



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnsjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling till barn i slutenvård

Författare: Maria Jönsson & Sara Grytsjö

Handledare: Pia Lundqvist

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Omvårdnadsutbildningar
Box 157, 221 00 LUND

Barnsjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling till barn i slutenvård

Författare: Maria Jönsson & Sara Grytsjö

Handledare: Pia Lundqvist

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt

Det sker framsteg vad gäller smärtbehandling till barn men rapporteras fortfarande om att barns smärta är underbehandlad. Ökad kunskap om sjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling inom slutenvård kan leda till kvalitetsförbättringar och utveckling inom området. Syftet var att belysa barnsjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling till barn inom slutenvård. Öppna intervjuer utfördes med 11 barnsjuksköterskor. En kvalitativ innehållsanalys resulterade i tre kategorier; *betydelsen av den individuella sjuksköterskans kompetens; behov av samarbete och organisatoriska hinder*. Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde smärtbehandling till barn som svårt men att deras kunskap och erfarenhet hade betydelse för hur det hanterades. Samarbetet med barnet, föräldrar och vårdpersonal var viktigt. Olika organisatoriska faktorer både underlättade och hindrade fungerande smärtbehandling. Evidensbaserade riktlinjer ansågs främja smärtbehandling till barn.

Nyckelord

Barn, smärta, sjuksköterska, upplevelse, erfarenhet

Omvårdnadsutbildningar
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Smärta	3
Sjuksköterskans bedömning av smärta	4
Utvärdering av smärtbehandling	6
Icke farmakologisk smärtbehandling	6
Farmakologisk smärtbehandling	7
Syfte	7
Metod	8
Urval	8
Instrument	8
Datainsamling	9
Genomförande av databearbetning	10
Förförståelse	11
Etisk avvägning	11
Kontext	12
Resultat	13
Betydelsen av den individuella sjuksköterskans kompetens	13
Erfarenhet	13
Kunskap	15
Attityd	18
Behov av samarbete	19
Med barnet	19
Med föräldrarna	20
Med övrig personal	22
Organisatoriska hinder	23
Bristande rutiner	23
Bristande resurser	24
Diskussion	26
Diskussion av vald metod	26
Diskussion av framtaget resultat	29
Referenser	33
Bilaga 1 (4)	37
Bilaga 2 (4)	39
Bilaga 3 (4)	40
Bilaga 4 (4)	41

Problembeskrivning

Trots framsteg inom smärtbehandling till barn, där smärtbedömning är en viktig del, så fortsätter det rapporteras om obehandlad smärta samt hög smärtintensitet hos barn (Van Hulle Vincent, 2007). De faktorer som angetts som orsak har i huvudsak kommit fram via internationella studier vilket gör att de inte är direkt överförbara till svensk barn- och ungdomssjukvård (a.a.). Det finns få studier som undersöker svenska barnsjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling till barn inom slutna barnsjukvård. Deras upplevelser kan ge viktig kunskap som kan leda till kvalitetsförbättring inom området.

Otillräckligt behandlad smärta ger för barnet negativa psykologiska och fysiologiska effekter (Jylli, 2009). Vid smärta påverkas de grundläggande funktionerna, vilket i sin tur kan leda till förlängd läkningsprocess och längre sjukdomstid (a.a.). Enligt Kristensson-Hallström och Elander (2001) påverkar olika egenskaper hos barnets sjuksköterskans beslut om smärtbehandling. Likaså finns det vissa egenskaper hos sjuksköterskor som påverkar deras attityd till smärtbehandling t ex kunskap och personlig inställning (a.a.). I en studie av Gimble-Berglund, Ljusegren och Enskär (2008) undersöktes vilka faktorer som påverkade hur sjuksköterskor arbetade med smärtbehandling och det framkom att sjuksköterskors personliga erfarenheter av smärta liksom deras erfarenhet av att arbeta med barn och smärta påverkade hur barnen smärtbedömdes. Dock ansågs det vara barnets rättighet att få smärtbehandling (a.a.).

Gimble-Berglund m.fl. (2008) menade att sjuksköterskornas samarbete med barnet var positivt för barnets smärtbehandling. De upplevde att när samarbetet med barnet fungerade väl lärde de också känna barnets sätt att uttrycka smärta, vilket underlättade smärtbehandlingen (a.a.) Enligt Ellis m.fl. (2007) påverkade sjuksköterskors individuella arbetssätt barnens smärtbehandling. När rutiner inte var inarbetade ansågs detta av sjuksköterskorna vara ett hinder för god smärtbehandling (a.a.). Likaså ansåg Gimble-Berglund m.fl. (2008) att bristande rutiner på avdelningen avseende smärtbehandlingen påverkade barns smärtbehandling negativt (a.a.). I en litteraturstudie av Von Baeyer och Spaqrud (2007) framkom att även om det gjorts framsteg inom smärtbehandling till barn behövdes det ytterligare forskning inom området (a.a.).

Bakgrund

Smärtbehandling ska aldrig fördröjas då den syftar till att minska lidande. Okontrollerad smärta leder till frisättning av både lokala smärtstimulerande ämnen och generella stresshormoner vilket kan orsaka ett katabolt tillstånd, öka skadan, fördröja eller hindra sårhäkning, leda till infektioner pga. nedsatt immunförsvar, förlängd sjuklighet, längre sjukhusvistelse och till och med ökad dödlighet (Ljungman & Lundeberg, 2012). Därför är det viktigt att påbörja smärtbehandling i ett tidigt skede för att minska risken för ogynnsamma effekter både fysiologiskt och psykologiskt (Jylli, 2009). Ett av barnsjuksköterskors ansvarsområde är att uppmärksamma, bedöma och behandla barnets smärta (Kristensson-Hallström & Elander, 2001).

Smärta

International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärta som “En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Oförmåga att kommunicera utesluter inte att individen känner smärta eller kan vara i behov av adekvat smärtlindring. Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egen erfarenhet av vävnadsskada tidigt i livet” (IASP, 2008).

Smärta är ett symtom och det finns olika typer av smärta. *Procedurrelaterad smärta* uppkommer i samband med olika undersökningar och åtgärder, barnet förväntar sig oftast att proceduren medför smärta (Forsner, 2009). *Nociceptiv smärta* utgår ifrån en retning av smärtreceptorer, nociceptorer. Till följd av en skada eller påverkan på nervsystemet uppstår *neuropatisk smärta*. *Psykogen smärta* baseras på tydliga psykiatriska fynd och är mycket ovanligt. *Dysfunktionell och psykosomatisk smärta* är ett samlingsbegrepp för olika typer av smärta där det inte kan påvisas bakomliggande sjukdom eller organiskt fel. *Idiopatisk smärta* är ett begrepp som används för smärttillstånd med helt okänd mekanism. Blandformer av smärta kan också finnas (Ljungman & Lundeberg, 2012).

Smärttillstånd delas in efter tidsförlopp, sjukdomsbakgrund samt förmodad fysiologisk uppkomstmekanism. Tidsförloppet för smärtan kan vara övergående, akut, eller långvarig/återkommande. Sjukdomsbakgrunden kan vara postoperativ/posttraumatisk, cancerrelaterad eller långvarig icke-malign smärta (Werner & Strang, 2005). Vid all smärta är det centrala momentet att försöka diagnostisera och om möjligt åtgärda den bakomliggande orsaken. Smärtanalysen ska leda till en specifik diagnos så att den symtomatiska behandlingen utökas med en egentlig orsaksinriktad behandling. Ljungman och Lundeberg (2012) skriver att smärtanalysen är helt central för en god smärtbehandling då olika smärta behandlas på olika sätt. Många olika faktorer påverkar smärtupplevelsen där barnets personlighet, oro, stresströskel, trötthet, tidigare erfarenheter, förväntan av smärta, illamående, hunger och otrygghet är några av dessa (a.a.).

Sjuksköterskans bedömning av smärta

Smärtbedömning lägger grunden till beslut om hur barns smärta kan behandlas. Barn uttrycker smärta på olika sätt i förhållande till ålder, utvecklingsnivå och på grund av att upplevelsen är unik och mångskiftande (Jylli, 2001). För att smärtbedöma en individ måste iakttagaren förstå det språk som individen uttrycker sig med. Det är lätt att vilseledas och tro att ett tyst och stilla barn inte har ont (Olsson, 2005). Självrapport/självskattning är det mest tillförlitliga sättet att bedöma smärta hos barn. Med hjälp av olika skattningsskalor kan barnet själv få ange hur stark smärtan är. Det finns en mängd olika skalor som används, vissa i större utsträckning än andra (a.a.). Enligt Ellis m fl. (2007) sågs smärtskattningsskalor som ett effektivt sätt att förmedla om en behandling var framgångsrik (a.a.). Det krävs dock att barnet förstår begreppet smärta och kan gradera smärtans intensitet. För barn från 6-8 års ålder används i stor utsträckning VAS – Visuellt Analog Skala, vilken är en 10 cm lång linje där 1 motsvarar ”inget ont alls” och 10 motsvarar ”värsta tänkbara smärta” (Jylli, 2001; Olsson 2005). För barn i åldern 4-6 år, som inte har förmågan eller kunskapen att omvandla en upplevelse till en visuell skala används en konkret skala. Poker Chip Tool eller ”Pieces of hurt”. Bieris skala, Faces of pain scale föredras ibland även av äldre barn upp till ca 12 år (a.a.).

För de minsta barnen används beteendeskattningsskalor i form av ALPS-Neo (The Astrid Lindgren and Lund Children's hospitals Pain and Stress Assessment Scale for preterm and sick newborn infants) som är framtagen för prematura barn <37 veckor, ALPS 1 för fullgångna nyfödda barn och FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) för barn 0-7 år samt barn med flerfunktionshinder (Jylli, 2012). I en litteraturstudie av Stinson, Kavanagh, Yamada, Gill och Stevens (2006) där resultatet av hur olika smärtskattningsskalor tolkades av två av varandra oberoende forskare, framkom att ingen enskild skala var optimal för användning inom all sorts smärta eller för alla åldrar. Författarna i litteraturstudien menade att ytterligare forskning inom smärtskattning av barn behövdes (a.a.).

Bertilsson och Sjöström (2005) visade i en litteraturstudie att sjuksköterskor fann kunskapen om barnets tidigare sjukdomar och erfarenheter vara av betydelse vid behandlingen av barnets smärta; att ta reda på något om barnets tidigare smärtupplevelser, vilka metoder som använts för smärtlindring, hur barnet verbalt uttryckte smärta samt om det fanns annan information om barnet som föräldrarna tyckte var viktig att förmedla. Detta gav en mer korrekt bedömning. Bedömningen bestod av tre inriktningar; barnets beskrivning, där sjuksköterskan lyssnade på barnet, beteendet, där sjuksköterskan bildade sig en uppfattning genom att titta på barnet och fysiologiska tecken, där sjuksköterskan utgick ifrån fysiologiska parametrar (a.a.).

Sjuksköterskorna behöver även ha kunskap om fysiologiska och beteendemässiga tecken på smärta. Ökad puls och blodtryck samt förändrat andningsmönster och saturation är fysiologiska tecken på smärta att vara uppmärksam på. Trots att barnets beskrivning och beteende ses som viktigast i bedömningen har sjuksköterskan en tendens att först se till fysiologiska förändringar och därefter uppmärksamma förändringar i beteende och verbalt uttryck av smärta (Bertilsson & Sjöström, 2005). Smärta hos barn signaleras ofta, oavsett ålder, genom kroppshållningen men den starkaste indikatorn för smärta är barnets ansiktsuttryck (Jylli, 2001). Även ett barns beteende kan, i förhållande till åldern och typ av smärta, ge viktiga ledtrådar i samband med smärtbedömning. Barnet kan t ex ha en orörlig och stel kroppshållning, göra avväjningsrörelser, gny, gnälla eller skrika (Jylli, 2001).

Utvärdering av smärtbehandling

En studie av Simons & Moseley (2012) visade på skillnader i hur smärta utvärderades. På en avdelning skattade sjuksköterskor barnens smärta samt dokumenterade den frekvent medan en annan avdelning inte gjorde det. Det visade sig att den avdelning som dokumenterade sin smärtskattning tillsammans med övriga vitala parametrar utförde det oftare än de som hade separat dokumentation av smärtskattningen (a.a.). I samband med smärtbehandling är det av stor vikt att som sjuksköterska regelbundet bedöma smärtan och utvärdera om den minskar, ökar eller ändrar karaktär (Jylli, 2009).

Icke farmakologisk smärtbehandling

Det är av stor vikt att sjuksköterskans bemötande av barn och föräldrar är psykologiskt skickligt i samband med olika behandlingssituationer. Det finns flera olika icke farmakologiska metoder för sjuksköterskan att använda för att skapa lugn och trygghet samt avleda barnet från obehag (Jylli, 2009).

Icke farmakologiska strategier används av sjuksköterskor för att hjälpa barn genom svåra och smärtsamma upplevelser exempelvis terapeutisk lek, visualisering (guided imagery), musik samt bilder/teckningar (Tamm, 2001). Shresta-Ranjit och Manias (2010) fann i sin studie med syfte att undersöka barnsjuksköterskors smärtbedömning och smärtbehandling i relation till postoperativ vård av barn med frakturer, att det inte fanns mycket journalanteckningar om ickefarmakologiska behandlingar. Endast i 23,6 % av journalerna fanns det dokumentation om detta. Den vanligaste dokumenterade icke farmakologiska behandlingen var att stödja patientens ben eller ändring av position (a.a.).

I en avhandling av Nilsson (2010) framkom att om sjuksköterskorna erbjöd barn att använda spel och musik som ett komplement till medicinsk behandling, krävde de mindre mängd smärtlindring. Spelen var enligt barnen mest användbara vid smärta i samband med nålrelaterade procedurer. Musik var mer användbart postoperativt. Musiken upplevdes som lugnande och avslappnande samt reducerade andra ljud på avdelningen vilket barnen tyckte kändes bra och gjorde det lättare att negligera den tekniska utrustningen så att den inte störde dem (a.a.).

Genomförandet av behandling underlättas mycket genom samarbete med föräldrar. Föräldrarna känner barnet bäst och är känsligast för förändringar hos barnet. Barnet i sin tur känner föräldrars eventuella oro och osäkerhet och detta kan överföras till barnet. Situationer där barnet är utsatt kräver lugna och stödjande föräldrar (Kristensson-Hallström & Elander, 2001). I studien av Gimbler-Berglund m.fl. (2008) framkom att sjuksköterskorna såg både positivt och negativt på samarbetet med föräldrarna. När föräldrarna inte uppfattade att barnet hade ont medförde det att de inte ville att barnet skulle ha smärtlindring (a.a.).

Farmakologisk smärtbehandling

Sjuksköterskor behöver kunskap om farmakologisk smärtbehandling till barn för att kunna optimera smärtbehandling. Barn omsätter läkemedel annorlunda än vuxna. Hos barn finns det när det gäller ett läkemedels effekt och kinetik, större variation mellan individer. Hos barn är läkemedlets proteinbindningsgrad lägre vilket kan leda till en högre fri koncentration av läkemedel i blodet och medför därmed en ökad risk för toxiska reaktioner. Levern hos nyfödda barn har nedsatt förmåga att bryta ner läkemedel. Det medför att dosen för vissa läkemedel måste minskas (Jylli, 2009). Människan har en farmakologisk mognad redan vid 3-6 månaders ålder. Snabb tillväxt hos barnet leder till förändringar som påverkar förmågan till upptag, distribution, redistribution samt elimination av läkemedel. Absorptionen, distributionen och eliminationen av läkemedel varierar med åldern (Lundeberg, 2001). Det framkom att bristande kunskap om farmakologisk behandling av smärta negativt påverkade hur sjuksköterskor hanterade barns smärtbehandling (Gimble-Berglund m.fl., 2008).

Syfte

Syftet med studien var att belysa barnsjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling till barn inom slutna barnsjukvård.

Metod

För att besvara syftet har en kvalitativ metod med en induktiv ansats valts. En kvalitativ metod används när t ex upplevelser, erfarenheter och attityder skall beskrivas (Graneheim & Lundman, 2004). En kvalitativ metod ger möjlighet till att få djupare beskrivningar av det som undersöks jämfört med t.ex. en enkätundersökning genom att respondenterna kan tillfrågas om att ge exempel för att belysa sin berättelse ytterligare (Kvale & Brinkman, 2009).

Urval

Urvalet bestod av elva barnsjuksköterskor, nio kvinnor och två män, från två olika barnavdelningar vid ett sjukhus i södra Sverige. Inklusionkriterier var att sjuksköterskorna skulle vara specialistutbildade med inriktning hälso- och sjukvård för barn- och ungdomar. Exklusionskriterier var barnsjuksköterskor verksamma inom neonatal- och intensivvård. Anledningen till att dessa exkluderades var att de bedriver intensivvård och har ökad möjlighet till smärtbehandling i jämförelse med ordinarie vårdavdelningar.

Deltagarna i studien var mellan 30 och 56 år (Md=38 år). Erfarenheten som sjuksköterska varierade mellan 9 och 27 år (Md=12 år). Tiden sedan avslutad vidareutbildning varierade mellan mindre än 1 år till 22 år (Md=2 år).

Instrument

Forskningsmetod väljs utifrån det svar som önskas av forskningen . Vissa frågor kan bara besvaras genom kvalitativa studier. Dessa frågor rör framför allt människors upplevelser av olika saker eller deras syn på verkligheten. Kvalitativa studier har fokus på att beskriva, förklara och tolka (Ahrne, 2011).

Öppna intervjuer som metod användes då syftet med intervjuerna var att få barnsjuksköterskornas syn på sin verklighet. Genom öppna frågor gavs sjuksköterskorna möjlighet att berätta så mycket som möjligt utan att ledas av intervjuaren.

Analysen i studien har skett med en kvalitativ innehållsanalys vilken sätter fokus på granskning och tolkning av texter för att få förståelse för erfarenheter och upplevelsers natur och mening (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Datinsamling

Verksamhetschef (VC) samt ansvarig enhetschef på respektive avdelning (n=3) kontaktades per telefon och tillfrågades om deltagande i studien. De som samtyckte erhöll därefter ett informationsbrev innehållande projektplan samt beskrivning av studien. Ett informerat samtycke (bil.3) inhämtades från VC. Enhetschefen vid respektive avdelning ombads att göra ett urval bland de specialistutbildade sjuksköterskorna, initialt fyra per avdelning. Initialt tackade tre avdelningar ja till att ingå i studien och informerat samtycke erhöles från samtliga. Vid senare kontakt med utvalda avdelningar avböjde en av dem deltagande pga. bristande resurser och hög arbetsbelastning. De kvarvarande två enhetscheferna ombads då att utöka sitt urval för att möjliggöra tillräckligt antal respondenter.

Sjuksköterskorna informerades skriftligen om studien och dess syfte via ett informationsbrev (bil.1) inkluderat en samtyckesblankett (bil.4) som avdelningschefen vidarebefordrade. De sjuksköterskor som gav sitt skriftliga medgivande att delta ombads att lämna e-mailadress eller telefonnummer för att kunna nås. Författarna kontaktade de sjuksköterskor som accepterat deltagande, de informerades igen om studiens syfte och gavs möjlighet att ställa ytterligare frågor. Tid och plats för intervju bokades med hänsyn till deltagarnas önskemål.

Av de 11 intervjuerna genomfördes 8 med båda författarna närvarande, en ansvarade för intervjun och en var observatör och hade även möjlighet att ställa kompletterande frågor. Tre intervjuer utfördes av författarna var för sig. Av de 11 intervjuerna genomfördes 10 på avskild plats på barnsjuksköterskornas arbetsplatser och en på avskild plats utanför arbetsplatsen. Innan intervjuerna genomfördes informerades respondenterna igen om studiens syfte och om rättigheten att utan orsak avbryta sitt deltagande när som helst.

En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuteknik och frågeställningar. Pilotintervjun analyserades och medförde att intervjutekniken ändrades i den mån att författarna intog en mer lyssnande roll i intervjusituationen. Pilotintervjun innehöll material som svarade mot syftet och inkluderades sedan i det material som analyserades för studien.

Intervjuerna utfördes i form av ett samtal med en inledande öppen fråga. *”Kan du berätta för oss hur du upplever arbetet med smärta hos barn”?* Därefter ställdes följdfrågor för förtydligande och för att få exempel av sjuksköterskorna (Kvale & Brinkman, 2009).

Bakgrundsdata (bil.1) inhämtades i samband med intervjuerna. Då flertalet av intervjuerna utfördes på sjuksköterskornas arbetsplats under arbetstid medförde detta att intervjuerna ibland blev avbrutna relaterat till hög arbetsbelastning på avdelningarna och sjuksköterskorna kände sig ibland stressade.

Intervjuernas längd varierade mellan 15-25 minuter, de spelades in via ljudupptagning för att därefter transkriberas ordagrant av författarna. Intervjuguide (bil.2) användes som stöd under intervjuerna.

Genomförande av databearbetning

De transkriberade intervjuerna analyserades med en innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Inledningsvis lästes det utskrivna materialet av båda författarna var för sig i sin helhet, så kallad naiv läsning, för att ge en helhetsbild av innehållet. Båda författarna diskuterade gemensamt sin upplevelse av innehållet tills överenskommelse nåddes (a.a.). Författarna delade därefter, var för sig, in texten i så kallade meningsbärande enheter, text som hör ihop i sitt sammanhang och innehåll. Därefter diskuterade författarna tills en överenskommelse uppnåddes om de meningsbärande enheter som skulle ingå i analysen.

De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, vilket innebar att texten kortades ner för att bli lättare att hantera, det centrala innehållet i texten bevarades. Även detta gjorde författarna först var för sig och diskuterade därefter gemensamt för att uppnå en överenskommelse. Därefter kodades materialet, koder är ett sätt att kortfattat beskriva det manifesta innehållet för att kunna reflektera över sina nya fakta på ett nytt sätt.

Beroende på likheter och skillnader i koderna växte subkategorier och kategorier fram (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Kodning samt formulering av subkategorier och kategorier utförde författarna tillsammans.

Vid osäkerheter under analysprocessen har författarna gått tillbaka till ursprungsintervjuerna för att kontrollera. Hela analysarbetet har skett i samarbete med en tredje person i form av författarnas handledare som inledningsvis även läste två av intervjuerna och diskuterade dessa avseende helhetsintryck.

Förförståelse

Förförståelse är av betydelse när det gäller såväl kvantitativa som kvalitativa metoder menar Dahlberg, Drew & Nyström (2001). Att aldrig bortse från förutfattade meningar och alltid vara medveten om att förförståelse påverkar forskningen, är av stor vikt för resultatet (a.a.). En av författarna har erfarenhet av slutna barnsjukvård och en har erfarenhet ifrån akutsjukvård där även barn vårdas. Innan undersökningen påbörjades hade författarna skrivit ner sin förförståelse och fortlöpande reflekterat över denna för att minska påverkan under datainsamling och analys.

Etisk avvägning

Enligt lag om etikprövning (2003:460) krävs inte etiskt godkännande för studier där sjukvårdspersonal intervjuas men ansökan angående genomförandet av studien skickades till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), vid institutionen för hälsa, vård och samhälle för rådgivande yttrande (VEN 89-13). Ett skriftligt informerat samtycke inhämtades från VC innan studien påbörjades.

Enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460), får forskning endast bedrivas i samtycke med deltagarna. Deltagarna i denna studie informerades om studiens syfte och metod och ett skriftligt informerat samtycke inhämtades. Deltagarna informerades även muntligt, i samband med intervjun, om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång (a.a.).

Urvalet av barnsjuksköterskor gjordes av avdelningschefen. Barnsjuksköterskorna hade inte kontakt med författarna innan de valde att delta eller inte vilket minimerade risken för påverkan av deras deltagande.

Det kunde heller inte anses föreligga något beroendeförhållande mellan undersökarna och barnsjuksköterskorna då undersökarna inte var verksamma på de avdelningar där studien genomfördes (2003:460). Deltagarna fick själv välja tid och plats för intervjuerna vilket beaktar principen om autonomi (Helsingforsdeklarationen, 2000; 2003:460).

Materialet behandlades konfidentiellt vilket innebär att ingen enskild deltagare i efterhand kan kopplas samman med det som redovisas. Intervjuerna avidentifierades och kodades, materialet förvarades inlåst och intervjumaterial och kodlista förvarades åtskilt. Endast de som var ansvariga för studien hade tillgång till materialet (2003:460). Efter studien kommer allt material att förstöras.

Det finns ingen egentlig förväntad nytta för de barnsjuksköterskor som deltog i studien. Samtidigt kan det upplevas positivt att deras kunskap efterfrågas vilket kan ses som en form av nytta. Intervjuerna spelades in vilket kunde upplevas besvärande för deltagarna. För att minimera denna effekt gavs information om ljudupptagningen redan i informationsbrevet. Detta gav sjuksköterskorna en möjlighet att avböja deltagande om de upplevde ljudinspelning som besvärande (Kvale & Brinkman, 2009).

Kontext

Intervjuerna gjordes vid 2 barnavdelningar på ett sjukhus i södra Sverige. Upptagningsområde är södra sjukvårdsregionen – Skåne, Kronoberg, Blekinge och södra Halland. Avdelningarna hade olika inriktningar inom både medicin och kirurgi. Ålder på barnen som vårdades på avdelningarna var noll till arton år.

Under vårdtiden fick minst en förälder vistas på avdelningen och då barnet var mycket sjukt fick båda föräldrarna och även syskon vara närvarande. På avdelningarna arbetade både specialistutbildade sjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor.

Resultat

Den naiva läsningen visade att sjuksköterskorna upplevde smärtbehandling till barn som svårt men att deras kunskap och erfarenhet underlättade arbetet . Samtidigt gav de uttryck för att de behövde mer kunskap inom området och att det fanns faktorer relaterat till organisationen som både underlättade och försvårade barns smärtbehandling. Analysen av materialet resulterade i tre kategorier som vardera innehöll underkategorier, se Fig. 1. Citat från intervjuerna används för att belysa tolkningen.

Kategorier	Underkategorier
Betydelsen av den individuella sjuksköterskans kompetens	Erfarenhet; Kunskap; Attityd
Behov av samarbete	Med barnet; Med föräldrarna; Med övrig personal
Organisatoriska hinder	Bristande rutiner; Bristande resurser

Fig. 1 Analysresultat

Betydelsen av den individuella sjuksköterskans kompetens

Erfarenhet

Sjuksköterskorna menade att deras egen bakgrund och erfarenhet påverkade hur de hanterade barnens smärta och smärtbehandling. Tidigare erfarenhet sågs som en styrka att använda när barnet själv kunde ha svårt att uttrycka vad som var problem, om det var smärta eller något annat som påverkade dem, sjuksköterskans erfarenhet gav dem då stöd i att tolka barnets signaler.

”.....Genom erfarenhet!..... Så har jag upplevt det i alla fall..... med tiden..... Och så är det med alla åldrar... .., även stora barn har kanske svårt ibland att uttrycka vad det är eller..... kanske inte vill uttrycka exakt vad det är, handlar om, men det är en stor utmaning och många gånger ganska spännande.....”

(I:9)

Den allmänna erfarenheten bland sjuksköterskorna som intervjuades var att det fanns alla möjligheter att smärtstilla barn men det som kunde påverka själva smärtbehandlingen var ordinationer, sjuksköterskans delaktighet, sjuksköterskans erfarenhet och planering. Med sin erfarenhet såg sjuksköterskorna ett behov av att se varje barn som en individ med sitt unika uttryckssätt både verbalt och fysiskt. De beskrev att de, förutom att ta hänsyn till barnens ålder och utveckling, ville ta reda på vilka erfarenheter barnen hade sedan tidigare hur familjen reagerade på den stress de var utsatta för samt vara uppmärksam på de signaler barnen gav gällande hur de mätte. Otrygga barn ansågs svårare att smärtlindra. Sjuksköterskan såg också behovet av att utgå från barnets dagsform och bemöta barnet utifrån den.

Sjuksköterskorna beskrev att det fanns ett behov av att anpassa sig mer efter barnens individuella behov, att se deras begränsningar. Genom detta så kunde undersökningar och procedurer som skulle ske under dagen planeras vilket kunde minska den smärta som förstärktes av trötthet hos barnet. Sjuksköterskorna menade att de genom erfarenhet hade lärt sig att denna planering var viktig.

“...ja, det blev inte riktigt....., det blev inte bra. För att man pressade henne lite för mycket över sin förmåga på nåt sätt och familjen också. Och samtidigt är det alltid en avvägning..... för vissa saker måste man ju göra fast det gör ont eller fast det är jobbigt men ändå så....., så måste man ändå anpassa sig efter barnet på något sätt och hitta hennes eller hans nivå.” (I:11)

Sjuksköterskorna upplevde att de genom sina erfarenheter kunde se när föräldrar/familj var i kris i samband med att ett barn var sjukt och hade smärta. De upplevde att det fanns en risk att föräldrarnas rädsla speglades i barnen, att föräldrarnas otrygghet, rädsla och inre kaos överfördes till barnet. Sjuksköterskorna gav uttryck för att barnen kände sina föräldrar väl och därför inte behövde ord för att förstå att föräldrarna inte mätte väl.

”.....om jag lärt känna någon väldigt bra så kan jag känna av rätt så bra och kanske till och med kan säga att just idag så är inte du med [hänvisar till mamma]utan idag är pappa med om man ska göra nåt. Att känna av lite och inte vara rädd för det och säga att idag tycker jag att du går ut och tar en kopp kaffe och så fixar vi detta. Eller nåt sånt. Man kan inte avvisa dem heller men ja...”
(I:3)

Sjuksköterskornas uppfattning var att det kunde bli skillnader i behandlingen relaterat till om det var en erfaren eller mindre erfaren sjuksköterska som arbetade. Sjuksköterskorna upplevde t ex att bristande erfarenhet kunde leda till att de intravenösa smärtbehandlingarna fick pågå längre än vad som krävdes. Dock var det en handling menad för barnets bästa.

Kunskap

Sjuksköterskorna upplevde generellt smärtbehandling till barn som svårt. De beskrev bland annat svårigheten i att tolka barns smärta då barn visar smärta på olika sätt. Lättast var det med de barn som kunde prata och berätta, svårast hos de mindre barnen som inte kunde uttrycka sig verbalt. Sjuksköterskorna upplevde att de hade den teoretiska kunskapen om reaktioner på smärta men att den var svår att applicera på barn.

Det ansågs att kunskapen om de signaler som barn gav vid smärta var användbara men sjuksköterskan såg en svårighet i att oro många gånger var en komponent i smärtupplevelsen. Samtidigt gav de uttryck för att det var en utmaning att lära sig tolka barnets signaler och att våga behandla därefter.

Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde det som betydelsefullt att ha kunskap om hur olika faktorer som t ex trötthet, hunger, stimuli, feber, tid på dygnet och barnets humör kunde påverka barnets smärtupplevelse. Denna kunskap kunde förbättra barnets smärtbehandling och ge tydliga resultat som att barnet började leka och röra på sig. Sjuksköterskan upplevde sig på grund av sin kompetens, ha handlingskraft att påverka.

“Att smärtskatta små barn är jättesvårt, många kan.....alltså ett barn som ligger med svår smärta “stänger av” många gånger och det kan uppfattas som att dom är avslappnade och lugna och så..... istället för att dom har ont och inte vill röra sig..... Och där har jag varit med om dom fallen där vi har satt in smärtbehandling och barnet har blivit aktivt igen och det tror jag är allmängiltigt för alla, det är jättesvårt.” (I:6)

Sjuksköterskorna beskrev också att de kände ansvar för att kontrollera läkemedelsordinationer för att säkerställa att barnen blev ordinerade tillräcklig smärtlindring. De upplevde också att olika läkare förlitade sig på att sjuksköterskan skulle ha kunskapen att veta hur det ”skulle vara”.

Sjuksköterskorna upplevde att deras skiftande sätt att tolka barnens smärta påverkade behandlingen och därmed barnen negativt. Smärtskattningsskalor sågs därför som ett instrument att använda både för att smärtskatta och utvärdera smärtbehandlingen, dock användes de inte i lika stor utsträckning vid utvärdering som vid själva skattningen inför eventuell behandling. Utvärdering beskrevs dock som viktig för att följa upp smärtbehandlingen.

Sjuksköterskorna upplevde att det fanns kunskap hos vårdpersonalen om olika smärtskattningsskalor och att skalorna i de fall de användes oftast låg till grund för smärtbehandling. Sjuksköterskorna hade smärtskattningsinstrumentet i åtanke vid bedömningen men använde det inte praktiskt. En sjuksköterska beskrev det som;

“Jag kan inte säga att jag är stans bäste på det men jag är väl förtrogen med skalorna men är dålig på att använda dem i praktiken” (I:2).

De beskrev dock att de genom att ha kunskap om de olika smärtskalorna upplevde att bedömningen, behandlingen och dokumentationen underlättades. I de fall de använde smärtskattningsinstrument utgick de från åldern och situationen i valet av smärtskattningsinstrument. Den egna kunskapen och erfarenheten sammanfördes sedan med resultatet av smärtskattningen i bedömningen av barnets smärta. Sjuksköterskorna såg möjligheter i att smärtskattningsskalorna fanns tillgängliga för all personal och att all personal hade fått utbildning i hur de skulle användas.

Sjuksköterskorna upplevde utifrån sin kunskap svårigheter att smärtlindra på en ”lagom” nivå till alla barn. De beskrev att man var frikostig med smärtlindring men mer till svårt sjuka barn med kroniska smärtor än till barn med akuta tillstånd som t.ex. en bruten arm. De visste att det fanns behov av grundsmärtlindring för att undvika smärtgenombrott och smärttoppar, men det saknades ibland.

“Men det kan va nog så trixigt att hamna på en lagom nivå med ett barn som man gärna vill ha vaket uppe lekande, ätande, drickande, kissande och smärtfri.”

(I:2)

Smärtbehandlingen upplevdes av sjuksköterskorna som särskilt avancerad och kunskapskrävande i samband med palliativ vård, då smärta och ångest kunde vara kraftig och svårbehandlad. Sjuksköterskorna beskrev en svårighet i att hitta balansen i smärtbehandlingen. Sjuksköterskorna var medvetna om att höga doser kunde förkorta barnets livslängd.

Sjuksköterskorna upplevde att läkarna inte alltid var lyhörda för den kunskap de hade om barnet och smärtan vilket de ansåg vara av vikt för att få fokus på vilken smärtbehandling som passade barnen bäst. De upplevde dock att kunskapsutbytet var under långsam utveckling.

“Som sjuksköterskor måste vi alltid reagera när vi tycker någonting är tokigt. Det är jätteviktigt. Det är också en möjlighet vi har. Ur vår kompetens. Att vi verkligen engagerar oss och inte bara delar ut mediciner utan tittar efter vad barnet får, är det rimlig dos, eller ska man, är det någonting man kan förändra till det bättre?” (I:1)

Sjuksköterskorna uppgav att en tät dialog med smärtsjuksköterska och smärtteam samt nätverksträffar och sjukskötersketräffar sågs som utvecklande för kunskapen kring smärta och smärtbehandling. Det var positivt att kunna ta del av varandras kunskap och erfarenhet. Sjuksköterskorna gav uttryck för att bristande kunskap påverkade smärtbehandling till barn negativt.

Attityd

Sjuksköterskorna såg bemötandet av barn och föräldrar som en central del i sitt arbete. Att hälsa på barnet och föräldrarna, att prata med dem och förvissa sig om att de förstod och att ge upprepad information var betydelsefullt. Barnen och föräldrarna måste kunna känna sig trygga och kunna lita på att "det som sagts gällde". Sjuksköterskorna upplevde det viktigt att inte få det att framstå som att det omöjliga kunde göras möjligt. Trygghet, ärlighet och respekt skulle vara rådande i mötet med barnet och familjen.

"Se barnet. Gå inte in i ett rum och hälsa på föräldrarna. Hälsa på barnet. Prata inte över huvudet i den mån du inte behöver. Tror jag är jätteviktigt." (I:3)

Sjuksköterskorna upplevde att behandlingen var svårare då barnet hade en sjukdom som sjuksköterskan inte var lika van vid. Detta kunde t.ex. vara aktuellt om barnet vårdades med någon diagnos som inte var så vanlig på avdelningen eller om barnet var inlagt på avdelningen på grund av platsbrist på ordinarie avdelning. Sjuksköterskan kunde uppleva att de barnen inte alltid fick optimal behandling eller att det tog längre tid innan de fick optimal behandling.

Sjuksköterskorna uttryckte att de kände sig tvungna att använda smärtskattningsinstrument trots att de inte ansåg sig behöva det, de tyckte det fungerade bra utan. Olika smärtskattningsinstrument användes i viss mån men inte i den utsträckning som var intentionen. Sjuksköterskorna kunde dock se den utvecklingspotential som instrumentet medförde.

"Ja, jag kan tycka det är en väldigt viktig del av arbetet och vi har ju alla de här jättefina skalorna idag. Vi är jättedåliga på att använda dem men jag tror att man gör mycket, man bedömer mycket ändå utan dem, jag gör i alla fall det utan att skriva ner alla skalorna, poäng och så." (I:5)

Sjuksköterskorna beskrev att det bland läkarna kunde finnas en attityd av att det vid vissa diagnoser bara handlade om smärta under några dagar och att det kunde vara hanterligt och därför prioriterades inte smärtbehandlingen till barnet.

Sjuksköterskan däremot ville då ta det ett steg längre och tänkte på hur barnet kunde komma att uppfatta sjukvården vid framtida vårdbehov. Om det kunde sätta spår hos barnet att det haft ont och känt rädsla vid tidigare kontakter.

Behov av samarbete

Med barnet

Sjuksköterskorna beskrev att samarbetet med barnet var en väsentlig del i själva smärtbehandlingen. De upplevde att en god planering och välinformerade barn kunde skapa trygghet i samspelet mellan sjuksköterskan och barnet. Samarbetet innebar att barnet och föräldrarna skulle ha kunskap om smärtskattning när behovet uppkom, då sjuksköterskorna såg en svårighet i att informera om smärtskattningsinstrumentet när smärtan var som värst. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att använda ett smärtskattningsinstrument som var anpassat till barnet och som barnet förstod då det förenklade samarbetet mellan sjuksköterskan och barnet. Barnen kunde då tillsammans med sjuksköterskan använda smärtskattningsinstrument, inte endast vid smärta utan även vid andra besvär t ex illamående.

“.....redan på inskrivningen berättar man att så här funkar det si och så, lika mycket som att vi informerar om att dom ska op-duscha så informerar vi om att sen efter operation så kommer vi att fråga om hur du mår, mår du illa, har du ont och att man redan då bestämmer sig för vilken smärtskala använder vi på detta barnet och sen har barnet sin smärtskala, för det är ju barnets smärtskala, det är ju inte jag som ska springa med 14 smärtskalor i fickan.” (I:7)

Sjuksköterskorna beskrev att det fanns tillfällen då barnet hade ont men förnekade det. Satt alldeles stilla, åt inte, drack inte men ville ändå inte tillstå att det hade ont. Då var samarbetet med barnet viktigt och sjuksköterskorna såg det som betydelsefullt att få barnet med sig och inse att det inte behövde ha ont, att det fanns hjälp att få.

“Det måste ju finnas en sköterska eller undersköterska som är hos patienten ofta, ofta. För det är ju lite så att dom ska våga säga till och att man inte ligger en hel natt och har ont jag måste ju visa att jag är här, vad är det som är galet, är det att du har ont?” (I:7)

Sjuksköterskorna beskrev att vid smärtsamma procedurer, som t ex för barnet återkommande upplevelser av nålsättning, var det barnets behov som kom först.

De poängterade betydelsen av att kommunicera med barnet, att inte ljuga utan våga säga som det var, att förklara tydligt och låta dem vara delaktiga. Att vänta in barnet och ta en paus om det behövdes. Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att planera inför procedurer och ha ett rum där smärtsamma procedurer ägde rum. Vid smärtsamma procedurer var det av vikt att barnet fick återhämta sig efteråt. Det egna rummet skulle bevaras som en fredad zon och barnet skulle kunna känna sig trygg i det. Detta var viktigt för att barnets förtroende för sjuksköterskan skulle kunna hållas intakt och ett positivt samarbete skulle kunna fortsätta.

Sjuksköterskorna såg ett problem i samarbetet med de barn som varit i vuxenvården då vuxenvårdens syn på, och hantering av, bedövning vid smärtsamma procedurer påverkade barnet. De barn som tidigare mött vuxenvården kunde vara rädda och ha med sig dåliga erfarenheter och det kunde vara svårt att få de barnen att slappna av och känna trygghet. De barn som kom direkt till barnsjukvården hade en annan start.

*....men har man då varit i vuxenvärlden på vägen hit ...ja, då har man ju redan blivit skrämmd och då jobbar vi lite i motvind och det tar ganska lång tid att vända ett barn tillbaka medans dom barnen som vi ser som har kommit direkt till barnvärlden har inte samma bagage med sig i sin ryggsäck. Så det är väl mer att man kan säga att vi önskar bättre samarbete mellan vuxenvärlden och oss.....
(I:7)*

Med föräldrarna

Sjuksköterskornas allmänna uppfattning var att föräldrarna var de som kände barnet bäst och att man hade en stor fördel av att ta vara på föräldrarnas kunskap om sina barn.

Samarbetet med föräldrarna var därför en viktig del för att göra behandlingen så bra som möjligt för barnen, de kunde användas som bollplank för planering, behandling och utvärdering av barnets smärtbehandling. Genom att lyssna till föräldrarnas intuition när det gällde deras barn upplevde sjuksköterskorna att de kunde få stöd att tolka om barnet var på väg att få ont eller det kunde finnas någon annan orsak till barnets illabefinnande.

Sjuksköterskorna upplevde att även föräldrarna kunde tycka det var svårt att tolka om det var smärta eller oro som var den största komponenten i barnets smärtupplevelse, dock sågs deras bedömning som ovärderlig när barnen inte själva kunde uttrycka sig. Sjuksköterskorna ansåg att de hade till uppgift att förmedla sin kunskap till föräldrarna så att de kunde förmedla den vidare till sina barn och på så sätt hjälpa sina barn. Sjuksköterskorna såg föräldrarna som barnens trygghet, trygga föräldrar gav ofta lugna, trygga barn, även i utsatta situationer.

“Jag tycker det är viktigt med föräldrarna, vad de anser, de känner sina barn bäst.” (I:3)

Sjuksköterskorna såg svårigheter och upplevde frustration när samarbetet med barnens föräldrar brast. Detta kunde t.ex. ske när föräldrarna ansåg att barnet behövde mer smärtlindring än vad sjuksköterskan var villig att administrera. Sådana meningsskiljaktigheter mellan sjuksköterskorna och föräldrarna påverkade samarbetet negativt. Det framkom även att sjuksköterskan vid vissa tillfällen bedömde att barnet hade mer ont än vad föräldrarna ville inse.

Föräldrarna tyckte inte att barnet skulle ha exempelvis opioider, trots att sjuksköterskan upplevde att barnet hade behov av det. Sjuksköterskorna tolkade främst detta som kunskapsbrist och rädsla hos föräldrarna. Olika kulturer kunde också vara troliga bakomliggande orsaker.

....en kille i tioårsåldern, en stor och stark kille, tyckte pappa, inte behöver du gnälla, skärp dig nu och vi kommer och ser att barnet har ont och vi vill ge, men vi får inte lov att ge för pappa. Vi hade rätt så mycket samtal men pojken vågade inte säga emot pappan så han sa att “jag har inte ont”, kämpar emot, stenansikte. Det är nog många olika faktorer som påverkar smärtbehandlingen. (I:6)

Med övrig personal

Sjuksköterskorna beskrev att samarbete med t ex smärtsjuksköterska var viktigt då hon var delaktig i barnens behandling. Hon engagerade sig kontinuerligt i effekter och bieffekter av behandlingen.

”Ja, vi har ju tät dialog med smärteam, smärtsjuksköterska som är kopplad via barnintensiven och vi har ett väldigt tight arbete med henne så att just den biten funkar väldigt bra (...) jag i min yrkesroll har blivit mycket säkrare i och med det samarbetet också tycker jag...” (I:5)

Samarbetet med smärteamet sågs som extra betydelsefullt vid långvarig smärta då där fanns flera komponenter att ta hänsyn till. Den psykologiska delen var betydande, att alltid ha ont trots långvariga försök till behandling är krävande. Att samarbeta med barnsköterskan sågs som en stor möjlighet då de ofta hade en nära kontakt med barnet och familjen. Även samarbetet med läkarna sågs som givande. Sjuksköterskorna upplevde att läkarna oftast lyssnade på dem och att de tillsammans kunde utforma bra behandlingsstrategier med utgångspunkt från barnens behov. Sjuksköterskorna såg barnen mycket och förmedlade barnens smärta till läkaren. De förstod att läkarna hade restriktioner och begränsningar som måste följas. Gemensamt skapades en kunskapsbank av erfarenheter som kunde plockas fram när behovet uppkom.

Enligt sjuksköterskorna tog det tid att få till ett bra samarbete. Olika personalkategorier skulle samarbeta trots att de hade olika förutsättningar beroende på olika bakgrund.

Kommunikationen sågs överlag som god men utvecklingsmöjligheter fanns. Sjuksköterskorna kände att de hade förtroende från andra personalgrupper.

Samarbetet med lekterapi framhölls som en viktig möjlighet för barnen att fokusera på något annat än sin smärta och sjukdom. Även om barnen av någon anledning inte kunde gå dit så kunde leksaker eller annan sysselsättning hämtas till barnet på avdelningen eller möjligheten att se på film.

Organisatoriska hinder

Bristande rutiner

Sjuksköterskorna upplevde att det fanns bristande rutiner som påverkade smärtbehandlingen till barnen. Ordinationernas tillförlitlighet ifrågasattes av sjuksköterskorna då de upplevt brister och sett vikten av att ha kunskap för att förstå ordinationerna som inte var optimala.

“.....bristande ordinationer kanske, ja, det tycker jag. Alltså t ex om man tänker nya sjuksköterskor som kanske inte är så insatta i smärtbehandling som dom som är vana, det kan ju vara...ja.. och om inte läkarna har ordinerat ordentligt. Det måste man alltid kontrollera som sjuksköterska, alltså det är inte klokt egentligen att man ska behöva kontrollera läkarens arbete men jag tycker att om man har så dåliga ordinationer att barnet får otillräcklig smärtbehandling, det är inte alls bra.” (I:1)

Sjuksköterskorna upplevde en förändring i rutinerna då nyopererade barn kom tillbaka till avdelningen tidigare efter operation. Detta gjorde vården mer resurskrävande och påverkade smärtlindringen då personaltätheten inte var lika hög på avdelningen som på uppvakningsavdelning/intensivvårdsavdelning. Den smärta som barnen hade tidigt i det postoperativa skedet var något som sjuksköterskorna kände sig obekanta med och som ställde nya krav på dem som de upplevde svåra att hantera. Rutiner avseende ordinationer för fortsatt läkemedelsbehandling till dessa barn saknades ibland.

Då exempelvis infusioner tog slut under natten kunde det innebära att det tog tid att få en ny ordination. Detta bidrog till att sjuksköterskorna upplevde att de måste planera mer för barnens smärtlindring. Att hinna bryta smärtan i tid, sparade tid ansåg sjuksköterskorna.

Utvecklingen gick framåt på avdelningarna och mer avancerade smärtbehandlingar som t ex smärtpumpar användes mer frekvent. Rutinerna för detta var dock ett område som behövde utvecklas ytterligare. En sjuksköterska beskrev det som;

”....ibland finns det ordinerat i förebyggande syfte och då fungerar det jättebra men ibland saknas ordinationer och planering och det är inte bra....vi behöver bli bättre på det och få nån struktur eller rutin..... ”(I:7)

Sjuksköterskorna gav exempel på att PM och standardvårdplaner var en möjlighet för alla personalkategorier att kunna hantera uppkomna situationer på ett liknande sätt och därmed ge likvärdig vård. Pm och standardvårdplaner hade börjat utarbetas på någon avdelning men det fanns inte överallt.

Bristande rutiner för kontinuitet bland personalen påverkade smärtbehandlingen negativt. Sjuksköterskorna beskrev att kontinuiteten var viktig för att smärtlindringen skulle följa samma mönster och att regimen inte skulle ändras för att en person tyckte annorlunda eller för att tydliga rutiner saknades. Dokumentationen var ibland bristfällig och ibland tillfredsställande. T.ex. brast rutinerna ibland för att dokumentera smärtskattningsskalornas resultat, det var mer en beskrivande sammanfattning av barnets tillstånd, vad barnet själv sagt och de fysiologiska parametrarna som dokumenterades. Utvärderingen av barnets smärtbehandling kunde också helt missas avseende dokumentation.

“Ja, där är vi sämre på att utvärdera, ofta så gör vi det muntligen, går in och frågar -hur känns det nu?- sen glömmar vi att dokumentera, många av oss. Ibland skriver man “hade god effekt” men inte hur god effekt, vad som hände och vad det ledde till. Mycket att jobba med i detta område kan jag säga.” (I:6)

Bristande resurser

Sjuksköterskorna såg smärtbehandlingen som ett prioriterat område men upplevde att personalstyrkan kunde vara för liten och stressen påtaglig då vården av barnen många gånger var resurskrävande. Stressen påverkade smärtbehandlingen negativt.

En sjuksköterska beskrev det som;

“Rent arbetssituationsmässigt har man det jättstressigt en dag, är kort om folk, etc. Det ska inte påverka men det är klart att det gör det.” (I:3)

Även tillgängligheten på läkare påverkade smärtbehandlingen då dosen behövde justeras eller behandlingen behövde förändras för att få bästa möjliga effekt.

Var läkaren upptagen fick sjuksköterskan vänta med att diskutera ordinationen vilket fördröjde administreringen av läkemedlet.

Tillfällen uppstod då sjuksköterskorna fick göra valet mellan att handlägga en akut situation eller ett barn med smärta. Barnet med smärta fick då vänta på sin behandling vilket gav ökad oro och en smärta som senare kunde vara svår att bryta.

Sjuksköterskan upplevde att det kunde kännas betungande att pga. tidsbrist behöva se att barnet hade ont och att det sedan fanns svårigheter att bryta detta tillstånd.

“Jag vill ha fler kollegor och mer tid. Allt är ju till syven och sist. Har man mer tid så kan man förbereda mer, vara mer lugn i situationen. Du är mer på språng. Och det kan man bara konstatera att så är det ibland. Alla moment blir i regel gjorda men på ett sämre sätt med mindre förberedelse och mindre efterarbete.”

(I:2)

Sjuksköterskorna ansåg att tiden inte alltid var tillräcklig för att ge barnen möjlighet till smärtlindring inför smärtsamma procedurer. Tidsbrist och bristande planering påverkade hanteringen av barnen vid flyttar mellan sängar efter operation eller inför undersökningar. Det gick ibland lite för fort och ledde då till att barnen fick uppleva onödigt smärta. Stressen påverkade sjuksköterskan av att då känna sig jagad. Sjuksköterskorna uttryckte behov att hinna reflektera över sitt arbete och ha tid för patienten.

“Ibland går det ganska snabbt, t ex om man ska iväg på en röntgenundersökning så att....ibland fattas tyvärr den tiden att förbereda dom på bästa sätt och även kanske att ibland hinner man t om inte med att ge förberedande smärtbehandling före en undersökning heller.....” (I:4)

Det fanns inte ett smärtteam tillgängligt för alla barn på barnsjukhuset vilket sjuksköterskorna beskrev som en resursbrist. Det fanns situationer när barn hade ont i timmar utan att någon vetat hur de skulle hantera detta. Avvikelser skrevs men faktum kvarstod då barnsmärtenheten inte omfattade alla barn på barnsjukhuset. Sjuksköterskorna beskrev en önskan om att avdelningen hade kunnat utarbeta strategier för att hantera problemet.

“En stor möjlighet är ju smärtsjuksköterskan som finns i huset här. Hon har ett kontinuerligt arbete så det.... så det är jättebra. (...) Ett stort hinder är väl att så länge jag har jobbat med barn och ungdomar så har det inte funnits ett helt team...alltså smärtteam med läkare också som det har funnits och som finns på vuxen... så det saknar jag.....” (I:4)

För barn i palliativt skede sågs smärtpumpar som ett effektivt sätt att hantera smärta. Dock såg sjuksköterskorna en brist i att barnen inte kunde vårdas hemma med smärtpump. Avdelningarna själva hade inga resurser att ha sådan verksamhet. Ett samarbete mellan kommun och landsting var under uppstart, Avancerad Sjukvård I Hemmet (ASIH), vilket kunde ge ökad möjlighet för vård i hemmet.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Då syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling till barn användes en kvalitativ innehållsanalys som metod (Graneheim & Lundman 2004). En kvalitativ metod ger möjlighet att få djupare beskrivningar av det som undersöks genom att respondenterna kan tillfrågas om att ge exempel för att belysa sin berättelse ytterligare. Studiens resultat visar på en variation och fyllighet i svaren som troligen inte hade kunnats genom t ex en enkätundersökning (Kvale & Brinkman, 2009).

Kvalitativa studier bedöms utifrån trovärdighet vilket omfattar studiers giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. En studies giltighet hör bland annat samman med hur förtroga de intervjuade är med ämnet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Ämnet som undersöktes var sjuksköterskors upplevelse av arbete med smärta och smärtbehandling hos barn. Sjuksköterskorna som deltog i studien var väl förtroga med ämnet då de alla arbetade på barnavdelningar där smärtbehandling var vanligt förekommande. . Rekrytering av informanter gick via respektive avdelningschef på avdelningarna där intervjuerna senare utfördes.

Författarna vet inte hur många sjuksköterskor som totalt blev tillfrågade om deltagande i studien, vilket innebär att det kan finnas en risk för ett dolt bortfall. Då ytterligare förfrågningar fick göras av författarna för att få tillräckligt många deltagare och då en avdelning som accepterat deltagande från början, avböjde deltagande pga. hög belastning på avdelningen, drar författarna slutsatsen att det var svårt att rekrytera informanter till denna studie. En ytterligare bidragande orsak till svårigheten att rekrytera informanter till studien kan vara att det pågått och pågår många studier inom barnsjukvården. Detta, tillsammans med dagens höga arbetsbelastning inom barnsjukvården kan ha påverkat sjuksköterskornas intresse och vilja att delta i studien.

Lundman & Hällgren Graneheim (2012) menar att ett resultat uppvisar giltighet om det belyser det som är typiskt för det som författarna menar att beskriva. Det kan finnas en risk att resultatet påverkats genom att de sjuksköterskor som valde att delta i studien upplevde ämnet som extra viktigt eller hade utökad kunskap som de ville dela med sig av.

Valet av deltagare har betydelse för resultatets giltighet (a.a.). I föreliggande studie finns en variation i urvalet då både män och kvinnor i varierande ålder ingår, de har varierande antal år av erfarenhet som sjuksköterska och varierande antal år som specialistutbildad sjuksköterska. Detta anses vara positivt för en studies giltighet eftersom det kan öka möjligheten till att få en variation av det som studeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Materialet från de 11 intervjuer som ingår i studien har, även om intervjuerna i genomsnitt är korta, kunnat bidra till studiens innehåll. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är 10 till 15 informanter ett rekommenderat antal i kvalitativa studier (a.a.).

Intervjuerna utfördes både gemensamt och enskilt av författarna och följdfrågor kan därför ha varierat något men resultatet visar att sjuksköterskorna fokuserat på liknande områden. Initialt genomförde författarna ett antal intervjuer gemensamt vilket kan bidra till att variationen i följdfrågor begränsades. Att det bara var en som intervjuade vid något tillfälle kan också ha varit lugnare för informanten och gett tid för eftertanke. Intervjuernas längd varierade från 15-25 minuter vilket kan anses vara korta intervjuer för en kvalitativ studie.

Tiden på intervjuerna påverkades av den tidspress som barnsjuksköterskorna hade i sin arbetsmiljö samt platsen för intervjuerna. Kvale och Brinkman (2009) menar att om intervjuaren vet vad han eller hon ska fråga om och hur frågan ska ställas kan en kort intervju göras rik på mening. De beskriver den ultimata informanten som talför, kunnig och samarbetsvillig.

De menar också att en sådan informant inte nödvändigtvis är representativ eller delger det viktigaste inom forskningsområdet (a.a.). Författarna var överens om att även de informanter vars intervjuer inte blev så långa ändå hade svar som var genomtänkta och informativa och att deras information var av stor vikt för studien. Det hade troligen varit till gagn för resultatet om intervjuerna kunde utförts utanför avdelningen utanför arbetstid. Det kan även finnas en risk att intervjuernas längd påverkats av att författarna inte hade tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer.

Analysprocessen i denna studie är noggrant beskriven och enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) är det viktigt att beskrivningen av analysarbetet är detaljrik för att ge tillförlitlighet åt resultatet. Genom att under hela analysprocessen säkerställa att de beslut som tas följer den tilltänkta formen, poängteras av Lundman & Hällgren Graneheim (2012) och detta har beaktats genom att författarna gått tillbaka i materialet och sedan fram igen för att inte tappa bort sig på vägen. Fortsatt menar Lundman & Hällgren Graneheim (2012) att presentation av citat från intervjuerna bidrar till giltighet i resultatet (a.a.). Detta har författarna presenterat i föreliggande resultat.

För att ytterligare stärka tillförlitligheten i resultatet har handledaren varit delaktig i analysen, men inte i intervjusituationen. Under analysarbetet har författarna läst alla intervjuer, tolkat och kodat materialet steg för steg. Initialt individuellt för att sedan gemensamt diskutera och komma fram till konsensus. Vid granskning av koder och kategorisering har handledaren varit delaktig. Hon har även läst ett par intervjuer och diskuterat det övergripande innehållet. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) är det värdefullt för tillförlitligheten att det finns personer som är insatta i ämnet och forskningen som är delaktiga i analysarbetet. Att de granskar koder och kategorier och underkategorier för att se att innehållet stämmer överens med det resultat som presenteras (a.a.).

Förförståelse är av betydelse när det gäller såväl kvantitativa som kvalitativa metoder menar Dahlberg m.fl. (2001). Det är av stor vikt för resultatet att aldrig bortse från förutfattade meningar och alltid vara medveten om att förförståelse påverkar forskningen (a.a.). Innan undersökningen påbörjades hade författarna skrivit ner sin förförståelse och har under studiens gång fortlöpande reflekterat över denna för att minska risk för påverkan under datainsamling och analys.

Då författarna och handledaren har erfarenhet från barnsjukvården och av barn med smärta förelåg en risk att förförståelsen påverkats i intervjusituationen. Dock har handledaren inte varit delaktig i intervjusituationen.

Författarna har under intervjuer och i analysarbetet varit medvetna om och diskuterat sin förförståelse. Att ha en tredje person som varit delaktig i analysarbetet utan att ha varit med under intervjuerna ses som en styrka och risken för att förförståelsen påverkats resultatet anses minska (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Överförbarhet handlar om ifall resultatet enbart är giltigt för den grupp som undersökts eller om det kan gälla för liknande grupper. Ett sätt att öka möjligheten till överförbarhet är att tydligt beskriva kontext, urvalsgrupp och datainsamling (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012), vilket finns beskrivet i föreliggande studie. Överförbarhet av föreliggande resultat kan ses som en svårighet, då den klientel av patienter och den vårdinriktning som varje avdelning har påverkar de kunskaper och erfarenheter som just den enheten har. Resultatet i studien kan ge en ökad förståelse för området som är studerat och kan vara en form av överförbarhet. Kunskapen som genom studien har växt fram kan användas för förbättringar inom området smärtbehandling till barn.

Diskussion av framtaget resultat

I studien framkom att sjuksköterskornas kompetens och erfarenhet sågs som en tillgång. Ett problem som sjuksköterskorna dock upplevde var att applicera sin kunskap om smärta på barn. Samarbetet med föräldrarna, barnen och övrig personal sågs som viktigt liksom att se barnet. Avdelningens organisation, tidsbristen och stressen påverkade arbetet i negativ riktning. Det framkom vidare ett önskemål från sjuksköterskorna om att kunna arbeta evidensbaserat.

I föreliggande studie såg sjuksköterskorna sin egen kompetens och erfarenhet som en tillgång i barns smärtbehandling. De lärde sig av de situationer de upplevde och tog med sig den nya kunskapen i sitt fortsatta arbete. I en kvalitativ intervjustudie av Ljusegren, Johansson, Gimble Berglund & Enskär (2011) framkom att kunskap om smärta och smärthantering hjälpte sjuksköterskorna att känna sig trygga. Genom att sjuksköterskorna reflekterade uppkomna situationer, lärde de sig mer och kunde lita på sin erfarenhet.

Arbetslivserfarenhet liksom livserfarenhet var viktigt vid hantering av smärta och smärtlindring (a.a.). Liknande resultat framkom i föreliggande studie där mindre erfarna sjuksköterskor upplevdes som osäkra.

Mindre erfarenhet kunde visa sig genom att intravenösa behandlingar fick fortgå längre än nödvändigt. Sjuksköterskornas uppfattning var att det kunde bli skillnader i behandlingen relaterat till om det var en erfaren eller mindre erfaren sjuksköterska som arbetade.

Sjuksköterskorna kunde ibland uppleva svårigheter och rädsla att applicera den kunskap de hade om smärta och smärtbehandling på barn. Barn reagerar annorlunda än vuxna och barn reagerar olika i förhållande till varandra. Sjuksköterskorna såg att det var av vikt att vara ärlig mot barnen och inte inge för stora förhoppningar om smärtfrihet vid behandlingar. Liknande resultat framkom i en studie av Ljusegren m.fl. (2011).

I studien kände sjuksköterskorna vid förutsägbara situationer att de hade förtroende för sina handlingar och om de såg tillbaka kände de sig nöjda med sina handlingar.

De reflekterade angående sin attityd mot barnen, föräldrarna och kollegorna och pratade om situationer som passerat. I efterhand fanns det situationer när sjuksköterskorna kände att de hade agerat otillräckligt och resultatet inte hade blivit vad de planerat för. Dessa situationer fick dem att känna sig obekväma. Sjuksköterskorna noterade att de lärt sig saker om sig själv och om barnens reaktioner. Efterhand som de ökade sin kunskap om smärta och smärtlindring ändrades deras resonemang (a.a.). Det är av vikt att som sjuksköterska kunna ha känslan av det som görs är det rätta, att våga lita på sina kunskaper.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie såg samarbetet med barnens föräldrar som en tillgång. De ansåg att föräldrarna var de som kände barnet bäst och de var det viktigaste stödet för barnet. Sjuksköterskorna i studien upplevde också att föräldrarna ofta kunde avgöra om barnet hade smärta. Det var av vikt att utarbeta bra vägar att kommunicera och samarbeta på, med barnens familjer då familjen är barnens trygghet.

Resultatet i föreliggande studie visade att i de situationer då sjuksköterskornas och föräldrarnas åsikter inte överensstämde uppstod kommunikationsproblem. Detta ledde till samarbetssvårigheter och var negativt för alla inblandade. Liknande resultat framkom i en kvalitativ intervjustudie av Twycross & Collins (2011). Sjuksköterskorna i studien upplevde att föräldrarna var bra på att upptäcka när deras barn hade ont samt vilken typ av behandling som fungerade bäst för deras barn. De kände också sitt barns smärtröskel, kunde berätta om förändringar och bedöma smärta snabbt eftersom de var nära barnet.

Sjuksköterskorna tyckte att föräldrarna skulle berätta när barnet hade ont, att de skulle hjälpa sjuksköterskorna med att hantera barnets smärta samt vara behjälpliga mot personalen så att barnet erhöll vad det behövde (a.a.).

Vikten av att förbereda barnen innan smärta uppstod påtalades av sjuksköterskorna. För att underlätta samarbetet och kunna erbjuda bästa möjliga vård fanns behov av att planera, skapa fungerande rutiner och ett välfungerande samarbete mellan barnet, föräldrarna och övrig personal. Enligt Gimbler-Berglund m.fl. (2008) kunde smärtbehandlingen till barn förbättras genom ökad samverkan mellan sjuksköterskor, läkare och föräldrar. Även tidsplanering och rutiner kunde underlätta smärtbehandlingen. Det framkom vidare att sjuksköterskors samarbete med barnet ofta var givande för barnets smärtbehandling (a.a.).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie såg tidsbrist och stress som ett hinder för att hinna förbereda barnen ordentligt inför smärtsamma procedurer. Liknande resultat framkom i en studie av Ely (2001). Sjuksköterskorna i den studien upplevde arbetets krav som en frustration som begränsade deras möjlighet att ta sig tid att bedöma smärta och utföra adekvata omvårdnadsåtgärder mot smärtan. Brist på tid för att förbereda barnen för smärtsamma procedurer var identifierat som en svår organisatorisk barriär. Detta ledde till rädda och icke samarbetsvilliga barn (a.a.). Tiden är en aspekt som inte kan förringas. Ett barn är aldrig som ett annat och alla behöver bemötas utifrån sina förutsättningar för att varje situation ska bli hanterbar för både barnet, föräldrarna och sjuksköterskan. Vårdgivande personal måste känna sitt ansvar och vaka över barnets integritet så att den inte kränks pga. effektivitet (Hallström & Lindberg, 2012).

Det är av vikt att arbeta utifrån en evidensbaserad kunskap (SBU). I de fall där pm var tillgängliga, såg sjuksköterskorna i föreliggande studie det som ett bra hjälpmedel i smärtbehandlingen. De beskrev ett behov av pm och standardvårdplaner där det inte var utarbetat. I en kvalitativ intervjustudie av Bahtsevani, Willman, Stoltz & Östman (2010) framkom att det fanns en oro för att många kliniska riktlinjer skulle leda till att det kritiska tänkandet avstannade hos individen. Att det kanske minskade självständigheten och invaggade i en falsk trygghet. Dock sågs kliniska riktlinjer som positivt då de verkade som förebyggande för att inte glömma viktiga uppgifter. De var användbara för nyanställda och när uppgifter som inte kändes helt självklara kunskapsmässigt skulle utföras. En annan aspekt var patientsäkerheten då det gav en bra och likvärdig vård till alla patienter (a.a.).

Ett pm eller en standardvårdplan kan aldrig ersätta det kritiska tänkandet men det kan ge det stöd som behövs i situationer där svaret inte är givet.

I föreliggande studie framkom att bristande kunskap påverkar smärtbehandling negativt. Pm och standardvårdplaner kan vara en kvalitetshöjande åtgärd när det finns mycket ny personal på en avdelning.

Sjuksköterskorna i denna studie betonade vikten av att se hela bilden såsom barnets verbala uttryck, föräldrarnas åsikt, fysiologiska tecken samt smärtskalornas utslag. De påtalade också att stress och den organisation som rådde på avdelningen påverkade barnets vård negativt. Twycross & Collins (2011) visade i sin studie exempel som sjuksköterskor upplevde skulle kunna vara till hjälp för en bättre smärtbedömning och smärtbehandling. De gav exempel som smärtskattningsinstrument, upprepad smärtskattning efter medicinering, patienthistoria, mer tid samt utbildning för sjuksköterskor. För läkarna fanns exemplet att skriva rätt i ordinationer (a.a.). Föreliggande studies resultat visar liknande faktorer, bristande organisation i form av bristande resurser och bristande rutiner. Det har också visat sig att internationella studier kan appliceras på svensk barnsjukvård, att det finns liknande förutsättningar i vården av barn med smärta internationellt.

Twycross & Collins menade vidare att vad det gällde barnet och föräldrarna uttryckte sjuksköterskorna vikten av att de satte ord på sina bekymmer med smärta, att föräldrarna sa till sjuksköterskan när barnet hade ont och att föräldrarna var delaktiga i smärtbehandlingen. Överensstämmande resultat framkom i föreliggande studie samt vikten av att se helheten. Twycross och Collins (2011) visade vidare att organisatoriskt önskades bättre bedömningsinstrument, utökad personalstyrka, förtryckta ordinationskort, preoperativt frågeformulär för föräldrar, tillgång till utrustning för distraktion (dockor, nallar) samt ökad tillgång till lekterapeuter (a.a.). I föreliggande studie påtalade sjuksköterskorna vikten av att läkarnas ordinationer var korrekta. Sjuksköterskornas samarbete med föräldrarna och barnet samt att de kunde sätta ord på smärtan gjorde att smärtan kunde hanteras genom bra behandlingsmetoder.

Referenser

Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P. & Östman, M. (2010). Experience of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 514-522. Doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00743.x

Bertilsson, S. & Sjöström, B. (2005). Bedömning av smärta hos barn – en litteraturstudie. *Vård i Norden*, 77(25), 13-18. Hämtad från Vård i Norden.

Dahlberg, K., Drew, N & Nyström, M. (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.

Ellis, J., McCleary, L., Blouin, R., Dube, K., Rowley, B., MacNeil, M. & Coke, C. (2007). Implementing best practice pain management in a pediatric hospital. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 14(4), 264-277.

Ely, B. (2001). Pediatric nurses pain management practise: Barriers to change. *Pediatric nursing*, 27(5), 473-480.

Forsner, M. (2009). Omvårdnad vid procedurer. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s.113-126). Stockholm: Liber.

Gimble-Berglund, I., Ljusegren, G., & Enskär, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Pediatric Nursing*, 20(10), s. 21-24. Hämtad från databasen LUBsearch, Lund University Libraries.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. (24), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hallström, I. & Lindberg, T. (2012). Barn och hälso- och sjukvård. I K. Hanséus, H. Lagercrantz & T. Lindberg (Red.), *Barnmedicin* (s. 113-119). Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. (2000). Hämtad 30 nov, 2013, från <http://www.sls.se/PageFiles/229/helsingfors.pdf>

International Association for the Study of Pain, IASP (1979). *Pain terminology*. Hämtad 16 mars, 2013, från IASP. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain>

Jylli, L. (2009). Smärta hos barn. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 127-133). Stockholm: Liber.

Kristensson-Hallström, I. & Elander, G. (2001). Sjuksköterskans roll i smärtbehandling. I G. L. Olsson & L. Jylli (Red.), *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 90-104). Malmö: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Ljungman, G. & Lundeberg, S. (2012). Smärta hos barn och ungdomar. I K. Hanséus, H. Lagercrantz & T. Lindberg (Red.), *Barnmedicin* (s. 141-150). Lund: Studentlitteratur.

Ljusegren, G., Johansson, I., Gimble Berglund, I. & Enskär, K. (2011). Nurse's experiences of caring for children in pain. *Child: care, health and development*, 38(4), 464-470. doi.10.1111/j.1365-2214.2011.01262.x

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, S. (2010). *Procedural and portoperative pain management in children: experiences assessments and possibilities to reduce pain, distress and anxiety*. Doktorsavhandling, Jönköping University, School of Health Sciences. <http://hj.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchld=1&pid=diva2:371276>

Olsson, G. L. (2005). Speciella grupper - Barn och smärta. I M. Werner & P. Strang (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (s. 76-88). Stockholm: Liber AB.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 15 mars, 2013, från riksdagen.http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 27 mars, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Shresta-Ranjit, J M. & Manias, E. (2010). Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 118-128. Doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03068.x

Simons, J. & Moseley, L. (2012). Influences on nurses' scoring of children's post-operative pain. *Journal of Child Health Care*, 13(2) 101-115. doi:10.1177/1367493509102468

Stinson, JN., Kavanagh, T., Yamada, J., Gill, N. & Stevens, B. (2006). Systematic litteratur of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain*, 125(1-2), s 143-157.

Tamm, M. (2001). Barnets upplevelse av att vara på sjukhus. I G. L. Olsson & L. Jylli (Red.), *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 79-89). Malmö: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Twycross, A. & Collins, S. (2011). Nurses' views about the barriers and facilitators to effektive management of pedatric pain. *Pain Management Nursing*, ?(?) 1-9. doi:10.1016/j.pmn.2011.10.007

Unicef. (2013). Hämtad 15 mars, 2013, från Unicef.se. <http://www.unicef.se/barnkonventionen>

Van Hulle Vincent, C. (2007). Nurses Perceptions of Children's Pain: A Pilot Study of Cognitive Representations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), s. 290-301.

Von Baeyer, CL. & Spaqrud, LJ. (2007). Systematic litteratur of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain*, 127(1-2), s. 140-150.

Werner, M & Strang, P. (2005). Smärtans demografi. Werner & Strang (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (s. 13-28). Stockholm: Liber AB.

www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Vad-innebar-evidensbaserad-varld/



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 1 (4)

INFORMATIONSBREV

2013-05-24

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Information till undersökningsperson

Sjuksköterskors erfarenheter av smärtbehandling inom barnsjukvård.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Otillräckligt behandlad smärta ger för barnet negativa psykologiska och fysiologiska effekter. Smärta är ett symtom och vid all smärta är det centrala momentet att försöka diagnostisera och om möjligt åtgärda den bakomliggande orsaken.

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans erfarenheter av smärtbehandling till barn inom slutna barnsjukvård.

Intervjun beräknas ta cirka 45-60 minuter och genomförs av Maria Jönsson och/eller Sara Grytsjö. Vi kommer överens om plats för intervju per telefon eller e-mail.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun via ljudupptagning. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Dig. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert inom en vecka.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning barn- och ungdomssjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, vår handledare.

Med vänlig hälsning

Maria Jönsson

Leg. Sjuksköterska,
student

Tfn: 0706-45 76 95

e-post:

maria.jonsson.494 @student.lu.se

Sara Grytsjö

Leg. Sjuksköterska,
student

Tfn: 0704-44 68 96

e-post:

vmf09egr@student.lu.se

Handledare: Pia Lundqvist

Bitr. lektor, avd. för omvårdnad

Lunds universitet

Tfn:046-222 18 28

e-post:

pia.lundqvist@med.lu.se

Bakgrundsinformation

Kod:_____

Ålder:

Utbildning:

År i yrket:

År för vidareutbildning:

Intervjuguide

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av smärtbehandling till barn inom sluten barnsjukvård.

Kan du berätta hur du upplever arbetet med smärta hos barn?

Följdfrågor eller frågor för förtydligande kommer att ställas

Kan du ge ett exempel?

Kan du berätta lite mer om det?

Kan du förtydliga vad du menar?

Om inte följande områden berörs av sjuksköterskorna själva kommer intervjuarna att använda sig av nedanstående frågeställningar

Påverkas smärtbehandlingen till barn av några yttre faktorer i ditt arbete?

Följdfrågor för förtydligande kommer att ställas om:

- Smärtskattning
- Smärtbehandling
- Utvärdering

Kan du berätta hur du får kunskap om att barn har smärta?

Hur utvärderar du om given behandling haft effekt?

Berätta om de möjligheter och hinder som du ser i arbetet med smärta hos barn?

Finns det något som vi inte pratat om som du vill ta upp?

Bilaga 3 (4)

Blankett för medgivande av avdelningschef eller motsvarande

Titel på studien: "Sjuksköterskors erfarenheter av smärtbehandling inom barnsjukvård"

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”*Sjuksköterskors erfarenheter av smärtbehandling inom barnsjukvård*”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer