. Sykepleiere må være klar over at mennesker fra forskjellige kulturer uttrykker smerte forskjellig, og at mangel på smerteuttrykk derfor kan være et problem. Det kan gi et mangelfullt grunnlag for smertevurdering om barnet holder igjen på uttrykket av smerte eller ikke rapporterer det. Barn lærer av foreldrene sine, og kulturelle holdninger om for eksempel smerteuttrykk blir derfor lært inn tidlig. Avslutningsvis ser vi at det er mange forskjellige utfordringer som kan oppstå ved bruk av smertevurderingsverktøy på små barn i den postoperative fasen. Det er viktig å være klar over at sykepleiers holdninger, mangel på kunnskap og mangelfull bruk av smertevurderingsverktøy er noe som må forbedres på norske sykehus i dag for å kunne forbedre smertevurderingen på barn i postoperativ fase.

7 Referanseliste

- Berntzen, H., Almås, A., Brun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dāvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5.utg, s. 309-379). Gyldendal Akademisk.
- Bjørkli, A. K. (2019). Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk. *Sykepleien*, 107(76013). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76013>
- Bratli, L., Nystrøm, V. & Leonardsen, A. C. L. (2020). Hvordan kan sykepleiere kartlegge barns smerte? *Sykepleien*, 108(80444). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80444>
- Brinchmann, B. S. (2017). Etikk i sykepleien (4.utg.). Gyldendal akademisk.
- Brunvand, L. (2017). Pediatri. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg, s. 529-539). Gyldendal Akademisk.
- Coit, C. & Shannon, E. (2019). Approaches to Pediatric Musculoskeletal Pain- Opioids and So Much More. *Orthopaedic nursing*, 38(2), 138-147. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000523>
- Crellin, D. J., Harrison, D., Santamaria, N. & Babl, F. E. (2015). Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry and Consolability scale for assessing pain in infants and children: is it reliable, valid, and feasible for use? *Pain: the journal of the international Association for the Study of Pain*, 156(11), 2132-2151. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000305>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D. -G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5.utg, s. 381-427). Gyldendal Akademisk.
- Diakonhjemmet sykehus Oslo (2022, 15. februar). VAS- Visuell analog skala. <https://diakonhjemmetsykehus.no/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/vas-visuell-analog-skala>
- E-håndbok (2021). R-FLACC (Revised Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Oslo universitetssykehus. Hentet 18. april 2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121816>
- E-håndbok (2001). *FPS-R (Face Pain Scale – Revised)*. Oslo universitetssykehus. Hentet 2. februar 2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121831>
- E-håndbok. (2021). *Smertevurdering av barn 0-18 år*. Oslo universitetssykehus. Hentet 2. februar 2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/119216>
- E-håndbok (2021) *NRS: Numeric rating scale*. Oslo universitetssykehus. Hentet 16. mars 2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>
- Faiz, K. W. (2014). *VAS-visuell analog skala*. Tidsskriftet: Den norske legeforening. Hentet fra 16. mars 2022 fra <https://tidsskriftet.no/2014/02/sprakspalten/vas-visuell-analog-skala>

- Finrud, I. A. (2021). Pre- og postoperativ sykepleie til barn og ungdom. I R. Grønseth & T. Markestad. *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4.utg, s. 143-157). Fagbokforlaget.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2021) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. (FOR-2000-12-01-1217). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2021). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4.utg). Fagbokforlaget.
- Gögenur, I. & Rosenberg, J. (2019). Smerte, inflammation og kirurgisk stress-respons. I M. U. Werner, N. B. Finnerup & L. A. Nielsen. *Smerter – bakgrunn, evidens og behandling*. (4.utg., s. 170-183). Fadl's forlag.
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Alle databaser*. Folkehelseinstituttet. Hentet 7. april, 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=20>
- Helsebiblioteket. (2020). *Smertevurdering av barn*. Den norske barnelegeforening. Hentet 7 januar 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976&key=269059>
- Helsepersonelloven. (2021). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K. A. & Dihle, A. (2011). Norske- sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter. *Sykepleien*, 6(4), 332-339. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0191>
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Jensen, E. K. & Werner, M. U. (2019). Hvordan bliver smerte kronisk? I M. U. Werner, N. B. Finnerup & L. A. Nielsen. *Smerter – bakgrunn, evidens og behandling* (4.utg., s. 170-183). Fadl's forlag.
- Johansen, H. S. & Leonardsen, A. C. L. (2020). Slik får barnet tilstrekkelig postoperativ smertelindring. *Sykepleien*, 108(80799). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80799>
- Kang, M. S., Park, J. & Kim, J. (2020). Agreement of Postoperative Pain Assessment by Parents and Clinicians in Children Undergoing Orthopedic Surgery. *Journal of Trauma nursing*, 27(5), 302-309. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000533>
- Lein, M. (2015). *Babyer føler smerte likt som voksne*. NHI.NO. <https://nhi.no/familie/barn/nyfodt-barn/babyer-foeler-smerte-likte-som-voksne/>
- Nilsson, L. B., Wong, C., Henneberg, S. W. & Hertel, S. (2019). Børn og smerter. I M. U. Werner, N. B. Finnerup & L. A. Nielsen. *Smerter – bakgrunn, evidens og behandling* (4.utg., s. 132-154). Fadl's forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 18. desember 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Reinertsen, H., Christophersen, K. A. & Helseth, S. (2014). Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC. *Sykepleien*, 9(2), 132-140. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0030>
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E.K. (2016). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (2.utg, s. 244-270). Cappelen Damm akademisk.
- Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg, S. & Rustøen, T. (2018). Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management. *Pain Management Nursing*, 19(6), 585-598. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006>
- Smeland, A. & Sørensen, K. (2018). Ny prosedyre kan gi mer kunnskap og kompetanse om barnets smerte. *Sykepleien*, 106(72230). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72230>
- Stubberud, D. G. (2019). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.G., Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 48-77). Gyldendal.
- Søbjerg, I. L. (2019). Omsorg for foreldre til akutt og / eller kritisk syke barn på sykehus. I D.G., Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 202-215). Gyldendal.
- Søbjerg, I. L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.G., Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 127-166). Gyldendal.
- Thidemann, I. J. (2019). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter: 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 Synthesizer of Evidence With Recommendations. *Journal of pediatric nursing*, 31(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.002>
- von Baeyer, C.L., Forsyth, S. J., Stanford, E. A., Watson, M. & Chambers, C. T. (2008). Response biases in preschool children's ratings of pain in hypothetical situations. *European Journal of Pain*, 13(2009), 209-213. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.03.017>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: r-FLACC

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

Navn:

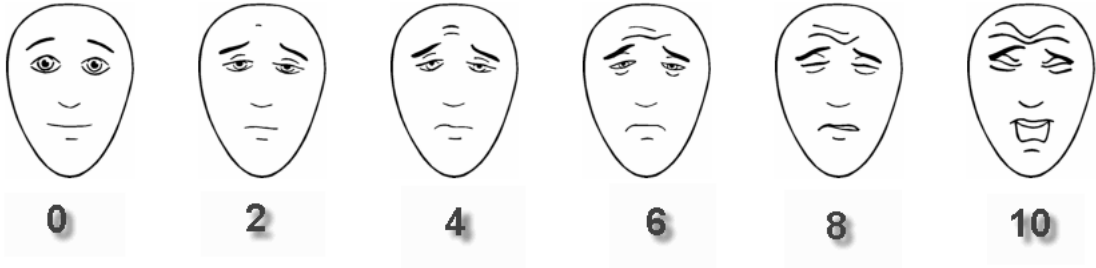
Dato:

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

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

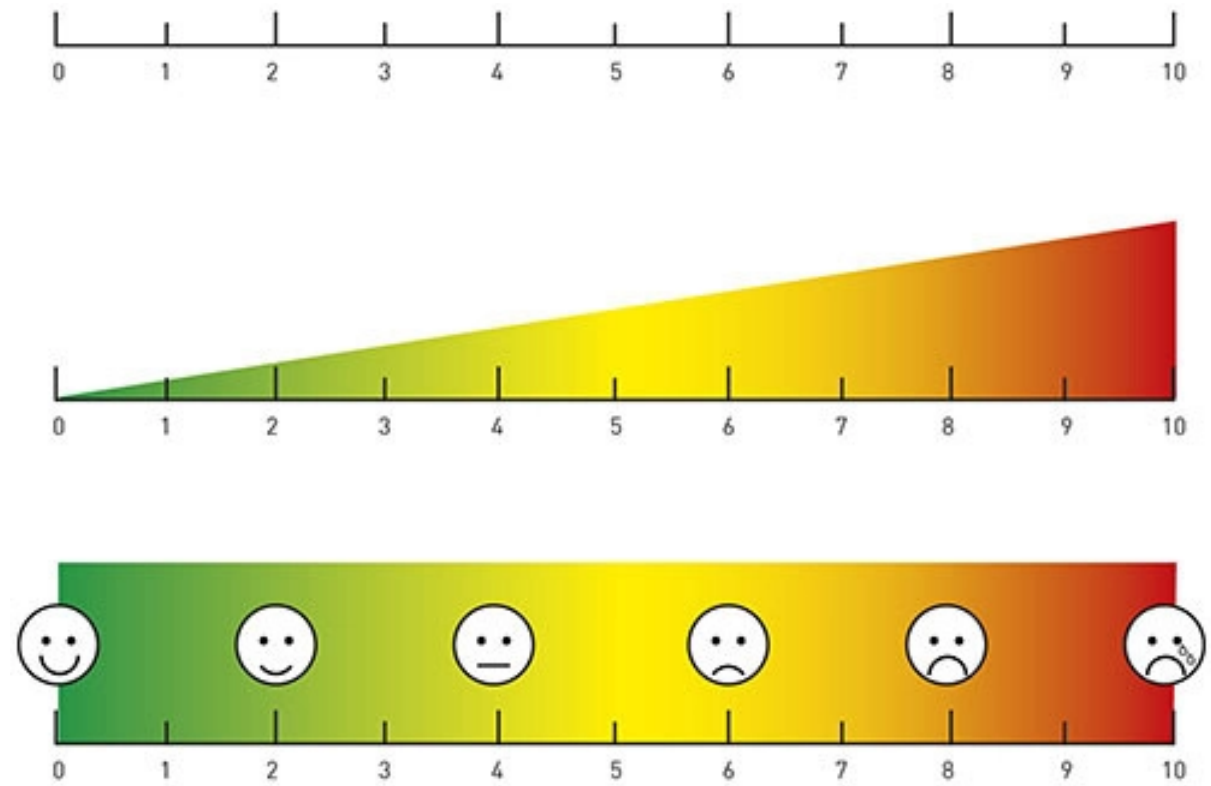
8.2 Vedlegg 2: FPS-R

Faces Pain Scale - Revised



8.3 Vedlegg 3: VAS

Visuell Analog Skala



8.4 Vedlegg 4: NRS

Numeric rating scale – NRS (0 -10)

