



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans beskrivning av arbetet och kunskapsbehovet kring barn med smärta

- En enkätstudie inom ambulanssjukvård

Författare: Ewa Hägglund & Tomas Svensson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Maj 2012

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

Sjuksköterskans beskrivning av arbetet och kunskapsbehovet kring barn med smärta

- En enkätstudie inom ambulanssjukvård

Författare: Ewa Hägglund & Tomas Svensson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2012

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskan i ambulansen kan bli den första kontakten barnet får med sjukvården. Barn kan ha svårt att beskriva sin smärta, ansvaret faller på sjuksköterskan att smärtskatta och smärtstilla barnet. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans kliniska arbete, kunskapsbehov kring smärtskattning och smärtlindring av barn mellan 3-12 år inom ambulanssjukvården. **Metod:** Den valda metoden för studien var en enkätstudie med en kvantitativ ansats med en deskriptiv inriktning. **Resultat:** Sjuksköterskan använder *Sällan eller Aldrig* VAS (93%) och 50% anser sig vara nöjda med *Tillgängliga administrationssätt* för att smärtlindra. Merparten av sjuksköterskorna upplever sig inneha adekvata kunskaper för att smärtskatta barn (61%), trots att 72% ej har någon specifik utbildning i ämnet och 90% av sjuksköterskorna önskar mer utbildning. **Slutsats:** Det behövs utbildning i smärtskattningsskalor anpassade till barn samt alternativa administrationssätt av smärtstillande läkemedel.

Nyckelord

Barn, Sjuksköterska, Ambulans, Smärtskattning, Smärtlindring, Utbildning och Smärta

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Smärta och smärtlindring	3
Behandlingsriktlinjer och smärtskattningsinstrument som används i ambulanssjukvården i Skåne	4
Smärtskattningsinstrument som finns för barn	5
Sjuksköterskans roll	6
Från Novis till Expert	7
Syfte	7
Specifika frågeställningar	7
Metod	8
Urval av undersökningsgrupp	8
Valt undersökningsinstrument	8
Genomförande av datainsamling	9
Genomförande av databearbetning	9
Etisk avvägning	10
Resultat	10
Demografi	10
Angående Smärtskattning	11
Angående Smärtlindring	14
Angående Utbildning	15
Diskussion	15
Diskussion av vald metod	15
Diskussion av framtaget resultat	17
Konklusion	19
Klinisk implikation	20
Referenser	21
Bilaga 1(3)	24
Bilaga 2 (3)	28
Bilaga 3 (3)	29

Problembeskrivning

Sjuksköterskan i ambulansen är många gånger den första kontakten som barnet får med sjukvården efter ett trauma, eller vid akuta sjukdomstillstånd. Redan i ambulansen skulle man kunna bespara barnet lidande genom att smärtskatta och smärtlindra tidigt.

Enligt RSPC var det 2011 mellan januari- november totalt 112 254 ambulansuppdrag inom alla distrikten i Region Skåne (Kongstad, 2012). Av dessa var det strax över 4000 Ambulansuppdrag med barn mellan 0-18 år enligt RSPC (Region Skånes Prehospitala Centrum) inom sydvästra Skåne (personlig kommunikation med Lizbet Todorova). Av dessa ambulansuppdrag var det 1324 där barnet var mellan 3-12 år (födda 1999-2008).

Barn 0-18 år en stor komplex vårdgrupp som inte är helt homogen. Vi har därför valt att rikta in denna studie på barn mellan 3-12 år, en grupp av barn som har börjat bli verbala och som många gånger kan kommunicera inte bara med olika beteenden utan även med ord.

Smärta skapar ett stort lidande för patienten och kan resultera i förlängd vårdtid (Olsson, 2010). Det har lagts mycket resurser på att ta fram bra smärtskattningsinstrument och utbildning för att kunna behandla smärta på ett effektivt sätt. Sjukvården har med tiden blivit bättre på detta fenomen men problematik med smärtlindring hos barn har uppmärksammats.

Författarna anser det därför som ytterst angeläget att kartlägga smärtskattning och smärtlindring inom ambulanssjukvården. Smärtskattning och smärtlindring bör vara definierade mätbara variabler. Vad författarna vet är detta tidigare beslyst i nom ambulanssjukvården i Skåne.

Bakgrund

Smärta och smärtlindring

Rydelius (2001) beskriver smärta som en varningssignal på att något är fel som behöver åtgärdas. En viktig behandlingsstrategi vid akutsmärta är att sätta in smärtlindring i god tid, och gärna med så snabb effekt som möjligt, då är intravenös väg att föredra (Jylli, 2009).

Enligt Barn och smärta - State of the art [SOTA] (Socialstyrelsen, 2002) har barn underbehandlats vid akut smärta i alla fall de senaste 40 åren. Det har skett förbättringar under tiden, men barnen är fortfarande underbehandlade. En av orsakerna kan vara vårdpersonalens okunskap att kunna smärtskatta, och rädsla för biverkningar, vilket i slutändan gör att barnen får mindre smärtlindring än den vuxna i samma situation. En annan myt är att barn blir lättare beroende av narkotiska preparat och att barnet inte själva kan bedöma om det har ont, utan att personalen gör det bättre (a.a.)

Furyk och Sumner (2008) har i sin studie beskrivit att barn inte blir smärtskattade och smärtlindrade med morfin i samma utsträckning som vuxna blir vid appendicit på en akutmottagning. I studien ingick 106 vuxna och 39 barn. Det var 33 % av barnen och 79 % av de vuxna som erhöll dokumenterad smärtskattning. Elva barn och 79 vuxna fick morfin som smärtlindring. I studien kom det fram att om smärtskattningen dokumenterades så ökade sannolikheten både för barnen och de vuxna att de skulle få Morfin (a.a.)

Enligt socialstyrelsen (2002) så har flera tidigare studier visat på att barn har underbehandlats då det gäller generell smärtbehandling. Även senare studier visar också på underbehandling av barns akuta smärta. Olika myter som nämns är bland annat att människan blir starkare och får mer karaktär genom att genomlida smärta (a.a.). Det finns många fler myter som lever kvar till exempel att barn inte känner smärta, eller att de glömmer den snabbt (Kristensson-Hallström & Elander, 2001, Olsson, 2010). Numera förutsätts att alla barn i olika åldrar kan känna smärta (Rydelius, 2001).

Forskning har emellertid visat att barnen kan få konsekvenser på lång sikt om de utsätts för kraftig smärta i tidig ålder (Olsson, 2010). En konsekvens som kan bli är att om barn har smärta som är återkommande och långvarig, är att man kan få celldöd i centrala nervsystemet att nervceller dör (Olsson & Jylli, 2001). När barnet har smärta har kroppen svårt att arbeta

med läkning, kroppen hamnar istället i ett stressläge, en katabolisk (nedbrytande) förbrännings fas där celler bryts ner för att ge kroppen energi. Läkningen kan inte starta förrän kroppen går över i anabolism (uppbyggande). Denna övergångsprocess kan accelereras av bra smärtlindring (a.a.).

Enligt Wittbom (2000) kan barn ha svårt att uttrycka och beskriva sin smärta med ord. Därför faller ansvaret på sjukvårdspersonalen att ta reda på om barnet har ont och om det behöver smärtlindras. Barn i olika åldrar har olika sätt att uttrycka sin smärta och det finns många olika åldersanpassade smärtskattningsinstrument. Medvetenheten om detta problem behöver ökas så att de smärtskattningsinstrument och behandlingsmetoder som redan finns används i större utsträckning (a.a.). Eventuellt kan nya behandlingsmetoder behövas, till exempel patient administrerad smärtlindring, detta för att eliminera problemet med smärtskattning. I en studie i Australien har barn fått använda patient administrerad smärtlindring i form av en inhalator med Methoxiflurane med goda resultat (Babl, Jamison, Spicer & Bernard, 2006). I studien ingick det 106 barn i åldern 15 månader till 17 år. Under studien så användes Methoxiflurane mest till extremitetskador. Smärtan minskade från ett medelvärde på 7.9 till 4.5 efter 1-5 minuter och ner till 3.2 efter 10 minuter och det förekom inga allvarliga biverkningar. Trettioåtta patienter (36%) uppgav lindriga biverkningar och en tredjedel av barnen under 5 år blev djupt sederade (a.a.).

Ett annat problem som existerar inom barnsjukvården är att användbarheten av många läkemedel inte är ordentligt undersökta på barn i olika åldrar (Ljungman, 2009). Ljungman (2009) anser att det inte finns tillräckligt med information om hur vissa läkemedel absorberas, distribueras eller elimineras. Samma författare anger också ur ett forsknings sammanhang, svårigheterna med att få ett informerat samtycke från ett litet barn, detta för att få genomföra en läkemedelsstudie (a.a.).

Behandlingsriktlinjer och smärtskattningsinstrument som används i ambulanssjukvården i Skåne

De smärtskattningsinstrument som vanligast används i Skåne inom ambulanssjukvården är Visuella Analoga Skalan [VAS] eller Numeric Rating Scale [NRS] (Kongstad, 2007). VAS är en ”sticka” som har en linje som ska flyttas mellan två punkter. Där ena punkten står för ingen

smärta och den andra för den värsta tänkbara smärtan. Sedan tittar sjuksköterskan på motsatt sida och får en siffra mellan 0-10. Vid NRS får patienten nämna en siffra mellan 0-10 som symboliserar den smärtan som patienten upplever, där 10 är den värsta tänkbara smärta och 0 är ingen smärta. Ambulanspersonal i Region Skåne kan administrera smärtlindring utifrån speciellt utformad behandlingsriktlinje (Kongstad, 2007). Riktlinjerna för den farmakologiska behandlingen är specificerad till preparat och möjliga doser. Ambitionen i behandlingsriktlinjerna är att ingen prehospital patient skall behöva ange Visuala Analoga-/Numeric rating- Scale (VAS/NRS) värde ≥ 4 . Om så är fallet skall de aktivt smärtlindras (a.a.).

Smärtskattningsinstrument som finns för barn

En studie från USA, där 696 pediatrika barntrauman undersökts, visar på att 81 % av barnen smärtskattats inom ambulanssjukvård, men att bara 0.1 % använde smärtskattningsverktyg (Shah, 2010). Av de 64 % som dokumenterade smärta var det bara 15 % som fick en smärtlindrande åtgärd. Studien visade också på att smärtan inte hade med allvarligheten av traumat att göra, utan alla barntrauman ska smärtskattas. Föräldrars bedömning av barnets smärta var ofta jämförbar med barnets uppfattning av sin smärta. De validerade smärtskattnings-verktygen som är åldersanpassade för barnen, ger större möjlighet för barnet att få smärtlindring (a.a.).

Det finns flera olika smärtskattningsinstrument som är anpassade och testade på barn (Jylli, 2001). Det finns både självskattningsinstrument och beteendeskattningsinstrument. Vid beteendeskattning är det sjukvårdspersonalen som gör bedömningen och vid en självskattning barnet själv. Vilken typ av skattningsinstrument som bör användas beror på barnets utvecklingsnivå och erfarenheter. Under 4-5år kan det ofta vara svårt med självskattningsinstrument då ett barn inte alltid kan separera smärta från annat obehag eller olust från att vara i en ovanmiljö som en ambulans. När yngre barn gör självskattning bör sjuksköterskan använda sig av en upp till fem gradig skala, för de är inte mogna att använda en skala med fler grader. VAS används enligt litteraturen ofta från 6-8 års ålder. Finns en vertikal VAS som kallas CAS (Coloured Analoge Scale) där barnet får flyta en linje över en linje som blir bredare och rödare . Denna typ av instrument har visat sig lättare för barnen mellan 5-16 år att använda sig av än VAS (a.a.).

Sjuksköterskans roll

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ligger i grunden för all sjukvård, det innefattar också transporten till sjukhuset. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska alla ha rätt till respektfull god vård på samma villkor vare sig man är vuxen eller barn (a.a.)

Det är sjuksköterskans uppgift att uppmärksamma smärta, ge smärtlindring och sedan att utvärdera effekten av åtgärden, vilken kan vara att ge smärtstillande eller annan omvårdnadsåtgärd (Kristensson- Hallström & Elander, 2001). Sjuksköterskan måste ha en bred kunskap om barn i olika åldrar, då barnets egenskaper så som, ålder, uttrycks förmåga och barnets kultur kan påverka sjuksköterskans bedömning av barnets smärta. De minsta barnen ger sjuksköterskan den största utmaningen, eftersom det ibland handlar om att tolka barnets signal då det inte kan uttrycka sig verbalt. Ett barn som kan uttrycka sig högljutt kontra ett barn som ligger helt stilla får oftast snabbare smärtlindring. Vissa barn kan vara mer rädda för ”sprutan” som de får när de har ont, blir därför tysta, tillbakadragna och vill därför inte tala om att de har ont (a.a.).

För att kunna lindra smärta behöver sjuksköterskan kunskaper i smärtfysiologi, farmakologi, smärtskattning och kunskaper om den medicintekniska utrustningen (Socialstyrelsen, 2002). Viktigt är att sjuksköterskan har kunskaper i hur psykologiska mekanismer påverkar smärtupplevelsen (a.a.). Ett ansvarsområde som sjuksköterskan har enligt de etiska koderna från International Council of Nurses [ICN] är att sjuksköterskan ska lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan ska också ha kännedom i hantering av läkemedel. (a.a.).

Enligt Jewkes (2001) arbetar ambulanssjuksköterskan i en arbetsmiljö som på grund av små utrymmen inte kan vara utrustade med lika komplett utrustning som ett sjukhus kan till barn i alla åldrar. Ambulanssjuksköterskan måste många gånger ta snabba beslut för att inte fördröja den vården som barnet kan behöva/få på sjukhuset. Karling, Ljungman och Renström (2002) tror att vissa av sjuksköterskans problem att smärtstillande skulle bli kunna bli mindre, genom att låta sjuksköterskan på egen hand ordinera smärtstillande genom att följa ramordinationer.

Från Novis till Expert

Patricia Benner (1993) har gjort studier på den process som en nyutbildad sjuksköterska går igenom för att anskaffa sig erfarenheter från praktiskt/kliniskt arbete. Patricia Benner har använt sig av Dreyfusmodellen (En matematiker och systemanalytiker S. Dreyfus och filosofen H. Dreyfus tog fram en modell bland schackspelare och piloter) som delar in processen i fem steg; Novis, Avancerad nybörjare, Kompetent, Skicklig och Expert. Denna process handlar om att sjuksköterskans prestationer förbättras då hon som expert inte längre bara vilar sina antaganden på riktlinjer och regler utan också på erfarenheter (a.a.).

Som Novis och Avancerad nybörjare har sjuksköterskan svårt att uppfatta helheten av situationen och kan behöva hjälp med att prioritera. Som Kompetent har sjuksköterskan fått en hel del erfarenhet, hon har arbetat en lite längre tid inom samma område, och har nu lärt sig att prioritera och har fått ett kritiskt tänkande, hon kan också klara av oförutsedda händelser, men har ännu inte snabbheten som den Skicklige och Experten har utvecklat. Som Skicklig kan nu sjuksköterskan se helheten i omvårdnadssituationerna, och hon kan förutse och upptäcka vad som kan förväntas vid en specifik situation. Hon har också lätt att ta beslut. Som Expert (efter ca 5 års arbete), det sista steget, kan nu sjuksköterskan fokusera på det centrala/akuta i var situation. Hon arbetar snabbt och behöver inte fundera över varje liten del i omvårdnadsarbetet utan ser helheten (Benner,1993).

Syfte

Att beskriva sjuksköterskans kliniska arbete, kunskapsbehov kring smärtskattning och smärtlindring av barn mellan 3-12 år inom ambulanssjukvården.

Specifika frågeställningar

1. Hur beskriver sjuksköterskorna kliniskt arbete med smärtskattning.
2. Hur beskriver sjuksköterskorna det smärtlindrande arbetet.
3. Hur beskriver sjuksköterskorna sina egna kunskaper och behov av utbildning.
4. Finns skillnader i hur respondenterna beskriver ovanstående arbete och/eller behov av utbildning, i förhållande till klassificering av ”novis” eller ”expert”?

Metod

Den valda metoden för studien var en enkätstudie med en kvantitativ ansats med en i huvudsak deskriptiv inriktning. Enkäter valdes då de är lämpliga att kvantifiera och kan jämföras i olika grupper (Backman, 1997). Fördelar med enkätstudier är att de kan vara flexibla och kan användas inom flera olika populationsgrupper (Polit & Beck 2006).

Urval av undersökningsgrupp

Inkluderings kriterier för att få besvara enkäten var; sjuksköterska eller specialistsjuksköterska som skall haft barn- ambulansuppdrag med akut smärta. De stationer som inkluderats var Helsingborg (n=20), Hässleholm (n=20), Kristianstad (n=30), Lund (n=30), Malmö (n=40), Trelleborg (n=20) och Ängelholm (n=20). Målet var att få in 100 besvarade enkäter. Sammanlagt arbetar det ca 250 sjuksköterskor på dessa stationer (n= antal utlämnade enkäter till stationen). Anledningen av att dessa stationer valdes ut var att det blev en spridning mellan större stationer i storstad och mindre stationer i mindre städer/samhällen. En annan orsak till valet var att få med e två olika företagen som bedriver ambulanssjukvård i Skåne. Antalet utlämnade enkäter per station var grundades på en strävan att få en jämn spridning mellan stationerna. Muntlig samt skriftlig information om studien lämnades på stationerna.

Valt undersökningsinstrument

Efter att ha läst en Magisteruppsats från 2011 blev författarna inspirerade till att undersöka om det förekom liknande svårigheter inom ambulanssjukvården som Splittorff och Saavedra (2011) belyste i sin studie om sjuksköterskornas upplevelse av postoperativ smärtskattning av barn. De svårigheter som framkom i studien var; bristande rutiner, bristande kunskap och bristande stöd ifrån organisationen (a.a.).

Föreliggande studie har utifrån ovanstående studiens resultat, med utgångspunkt ifrån huvudkategorierna, framanalyserade med kvalitativ innehålls analys ifrån Splittorff och Saavedras studie från 2011. Enkätens 27 frågor (Bilaga 1) konstruerades utifrån den

kommande studiens syfte. De första frågorna i enkäten är bakgrunds frågor, resterande frågorna besvarar syftets specifika frågeställningar.

Enkäten har kontrollerats i en pilotstudie, för att testa enkätens giltighet (face-validity). Enligt Eljertsson (2010) kan enkäten sedan korrigeras och frågorna i formuläret ytterligare justeras om så skulle behövas. Anledningen till vår pilotstudie var att undersöka om frågorna och svaren gick att förstå för respondenterna och att inget eller inga svarsalternativ saknades eller var fel konstruerade. Språket i en enkät ska alltid anpassas efter målgruppen (a.a.). Inga frågor ändrades efter pilotstudien. Det var 6 sjuksköterskor inom ambulanssjukvården som fick besvara enkäten, och samtidigt ha möjlighet att ställa frågor till författarna till studien. Dessa enkäter inkluderades inte i studien, då det inte hade gått att bibehålla respondentens konfidentiellitet då författarna suttit med under pilotstudien.

Genomförande av datainsamling

Författarna distribuerade ut enkäterna till utvalda ambulansstationer i mars 2012. Tillsammans med enkäterna lämnades ett skriftligt informationsbrev ut om studien och om respondenternas frivillighet och konfidentiellitet. Enkäterna fylldes i av de som ville medverka i studien för att sedan lämnas in i en sluten svarslåda. Stationerna kontaktades efter 2 veckor för en påminnelse via telefon/besök och efter 4 veckors tid samlades de besvarade enkäterna in av författarna. Enkäterna erhöll fortlöpande ett specifikt nummer utifrån en kodlista och kommer slutligen att förvaras inlåsta i enlighet med Lunds Universitets rutiner i 1 år efter att studien är genomförd.

Genomförande av databearbetning

Resultatet av enkäterna matades in manuellt av en av författarna och handledaren. De olika variablerna sammanställdes med hjälp av Statistikprogrammet SPSS och resultatet presenterades deskriptivt med ytterligare förklarande tabeller och diagram. Data för grupp jämförelse är analyserade med Fisher's Exact test. P-värden på ≤ 0.05 betraktas som signifikanta skillnader/samband. Fischer's Exact test är att föredra då studien har ett ganska

liten undersökningsgrupp (Polit & Beck, 2006) . De olika grupperna som jämfördes var Novis (arbetat mindre än 5 år som sjuksköterska) och Expert (arbetat 5 år eller mer som sjuksköterska).

Etisk avvägning

Enligt Olsson och Sörensen (2007) bör man vid en etisk avvägning beakta, informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. Forskningen ska också ske enligt de grundläggande etiska principerna som är autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. Dessa krav och principer innebär att de som är med i studien ska få information som de förstår så att de kan ge sitt samtycke. Informationen ska vara både muntlig och skriftlig. Det ska vara helt frivilligt att delta och de ska när som helst under studiens gång kunna avbryta. De ska också känna sig säkra med att den informationen de lämnar inte ska kunna komma i orätta händer (a.a.).

När enkäterna distribuerades ut till ambulansstationerna fick respondenten skriftlig information via ett försättsblad till enkäten. Den Muntliga informationen fick respondenten av sin verksamhetschef som i samband av avlämnandet av enkäterna fick muntlig information av författarna. Studien har fått ett rådgivande yttrande hos Vårdvetenskapliga Etiska nämnden i Lund (VEN 27-12). Skriftligt tillstånd av Områdeschef erhöles ifrån Falck Ambulans i Skåne och från FoU (Forskning och utvecklings ansvarig) på Sirius Humanum Ambulans i Skåne.

Resultat

Demografi

Enkäter lämnades ut till sju ambulansstationer i Skåne, 76 enkäter blev besvarade av 180 utlämnade (42%). Resultatet redovisas som absoluta och relativa frekvenser med medelvärde (M) oco Spridningsmått standard avvikelse (SD). Medelvärde inom kompetens grupperna Novis och Expert presenteras med Coinfidens intervall (CI).

Tabell 1 visar det interna bortfallet på enkätens frågor. (Bilaga 1). På fråga 3 förväntades bara de som var specialistutbildade svara, där av det lägre svarsantalet.

Tabell 1. Interntbortfall på enkätens frågor.

Fråga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Antal svar	76	75	68	73	75	76	76	76	76	76	76	76	74	74
Bortfall	0	1	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Fråga	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Antal svar	74	73	73	71	73	72	75	67	75	75	74	75	73	
Bortfall	2	3	3	5	3	4	1	9	1	1	2	1	3	

Könsfördelningen var 58% (n=44) män och 42% (n=32) kvinnor, 70% (n=53) angav att de hade egna barn. Det var 93% (n=68) som var speciallistutbildade sjuksköterskor 66% (n=45) inom Ambulanssjukvård, 15% (n=10) IVA -sjukvård, 12% (n=8) inom Anestesisjukvård och 7% (n=5) angav att de hade mer än en speciallistutbildning. Respondenterna uppgav att de hade varit färdiga sjuksköterskor mellan 2-33 år (M 10±8 SD) och att de arbetat inom ambulanssjukvården i mellan 1-25 år (M 7±6 SD). Det var ingen som angav att de vårdade barn med smärta varje arbetspass, utan 1 % (n=1) svarade varje vecka och 46% (n=35) angav att de vårdade barn med smärta varje månad och 53% (n=40) varje halvår . Fördelning av respondenterna mellan Novis- och Expertgruppen blev 18% (n=14) respektive 80% (n=61), varav novisgruppen arbetat i genomsnitt 1år (CI 1-2) och expertgruppen 7 år (CI 6-9).

Angående Smärtskattning

Genomgående i resultatet är jämförelser mellan Novis- och Expertgruppen analyserade med Fisher´s Exact test och presenteras i slutet av varje fråga.

Frågorna 9-18 berör smärtskattning, inga signifikanta skillnader fanns i jämförelsen mellan Novis och Expertgruppen. På frågan om *Behandlingsriktlinjerna gällande smärta innehåller tillräckligt med information för att smärtskatta barn* svarade 8% Ja och 26% svarade Ja i hög grad. Det var 51% av respondenterna som svarade Inte så bra och 15% svarade Nej (Fråga 9, p=0.437).

Fråga 10-13 handlar om sjuksköterskans smärtbedömning (Diagram 1). Av respondenterna som uppgav att de *alltid baserar sin bedömning av barnets smärta enbart på sina erfarenheter från tidigare eller liknande situationer* svarade, 9% Alltid, 66% Ofta och 18% sällan och 7% svarade Aldrig (Fråga 10, $p=0.373$). På frågan om respondenterna *baserade sin bedömning av barnets smärta enbart med hjälp av autonoma tecken* var det ingen som svarade Alltid och 51% svarade Ofta, 40% svarade Sällan och 9% Aldrig (Fråga 11, $p=0.906$).

Av respondenterna svarade 38% att de *Alltid baserar sin bedömning av barnets smärta med hjälp av en kombination av erfarenhet, autonoma tecken och/eller föräldrarnas beskrivning av smärtan*, 60% svarade Ofta. Det var 3% som svarade Sällan på frågan och ingen som svarade att de Aldrig (Fråga 12, $p=0.144$). På frågan om *barnets beteende (som gråt, skrik, tysthet) påverkar deras bedömning av barnets smärta* svarade 37% Alltid, 57% Ofta. Det var 5% som svarade Sällan, endast 1% svarade Aldrig (Fråga 13, $p=0.764$).

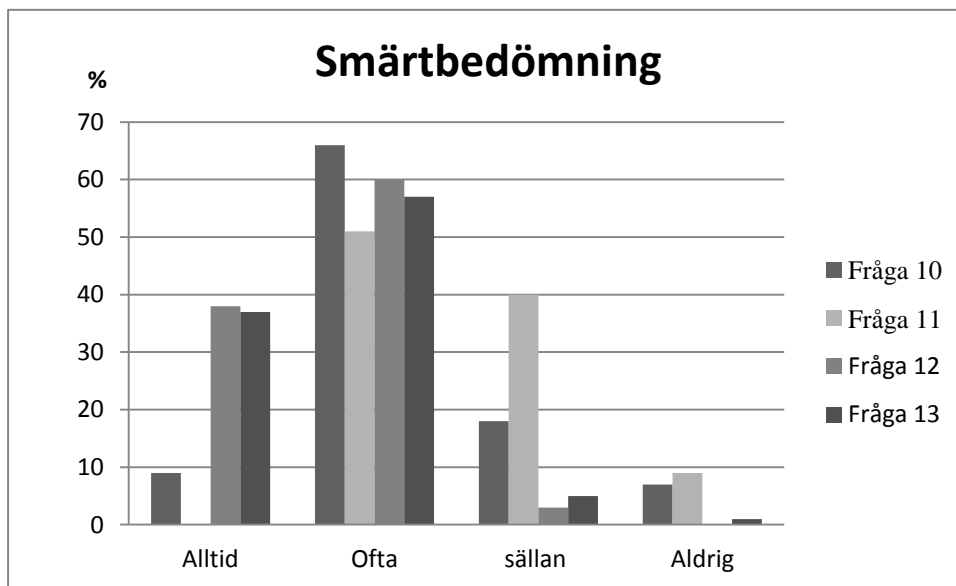


Diagram 1. Frågor angående smärtbedömning.

Diagram 1 visar att respondenterna tenderar till att bedöma barnets smärta utifrån tidigare erfarenheter, autonoma tecken samt barnets beteende.

På frågan om respondenterna alltid *frågar barnet och/eller föräldrarna om de känner igen smärtan sedan tidigare* svarade 43% Alltid och 51% Ofta, det var 4 % som svarade Sällan och 1% Aldrig (Fråga, 14 p=0.477).

Fråga 15-16 handlar om sjuksköterskans användning av VAS vid smärtskattning (Diagram 2). På frågan om respondenterna *använder VAS som verktyg för att skatta smärta hos barn* svarade ingen Alltid och 10% Ofta. Sällan svarade 57% och 34% Aldrig (Fråga 15, p=n/a). Det var 4% som svarade Alltid och 14% som svarade Ofta att de *använde sig av VAS- stickan verbalt för att skatta smärtan hos barnet utan att använda själva verktyget*. Sällan svarade 48% och 34% Aldrig (Fråga, 16 p=0.711).

På frågan om respondenterna *använder själva verktyget VAS för smärtskattning av barn beroende av hur påverkat barnet är och ålder*, svarade 0% Alltid och 18% Ofta och Sällan svarade 48% och 34% Aldrig (Fråga 17, p=0.921).

Om respondenterna *litade på barnets och/eller föräldrarnas smärtskattning då de tar hjälp av VAS stickan* har 1% svarat att de Alltid gör det, 45% svarade Ofta, Sällan svarade 34% och 20% svarade Aldrig (Fråga 18, p=0.187).

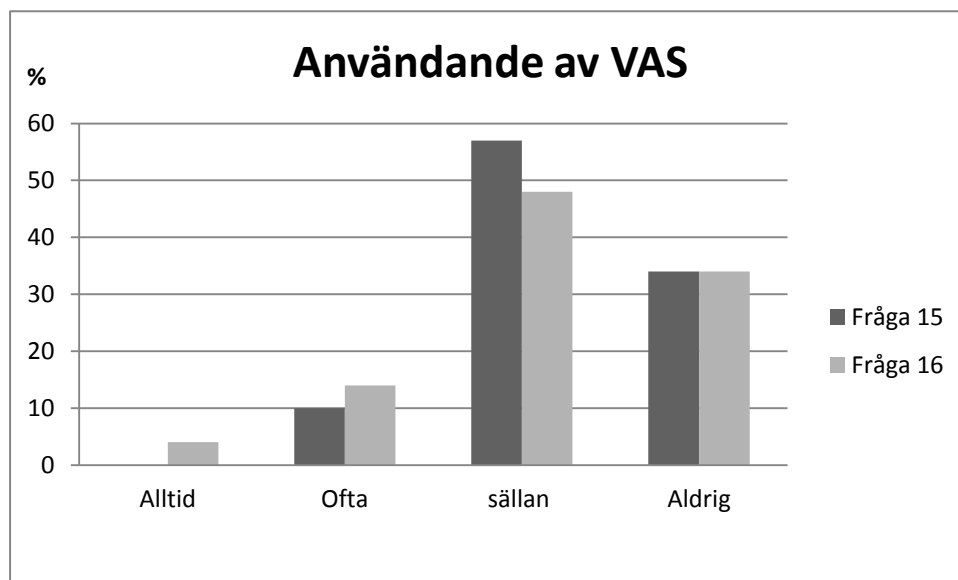


Diagram 2. Frågor angående användande av VAS

Diagram 2 illustrerar att respondenterna tenderar till att Sällan eller Aldrig använda sig av VAS.

Angående Smärtlindring

Frågorna 19-24 berör smärtlindring, i frågorna 20-24 fanns inga signifikanta skillnader i jämförelsen mellan Novis och Expertgruppen. Däremot vid jämförelse mellan Novis och Expertgruppen i fråga 19, *Jag tycker att Behandlingsriktlinjerna gällande smärta innehåller tillräckligt med information för att smärtlindra barn*, framkom en signifikant skillnad ($p=0.024$, Diagram 3). Noviserna tycker i större utsträckning än Experterna att behandlingsriktlinjerna gällande smärtlindring innehåller tillräckligt med information.

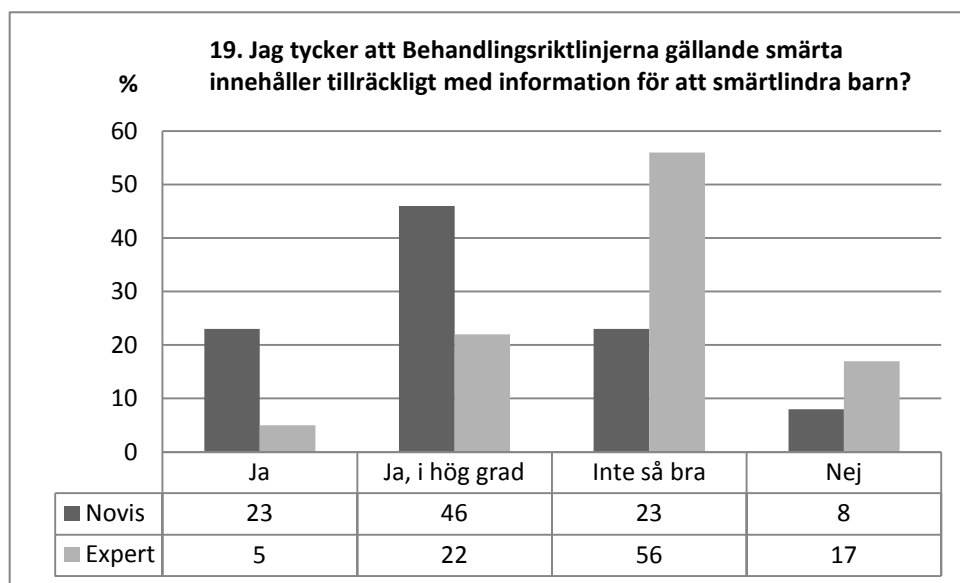


Diagram 3. Jämförelse mellan Novis och Expert med Fisher's Exact Test, $p=0.024$

Diagram 3 visar jämförelse mellan Novis och Expertgruppen där det fanns en signifikant skillnad.

På frågan om respondenterna var *nöjda med tillgängliga läkemedel för att smärtlindra barn inom ambulanssjukvården* var det 4% som svarade Alltid och 51% som svarade Ofta, Sällan svarade 38% och 7% svarade Aldrig (fråga 20 $p=0,170$). På frågan om *administrationssätt för att smärtlindra barn* svarade 3% Alltid och 47% Ofta, Sällan svarade 45% och 5% Aldrig (Fråga 21, $p=0.279$).

På frågan om *det vanligaste smärtstillande preparatet som de behandlar barn med* svarade 49% Paracetamol, 28% Morfin, 16% Kalinox och 6% svarade att de använde annat. T.ex Ketogan, Midazolam och Ketalar (Fråga 22, $p=0.702$). *Icke farmakologiska metoder* har 91%

av respondenterna fyllt i att de använder, och resterande 9% har besvarat Nej på frågan (fråga 23 $p=0.599$). Andra metoder som de använder sig av är att stabilisera, avleda och trygghet (Bilaga 2). På frågan om de *känner att de kan smärtstilla barn som de önskar* har 1% svarat Alltid och 64% Ofta, Sällan svarar 33% och 1% Aldrig (Fråga 24, $p=0.835$).

Angående Utbildning

Frågorna 25-27 berör utbildning, inga signifikanta skillnader fanns i jämförelsen mellan Novis och Expertgruppen. På frågan om de *upplever sina kunskaper för att smärtskatta barn adekvat* så har 11% svarat Mycket bra och 50% Ganska bra, Inte så bra har 34% svarat och 5% har svarat Nej (Fråga 25, $p=0.159$).

Av alla respondenterna har 28% svarat att de *har fått specifik utbildning i olika smärtskattningsskalor anpassade för barn*, och 72% har svarat att de inte har fått det (fråga 26 $p=n/a$). På frågan om de *önskar mer utbildning i smärtskattning för barn* har 90% svarat Ja och 10% Nej (Fråga 27, $p=0.602$).

Respondenterna erhöll i slutet av enkäten möjlighet att lämna egna tankar kring smärtskattning/smärtstillande/utbildning, och 34% ($n=26$) valde att lämna en kommentar. Kommentererna har delats in i grupper efter innehållet. Efter frågor alternativa läkemedel och administrationssätt 46% ($n=12$), Önskar utbildning 31% ($n=8$), Svårigheter med smärtskattning 12% ($n=3$) och Övriga kommentarer 12% ($n=3$). Alla kommentarerna finns att läsa i Bilaga 3.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Den valda metoden för studien var en enkätstudie med en kvantitativ ansats och en deskriptiv inriktning. Då studien skulle beskriva och jämföra en stor grupp ansåg författarna att en

kvantitativ enkätstudie var en bra metod. Ett alternativ hade varit att göra en intervjustudie med kvalitativ ansats som hade kunnat ge mer utförliga svar och möjligheten till följdfrågor. Enligt Ejlertsson (2010) kan det vara en nackdel att inte kunna ställa följdfrågor vid en enkätstudie (a.a.). En nackdel med en intervjustudie hade varit att det inte hade varit möjligt att inkludera ett lika stort antal respondenter och utföra en statistisk jämförelse mellan Novis och Expert.

Två av frågorna i enkäten (fråga 12,17) tror författarna har dragit ner på den interna validiteten då de har varit konstruerade som flera frågor i en. Ejlertsson (2010) menar att det är viktigt att renodla frågorna för att respondenten ska veta vad de ska svara på, annars finns risken att de väljer att inte besvara frågan, eller bara svara på delar av frågan (a.a.). Författarna har efter studien erfarit att Fråga 14 förmodligen inte är relevant till studiens frågeställning. Författarna är medvetna om att antalet frågor varierat till de olika frågeställningarna, och har medvetet valt att göra så. Angående Fråga 22 var det många som missuppfattade frågan vilket resulterade i enkätens högsta interna bortfall (Tabell 1). Anledningen till bortfallet var att respondenterna hade fyllt i flera alternativ istället för att bara fylla i "det vanligaste". Kanske hade en större pilotstudie upptäckt dessa brister innan enkäten lämnades ut. Författarna anser att om ovannämnda brister i enkäten åtgärdas så skulle enkäten kunna vara överförbar till andra områden inom sjukvården och olika patientgrupper med smärta.

Antalet besvarade enkäter blev lägre än förväntat, detta gör resultatet mindre generaliserbart. En förklaring till den låga svarsfrekvensen kan vara den organisatoriska turbulens som rådde i Skånes ambulansverksamhet under datainsamlingen. Författarna tror att det hade gått få in fler enkäter om datainsamlingen skett personligen i ambulansintaget på sjukhusen istället för använd metod.

Ytterligare en begränsning av föreliggande studie, som kan ha inneburit en påverkan på resultatet, kan vara en till synes snedfördelning av antalet respondenter mellan de jämförande grupperna. Dock skall använd statistisk analys korrigera för dessa olika andelar och fördelningsfrekvenserna mellan grupperna tycker författarna kan spegla det normala populationsutfallet av arbetande sjuksköterskor i verksamheterna inom Region Skåne. Jämförelse gjordes mellan Novis och Expert i enkätens alla frågor, detta ökar risken för masssignifikans.

Författarna sammanfattar att enkätens interna validitet (dvs. frånvaro av systematiska fel) enligt ovan ytterligare kan förbättras. Om våra resultat är generaliserbara inom andra verksamheter inom ambulanssjukvård (extern validitet), kan vi bara spekulera om. Men vi hoppas och tror att studiens kommunikativa validitet (tydlig metodbeskrivning med bortfallsanalys) medverkar till att vår nyvunna kunskap är användbar i liknande kontexter.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans kliniska arbete, och kunskapsbehov kring smärtskattning och smärtlindring av barn mellan 3-12 år inom ambulanssjukvården.

I studien visade det sig att de flesta av sjuksköterskorna behandlar barn med smärta varje månad till var sjätte månad. Författarna trodde att respondenterna skulle vårda barn med smärta oftare än vad som framkom. En respondent beskriver detta såsom (Bilaga 3);
“Erfarenhet av barn prehospitalt innefattar i allmänhet bara pseudokrupp eller feberkramper. Detta i kombination med dålig eller ingen utbildning kring barnsjukvård ger dålig handlingsberedskap om man skulle få någon med annan anamnes t.ex. har jag efter 6 år aldrig behövt sätta neoflon och någon enstaka gång satt venflon på barn.”

Som diagram 1 och 2 i resultatredovisningen visar använder sjuksköterskorna i studien sig oftare/”hellre” av erfarenhet, autonoma tecken och barnets beteende i smärtskattningen än VAS. Författarna tror att detta delvis kan bero på att VAS inte är anpassad till yngre barn och de har svårt att få ett (som de själva uppfattar) pålitligt värde. Hade sjuksköterskorna fått utbildning och tillgång till smärtskattningsverktyg anpassade till barn, tror författarna att dessa verktyg möjligen använts i större utsträckning än vad VAS användts enligt studiens resultat. En annan bidragande orsak kan vara det som Jewkes (2001) beskriver i sin artikel, att sjuksköterskan inom ambulanssjukvården många gånger måste fatta snabba beslut för att inte fördröja kommande sjukhusvård. Det kan ta tid att först instruera barnet vad en VAS-skala är för något för att barnet sedan skall kunna beskriva sin smärta. Angående riktlinjerna som finns inom Region Skåne så beskriver flera av sjuksköterskorna att de är mer nöjda med riktlinjerna för smärtlindring än de riktlinjer som finns för smärtskattning. Författarna tror att det kan vara aktuellt att revidera riktlinjerna inom Region Skåne.

Signifikant skillnad framkom i Fråga 19, där respondenterna fick svara på om Riktlinjerna gällande smärta innehåller tillräckligt med information för att smärtlindra barn. Det blev det en tydlig skillnad mellan Novis och Expertgruppen ($p=0.024$), där Novisgruppen i större utsträckning uttryckte en nöjdhet. Detta tror författarna kan bero filosofin/tankesättet av Benner (1993), som beskriver utvecklingen av sjuksköterskan från Novis till Expert. Benner låter förstå att när man är Novis så är man mer beroende av olika riktlinjer medan sjuksköterskor, som genom erfarenheter utvecklat ett Experttänkande, kanske därmed senare kan erfara behandlingsmöjligheter utanför riktlinjernas ramar (a.a.).

I studien har ca hälften av respondenterna (55%) svarat att de är Alltid eller Ofta nöjda med tillgängliga läkemedel, ingen skillnad syntes mellan Novisgruppen och Expertgruppen, och nästan lika stor andel (50%) är alltid eller ofta nöjda med administrationssätten Här kan ses en liten skillnad mellan Novis och Expertgruppen, där Novisgruppen var mindre nöjda. Det var dock 46 % som lämnade kommentarer angående andra administrationssätt av respondenterna.

Swore, McEachin, Seguin & Grall (2005) visar i sin studie, att endast 16 av 73 barn (22%) smärtlindrades av ambulanspersonalen, att endast satsa på utbildning inom smärtskattning inte var tillräckligt. Även bra kunskaper om smärtlindring av barn generellt krävdes för att personalen skulle känna sig trygga med behandlingen. Andra svårigheter som framkom var att det kunde vara svårt att viktuppskatta barn, detta kan vara ett bekymmer då de flesta läkemedlen administreras i förhållande till barn vikt och inte alltid till enbart barnets ålder. I studien framkom också att ambulanspersonalen ofta angav att de inte ville fördröja transporten till sjukhus, genom tidsåtgången av etablerande av intravenös access (a.a). Flera av respondenterna har i föreliggande studie eftersökt andra administrationssätt, citat (Bilaga 3); *“Önskar lättare administreringsätt på barn. Att sticka ett litet barn är att tillfoga ytterligare smärta. Det finns läkemedel att inhalera.”*

Att det finns andra administrationssätt och andra tillgängliga läkemedel för smärtlindring av barn bekräftas i en fallbeskrivning ifrån helikopterambulansen i Sydney, Australien. I denna studie beskrivs effekten av nasalt Ketamin som god smärtlindring till ett barn med brännskada (Reid, Hatton & Middleton, 2011). Enligt studien var detta första gången som denna typ av administration beskrivs i litteraturen inom ambulanssjukvården, då nasalt Ketamin tidigare

enbart har använts inom militärsjukvården (a.a.). Fallbeskrivning visar på att det finns andra tillgängliga administrationssätt och läkemedel som fungerar bra på barn då det kan vara svårt att etablera perifera infarter. Att många sjuksköterskor använder sig av andra icke farmakologiska metoder för att smärtlindra barnen bekräftades i vår studie av 91% av respondenterna. Detta tycker författarna är bra och visar på att sjuksköterskor inom ambulanssjukvården uppmärksammar barnets smärta och försöker lindra denna med en variation av andra icke medicinska omvårdnadsmetoder.

Intressant är att det bara är ca 1/4 del (28%) som genomgått specifik utbildning i olika smärtskattningsskalor anpassade till barn. Det som inte framkom i studien var om den ”specifika utbildningen”, var något som respondenten själv har valt att utbilda sig i eller om det är en utbildning som ingått i grund- eller speciallistutbildning. Den största delen (90%) av respondenterna önskar likväl mer utbildning i smärtskattning av barn. Dock är det 60% som upplever sin kunskap för att smärtskatta barn som Mycket och Ganska bra. Resultatet nyanserar en liten skillnad att Noviserna anger flesta svar på Inte så bra (62%), medan Experterna anger flest svar på Ganska bra (54%). Detta tror författarna beror på att en mer erfaren sjuksköterska som jobbat mer än 5 år, har fått mera erfarenheter och på så sätt känner sig säkrare.

Konklusion

Behandlingsriktlinjerna generellt angående *Smärtskattning* och *Smärtlindring* upplevs som mindre tillfredsställande (66% vs 73%), där Novisgruppen i större utsträckning uttryckte en nöjdhet ($p=0.024$). Sjuksköterskan i ambulansen använder *Sällan eller Aldrig* VAS (93%) och endast drygt hälften anser sig vara nöjda med *Tillgängliga läkemedel* (55%).

Merparten av sjuksköterskorna upplever sig dock inneha adekvata kunskaper för att smärtskatta barn (61%), trots att 72% ej har någon specifik utbildning i ämnet och 90% av tillfrågade sjuksköterskor önskar mer utbildning.

Klinisk implikation

Denna studie visar att tillfrågade sjuksköterskor i ambulanssjukvården Skåne önskar utbildning i smärtskattning och smärtlindring, samt alternativa administrationsätt för att smärtstilla barn adekvat.

Referenser

Babl, F. E., Jamison, S. R., Spicer, M. & Bernard, S. (2006). Inhaled methoxyflurane as a prehospital analgesic in children, *Emergency Medicine Australasia*, 18, 404–410.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur

Eljertsson, G. (2010). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Furyk, J. & Sumner, M. (2008). Pain score documentation and analgesia: A comparison of children and adults with appendicitis. *Emergency Medicine Australasia* 20, 482–487.

Jewkes, F. (2001) Prehospital emergency care for children, *Archives of Disease in Childhood* 84, 103-105.

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

Jylli, L. (2001). Smärtbedömning och smärtskattning. I Olsson, G. L & Jylli, L. (Red.). *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 90-104). Malmö: Studentlitteratur.

Karling, M., Renström M. & Ljungman, G. (2002). Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta Pædiatr* 91, 660–666.

Kongstad, P. (2007). *Region skånes behandlingsriktlinjer*. Lund: Kamber-Skåne. Hämtad 11 november 2011 från:

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/KAMBER/Dokument/Behandlingsrikt_2007.pdf

Kongstad, P. (2012) *Ambulansstatistik*. Region Skånes Prehospitla Centrum [RSPC] Hämtad 15 januari 2012 från: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/SUS/Skanes-universitetssjukhus-Lund/Vard/Verksamheter/Akutdivisionen/Region-Skanes-Prehospitla-Centrum/Ambulansstatistik/>.

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

Ljungman, G. (2009). Smärta hos barn. I Lindberg, T. & Lagercrantz, H. (Red.). *Barnmedicin*. (3. uppl. s. 35-43). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, G. (2010). Akut smärta hos barn, I Werner, M. & Leden, I. (Red.). *Smärta och smärtbehandling* (s. 308-316). Stockholm: Liber.

Olsson, G. L & Jylli, L. (RED) (2001) *Smärta hos barn och ungdomar*. Malmö: Studentlitteratur

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (6th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Reid, C., Hatton, R. & Middleton, P. (2011). Case report: prehospital use of intranasal ketamine for paediatric burn injury. *Emergency Medicine Journal*. 28 (4), 328-329.

Rydelius, P.-A.(2001). Barnpsykiatriska synpunkter på smärta, I Olsson, G. L. & Jylli, L. (Red.). *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 67-78). Malmö: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad den 16 november 2011, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>

Shah, M.I. (2010). Prehospital management of pediatric trauma. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 11 (1), 10-17.

Socialstyrelsen (2002). *Barn och smärta- State of the art*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Hämtad: 16 maj 2011, från

<http://www.svenskbarnsmartforening.se/svenskbarnsmartforening/dokument/sota.pdf>

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: socialstyrelsen. Hämtad 8 november 2011 från:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Splittorff, F & Saavadra, A. (2011) *Sjuksköterskors upplevelser av postoperativ smärtskattning inom svensk barnsjukvård*. Magisteruppsats, Lunds universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle.

Swore, R., McEachin, C. M., Seguin, D. & Grall, K. H. (2005). Prehospital pain management in children suffering traumatic injury. *Prehospital Emergency Care*, 9 (1), 40–43.

Wittbom, M. R. (2000). Smärta hos barn, I Månsson, M. & Enskär, K. (Red.). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad* (s. 59-73). Lund: Studentlitteratur.

Bakgrundsfrågor

1. Jag är... Man Kvinna
2. Jag har varit sjuksköterska i _____år.
3. Jag har varit Specialistsjuksköterska i _____år.
4. Jag har Specialistutbildning i _____.
5. Jag har arbetat inom ambulanssjukvården i _____år.
6. Min nuvarande arbetsplats är på stationen i:_____.
7. Jag har egna barn? Ja Nej
8. Jag vårdar barn med smärta?
 Varje arbetspass Varje vecka Varje månad Varje halvår

Angående smärtskattning

9. Jag tycker att Behandlingsriktlinjerna gällande smärta innehåller tillräckligt med information för att smärtskatta barn?
 Ja Ja i hög grad Inte så bra Nej
10. Jag baserar min bedömning av barnets smärta enbart på min erfarenhet från tidigare eller liknande situationer?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig
11. Jag baserar min bedömning av barnets smärta enbart med hjälp av autonoma tecken?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig
12. Jag baserar min bedömning av barnets smärta med hjälp av kombination av erfarenhet, autonoma tecken och/eller föräldrarnas beskrivning av smärtan?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig

OBS!! Fortsättning på Baksidan

13. Barnets beteende (som gråt, skrik, tysthet) etc. påverkar min bedömning av barnets smärta?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig

14. Jag frågar alltid barnet och/eller föräldrarna om de känner igen smärtan sedan tidigare?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig

15. Jag använder ofta VAS som verktyg för att skatta smärtan hos barn?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig

16. Jag använder ofta VAS stickan verbalt för att skatta smärtan hos barnet utan att använda själva verktyget?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig

17. Jag använder ofta själva verktyget VAS för smärtskattning av barn beroende av hur påverkat barnet är och ålder?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig

18. Jag litar på barnets och/eller föräldrarnas smärtskattning då jag tar hjälp av VAS stickan?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig

Angående Smärtlindring

19. Jag tycker att Behandlingsriktlinjerna gällande smärta innehåller tillräckligt med information för att smärtlindra barn?

- Ja Ja i hög grad Inte så bra Nej

26. Jag har fått specifik utbildning i olika smärtskattningsskalor anpassade till barn?

Ja

Nej

OBS!! Fortsättning på Baksidan

27. Jag önskar mer utbildning i smärtskattning för barn?

Ja

Nej

Egna tankar kring smärtskattning/smärtstillande/utbildning som du vill dela med dig av.

TACK för DIN medverkan!!

Bilaga 2 (3)

Fråga 23. Andra icke farmakologiska metoder som används av respondenterna

Vakumsplint/madrass	16
Splint	11
Nalle	10
Avledning/Distraktion	8
Stabilisering/inmobilisering	5
Prata lugnande med barnet/samtal	5
Mitella	3
Trygghet	3
Kylning	2
Reponering	2
Kedväst	2
Nack/halskrage	2
Förband/elastiska bindor	2
Inge förtroende	2
Värme	2
Hålla hand	1
Blåsa på sår	1
Läge	1
Ge barnet kontroll över sin situation	1
Lassekudde	1
Kuddar	1
Sitta själv och hålla vid t.ex. fraktur	1
Beröring	1
Tar med alla svåra smärttillstånd till sjukhuset	1
Uppblåst handske	1
Högläge	1
Berätta vad som händer	1
Har föräldrarna närvarande	1
Bemötande	1
Föräldrars famn	1
Amning	1
Aku pressur	1

Bilaga 3 (3)

Egna tankar kring smärtskattning/smärtstillande/utbildning som du vill dela med dig av.

Jag skulle vilja bli säkrare i att ge i.m morfin. Administrerings sätt Ex nasalt tillförda läkemedel.

Önskemål om analgetika som administreras på andra sätt t.ex. klubba annat po.

Mer utbildning, samtal, övningar

Det finns mycket hjälp/erfarenhet att få ifrån t.ex. smärtenheten på Astrid Lindgrens/Solna när det gäller smärtlindring av barn. Då det gäller metoder att smärtlindra.

Kanske prova Fentanylklubbor för barn.

Intranasala administration hade underlättat betydligt.

Har svarat på denna enkät som om barn är personer 0-18 år.

Har erfarenhet av arbete på avd med barn med svåra smärttillstånd, hade därför önskat möjlighet till smärtstillning på andra admin sätt, exempelvis rektalt, nässpray.

Våra riktlinjer anger att vi ska rådgöra med RLS före administrering av både Morfin och Ketalar. Eftersom det idag enligt RSPC är fullt rimligt med en svarsväntetid på 20 minuter, kan man fundera på om detta är patientsäkert.

Nasal adm?

Hade gärna sett alternativa adm sätt t.ex. nasalt. Mer utbildning i smärtskattning av barn.

Ofta är det erfarenhet, parametrar, kallsvettiga, etc. som vägleder en i smärtuppskattning. VAS funkar ofta inte så bra varken på barn eller äldre erfarenhetsmässigt.

Har skrivit förbättringsförslag angående intranasala läkemedel. Det finns på andra ställe som upplevs fungera med gott resultat. Lätt att administrera, rent.

Har jobbat med i 5 år, och sedan regelbundet under alla år. Har gått smärtekurs, akut-olycksfallskurs och

Olika kulturella skillnader vad gäller barnets sätt att uttrycka smärta. Arbetsgivare tillhandahåller ej VAS-sticka.

Önskar lättare administreringssätt på barn. Att sticka ett litet barn är att tillfoga ytterligare smärta. Det finns läkemedel att inhalera.

Erfarenhet av barn prehospitalt innefattar i allmänhet bara pseudokrupp eller feberkramper. Detta i kombination med dålig eller ingen utbildning kring barnsjukvård ger dålig handlingsberedskap om man skulle få någon med annan anamnes t.ex. har jag efter 6 år aldrig behövt sätta neoflon och någon enstaka gång satt venflon på barn. Kunskaperna är undermåliga.

Jag hade önskat att det hade funnits andra smärtlindringåtgärder, förutom i,v behandling eftersom det ibland kan vara svårt att få in en venflon, ex ”klubbor med smärtstillande”

Svårt att smärtskatta barn. Önskar mer utbildning inom barn och smärta. Skulle funnits smärtstillande per os till barn.

Aktualisera problemet i verksamheten då det ej talas så mycket om fenomenet ”smärtstillning till barn”. Detta hade medfört möjlighet till nya former av tekniker/ läkemedel etc. etc.

Är ett område som skulle ingå i årlig rep eftersom vi inte kommer i kontakt med detta område så ofta.

Sällan man behöver göra detta. Därför behövs mycket utbildning så att man vågar/litar på sig själv och sin kompetens. Smärta är ett tecken på att något är fel. Tolka, dokumentera och smärtlindra. Förmedla allt till barnakut/kirakut.

Otillräcklig kunskap om smärtlindring hos barn både i grundutbildning, vidare utb och även i arbetslivet. Hade kunnat ha utbildning som inriktade sig mycket specifikt på just detta. En annan sak är ju att det inte är särskilt ofta vi träffar på just dessa patienterna därför får man inte rutin på hur man ska bemöta de, vilket inte heller ger en den tryggheten man önskade att man hade inom just detta ämne.

Önskar Ibuprofen till barn, Fentanylklubba.

Mycket bristfälliga smärtlindrings alternativ för barn i ambulanssjukvården i Skåne! Hospitalt finns så många fler alternativ och möjligheter som gör att man kan smärtlindra barn utan att sticka dem. T.ex. morfinpreparat per os Fentanylklubba, Oxynorm droppar, etc. Bra att ni gör denna studien! Upplys gärna RSPC om resultatet så att de vaknar! TACK!

Länge sen jag läste om barn-smärta. Hade varit bra med uppfräschning. Mer utbildning efterfrågas!