



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av smärtbedömning och smärtlindring hos barn

Barn 3-7 år

Författare: Sara Andersson, Lisa Wallin

Handledare: Liselotte Jakobsson

Magisteruppsats

Januari 2013

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

# Sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av smärtbedömning och smärtlindring hos barn

Barn 3-7 år

Författare: Sara Andersson, Lisa Wallin

Handledare: Liselotte Jakobsson

Magisteruppsats

Januari 2013

## Abstrakt

Vid bedömning av smärta hos barn har det visat sig medföra svårigheter med självskattningsskalor på barn 3-7 år och störst vikt läggs vid barnens beteende. I Barnsjuksköterskans kompetensbeskrivning framgår vikten av att i första hand kommunicera med barnet, ha ett respektfullt och empatiskt bemötande och att möjliggöra optimal delaktighet för barn och närstående i omvårdnadsarbetet. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av smärtbedömning och smärtlindring hos barn. Semistrukturerade intervjuer gjordes med 12 sjuksköterskor och analyserades med kvalitativ innehållsanalys på manifest och latent nivå. Resultatet visade vikten av temaarbete mellan olika professioner och egen kunskap för att optimera smärtbedömning och smärtlindring. Det visade också att föräldrarna upplevdes vara en viktig del i samband med detta eftersom de kände sina barn bäst. Det fanns skillnad mellan grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor avseende t.ex. rädslan för biverkningar och kunskap om olika smärtskattningsskalor till barn.

## Nyckelord

Smärtbedömning, smärtskattning, smärtlindring, barn, sjuksköterskor, erfarenheter, upplevelser, teamarbete.

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
Definition av smärta .....	3
Smärta ur fysiologiskt och psykologiskt perspektiv .....	3
Barns sätt att uttrycka smärta .....	4
Smärtbedömning och smärtskattning .....	4
Smärtskattningsinstrument för barn i åldrarna 3-7 år .....	5
Smärtbehandling .....	5
Farmakologisk behandling .....	6
Alternativ behandling .....	7
Föräldrars tillfredsställelse med sitt barns smärtomhändertagande inom barnsjukvården .....	7
Sjuksköterskans roll i barns smärtomhändertagande .....	8
Sjuksköterskors smärtbedömning och smärtlindring i det kliniska arbetet inom barnsjukvården .....	8
Syfte .....	9
Metod .....	10
Urval av undersökningsgrupp .....	10
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument .....	10
Genomförande av datainsamling .....	11
Genomförande av databearbetning .....	11
Förförståelse .....	12
Etisk avvägning .....	13
Resultat .....	14
Bakgrundsfakta .....	14
Uppmärksammande av barns smärta .....	15
Kunskapens betydelse i samband med smärtlindring .....	18
Avdelningsspecifika smärtlindringsmetoder och smärtlindringsläkemedel .....	18
Varierande läkarkommunikation .....	22
Erfarenhetens betydelse .....	23
Förslag till förbättring .....	24
Teamarbete och egen kunskap .....	26
Diskussion .....	27
Diskussion av vald metod .....	27
Diskussion av framtaget resultat .....	30
Konklusion och klinisk implikation .....	32
Referenser .....	33
Bilaga 1 .....	38

## Problembeskrivning

Hur barn, 3-7 år, ger uttryck för smärta kan vara svårt att tolka och det kan vara ett problem för sjuksköterskan att genom kommunikation med barnet förvissa sig om barnet har ont eller är smärtlindrat. Jylli (2001) menar att barnets kapacitet att förmedla sin smärtupplevelse grundar sig i dess kognitiva utvecklingsnivå och tidigare erfarenheter av smärta. När en smärtbedömning görs behövs kunskap om barnets uppfattningsförmåga och förståelse i olika åldrar (a.a.). När barnet inte är gammalt nog att svara för sig själv om sin smärta är föräldrarna de personer som bäst kan avläsa barnets smärtyttringar. Vidare beskriver Jylli (2001) att i samband med bedömning av smärtan hos barn bör barnets smärtupplevelse diskuteras med barnets föräldrar.

Resultat från flera studier där olika skalor för mätning av objektiv smärta använts visar att det finns giltiga och tillförlitliga smärtskalor att använda sig av när det handlar om barn (Tomlinson, Von Baeyer, Stinson & Sung, 2010; De Tovar, Von Baeyer, Wood, Alibeu, Houfani & Arvieux, 2010; Von Baeyer, 2006). Objektiva mätskalor är inte självrapporterande och fungerar därför för smärtbedömning på barn i åldrarna 3-5 år och under 7 år, eftersom barn i den åldern inte har ett fullt utvecklat språk och kan ha svårt att uttrycka sig verbalt eller inte kan peka på vilket område smärtan sitter i (a.a.). Resultatet i Van Hulle Vincent, Wilkie och Szalachas (2010) studie (n=86) visar att deltagarna i studien rankade beteende som den viktigaste bedömningen av smärta och på andra plats rankades självskattning (a.a.). Slutsatsen i en studie gjord av Walker och Wagner (2003) är att smärta hos barn är underbehandlad och att det är viktigt att sjuksköterskans kunskap tillämpas i den kliniska verksamheten. Walker och Wagner anser att riktlinjer för smärtbehandling behövs för att öka kvaliteten på omvårdnaden och för att förebygga att smärta förblir obehandlad (a.a.). Resultaten är hämtade från utländska studier och hur smärtbedömning görs på små barn i en svensk kontext är lite beskrivet varför det är av intresse att beskriva sjuksköterskors upplevelser av smärtbedömning och smärtlindring hos barn från svenska förhållanden.

## Bakgrund

### *Definition av smärta*

International Association for the Studie of Pain (IASP) definierar smärta som - en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse relaterad till verklig eller potentiell skada eller beskriven i termer av sådan skada. Att smärta är en subjektiv upplevelse betonas särskilt (IASP, 1979).

### *Smärta ur fysiologiskt och psykologiskt perspektiv*

De senaste 50 åren har kunskapen om smärta ökat markant. Smärta är inom sjukvården inte längre enbart ett symptom utan ett begrepp sammansatt av psykologiska och fysiologiska faktorer. Smärtimpulsen tolkas i hjärnan och gör personen medveten om upplevelsen av smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2010). Förutom de nervstrukturer som signalerar till centrala nervsystemet (CNS) att en skada ägt rum i kroppen, finns det en rad mentala processer som påverkar smärtan (Haegerstam, 2008). Smärta kan orsakas av stimuli utifrån och den smärtan benämns nociceptiv eller fysiologisk smärta. Upplevelse av smärta till följd av en sjukdom eller trauma kallas för patologisk smärta (Hawthorn & Redmond, 1999). Det finns även en rad sociologiska, kulturella och religiösa faktorer som påverkar hur man tolkar och rapporterar den upplevda smärtan (Haegerstam, 2008), vilket försvårar att göra generella smärtbedömningar.

Smärta är en individuell och subjektiv upplevelse och kan beskrivas på många sätt. Eftersom smärtupplevelsen både är individuell och subjektiv är det svårt att specifikt mäta olika smärttillstånd och därav försvåras att jämföra personers smärtupplevelse med varandra (Norrbrink & Lundeberg, 2010). Smärta är alltid ett psykologiskt tillstånd även om det oftast har en direkt fysisk orsak. Smärtan kan även vara psykosocial och orsakad eller ökad av t.ex. ångest, depression, ilska, förlorad identitet eller integritet. Den kan också vara existentiell orsakad av t.ex. skuld, sorg, hopplöshet, ensamhet eller dödsångest (Haegerstam, 2008).

## *Barns sätt att uttrycka smärta*

Smärtan är alltid subjektiv och genom erfarenhet av skada under den tidiga delen av livet lär varje barn sig tillämpningen av ordet (Haegerstam, 2008).

Vidare menar Haegerstam (2008) att det nyfödda barnet inte har något språk i egentlig mening utan använder sig av emotionell yttring, t.ex. joller, skrik och gråt. Även större barn eller vuxna kan använda sig av det emotionella språket genom skrik, stönande och suckande. Den emotionella yttringen är uttryck för en individs oreflekterade och subjektiva emotioner medan det verbala språket kan användas för att beskriva subjektiva upplevelser och skeenden. När en persons lidande överskrider en viss nivå – olika för olika personer och olika situationer – upphör gradvis förmågan att kommunicera verbalt. Då blir observationen av den lidandes kroppsspråk och tolkningen viktigare. Med kroppsspråk menas en form av kommunikation mellan människor där gester, kroppshållning och andra kroppsrörelser används ensamt eller i kombination med det emotionella och verbala språket för att förmedla ett budskap. Det kan vara allt från en ögonrörelse eller en mer omfattande ansiktsmimik till stora rörelser med armar och ben. En människa med ett lidande orsakat av smärta kan genom en rad icke verbala yttringar kommunicera sitt lidande. De olika yttringarna kan ha en motsatt innebörd. Ibland kan en person på en direkt fråga förneka att han/hon har ont men strax därefter behöva konsumera något smärtstillande läkemedel. Det motsatta, att någon ger verbalt uttryck för svår smärta men samtidigt eller strax efteråt utan påtagliga problem utför aktiviteter som inte borde vara möjliga vid så svår smärta förekommer minst lika ofta (a.a.).

Jylli (2001) beskriver att det lilla barnet ofta uttrycker smärta i samband med olika procedurer med avvänjningsrörelser. När barnet inte är tillräckligt smärtbehandlat försöker barnet få kontroll över smärtan genom olika beteende så som mindre rörelser av kroppen eller stel kroppshållning. Vid långvarig smärta hos barn intas gradvis ett passivt beteende som kan liknas vid depressiva symtom. För vårdpersonal kan det vara svårt att tolka ett barn med depressiva symtom, så som passivitet, sparsam mimik och nedstämdhet som smärta (a.a.).

## *Smärtbedömning och smärtskattning*

Smärtbedömning innebär en sammansatt bedömning av smärtan som baseras på barnets egna upplevelser, barnets beteende, fysiologiska- och psykologiska reaktioner. Hur barnet uttrycker smärta varierar beroende på utvecklingsnivå, vilken typ av smärta och hur länge barnet upplevt smärta (Jylli, 2001).

Det finns olika självskattningsskalor som ger viktig objektiv kunskap om hur patienter upplever sin subjektiva smärta. Dessa skalor fungerar endast optimalt om patienten är välinformerad och har en teoretisk förståelse för hur metoden fungerar. De måste användas regelbundet och nogra dokumenteras i journalen för att smärtbehandlingen ska utnyttjas på ett effektivt sätt (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). Enligt Jakobsson (2010) bör skalorna endast användas vid skattning och utvärdering av smärta hos en och samma individ eftersom jämförelser mellan olika individers värden kan vara missvisande då skalan har ändpunkter som baseras på tidigare erfarenheter. Tidigare värden bör visas för patienten för att denne ska kunna ta ställning till eventuell förändring av smärtan (a.a.).

### *Smärtskattningsskalor för barn i åldrarna 3-7 år*

Vid 3 års ålder mognar barnets förmåga att gradera smärtan. Då kan något som heter ”poker chips” användas, vilket innebär att barnet graderar smärtan genom att plocka ut antal klossar, 0-4, som motsvarar intensiteten på smärtan (Olsson, 2010).

Två fungerande objektiva skalor sjuksköterskor kan använda sig av när barn har svårt att uttrycka sin smärta verbalt är beteendeskalan, FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) och ansiktsskalan. Med FLACC observeras barnets ansikte, ben, aktivitet, gråt och tröstbarhet och poängsätts mellan 0-2, det ger en maxpoäng på 10 (Voepel-Lewis, Merkel, Tait, Trzcinka & Malviya, 2002). Ansiktsskalan kategoriseras med sex till sju ansikten med olika miner. Det glada ansiktet visar ingen smärta och följs av tilltagande negativa ansiktsgrimaser ju mer patienten upplever sin smärta (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011).

### *Smärtbehandling*

## Farmakologisk behandling

World Health Organization (WHO, 2012) har utarbetat en ”smärtrappa” som innebär att om smärta uppstår bör det vara en snabb oral administrering av läkemedel i följande ordning: icke opioider t.ex. NSAID och paracetamol och sedan vid behov ges milda opioider t.ex. kodein [Citodon®] och tramadol. Hjälper inte detta ger man opioider t.ex. morfin och oxykodon [OxyNorm®], tills patienten är fri från smärta, gärna i kombination med paracetamol. För att bibehålla frihet från smärta, bör läkemedel ges "med klockan", som är var 3-6 timme, i stället för "vid behov". Denna tre-steps modell att administrera rätt läkemedel i rätt dos vid rätt tidpunkt är billig och 80-90% effektiv (a.a.).

Historiskt sett har det inte varit omtyckt att administrera opioider åt barn och det har oftast berott på okunskap och missuppfattningar. Missuppfattningarna var att barn skulle vara mer känsliga för opioider och att det kunde leda till ett framtida missbruk. Det är inte ovanligt att ordination på morfin är att det endast får administreras var 4:e timme, och det har då lett till en missuppfattning att biverkningar kan uppstå om det administreras oftare. Vid en akut intensiv smärta kan morfin upprepas intravenöst var 15:e minut tills smärtlindring uppnåtts. Risk för andningsdepression finns men är relativt liten, den är varken mer eller mindre hos ett barn i förhållande till en vuxen oavsett ålder. Viktigt vid behandling med opioider är att ha en bra rutin för övervakning av patientens vitala funktioner och eventuella biverkningar. Biverkningar som illamående, klåda, obstipation och urinretention är åldersberoende och incidensen ökar med åldern (Lundeberg, 2001).

I en studie om farmakologisk behandling av smärta hos små barn, visas på problemet med att använda patient-controlled analgesia (PCA), vilket är en smärtpump, på barn under sex år. Orsaken till problemet är begränsningar relaterade till barns utveckling och fysiska oförmåga att använda smärtpumpen. Studien tar upp fördelar och nackdelar med ett nytt sätt att använda PCA pumpen genom att pumpen som tidigare infunderar en liten dos opioider regelbundet intravenöst, nu kan kombineras med små bolusdoser vilka administreras av en sjuksköterska eller förälder för att behandla akuta tillkomster av smärta. Denna nya teknik kallas PNCA, parent-/nurse-controlled analgesia (Monitto, Greenberg, Kost-Byerly, Wetzel, Billett, Lebet & Yaster, 2000). Vidare menar Monitto, Greenberg, Kost-Byerly, Wetzel, Billett, Lebet och Yaster att PNCA resulterade i effektiv smärtlindring vilket kunde ses genom att mer än 80% av barnen poängsatte smärtan till  $\leq 3$  av 10 alternativt till 2 av 5 under de fem dagarna studien gjordes. Även om studien visar på effektiv smärtlindring visar den också på att även om



PNCA var en säker metod att smärtlindra barnen fanns det också sideffekter som t.ex. andningsdepression (a.a.).

### Alternativ behandling

I en studie gjord på barn i åldern 4-11 år av Kotesluoma, Nikkonen och Serlo (2008) visar de att när barn har smärta har de många egna strategier för att reducera och få kontroll på sin smärta. Det kan vara att smeka, massera eller att använda något varmt eller kallt på det smärtsamma stället, andas långa djupa andetag, ändra läge på kroppen, vila, prova att äta och dricka något eller lossa på åtsittande kläder. Det beskrivs också andra strategier för att minska smärta; att försöka tänka positivt, inte tänka på smärta överhuvudtaget eller att försöka göra någonting annat för att skildra tankarna ifrån smärtan (a.a.).

### *Föräldrars tillfredsställelse med sitt barns smärtomhändertagande inom barnsjukvården*

Studier har visat att föräldrar och sjuksköterskor har motsägande åsikter om föräldrars roll i barnets smärtbedömning och smärtlindring. Föräldrarnas känsla var att de endast tilläts ha en passiv roll i smärtvärderingen vilket gav frustration och otillfredsställelse när det gällde sjuksköterskornas smärtomvårdnad av barnet. Sjuksköterskorna däremot uppfattade att de tillät föräldrarna att aktivt delta i barnets smärtbedömning och att barnen var adekvat smärtlindrade (Simons, 2002; Simons, Frank, & Roberson, 2001). Det beskrivs i Hong, Murphy och Connollys (2008) studie hur viktig relationen mellan sjuksköterskor och föräldrar är, framförallt när det handlar om kommunikationen. I en studie gjord av Franck, Cox, Allen, och Winter (2004) framgår att föräldrar önskar större delaktighet i sina barns smärtlindring.

I en studie gjord av Zhou, Roberts och Horgan (2008) framkom att föräldrar och sjuksköterskors uppfattningar av barns smärta bara ska ses som en objektiv uppskattning av smärtan, och inte är samma sak som barnets självrapporterade smärta. För att få information om barnets självupplevda smärta har behovet av ärlighet och tillförlitlighet framkommit som en nödvändighet för att skapa tillit mellan sjuksköterska och familj (Garland & Kenny, 2006).

## *Sjuksköterskans roll i barns smärtomhändertagande*

I Barnsjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2008) framgår vikten av att i första hand kommunicera med barnet, ha ett respektfullt och empatiskt bemötande och att möjliggöra optimal delaktighet för barn och närstående i omvårdnadsarbetet. I Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (Nordisk förening för sjuka barns behov [NOBAB], u.å.) framgår det att föräldrar ska få stöd att delta aktivt i barnets vård och vara delaktiga i beslut och behandling (a.a.).

Enligt FN:s Barnkonvention (UNICEF, u.å.) är alla barn lika mycket värda och har rätt till skydd och omvårdnad med bevarande av barnets autonomi. Inom barnsjukvården kan det uppstå problem när autonomiprincipen ska följas. Björklund (2001) menar att enligt autonomiprincipen har människan rätt att bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar. Vården måste därför ske i samspel med barnet och reagerar barnet med motstånd finns det risk att dess integritet kränks. Utifrån etiska aspekter är det viktigt att ha kunskap om barnets utveckling och särskilt hur smärta kan påverka barnets upplevelse. Ibland kan sjuksköterskan uppleva sig stå mellan olika etiska principer. Det kan innebära att tvingas välja mellan att barnet får bestämma eller genomföra en handling mot barnets vilja då det är för barnets bästa på lång sikt som handlingen måste göras (a.a.).

## *Sjuksköterskors smärtbedömning och smärtlindring i det kliniska arbetet inom barnsjukvården*

Van Hulle Vincent, Wilkie och Szalachas (2010) studie visar att kunskap i hur barn kan bete sig när de lider av smärta är mycket varierad bland sjuksköterskor beroende på hur deras erfarenhet med att arbeta med barn är. Det framkom i resultatet att 47,7% (n=86) av sjuksköterskorna rangordnade barnets beteende som den viktigaste smärtbedömningsstrategin. Slutsatsen var att sjuksköterskornas smärtbedömning på de vitala parametrarna och på det förändrade beteendet hos barnet kan leda till att barn får lida i onödan av smärta eftersom sjuksköterskan inte litar på självrapporterade skalor och administrerar inte tillräckligt med smärtstillande åt barn som hade smärtskattat sig själva till att behöva smärtlindring (a.a.).

I Van Hulle Vincent och Denyes studie (2004) (n=67) visas ett positivt samband mellan sjuksköterskans administrering av smärtlindring och barns smärta. De fann att ju mer smärtstillande sjuksköterskan administrerade, desto lägre var barnens smärtnivå. Det framkom däremot inte vilka doser eller intervaller sjuksköterskan förhöll sig till i studiens resultat. De fann också att anledningen till att sjuksköterskorna administrerade analgetika var på grund av att barnen hade en hög smärtnivå (a.a.). Van Hulle Vincent, Wilkie och Szalachas (2010) studie visar att sjuksköterskor inte känner sig komfortabla med att ge smärtstillande opioider till barn mer än i akuta situationer pga. rädsla för andningsdepression (a.a.).

Kotesluoma, Nikkonen och Serlos (2008) studie visar att en del av barnen som är inlagda på sjukhus och har smärta, har en hög förväntan på sjuksköterskans kompetens när det gäller att reducera smärta. En del barn litar inte på sjuksköterskan när det gäller smärtbehandling eftersom han/hon inte är tillräckligt nära barnet för att ge den individuella hjälpen och empatin som behövs vid det specifika smärttillfället. Genom att sjuksköterskan tror sig förstå barnets smärtupplevelse försöker han/hon förklara saker ur ett sjuksköterskeperspektiv, vilket inte hjälper barnet till förminskad smärta. Barnen upplever att de måste kämpa för att få smärtlindring, att sjuksköterskorna endast ger smärtlindring i akuta fall eftersom de inte hinner med att smärtbedöma och smärtlindra barnen regelbundet (a.a.).

Efter genomgången litteratur, som var studier hämtade från utlandet, framstod det viktigt att undersöka om det stämde överens med svenska sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser. I denna studie definierades upplevelser vara av intern art, det vill säga sjuksköterskans uttalanden och erfarenheter av extern art, det vill säga det sjuksköterskorna varit med om.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av smärtbedömning och smärtlindring hos barn 3-7 år.

## Metod

### Urval av undersökningsgrupp

Ett konsekutivt urval av sjuksköterskor på en allmän barnavdelning i södra Sverige utgjorde undersökningsgruppen. Enligt Kvale och Brinkman (2009) innebär ett konsekutivt urval att de som uppfyller valda inklusionskriterier vid en viss tid och på en viss plats får tillfälle att delta i studien (a.a.). Avdelningschefen fungerade som mellanhand för rekrytering av deltagare och skickade via e-post ut informationsbrev om studien till alla sjuksköterskor (n=27) på barnavdelningen. I informationsbrevet fanns information om studien inklusive samtyckesblankett. De sjuksköterskor som valde att delta i studien uppmanades att kontakta författarna via e-post eller telefon. Ingen av sjuksköterskorna tog kontakt via telefon eller e-post och i samråd med avdelningschefen bestämdes att författarna skulle befinna sig på avdelningen under tre dagar och intervjuade alla sjuksköterskor som arbetade just den dagen för att inte välja ut specifika deltagare. Inklusionskriterier var att sjuksköterskorna (grundutbildade och specialistutbildade) arbetade hel och/eller deltid på barnavdelningen och hade haft kontakt med barn, 3-7 år som ordinerats smärtlindring regelbundet eller vid behov och att sjuksköterskorna talade och förstod svenska. Det var frivilligt att delta och 12 sjuksköterskor accepterade deltagande i undersökningen.

### Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Kvalitativ metod har valts för att få förståelse för erfarenheters och upplevelsers natur och mening dvs. det var informanternas subjektiva upplevelser och faktiska erfarenheter som skulle belysas. Semistrukturerad intervju har använts med öppen frågestruktur och fokus på sjuksköterskornas individuella upplevelser av barnens vård i samband med smärta (Kvale & Brinkman, 2009).

## **Genomförande av datainsamling**

En empirisk studie har genomförts där sjuksköterskor, som var kollegor till författarna, på en allmän barnavdelning har intervjuats. Sjuksköterskorna hade varit i kontakt med barn som stått på regelbunden smärtlindring eller smärtlindring vid behov. När en kvalitativ forskningsintervju görs skapas kunskap i samspelet mellan intervjuaren och deltagaren. Det är viktigt att intervjuaren har god kunskap om ämnet och är påläst på intervjufrågorna samtidigt bör förståelsen inte avspeglade sig i intervjusamtalet. För att kvaliteten på intervjun ska bli så god som möjligt krävs träning. Frågorna bör vara korta och konkreta och den inledande frågan bör vara den som skapar intresse för ämnet och samtalet. Det förutsätter att intervjuaren lyssnar aktivt på vad deltagaren berättar för att kunna ställa följdfrågor. På så sätt upprätthålls maximal öppenhet. Det är viktigt att beakta konsekvenserna av att varje följdfråga kan ändra struktur på intervjus förlopp. Om så är fallet kan samtalet hövligt föras tillbaka till relevant ämne (Kvale & Brinkmann, 2009).

En pilotstudie har genomförts för att undersöka om intervjumanualen var tillfredsställande och gav svar på det som önskades. Pilotstudien visade att intervjumanualen och intervjutekniken var tillfredsställande och inkluderades i studien. Pilotstudien bestod av en intervju och studien kom att omfatta ytterligare 11 sjuksköterskor. Intervjuerna genomfördes på avskild plats och varade mellan ca 50-60 min. Intervjufrågorna fokuserade på sjuksköterskornas upplevelse av hur barns smärta bedömdes och lindrades på vårdavdelningen.

## **Genomförande av databearbetning**

Data har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys på manifest och latent nivå enligt Graneheim och Lundman (2004). Manifest nivå innebär att sammanställa det sjuksköterskorna sagt om sina erfarenheter och upplevelser av hur barn smärtbedöms och smärtlindras. Latent nivå i sin tur innebär en mer djupgående analys där textens underliggande meningar tolkas. Graneheim och Lundman (2004) menar att det alltid sker någon form av tolkning av texten när den läses men att den kan vara mer eller mindre djup (a.a).

Intervjuerna har spelats in på en ljudinspelare för att sedan skrivas ut ordagrant på dator. Efter detta har de utskrivna texterna lästs igenom för att få en helhet och djupare förståelse. Detta har lett fram till att författarna har kunnat identifiera meningsbärande enheter vilket är meningar eller fraser som innehåller information utifrån frågeställningarna. Dessa har sedan kondenserats i syfte att göra texten kortare men med samma innehåll. Analysen fortsatte sedan genom att de kondenserade meningsbärande enheterna kodades antingen som ett ord, en mening eller en fras för att kunna hänföras under olika kategorier vilka återspeglar det centrala budskapet i de olika intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet. Slutligen har teman formulerats, där det latent innehåll i intervjuerna framgår (se Figur 1). (Graneheim & Lundman, 2004). Författarnas handledare fungerade som medbedömare och jämförde intervjuerna med temat, kategorierna och underkategorierna som materialet resulterat i och fann en överensstämmelse.

<b>Meningsbärande enheter</b>	<b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>	<b>TEMA</b>
”Lyssna på föräldrarna för det är ju de egentligen som kan barnet bäst, för då lär man sig också.”	Man lär sig av dem	Redskap	Uppmärksammande av barns smärta	Teamarbete och egen kunskap

Figur 1. Schematisk sammanställning av analys

## **Förförståelse**

Eftersom båda författarna är sjuksköterskor och varit verksamma på den avdelning där informanterna rekryterades och har arbetat med flera av dem, fanns erfarenhet och insikt i det informanterna berättade om. Innan intervjuerna och under analysen, förde författarna diskussioner kring förförståelsen för att i möjligaste mån förhindra påverkan från sin kunskap inom det studerade ämnet, den utvalda avdelningens kontext och den kollegiala kändedomen. Kvale och Brinkmann (2009) menar att önskan om att få så mycket kunskap som möjligt och samtidigt respektera personernas integritet är viktigt att vara medveten

om. Enligt Graneheim och Lundman (2008) kan inte forskare distansera sig från fenomenet i kvalitativa studier, utan är istället delaktiga i utformningen av textinnehåll genom interaktion under intervjun. Författarnas förförståelse kan här betraktas som både en tillgång och en nackdel beroende av hur den hanteras i tolkningsprocessen.

## **Etisk avvägning**

När en intervjustudie görs bör forskningsetiska problem som kan uppstå under hela processen beaktas. Syftet med studien bör övervägas och det bör reflekteras över vilka risker och komplikationer deltagarna utsätts för i förhållande till vad slutsatsen av studien kan leda till. (Kvale & Brinkmann, 2009). Tillstånd inhämtades på barnavdelningen av klinikchefen där studien genomfördes.

I Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2012) och Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) 16§, 17§ betonas vikten av respekt för individen och med krav att forskningsmedverkan föregås av informerat samtycke. Det informerade samtycket innebär att deltagaren i studien får information om studiens syfte och att det är frivilligt att delta i studien, att deltagarna i studien när som helst kan avbryta medverkan utan att behöva ange någon förklaring samt att studiens resultat inte kommer att användas i annat syfte än vad det informerats om. Insamlad data förstörs efter att studien examinerats (a.a.). Kvale och Brinkmann (2009) menar att den som ska ge information om studien och be om informerat samtycke inte bör vara den som ska göra studien eftersom det kan påverka sjuksköterskornas eventuella deltagande i studien. Deltagarna informerades om att resultatet av studien redovisas så att deltagarna inte kan identifieras och därför valdes att inte markera citaten i texten med nummer eftersom det var ett så litet antal deltagare (a.a.).

Rådgivande yttrande erhöles från VEN (Vårdvetenskapliga etiknämnden) innan studien påbörjades (Ref. nr. VEN 95-12).

# Resultat

## Bakgrundsfakta

Deltagarna i studien var alla kvinnor och mellan tjugotvå och femtiofyra år (m=39 år). Tiden de varit verksamma som sjuksköterskor varierade från mindre än ett år upp till tjugonio år (m=14 år). Sju sjuksköterskor hade specialistutbildning och fem var grundutbildade. Tiden som specialistutbildad hade stor variation, från sex år till tjuogoett (m=13 år).

Tabell 1. Information om undersökningspersonerna

Ålder (år) (m)	22-54 (39)
Kvinna/Man	12/0
Verksam som sjuksköterska (år) (m)	<1-29 (14)
Verksamma <1år	3
Verksamma 1-10 år	2
Verksamma 10-20 år	2
Verksamma 20-30 år	5
Grundutbildning/Specialistutbildning	5/7
År som specialistutbildad (m)	6-21 (13)

Resultatet analyserades på en manifest nivå enligt Graneheim och Lundman (2004) för att sammanställa det sjuksköterskorna beskrivit. Det innehåller fyra kategorier:

**Uppmärksammande av barns smärta** inkluderande två subkategorier: Beteende förändringar och instrumentell smärtskattning och Samarbete med övrig vårdpersonal och föräldrar. **Kunskapens betydelse i samband med smärtlindring** inkluderande fyra subkategorier: Avdelningsspecifika smärtlindringsmetoder och smärtlindringsläkemedel, Smärtlindrande läkemedelsbiverkningar, Nonfarmakologisk smärtlindring och Varierande läkarkommunikation. **Erfarenhetens betydelse** samt **Förslag till förbättring**.



## Uppmärksammande av barns smärta

### *Beteende förändringar och instrumentell smärtskattning*

Resultatet visade att sjuksköterskorna tyckte att de var duktiga på att uppmärksamma och observera smärta hos barn, men att smärtskatta barnen med smärtskattningsinstrument förekom sällan. Alla sjuksköterskor var eniga om att smärtan hos barn observeras genom att de tittar på förekomsten av olika tecken och genom att ”gå” på sin egen känsla. Trots att sjuksköterskorna var eniga om att det är tecken det tittas efter så skiljer det sig åt vilka tecknen är. Tecken som framkom att sjuksköterskorna observerade var allmäntillståndet, om barnen är oroliga, inte vill äta eller dricka, att rörelsemönstret är annorlunda, gråt, är missnöjda, aggressiva, att barnen är plockiga eller ”uppstissade”. Det sjuksköterskorna var relativt eniga om var att tecken på smärta som ses är barnens ansiktsuttryck, att de är ledsna och att de inte vill röra sig.

*”Jag tycker man är väldigt, generellt sett väldigt observant på barnen...tittar på ansiktsuttryck, kroppsspråk...man är duktig på att se de små tecknen, inte det uttalade med ord, eller verbala, utan det runt omkring. Det är så i min värld ofta barn uttrycker sig, det är inte alltid så uttalat.” [19]*

Några sjuksköterskor beskrev att de smärtskattar barnen och att VAS-skalan används mest, även om det inte är själva VAS-stickan sjuksköterskorna visar för barnen utan att de mer frågar hur ont barnen har mellan 1-10, där 1 är ingen smärta och 10 är den värsta tänkbara smärtan. Två av sjuksköterskorna med kortare erfarenhet berättade att de inte har kommit i kontakt med något smärtskattningsinstrument på avdelningen och att de inte visste var de skulle leta efter det om de skulle behöva använda sig av det.

*”Jag vet faktiskt inte ens var jag om jag nu skulle behöva ett var jag skulle hitta något och information om hur de används och vilka som är bra till vilka åldrar” [17]*

En del av sjuksköterskorna beskrev att de smärtskattar på avdelningen men att det endast är på de större barnen eftersom VAS-skalan inte är bra till barn mellan 3-7, utan det är först när

de kommer upp i ålder som den fungerar. Att barnen i åldern 3-7 år inte smärtskattas har med att göra att de har svårt att uttrycka sig verbalt om sin smärta och att det då blir problem, utan sjuksköterskan får utgå från vad barnet är inlagt för och sedan vad det kan förväntas för smärta i just den situationen.

Smärtskattningsskalor som sjuksköterskorna uppgav att de känner till är framförallt VAS-skalan. Hälften av sjuksköterskorna kände även till ansiktsskalan. En sjuksköterska med lång erfarenhet med barn och barn med smärta tog upp att det finns beteendeskolor att tillgå. En allmän uppfattning bland sjuksköterskorna var att smärtskattningsskalor används för lite och de menade att användandet har "förslappats".

*"Sen så vet jag inte hur många som använder ansiktsskalan till exempel...Det gjorde jag faktiskt lite i början, men inte nu." [11]*

### **Samarbete med övrig vårdpersonal och föräldrar**

Andra sätt som sjuksköterskorna berättade att de har till hjälp vid uppmärksammande av smärta var att barnsköterskan/undersköterskan är mycket inne hos barnen på deras salar och kan lätt se om barnens beteende förändras. Sjuksköterskorna uppgav att de är noga med att rapportera över till barnsköterska/undersköterska/sjuksköterska hur de har uppfattat barnens smärta under sitt arbetspass och att de ibland får prova att ge analgetika för att se om det har en god effekt på barnet och efter det kan de säga att barnet har haft smärta.

På avdelningen finns det en lekterapi där lekterapeuter arbetar, dit kan barnen gå för olika aktiviteter. Sjuksköterskorna menade att ibland låter de barnen vara på lekterapien för att låta lekterapeuterna observera om barnen leker med ett inskränkt rörelsemönster vilket då eventuellt kan tolkas som smärta.

*"...och sen på de mindre barnen kan man ju ibland locka med leksaker och annat för att lite grann se om liksom lekterapien, och se vad det egentligen är som gör ont och inte gör ont. Att faktiskt fler kan observera det liksom under lek, att lura dem lite grann." [11]*

Enligt sjuksköterskorna är barnens föräldrar alltid tillsammans med sina barn och då uppmärksammar föräldrarna barnens smärta, det tyckte de flesta sjuksköterskorna var en tillgång i sin egen smärtbedömning. Sjuksköterskorna menade att det är viktigt att lyssna och lita på föräldrarna, eftersom de känner barnen bäst. Även om de ansåg att föräldrarna till största delen är positiv i smärtskattningen får de som sjuksköterskor vara medvetna om att föräldrarna kan vara oroliga och stressade av situationen av att vara inlagda på sjukhuset och att de har ett sjukt barn. Att deras oro kan förstärka deras upplevelse av sitt barns smärta. De flesta sjuksköterskorna menade att föräldrarnas oro kan överföras på barnen så barnens smärta förstärks och det gäller även om föräldrarna själva varit med om någon smärtsam situation. En av sjuksköterskorna med längre erfarenhet berättade att om föräldrarna är lugna kan det eventuellt resultera i att de inte behöver ge barnet ”maxdos” smärtlindring.

*”Det är klart att om man likt som är en lugn och trygg förälder som man gemensamt smärtlindrar barnet med, så någonstans har man, kanske slipper man ge en tablett om dagen.....den här tryggheten, den här kunskapen som samarbetet som gör att det blir bäst.” [I 11]*

Sjuksköterskorna med längre erfarenhet beskrev att det är viktigt att informera föräldrarna om varför barnet gör som det gör och vilka tecken de kan se för att få en uppfattning av smärtan. Detta eftersom de ansåg att föräldrarna inte alltid förstår att barnen har smärta. Däremot tyckte sjuksköterskorna med kortare erfarenhet inom sjuksköterskeyrket att det är föräldrarna som ser att barnen har smärta mer än vad sjuksköterskorna själva gör. De menar att föräldrarna är ett bra redskap för att rådfrågas och att de kan lära sig av föräldrarna om hur barnen brukar bete sig i vanliga fall i förhållande till situationen på sjukhuset. De med kortare erfarenhet som sjuksköterska menade också att det är föräldrarna som brukar signalera om det behövs ges någon analgetika ”vid behov”.

*”Ibland så tror jag inte föräldrarna förstår riktigt när de verkligen har ont för de tänker så ofta att, nej, men han ligger så stilla att han nog inte har ont, och där har vi en viktig roll att observera det.” [I 6]*

## Kunskapens betydelse i samband med smärtlindring

### *Avdelningsspecifika smärtlindringsmetoder och smärtlindringsläkemedel*

Resultatet visade att bristen på kunskap om vilket läkemedel som är bra att använda till en viss diagnos framställdes vara en svårighet och det framkom olika svar på var information om vilket läkemedel de ska välja kan hittas. Några av sjuksköterskorna menade att det inte finns något specifikt smärt-PM på kliniken eller att de åtminstone inte vet något om det, medan några av de specialistutbildade sjuksköterskorna som har jobbat på avdelningen en längre tid visste att det finns olika PM för de olika klinikerna där smärta är en del av dem.

*”Det finns säkert jättefina PM, men det kan vara så att jag inte är insatt i alla dem, jag vet faktiskt inte. Jag har inte jobbat här så länge så jag vet inte, det finns det säkert.” [I 9]*

*”Där har vi våra PM där det ska stå, just för våra onkologbarn så står där ju klart och tydligt vilka läkemedel man inte ska ge. Där gäller det ju också att uppdatera personalen med utbildning och påminna varandra och kanske även påminna doktorer.” [I 10]*

Flertalet sjuksköterskor beskrev att barnen inte ligger och har ont och någon nämnde att om de inte klarar av att smärtlindra patienten tillräckligt kan smärteamet kontaktas för hjälp, men då blir det oftast tyngre läkemedel ordinerat. Ibland förekom dock vissa svårigheter med smärtlindring relaterat till beläggningen på avdelningen. Om det är mycket att göra så menade några av sjuksköterskorna att smärtan lätt kan bli försummad vilket kan leda till att barnet har ont onödigt lång tid.

*”När det är mycket att göra så kanske barnet har ont onödigt länge. Man får ju ändå bilda sig en egen uppfattning om hur smärta är. Man kanske får rapport från barnsköterskan, men man vill ju ändå själv checka, så är det mycket att göra så kan det kanske bli försummat.” [I 4]*

För att kunna smärtlindra på ett bra sätt berättade sjuksköterskorna att de får börja ta en anamnes och ta reda på vilken sorts smärta barnet har för att kunna bilda sig en uppfattning hur de ska smärtlindra. Målet är att förebygga smärta genom att uppnå en jämn smärtlindring och att det är viktigt för mobiliseringen av barnet. Det ansågs också viktigt att följa upp och utvärdera smärtlindringen. Det framkom av sjuksköterskorna att utvärderingen inte fungerar så bra och ibland kan det glömmas bort att ifrågasätta om smärtlindringen fortfarande behövs eller om den ska sättas ut. Sjuksköterskorna poängterade att det är ju deras ansvar att administrera läkemedlet och utvärdera om smärtlindringen behövs.

*”Man får ju utvärdera om man ger en patient något smärtstillande, så får man ju gå tillbaka och höra så att det hjälper och annars får man ju kanske ge någonting annat. Så att man inte bara ger det och sen så tror man att det är löst.” [I 12]*

Erfarenheterna av hur läkemedlet administreras och önskan hur det borde administreras var jämförbar hos de flesta av sjuksköterskorna. Nästan alla sjuksköterskorna tyckte att man bör ge smärtlindringen regelbundet. Det fanns någon enstaka sjuksköterska som tyckte att det inte alltid behövs ges regelbundet utan att det kan vara olika vid olika situationer. De flesta beskrev att Alvedon<sup>®</sup> ges som bas och att ”vid behovsläkemedel” är bra att ge vid smärttoppar. När det gäller att kombinera läkemedel ansåg de flesta att det är bra att ge antingen Alvedon<sup>®</sup> och Ipre<sup>®</sup> eller Alvedon och OxyNorm<sup>®</sup> som en kombination. Vid kombination med Ipre<sup>®</sup> kan generella ordinationer användas medan en kombination med OxyNorm<sup>®</sup> kräver en läkarordination. OxyNormen<sup>®</sup> kan även ges regelbundet vid hög grad smärta. Det framkom av någon sjuksköterska att Citodon<sup>®</sup> ibland används och att OxyContin<sup>®</sup> ibland används morgon och kväll med bra effekt. De flesta sjuksköterskorna uppgav att de ger mest smärtlindring **per os** och att det är det bästa för barnet. Injektioner ansågs ge en snabbare effekt och kan vara bra till barn som varit utsatta för trauman men att effekten är så kortvarig framställdes negativt.

*”Vi har ju rätt bra möjlighet att kunna ge olika kombinationer och vi har ju ett tillåtande tänk att vara generösa med smärtlindring även starkare morfinpreparat när det behövs. Det står ju ibland inskrivet dessutom att man ska ge i samband med olika tillstånd, vid brännskador eller när barnet är i*

*sträck och så hör det till att man ska stå på detta så att man kan förebygga smärta. För det är det som är A och O, att man förebygger smärta.” [I 6]*

Sjuksköterskorna tyckte att smärtlindringen har en positiv effekt på barnet genom att det blir en stor skillnad gällande rörlighet, leklust, humör, mat- och dryckesintag och att effekten syns på barnet bara man tittar på det.

*”Det är ju rätt så stor skillnad ibland på de barnen som har väldigt ont. Att de blir väldigt mycket mer rörliga, piggare och de blir liksom ett helt annat barn när de inte har ont. De kan ju leka och få lite mer kvalité på tiden som de är här.” [I 3]*

### **Smärtlindrande läkemedels biverkningar**

De flesta sjuksköterskor med specialistutbildning poängterade att det är viktigt att vara uppmärksam på biverkningar och ha det i beaktande när smärtlindring ges medan de nyare sjuksköterskorna inte tänkte så mycket på biverkningar och att de upplevde att det är svårt att veta allt som kan uppstå. Det kunde finnas en rädsla för biverkningar emellanåt och sjuksköterskorna berättade att de har respekt för opioider och att de tänker till två gånger innan de administrerar det, det är inte bara att ”ösa på”. Dock menade sjuksköterskorna inte att barnen brukar må dåligt på OxyNorm<sup>®</sup> utan de är mer osäkra på vilken dos och vilka intervaller det ska ges.

*”Det tänkte man väl i början när man började jobba, liksom att det är starka medel, men jag menar samtidigt så är man ju väldigt restriktiv kring det och det känner jag när man pratar med nya syrror som frågar väldigt mycket om hur ofta man kan upprepa det och hur mycket man kan ge och så där och då tycker jag liksom ändå att provar man ut till en början så brukar man kanske börja smått både utifrån dos och hur ofta man ger det.” [I 1]*

De med kortare erfarenhet kunde känna en rädsla för att ge läkemedlet för ofta eftersom det ofta sätts in vid behov av läkaren och tiderna när det ska ges får själv bestämmas. Det fanns också en oro för att opioider ska dölja andra symtom. Det var ungefär lika många

sjuusköterskor som uppgav att biverkningarna gör att de är mer restriktiva med att ge smärtlindring som de som uppgav att de är frikostiga med att ge det för behövs det ska barnen också få det. Alvedon<sup>®</sup> sågs inte vara så farligt att ge eftersom det inte ges i tillräckligt höga doser så det kan orsaka eventuella leverskador, medan en av sjuusköterskorna berättade att morfin kan vara lite obehagligt eftersom hon inte riktigt vet hur barnet reagerar på läkemedlet. De mer erfarna sjuusköterskorna ansåg att deras trygghet i att administrera läkemedlet har kommit med tiden och att den inte fanns där när de var nyanställda sjuusköterskor.

*”Man blir lite mer restriktiv. Sen har de jätteont så har man ju inte mycket val, de ska ju inte gå runt och ha ont heller.” [I 8]*

Förstoppning, andningsdepression och illamående var de vanligaste biverkningarna de tänkte på. Dessa biverkningar uppgavs vanligast vid opioider men de upplevde att Citodon<sup>®</sup> också ofta orsakar illamående. Förstoppning var en biverkning sjuusköterskorna ofta tänkte på att förebygga med hjälp av andra läkemedel eller metoder. Beroende och förvirring är inte lika förekommande men de hade det ändå i bakhuvudet. Det var en sjuusköterska som poängterade att det är viktigt att övervaka barnet om det blir allmänpåverkat, trött eller sederat. Många tog upp att Ipre<sup>®</sup> inte ska ges vid vissa tillstånd t.ex. vid pyelonefrit, cancer och andra lättblödande sjukdomar. De mer erfarna sjuusköterskorna berättade att de tänker på barnets vikt och grundsjukdom innan de ger smärtlindring och att det är viktigt att trappa ut så paracetamol inte ges i högdos för länge. Några sjuusköterskor menade att om det förekommer mycket biverkningar kan preparatet bytas ut.

*”Alvedonet tänker jag inte så mycket på, men morfinpreparaten så förklarar man att de kan må lite illa eller bli dåliga i magen eller hårda och så, men det tänker man mer på än de vanliga som ges hela tiden här.” [I 7]*

*”....högdos paracetamol till exempel. Ibland kan man ju faktiskt hitta de som står på det mer än två tre dygn och det är ju, då har man tappat den där känslan, respekten av faktiskt de läkemedel som vi tror är lätta och som vi hanterar oehört mycket eller dagligen egentligen, det känns som en risk faktiskt.” [I 11]*

## *Nonfarmakologisk smärtlindring*

Sjuksköterskorna med kortare anställningstid på avdelningen nämnde alternativa behandlingar som smärtlindring. De beskrev att värmedyna, avslappning, massage och att få prata med någon kan vara effektivt på smärta. En mer erfaren sjuksköterska menade att de vinner mycket på att preparera barnen om det ska utföras någon undersökning eller behandling som kan orsaka smärta. Många nämnde att det finns andra sätt att lindra smärtan och avledning, miljöombyte och liggställning kunde också spela stor roll för barnet. De menade att det är viktigt att tänka på aspekter runt om smärtan.

*”Ibland är det kanske ändå så att det är andra grejer som behövs, man behöver kanske gå ut från rummet, man kanske kan avleda dom på något annat vis....de är kanske rädda för någonting som man behöver prata igenom istället. Det är ju kanske inte bara smärtan, det kan ju vara annat också”. [I 5]*

## *Variérande läkarkommunikation*

Sjuksköterskorna berättade att läkarna ordinerar olika smärtlindring beroende på diagnos och från vilken klinik de kommer från. Sjuksköterskorna beskrev att det skiljer sig mycket i hur läkare från opererade kliniker ordinerar smärtlindring och sjuksköterskorna ansåg att det fungerar bra med en del läkarordinationer och mindre bra med andra. De tyckte att läkarna har delade meningar om hur smärtlindring ska utföras och att de ofta brukar fråga sjuksköterskan vilket läkemedel de tycker ska användas.

*”Till exempel om man kommer in som en brännskada, jag menar, är det inte ens självklart att de fått Alvedon och OxyNorm innan de kommer hit här utan det ska dem få här och då blir dem kanske jättepigga när dem har fått det och sen kan dem kanske gå hem. Istället för att göra en vettig bedömning likt som redan på akuten. Så att jag tycker nog att kirurgerna har inte riktigt det med sig hur man ska smärtstillas.” [I 1]*

Det framkom att sjuksköterskorna trodde att en del av läkarna på de opererande klinikerna är lite osäkra på att ordinera smärtlindrande läkemedel till barn. Allmänt tyckte sjuksköterskorna att det verkade som att nyutbildade läkare har en rädsla för att ordinera smärtlindrande



läkemedel till barn och att de oftast ordinerar en för liten dos i förhållande till barnets vikt.

Läkarna är inte inne hos barnen så mycket som sjuksköterskan och då menade de att läkarna inte har så stor koll på hur smärtlindringen borde utföras. Enligt några sjuksköterskor får läkarna påminnas om att ordinera smärtlindrande, ibland får de till och med vara riktigt envisa och inte ge sig för att få något smärtlindrande ordinerat. Dock framkom det att läkarna oftast lyssnar på sjuksköterskorna men tillhör läkarna inte barnkliniken är det svårare att föra en diskussion med dem.

*”...att man hade vetat lite mer om olika sjukdomstillstånd, vilket smärtstillande som egentligen är bäst så att man kan bolla med läkarna....jag är ju ny här så jag vet inte om det finns, alltså dom som har jobbat länge här, dom vet ju lite mer sånt men jag personligen hade tyckt att det hade varit bra.” [19]*

I dagsläget ansåg sjuksköterskorna ändå att de opererande klinikernas läkare har förbättrat sina ordinationer, förr kunde barnen läggas in med en helt tom läkemedelslista.

När det gäller de planerade inläggningarna tyckte sjuksköterskorna att läkarna är duktiga på att ordinera i förväg, att det redan är läkemedel insatta på läkemedelslistan när barnet blir inskrivet på avdelningen.

## **Erfarenhetens betydelse**

Det framkom att många specialistutbildade sjuksköterskor ansåg att de har kompetensen och utbildningen att upptäcka, åtgärda och följa upp barnets smärta. De menade att erfarenheten är viktig för det är sjuksköterskans sak att kunna säga till läkaren från andra kliniker vad för smärtlindring vi brukar ge och om det har bra effekt på barnet. Smärtlindring kan diskuteras mer med läkaren om kunskap till ämnet finns. De mer erfarna sjuksköterskorna poängterade att erfarenhet är något som de får efter hand och med erfarenheten ses andra saker och smärta är lättare att bedöma. Att de lär sig mer att se på barnen och att de får en så bra blick att de inte måste använda skalorna för att bedöma smärtan, men att det nog inte är helt fel att ha skalorna som stöd för att veta vad det ska tittas på.

*”Vi har ju en viktig roll både den här biten att du ska observera när barnet har ont och du ska också då registrera det, men framför allt ge barnet smärtstillande och sen följa upp det när du har gett smärtstillande. Så du har en enormt viktig roll här.....det är ändå din upplevelse som trots allt får vara den viktigaste.....vi får också vara kunniga och se saker.” [16]*

En av de mest erfarna sjuksköterskorna ställde sig frågan vad de nya sjuksköterskorna egentligen går efter när de ska välja läkemedel och när de ska ge smärtlindring enligt generell ordination. Att det inte är någonting sjuksköterskor får någon utbildning i utan de får lära sig när de har sin bredvidgång och det är ingen speciell punkt som bockas av på någon lista. Sjuksköterskorna med kortare erfarenhet beskrev att det finns en osäkerhet eftersom de inte jobbat så länge, men om de är osäkra kan de prata med läkaren eller en kollega. De beskrev också att det finns kunskap de inte har på grund av så liten erfarenhet och hälften av de icke specialistutbildade sjuksköterskorna har aldrig använt några smärtskattningsinstrument. En av sjuksköterskorna med kortare erfarenhet beskrev att det var ett stöd att ha med sig en van barnsköterska vid bedömningen av smärta. Två av sjuksköterskorna kom in på evidensbaserad kunskap varav den ena menade att det finns artiklar som kan sökas för att hålla sig uppdaterad och den andra menade att det säkert finns forskning hon inte är så insatt i.

*”Det är ju viktigt att ta reda på vad det är som gäller, de nya rön. Det kommer ju väldigt mycket nytt på marknaden på vad som gäller. Olika sätt att ge läkemedel. Vi kanske borde uppdatera oss mer.” [16]*

## **Förslag till förbättring**

Sjuksköterskorna önskade att de skulle bli bättre och snabbare på att administrera vid behovs läkemedel. De önskade också att alla ska smärtskatta likadant, att de använder smärtskalor så de har någonting att utgå från och att de följer upp sina åtgärder och utvärderar. Detta för att smärtskattningen inte enbart ska baseras på erfarenhet utan på något mer konkret. Utvärderas smärtlindringen kontinuerligt så finns ett underlag att visa för läkaren att smärtlindringen fungerar eller att den inte fungerar.

Genom att prata mer om smärta, stötta varandra och ta upp det på rondan, utbilda och

uppdatera personalen kan det leda till bättre smärtomvårdnad och smärtbehandling. Vid information om smärtlindring önskade sjuksköterskorna att de får mer kunskap i hur olika preparat kombineras och att de blir säkrare på att prata med och råda föräldrarna i smärta och smärtlindring samtidigt som de lyssnar och är lyhörda på föräldrarnas upplevelser.

*”Jag kan nog tycka att det hade varit bra att alla blev bättre på smärta i allmänhet för att sedan kunna informera både patienterna och föräldrarna.”*  
[I 2]

Någon sjuksköterska tog upp att det är viktigt att ta reda på nya rön, att det finns möjlighet till olika administreringsätt. Hon tyckte också att det borde användas samma läkemedelsnamn som Apoteken använder för att undvika förvirring hos föräldrarna när de ska hämta ut läkemedel. En sjuksköterska berättade att Insuflon bör användas mer när det ordinerar subcutana injektioner som smärtstillande, då behövs det inte stickas varje gång läkemedlet ska administreras.

Sjuksköterskorna med kortare erfarenhet hade en önskan om att få mer information om biverkningar, olika kombinationer och vilket läkemedel som ska ges vid olika diagnoser. Några sjuksköterskor önskade fler generella ordinationer på analgetika, någon har specificerat det till att hon önskar mixtur OxyNorm. De flesta sjuksköterskorna uppgav att smärtlindringen borde vara ordinerad på tider, jämnt fördelat över dygnet.

*”...det skulle kunna vara bättre om man har ett barn med smärta, att det sätts in regelbundet på listan. Och generell ordination ska man ju inte använda mer än till närmsta rondtid egentligen så det är bättre att sätta in det så alla gör likadant.”* [I 10]

En del sjuksköterskor önskade att det skulle finnas PM, smärthandbok eller några slags riktlinjer för hur smärtlindring ska väljas och administreras. Någon gav uttryck för att det borde finnas någon sjuksköterska som är mer specialiserad på smärta och att det kunde finnas en bättre metod på att mäta smärta.

Den latent analysen ledde fram tolkningen av ett huvudtema, **Teamarbete och egen kunskap**, då det framkom att de bästa förutsättningarna för smärtbedömning var vikten av samarbete och utnyttjande av tvärprofessionellt samarbete och egen kunskap.

Sjuksköterskorna tog hjälp av varandra och barnsköterskorna, läkarna och föräldrarna fungerade som ett redskap.

### **Teamarbete och egen kunskap**

Sjuksköterskorna upplevde att barnsköterskan och lekterapeuterna var en stor hjälp i uppmärksammandet av smärta. Sjuksköterskorna med kortare erfarenhet upplevde att det är mer föräldrarna som ser att barnen har ont än vad de själva gör vilket kan bero på att de inte var redo att enbart med observationer bedöma barnens smärta. Att sjuksköterskorna med kort erfarenhet också upplevde att de förlitar sig på föräldrarna när smärtlindring behövs sågs vara en osäkerhet på den egna förmågan och att det finns ett värde i att ha föräldrarna till hjälp. Det beskrevs också att föräldrarnas känslor förs över till barnet och att det kan få positiva effekter med lugna föräldrar vilket sågs som att sjuksköterskorna tycker det är viktigt med föräldrastöd eftersom det kan minska behovet av smärtlindring.

Resultatet visade att sjuksköterskorna sällan använde smärtskattningsinstrument. Detta tolkades som att sjuksköterskorna har observerat så många barn med smärta att de kände sig säkra på att se smärtan utan något smärtskattningsinstrument. Vidare kan detta ses vara något de lär sig med tiden. En del sjuksköterskor kände till alternativa smärtskalor men att den kunskapen inte är spridd på avdelningen tolkades vara att smärta inte ses som något uttalat problem. Detta sågs också som att sjuksköterskorna med längre erfarenhet har en trygghet i att observera barnen och när det kommer nya sjuksköterskor som ska gå bredvid lärs enbart observationerna ut som sätt för bedömning.

De flesta sjuksköterskorna administrerade smärtlindring på liknande sätt både gällande tider, kombinationer och val av administreringsätt vilket kunde ses som att det fanns ”tyst” kunskap bland sjuksköterskorna och att de lärde och hjälpte varandra eftersom smärtlindringsstrategin såg likadan ut hos sjuksköterskor med kortare och längre erfarenhet.

Sjuksköterskor med längre erfarenhet upplevde att erfarenheten är viktig och att den kommer med tiden, den gör att de kan diskutera med läkaren och att de får en ”känsla” för att smärtbedöma ett barn. De med kortare erfarenhet upplevde en osäkerhet på grund av kort erfarenhet, men att de kunde fråga både läkare och andra kollegor om de skulle vara i behov av råd. Sjuksköterskorna upplevde att kontakten med läkarna från opererande kliniker var sämre än med barnläkarna och att ansvaret i val av läkemedel och tillräcklig dos emellanåt föll på sjuksköterskorna vilket speglade bristande teamarbete mellan de olika klinikerna.

Erfarenheten spelade stor roll för alla och att sjuksköterskorna med kortare erfarenhet fann en trygghet i att fråga om hjälp. Sjuksköterskor med längre erfarenhet kände en stolthet i att ha ”känslan” för det är ingenting de menade att de kan utbilda sig i att få. Det uttrycktes att smärtskattningsskalorna var bra att ha som ett stöd oavsett vilken erfarenhet sjuksköterskorna hade. Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att prata mer om smärta, stötta varandra, ta upp det på rondan och utbilda personalen för att få en bättre vård i samband med smärta, detta kan vara en önskan om en bättre kommunikation vilket kan leda till ytterligare bättre teamarbete.

## Diskussion

### **Diskussion av vald metod**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av smärtbedömning och smärtlindring hos barn – Barn 3-7 år. Då forskningsfältet sågs som föga belyst i Sverige var det angeläget att undersöka svenska sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser. En kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer användes eftersom det tycktes vara den mest lämpade undersökningsstrategin med tanke på att det var erfarenheter och upplevelser som skulle undersökas. Studiens resultat visar på variation och fyllighet i svaren som troligen inte hade kunnat uppnås genom t.ex. enkätundersökning.

Tjugosju personer tillfrågades om deltagande i studien. Eftersom ingen omedelbart bevarade förfrågan valdes i samråd med avdelningschefen och sjuksköterskorna att författarna skulle komma till avdelningen vid tre olika tillfällen och intervjua alla sjuksköterskor som arbetade dessa dagar. Det kan tolkas som att deltagandet inte var helt frivilligt eftersom författarna var kollegor till deltagarna så kanske deltagarna hade svårt att säga nej och kände sig tvungna att ställa upp. Dock upplevdes det inte så av författarna för deltagarna var väldigt positiva till att delta och tyckte det skulle bli spännande. Det resulterade i 12 intervjuer inklusive pilotstudien. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är 10 till 15 informanter ett rekommenderat antal i kvalitativa studier.

Båda författarna var med under samtliga intervjuer och hjälptes åt att ställa frågor och följdfrågor. Detta kunde kanske få deltagaren att känna sig i underläge, men författarna tyckte att det skulle stärka intervjun och analysen eftersom båda kunde vara med och ställa följdfrågor och båda hade hört vad deltagaren svarat. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det lika viktigt att lyssna aktivt som att behärska frågetekniken (a.a.). Dessutom minskade det risken för att förförståelsen skulle påverka analysen eftersom författarna kunde påminna varandra om den. Dock finns det alltid en risk att resultatet färgas av förförståelsen och kunskapen författarna har. Graneheim och Lundman (2004) menar att det inte behöver ses som någonting negativt, men att det är viktigt att forskaren framhåller denna aspekt (a.a.). Vikt lades vid att skapa en atmosfär av samtal och inte av intervju. Ju mer intervjuerfarenhet författarna fick desto mer togs hänsyn till att använda tystnaden, ögonkontakt och nickningar som redskap för att föra intervjuerna framåt. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det viktigt att hantera tystnaden i intervjusituationen för att informantens berättelse ska vara fri och inte störas av nya frågor (a.a.). Intervjuerna varade 50-60 minuter, vilket ansågs vara adekvat för den här typen av intervjuer. Det upplevdes dock som lång tid för deltagarna eftersom de fick intervjuas på arbetstid och kände sig stressade eftersom det inte fanns någon annan som kunde göra deras uppgifter under den tiden. 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 som inte var värtaliga tillförde resultatet viktiga aspekter.

Då det är en deskriptiv studie som används när det finns relativt stor kunskap inom forskningsområdet men där delar behöver belysas tydligare, t ex saknades det svenska studier inom ämnet (Polit & Beck, 2006) och därför togs en egen intervjuguide fram för att syftet skulle kunna besvaras. I början upplevdes svårigheter att ställa följdfrågor för att inte leda intervjun i någon riktning, men efterhand blev situationen mer bekväm och samtalen blev mer avslappnade. Det var tydligt att deltagarna var lite spända och nervösa i början av intervjuerna men allteftersom intervjun fortgick blev de mer pratsamma. Det sågs som en fördel att inleda med en fråga som utgår från att sjuksköterskorna ska berätta om sina upplevelser för att öppna upp för en öppen konversation.

För att analysera det transkriberade materialet valdes Graneheim och Lundmans (2004) manifesta och latenta innehållsanalys. Analysprocessen pendlar fram och tillbaka och sker inte enbart stegvis (a.a). Det sågs som en fördel, med denna metod, att kunna gå tillbaka till materialet under pågående analys för att försäkra sig om att författarna behöll helhetsintrycket och inte övertolkade eller fragmenterade innehållet.

Med tanke på att författarna och deltagarna var arbetskamrater var det etiskt viktigt för författarna att tydliggöra sin roll för deltagarna, vilket gjordes innan intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009). För sjuksköterskorna fanns risk att de inte vågade berätta hur vården verkligen upplevdes, att de inte ville klaga på hur vården gavs på deras avdelning eftersom de var kollegor till författarna av studien. För att undvika detta informerade författarna sjuksköterskorna att författarnas roll inte var i den kliniska verksamheten just i detta skede och att syftet inte var att jämföra sina kollegor. En möjlig positiv effekt med studien var att få beskriva sina erfarenheter och upplevelser om behovet av att förändra rutiner till det bättre fanns eller om de ville att det skulle komma fram att smärtskattningen och smärtlindringen av barn 3-7 år fungerade bra på avdelningen. Resultatet av studien kan komma att användas för förbättringar på den egna enheten. Innan varje intervju informerade författarna deltagarna att det som sades under intervjun stannade mellan parterna. Under författarnas studieår har det anställts nya sjuksköterskor, varav alla deltog i studien.

För att värdera en kvalitativ innehållsanalys kan begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet användas (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdigheten stärks genom en ärlig redovisning av analysens alla steg (Kvale & Brinkmann, 2009). Redovisning av analysprocessen presenteras i denna studie i metodbeskrivningen. Trovärdigheten stärks av

variationen avseende informanternas, ålder, år som verksam sjuksköterska, utbildning och år som specialistutbildad sjuksköterska. Trovärdigheten kan också stärkas genom att förutsättningarna för ett fritt berättande optimeras. Vid en del intervjuer kunde miljön upplevas stressande eftersom det skedde under arbetstid och sjuksköterskan hade svårt att lämna över sitt arbete samtidigt som de inte behövde stanna kvar efter arbetstidens slut för att intervjuas.

Tillförlitligheten i denna studie stärks av att handledaren har varit medbedömare och jämförde intervjuerna med temat, kategorierna och underkategorierna som materialet resulterat i och fann en överensstämmelse. Det kan diskuteras om en så kallad validering med hjälp av experter ökar resultatets värde eller inte. Eftersom en upplevelse av verkligheten alltid är subjektiv så kan resultatet vara giltigt fastän bedömningarna inte överensstämmer mellan forskare och medbedömare. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar dock att det är värdefullt att personer, som är insatta i forskning och i ämnet, granskar om koder och kategorier överensstämmer med text, benämningar och tolkning (a.a.). Enligt Graneheim och Lundman (2004) underlättas överförbarheten av en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och studiens kontext samt av ett resultat med passande citat utifrån vilka läsaren kan avgöra om resultaten är överförbara till andra kontexter eller inte (a.a.). Informanterna i denna studie var alla från en allmän barnavdelning som innefattar alla specialiteter vilket ökar möjligheten till överförbarhet av resultatet till andra barnavdelningar.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan inte forskare distansera sig från fenomenet i kvalitativa studier, utan är istället delaktiga i utformningen av textinnehåll genom interaktion under intervjun. Författarnas förförståelse kan här betraktas som både en tillgång och en nackdel (a.a.). Under studiens bearbetning diskuterade författarna fortlöpande sin egen förförståelse men det visade sig att förförståelsen till viss del bekräftades när det gällde att det fanns svårigheter med smärtbedömning och smärtlindring för barn i berörda åldrar.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Studien visar vikten av gott samarbete mellan professionerna, med läkarna för att ge barn tillfredställande smärtlindring, med föräldrarna vid problem med smärtbedömningen och med undersköterskor då det var lättare att ge bra smärtlindring när alla bidrog med sin kunskap om



barnets smärta. De intervjuade sjuksköterskorna hade som helhet en positiv upplevelse av smärtlindring och smärtbedömning, men tyckte att de kunde bli mycket bättre.

Sjuksköterskornas erfarenhet gjorde det lättare för dem att förstå barnens situation och fick dem att välja ett visst sätt att behandla. Deras attityd var att barnen hade rätt till smärtlindring vilket verkade underlätta smärthanteringen, men att smärtbedömningen inte ansågs viktig var ett hinder. Om det fanns rutiner och riktlinjer att följa så skulle det ha underlättat. Detta kan jämföras med Gimbler-Berglund, Ljusegren och Enskärs (2008) studie som också beskriver att sjuksköterskornas erfarenheter och attityder, samt rutiner på avdelningen underlättar smärtbedömningen. World Health Organization (WHO, 1999) menar att teamarbete främjar en säkrare vård och minskar stress hos arbetstagarna. Bedrivs arbetsplatsen i en anda av teamarbete leder det till bättre sociala relationer mellan kollegerna och bättre produktivitet (a.a.). Bättre produktivitet kan innebära i denna studie att barnen är bra smärtlindrade och kan bli utskrivna tidigare.

Vikten av egen kunskap kan stärkas av Raeburn och Rootmans (1998) begrepp empowerment som innefattar fem centrala komponenter som: kontroll, kompetens, självförtroende, bidragande och deltagande. Med kontroll menas att omgivningen kan påverkas av individen. Kompetens syftar på förmågan att på ett tillfredställande sätt utföra handlingar. I resultatet kan ses att kontroll och kompetens hör ihop och att det är erfarenheten som ger sjuksköterskorna känslan av kontroll och kompetens. Självförtroende är en uppfattning av inre styrka och självkänsla och i resultatet framkom att den egna kunskapen ökar självförtroendet. Begreppet bidragande innebär att det finns värdefull kunskap att delge sin omgivning och detta visade sig i resultatet genom att sjuksköterskor såg sig själva som en värdefull resurs. Deltagande innebär att individen har tagit steget till att se sig själv i ett större sammanhang och i ett vidare perspektiv som kan ses i resultatet genom ansvarstagande och att delge sin kunskap och ta del av andras upplevelser och erfarenheter.

Sjuksköterskorna visade på att de tog ett stort ansvar för barnens smärtbehandling genom att de såg sig som barnens ”förlängda arm”. Tidigare forskning (Gimble-Berglund, Ljusegren & Enskär, 2008, Twycross & Collins, 2011 & Twycross, 2010) visar på företeelser som hindrade sjuksköterskor från att bedöma och hantera smärta så bra som de skulle vilja och företeelser som sjuksköterskorna kände skulle hjälpa dem, vilket också framkommer i denna studie. Hindrande kunde vara bristen på kunskap, rädslan för överdosering, brist på åldersanpassade smärtskattningsinstrument, tidsbrist och hög arbetsbelastning. Hjälpan

kunde vara att använda smärtskattningsskalor, att utvärdera efter läkemedelsadministrering, att ta anamnes på patienten, ha mer tid, undervisning om smärta, föräldramedverkan i smärtomvårdnaden och att ha bättre verktyg för bedömning.

Egenskaper som kunskap och arbetserfarenhet lyftes fram som betydelsefulla för smärtbedömningen. De yngre sjuksköterskorna var grundutbildade och hade inte lika många verksamhetsår inom yrket, men hade trots detta relevanta synpunkter inom ämnet och kom med argument som var adekvata och unika för just dem. Det märktes i deras svar att de kom nyutexaminerade med ett nytt sätt att tänka. Samtidigt präglades deras sätt att hantera smärtbedömning och smärtlindring under deras bredvidgång av sjuksköterskorna med längre arbetslivserfarenhet. Deltagarna med längre erfarenhet var de som hade egna barn och det kan i sin tur ha påverkat bedömningen av barns smärta, men detta framkom inte i intervjuerna.

### *Konklusion och klinisk implikation*

Resultatet visar en övergripande mening av vikten av teamarbete mellan sjuksköterska – förälder, sjuksköterska – sjuksköterska och sjuksköterska – andra professioner. Teamarbete kan leda till minskad stress, bättre sociala relationer, säkrare vård och bättre produktivitet (WHO, 1999), vilket kan ha betydelse för hur väl barn blir smärtbehandlade på barnavdelningar.

Sjuksköterskorna hade många idéer om hur smärtbedömningen och smärtlindringen kunde bli bättre vilket visar att de var medvetna om att det fanns en brist på kunskap och rutiner gällande barn med smärta som de önskade skulle bli bättre. Därför planerar författarna att ta fram ett nytt smärt-PM innehållande information hur smärta kan te sig i förhållande till olika diagnoser, lämpliga val av läkemedel enligt WHO:s ”smärtrappa”, förekommande biverkningar och hur man kan förebygga dessa. En ytterligare förbättring kan bli att all personal gemensamt beslutar om vilken smärtskattningsskala som ska användas och det sedan bör inkluderas i PM:et. Vidare kan studien leda fram till information om hur den aktuella smärtskattningsskalan som finns på avdelningen fungerar och med placering så den finns tillgänglig för alla.

## Referenser

Berntzen, H., Danielsen, A., Almås, H. (2011). *Omvårdnad vid smärta*. I H. Almås, D-G Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad del 1* (s. 358-361). Stockholm: Liber.

Björklund, L. (2001). *Etik och smärta*. I G. L Olsson., L. Jylli. (Red.), *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 433-439). Lund: Studentlitteratur AB.

De Tovar, C., L Von Baeyer, C., Wood, C., Alibeu, J-P., Houfani, M., Arvieux, C. (2010). Postoperative self-report of pain in children: Interscale agreement, response to analgesic, and preference for a faces scale and a visuale analogue scale. *Pain Research & Management : Journal of the Canadian Pain Society*, 15(3), 163-168.

Franck, L S., Cox, S., Allen, A., Winter, I. (2004). Parental concern and distress about infant pain. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 89, 71-75.

Garland, L., Kenny, G. (2006). Family nursing and the management of pain in children. *Paediatric Nursing*, 18(6), 18-20.

Gimble-Berglund, I., Ljusegren, G., Enskär, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Paediatric Nursing*, 20(10), 21-24.

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.

Haegerstam, G. (2008). *Smärta – ett mångfacetterat problem*. Lund: Studentlitteratur.

Hawthorn, J., Redmond, K. (1999). *Smärta – bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Hong, S.S., Murphy, S.O., Connoly, P.M. (2008). Parental satisfaction with nurses communication and pain management in a pediatric unit. *Pediatric Nursing*, 34(4), 289-293.

International Association for the Studie of Pain. (1979). Subcommittee on taxonomy: pain terms. A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.

Jakobsson, U. (2010). Att mäta smärta med VAS-skalan – ett bra verktyg eller mest bekymmer? *Smärta*, 2004(1), 8-9.

Jylli, L. (2001). *Smärtbedömning och skattning*. I G. L. Olsson., L. Jylli (Red.), *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 119-140). Lund: Studentlitteratur AB.

Kotesluoma, R-L., Nikkonen, M. (2008). ”You Have to Make the Pain Go Away” - Childrens Experiences of Pain Management. *Pain Management Nursing*, 9(4), 143-149.  
doi:10.1016/j.pmn.2008.07.002

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lundeberg, S. (2001). *Farmakologi: opioider*. I G L. Olsson & L. Jylli (Red.), *Smärta hos barn och ungdomar* (s. 155-156). Lund: Studentlitteratur AB.

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I M. Granskär., B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur AB.

Monitto, C L., Greenberg, R S., Kost-Byerly, S., Wetzel, R., Billett, C., Lebet, R-M., Yaster, M. (2000). The Safety and Efficacy of Parent-/Nurse-Controlled Analgesia in Patients Less than Six Years of Age. *Anesthesia and Analgesia*, 91, 573-579.

Nordisk förening för sjuka barns behov. (u.å.). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*. Hämtad den 16 maj, 2012 från:  
<http://www.nobab.se/standard/nobabstandards.pdf>

Norrbrink, C., Lundeberg, T. (Red.). (2010). *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing Research - Principles and Methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Raeburn, J., Rootman, I. (1998). *People – centred health promotion*. Chichester: Wiley.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad den 17 december, 2012 från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm>

Simons, J., Frank, L., Roberson, E. (2001). Parent involvement in children's pain care: Views of parents and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 591-599.

Simons, J. (2002). Parents' support and satisfaction with their child's postoperative care. *British Journal of Nursing*, 11, 1442-1449.

Svensk sjuksköterskförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*.

Hämtad den 16 maj, 2012 från:

<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompetensbeskrivn%20barn.pdf>

Tomlinson, D., Von Baeyer, C L., Stinson, J N., Sung, L. (2010). A Systematic Rewiew of Faces Scales for the Self-Report of Pain Intensity in Children. *Pediatrics*, 126, 1168-1198. doi:10.1542/peds.2010-1609.

Twycross, A. (2010). Managing pain in children: where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2090-2099. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03271.x

Twycross, A., Collins, S. (2011). Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain. *Pain Management Nursing*, 1-9.

doi:10.1016/j.pmn.2011.10.007

UNICEF. (u.å.). *Barnkonventionen*. Hämtad den 2 maj, 2012 från:

<http://unicef.se/barnkonventionen>

Van Hulle Vincent, C., Denyes, M J. (2004). Relieving Children's Pain: Nurses' Abilities and Analgesic Administration Practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(1), 40-50.

doi:10.1016/j.pedn.2003.09.006

Van Hulle Vincent, C., Wilkie, D J., Szalacha, L. (2010). Pediatric Nurses' Cognitive Representations of Children's Pain. *The Journal of Pain*, 11(9), 854-863.

Voepel-Lewis, T., Merkel, S., Tait, A R., Trzcinka, A., Malviya, S. (2002). The Reliability and Validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Observational Tool as a Measure of Pain in Children with Cognitive Impairment. *International Anesthesia Research Society*, 95, 1224-1229.

Von Baeyer, C L. (2006). Children's selfreports of pain intensity: Scale selection, limitations and interpretation. *Pain Research & Management : the Journal of the Canadian Pain Society*, 11(3), 157-162.

Walker, P C., Wagner, D S. (2003). Treatment of Pain in Pediatric Patients. *Journal of Pharmacy Practice*, 16(4), 261-275. doi:10.1177/0897190003258505

World Health Organization. (1999). *HEALTH 21 – The health for all policy framework for the WHO European Region*. Danmark: World Health Association Regional Office for European Copenhagen. Hämtad den 19 december, 2012 från:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

World Health Organization. (2012). *WHO:s pain ladder*. Hämtad den 19 oktober, 2012, från: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

World Medical Association. (2012). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad den 20 mars, 2012 från:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Zhou, H., Roberts, P., Horgan, L. (2008). Association between self-report pain ratings of child and parent, child and nurse and parent and nurse dyads: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 334-342.

## INTERVJUGUIDE

**Bakgrundsfrågor**

Sjuksköterskans ålder \_\_\_\_\_

Kön \_\_\_\_\_

Sjuksköterskans erfarenhet i tid \_\_\_\_\_

Grundutbildning/Vidareutbildning \_\_\_\_\_

Antal år som vidareutbildad \_\_\_\_\_

**Intervjuområden***Smärtbedömning/skattning*

Berätta om din upplevelse av hur barns smärta uppmärksammas på avdelningen

- observationerna av barnets smärta
- alternativa smärtbedömningsinstrument
- sjuksköterskans roll i smärtbedömningen/smärtskattningen
- förbättringar i smärtomvårdnaden

*Smärtlindring*

Berätta om din upplevelse av smärtlindringens effekt hos barnen på avdelningen

- smärtlindringsstrategin – regelbundenhet, vid behov, förhindrande av smärttoppar
- val av läkemedel
- tillfredsställelsen med smärtlindringen
- ev. biverkningar
- förändringar/förbättringar för smärtlindring

*Föräldrarnas betydelse*

Berätta om din upplevelse av att använda föräldrarna som ett redskap i smärtbedömningen och smärtlindringen.