



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och upplevelser av smärtsamma
procedurer på barn

Kvalitativ intervjustudie

The nurse's experience and knowledge of painful procedures on
children

Qualitative interview studie

Författare: Christoffer Orre
Patricia Ynner

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskors kunskap och erfarenheter av smärtsamma procedurer på barn är begränsade. Forskning visar att sjuksköterskor i andra länder än i Sverige upplever det som svårt att utföra smärtsamma procedurer på barn samt att förebygga smärtsamma upplevelser. Begränsat med studier finns om smärtsamma procedurer på barn i Sverige och inom svensk akutsjukvård.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och upplevelser av smärtsamma procedurer på barn.

Metod: Metoden var av kvalitativ design där 11 sjuksköterskor som är yrkesverksamma inom akutsjukvård i Sverige intervjuades. Data analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Lundman och Graneheim.

Resultat: Svenska sjuksköterskor upplever att deras erfarenheter är begränsade och att de saknar kunskap och utbildning. Resultatet visade även att sjuksköterskan ofta upplever det som ångestfyllt att behandla barn, men med rätt förutsättningar kan upplevelsen bli bättre. Föräldrarna till barnet samt hjälpmedel, avledning och ett bra teamarbete kan påverka den smärtsamma upplevelsen för barnet till att bli något mildare.

Konklusion: Erfarenheterna är olika hos sjuksköterskan som behandlar barn, de som inte främst arbetar på en barnklinik har sämre kunskap och erhållit sämre utbildning än de som arbetar på barnklinik. Detta resulterar i ett lidande för barnet och skapar stress och ångest för sjuksköterskan.

Nyckelord

Smärta, procedur, barn, teamarbete, sjuksköterska, akut, föräldrar, erfarenhet, upplevelse, kunskap

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Barn och vuxna	6
Smärtans betydelse	7
Smärtskattning	7
Procedursmärta	8
Kunskap, utbildning och attityd	9
Specialistsjuksköterskan	10
Perspektiv och utgångspunkter	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Instrument	12
Datainsamling	13
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och utbildning	16
Sjuksköterskans syn på smärtsam procedur på barn	16
Kunskap och utbildning	17
Påverkas sjuksköterskan av att ha egna barn?	18
Sjuksköterskans upplevelser av hinder och framgångsfaktorer	18
Framgångsfaktorer för lyckade smärtsamma procedurer	18
Negativa faktorer som påverkar utförandet av en smärtsam procedur	20
Föräldrarnas och anhörigas närvaro	21
Barn är inte små vuxna patienter	22
Sjuksköterskans upplevelse av skillnaden på vuxna patienter och barn som patienter	22
Att handlägga och behandla barn som patienter	23

Teamets betydelse av lyckade smärtsamma procedurer	23
Hierarki, läkarnas osäkerhet och bristande kunskap	23
Attityden och förhållningssätt hos sjuksköterskan kan påverka utgången.....	24
Diskussion.....	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	27
Sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och utbildning	27
Sjuksköterskans upplevelser av hinder och framgångsfaktorer	28
Barn är inte små vuxna patienter.....	29
Teamets betydelse av lyckade smärtsamma procedurer	30
Konklusion och implikationer.....	30
Referenser	31
Bilaga 1 (3).....	36
Bilaga 2 (3).....	38
Bilaga 3 (3).....	41

Problemområde

I akutsjukvården kan sjuksköterskan träffa barn dagligdags, akutsjukvård definieras av Socialstyrelsen som ”Akutsjukvården utgör en central och omfattande del av sjukvården. Begreppet akutsjukvård omfattar all vård som är föranledd av medicinskt akuta tillstånd. Detta inkluderar vård och behandling inom såväl akut öppenvård som akut slutenvård” (Socialstyrelsen, 2014, s. 9). Det kan vara allt ifrån enkla förkylningar till akut sjuka och/eller skadade barn. Sjuksköterskan kan komma att ställas inför att utföra smärtsamma procedurrelaterade ingrepp på dessa barn. Det kan vara allt från att ta blodprov, sätta perifer venkateter (PVK), suturera, reponera benbrott eller att göra rent sår. Forskning visar från andra länder än Sverige att sjuksköterskor samt sjuksköterskestudenter har mindre kunskap gällande att utsätta barn för smärtsamma procedurer. Sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter har uttryckt att de inte fått tillräckligt med utbildning att exempelvis smärtlindra barn korrekt inför en procedur, att få rutiner finns kring att lindra smärtupplevelsen farmakologiskt eller icke farmakologiskt samt att de ofta var överbelastade och att tiden inte räcker till (Ballard et al., 2017; Hu et al., 2020). Caverius och Ljungman (2014) menar att forskningen går framåt med att öka kunskapsnivån när det kommer till att utföra och lindra smärtsamma procedurer på barn. De belyser dock att det tar längre tid att förändra attityder kring detta då det har varit en vanlig uppfattning att smärta är härdande för individen, vilket inte är fallet. Så vad är det som påverkar huruvida sjuksköterskan kan ta hand om barnen i akutsjukvården och på bästa möjliga sätt samt minska och lindra oro och rädsla för smärtsamma ingrepp (Caverius & Ljungman, 2014)? På grund av dessa globala brister i kunskap hos sjuksköterskor, men också sjuksköterskestudenter är smärtan hos barn fortfarande otillräckligt hanterad, vilket leder till onödigt lidande hos denna sårbara befolkning (Amponsah et al., 2019). Enligt författarna så finns det lite beskrivet om sjuksköterskans erfarenhet, upplevelser och kunskap om smärtsamma procedurer på barn och hur det påverkar sjuksköterskan men även barnet inom svensk akutsjukvård. Med den här studien kan författarna förhoppningsvis identifiera eventuella hinder och framgångsfaktorer när sjuksköterskan ställs inför smärtsamma procedurer på barn.

Bakgrund

Begreppet smärta kan beskrivas som en känsla och upplevelse som oftast är obehaglig samt förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada (Werner, 2010). Procedur beskrivs som en sammanfattning av ett följt behandlingsmoment av Svenska Akademien (2022). Enligt Caverius & Ljungman (2014) så är syftet med procedurer inom sjukvården är ställa diagnoser, behandla ohälsa eller sjukdom samt att återskapa hälsa hos patienten. Barnet blir ofta oroligt och rädd under dessa typer av procedurer. Många studier visar även att barns smärta ofta underbehandlas och underskattas. Procedurerna kan hämma barnets eventuella framtid inom sjukvården och barnets sätt att framöver hantera smärta. Minimera känslan eller upplevelsen av smärta ska göras av humanitära skäl, och lindring av smärta bör anses som en mänsklig rättighet oavsett patientens ålder, kön, sexualitet eller dylikt. Minimera smärta bör även göras av medicinska skäl då smärta medför frisläppning av stresshormon, vilket i sig kan öka infektionsrisken, orsaka ett katabolt tillstånd, försämra sårhäkning samt förlänga vårdtiden (Caverius & Ljungman, 2014).

Barn och vuxna

Barn är inte små vuxna. I barnkonventionen definieras det att barn är en människa som är under 18 år (Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter, 2018). Under barndomen kommer barnet att genomgå flertalet utvecklingsstadier som påverkar hur barnet uppfattar sin omgivning. Detta fram till åldersspannet 13–18 år då barnet gått in i ny fas som definieras som tonåren, det är där barnet går från att vara barn till vuxen (1177.se, 2019). Det som dock kan ställa till det i definitionen är HLR-rådets nya riktlinjer för hur barn ska behandlas, där det går från 0–1 år sen 1–18 år, och den aktuella behandlingen baseras på kroppsvikten (HLR-rådet, 2021). Det finns en utmaning i att vårda barn och vuxna på samma arbetsplats, att i det prehospitala skedet ställa om mellan vuxna och barn har en betydelse för hur behandlingen och smärtlindringen av barn blir och att det är svårt att ställa om sitt arbetssätt från vuxen till barn i snabba vändningar. Sjuksköterskan ger hellre för lite läkemedel, då det skiljer sig i doseringen för barn och vuxna, för att vara på den säkra sidan. Detta kan leda till att barnet blir underbehandlat och inte blir adekvat smärtlindrad (Holmström et al, 2019). Ett anpassat språk kan också vara en utmaning när sjuksköterskan ska växla mellan att vårda barn och vuxna. I en tabell i ENPC (Emergency Nurses Association, 2020) så belyser de hur många av de ord och meningar som används kan misstolkas och bli skrämmande för barnet, exempelvis ”nu ska jag ta ditt blodtryck” då kan

barnet uppfatta som ”ska du ta mitt blod! Det vill jag INTE!”. Genom att sjuksköterskan tänker på hur han eller hon pratar med barnet kan vara helt avgörande för hur mötet kommer bli, samt hur barnet kommer minnas vården. Karling (2022) belyser att det även har visat sig att barn med akut postoperativ smärta blivit sämre smärtlindrande på en postoperativ avdelning där det var blandat mellan vuxna patienter och barn som patienter. En anledning till detta skulle vara att det inte användes några smärtskattningsinstrument (Karling, 2002).

Smärtans betydelse

Olsson (2010) beskriver att smärta kan jämföras som en krockkudde i bilen, absolut nödvändig för att överleva, men ska helst inte användas på något annat sätt. Tidigare skäl till att inte smärtlindra barn var enligt Olsson (2010) tron om att barn inte kunde minnas smärta. Detta har sedan visat sig vara felaktigt. Även Caverius (2012) beskriver att i början på 80-talet trodde man inte att barn uppfattade smärta, vilket föranledde att det utfördes ingrepp utan smärtlindring eller narkos (Caverius, 2012). En vuxen person kan med sin kognitiva mognad utvärdera smärtans hot och förstå innebörden. Det kan inte barn då de mer styrs av sitt emotionella system. Hos barn så leds smärtan med största sannolikhet via limbiska systemet och hippocampus, vilket medför att ett barn upplever smärta som ett hot mot liv och säkerhet (Olsson, 2010).

Elias et. al. (2019) beskriver att smärta är en av de vanligaste anledningarna till att personer söker sjukvård. Smärtupplevelsen hos barn involverar även samspelet mellan det psykologiska och beteendemässiga utvecklandet. Smärtupplevelsen hos barn är ofta förknippad med ångest, somatiska symtom samt stress hos barnets föräldrar. Sjuksköterskan har därför en viktig roll att lindra smärtan och lidandet, dock visar studier att barn inte blir adekvat smärtlindrande på grund av sköterskors bristande kunskap och attityder kring smärtlindring av barn (Elias et. al. 2019).

Smärtskattning

Jylli (2009) beskriver att barn uttrycker smärta på olika vis, beroende på utvecklingsnivå. Behandlingen av barnets smärta grundläggs av den inledande smärtbedömningen. Till nyfödda barn så används ALPS 1 (Astrid Lindgren children’s hospital pain scale) och barn med ålder mellan 0–18 kan FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) användas. Självskattningsskalor kan också användas och då finns Pieces of Hurt Tool, som är för åldern

3–4, Faces of Pain Scale mellan åldern 4–12 och Visuellt analog skala (VAS) från 8 år och över. Holmström et al. (2019) belyser dock att det är svårt att ge en professionell bedömning av vilken typ av smärta patienten, i detta fall barnet, har och vilken smärtbehandling som är lämpligast. Slutligen krävs det mer inriktad utbildning på smärtlindring av barn och ge personalen en trygghet i att kunna göra rätta bedömningar.

Procedursmärta

Procedursmärta är en del i att ta hand om det sjuka barnet men även barn med smärta. Exempelvis ta blodprov, sätta PVK och göra sårvård. Dessa ingrepp är båda smärtsamma och obehagliga för barnet (Caverius, 2012). Enligt Ballard et al (2017) tycker 80% av barnen som utsattes för olika typer av nålstick i deras studie att de var smärtsamma och 63% av barnen utvecklade en fobi för nålar efter besöket på akutmottagningen. Det är därför viktigt enligt Caverius (2012) att minimera det skrämmande på bästa sätt. Både Olsson (2012) och Caverius (2012) påvisar att inte förminska det skrämmande genom att säga att “det går fort”, “det är bara små nålar”, eller att hålla fast under tvång. Caverius och Ljungman (2014) belyser även att oro och rädsla är en naturlig reaktion på smärta och ju yngre barnet är, desto svårare har det att förstå att proceduren är nödvändig. Forsner (2009) har en teori att om när ett barn mår väl, är varmt, mätt och tryggt så ger det goda förutsättningar för psykologisk smärtlindring. Till skillnad om barnet är fruset, hungrigt eller otrött. Ett välmående barn är således bättre rustat för obehagliga eller smärtgenererande situationer. Caverius (2012) och Olsson (2012) menar därför att sjuksköterskan bör hitta kombinerade vägar som avledning, lokalbedövning samt annan farmakologisk behandling. Proceduren ska även få ta den tid som krävs (Caverius, 2012; Olsson, 2012). Enligt Ballard et al (2017) är dock sjukvårdspersonalen inte tillräckligt utbildade inom icke farmakologiska behandlingar, enligt studien fanns få eller inga rutiner kring smärtlindring inför procedurer samt att det fanns för få alternativ, som exempelvis distraktioner i form av leksaker och dylikt. Forskarna utvecklade flertalet icke farmakologiska verktyg för att distrahera barnen. Det kunde vara leksaker, målarböcker eller dylikt. Man kunde se skillnad efter man använt dessa och barnen upplevde mindre smärta och besöket på akutmottagningen var inte lika traumatiskt (Ballard et al., 2017). Exempelvis så visade det sig i en studie av Bergomi et. al (2018) att effekten av att använda sig av hjälpmedlet Buzzy® i kombination med att barnet fick titta i tecknade serietidningar minskade risken för smärta vid venpunktion, jämfört med att inte använda något hjälpmedel alls.

Kunskap, utbildning och attityd

Något som de flesta av de valda artiklarna visar är en bristande kunskap i smärtlindrande av barn, Holmström et al. (2019) belyser att det ibland är svårt att veta vilken smärtlindring som är bäst till smärtpåverkade barn, vilket tyder på brist på utbildning. Sjuksköterskans attityd till smärtlindring av barn beskrivs i studier som sämre och hur den i kombination med utbildning spelar roll när det kommer till smärtlindring, dock menar Willams et al. (2019) att det ligger på organisatorisk nivå och inte på den enskilde för att skapa förutsättningar och kunskap. En aspekt som belyses är vilka generella läkemedelsordinationer det finns på akutmottagningar, avdelningar samt ambulans och att det skiljer sig i vad för läkemedel som kan administreras och hur mycket. Även om sjuksköterskan har kunskap om smärtlindring så kan behandlingen fördröjas då det måste vara en läkarordination på vissa läkemedel (Willams, 2019). Enligt Le May et al. (2009) så visade det sig att sjuksköterskor som fått utbildning i att smärtlindra både farmakologiskt och icke farmakologiskt samt dokumentation så som smärtskattning, hade en högre förståelse och grund att ge barn en bra och adekvat smärtlindring.

I Kina upplever sjukvårdspersonal att det är svårt att lindra procedurrelaterad smärta hos barn då de upplever att de inte har tillräckligt med kunskap, är underbemannade, överbelastade och att tiden inte räcker till. Andra hinder för att undvika procedurrelaterad smärta är oroliga föräldrar som inte litar på den lindrande behandlingen inför proceduren (Hu et al., 2020). Oommen & Shetty (2019) beskriver även i sin studie som gjorts i Mumbai att oroliga föräldrar tenderar att överföra sin ångest och rädsla till det barn som söker vård, vilket gör att barnet upplever mer rädsla och smärta under proceduren.

I en studie från Ghana fick sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter som studerade sista året svara på frågor angående barns smärta och dess smärtlindring. De fem frågor som oftast besvarades korrekt var relaterade till smärtupplevelsens subjektiva och flerdimensionella karaktär och dess behandling samt fördelarna med förebyggande analgesi. De fem vanligaste frågorna som oftast besvarades felaktigt var inriktade på farmakokinetik, smärtbedömning och smärtuppfattning (Amponsah et al., 2019). Kunskapen hos sjuksköterskorna om hur läkemedel fungerar och verkar på barn, visar sig även enligt Amponesh et al. (2019) vara bristfällig.

Specialistsjuksköterskan

Specialistsjuksköterskans ansvar är att jobba efter evidensbaserad vård och främja utveckling av detta i sin profession samt att identifiera och utveckla områden som är i behov av det (Swenurse, 2017). Specialistsjuksköterskan är även som sjuksköterskan ansvarig för att bedriva personcentrerad vård vilket är reglerat i patientlagen (Patientlag, 2014). I den personcentrerade vården ska specialistsjuksköterska i akutsjukvård identifiera sårbara personer och grupper och minska deras sårbarhet och utsatthet, men även ska förutsätter för delaktighet och partnerskap (Swenurse, 2017). Specialistsjuksköterskan styrs av den övergripande hälso-sjukvårdslagen [HSL] som säger att ”Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (Hälso- sjukvårdslag, 2017). Det är därför av vikt att specialistsjuksköterskan arbetar för samverkan i team, genom det arbeta tvärprofessionellt med andra grupper och specialiteter för att vården ska ges på goda och säkra grunder. Specialistsjuksköterskan ska även verka för utbildning och information (Swenurse, 2107)

Perspektiv och utgångspunkter.

Enligt Kirkevold (2000) så grundar sig Katie Erikssons omvårdnadsteori i begreppet hälsa, som i sin tur definierar att vara “hel eller integrerad”. Några begrepp som Katie Eriksson belyser är ansning, lekande och lärande och att dessa ger förutsättningar för vårdandet. Genom dessa kan vårdaren åstadkomma ett tillstånd av tillit, kroppsligt välbefinnande och tillfredsställelse. Vårdaren kan också ge personen som är i behov av vård en känsla av att få ta del av utvecklingen som syftar till att främja, igångsätta eller upprätthålla hälsoprocessen. Den mest grundläggande formen av vårdande är ansning, vilken karakteriseras av närhet, värme och beröring. Ansning innefattar också att vårdaren tillgodoser personens grundläggande behov, exempelvis föda och skydd. Lekandet bidrar till människans utveckling och hör till både barnets och den vuxnas naturliga beteendemönster. Leken främjar upptagningen av ny information, anpassningen av den nya informationen och inläringen av nya färdigheter. Lekandet och lärandet går hand i hand, lärandet bidrar till ökad mognad, utvecklandet av självständighet och att låta sitt eget jag komma till uttryck. Genom att överskrida gränser öppnar lärandet nya möjligheter för vårdaren att uppleva problemlösning och förståelse samt nya möjligheter. Lärandet är en grundpelare i omvårdnadsfunktionen och utgår från individen särskilda behov (Kirkevold, 2000). Eriksson (2018) beskriver vidare att

en av sjuksköterskans huvuduppgifter är att lindra lidandet. Sjuksköterskan bör försöka eliminera lidandet som är orsakat av vårdpersonalen själv eller andra faktorer, för att kunna åstadkomma detta måste det finnas en kunskap samt förståelse och för fenomenet (Eriksson, 2018).

Syfte

Syftet var att undersöka sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och upplevelser av smärtsamma procedurer på barn.

Metod

Design

För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ intervjustudie. Enligt Henriksson & Billhult (2017) så utgår kvalitativ forskning från hur människan upplever och tolkar saker och ting. Människan är unik och varje individ har olika verklighetsuppfattningar som präglas och formas genom dennes tolkningar. Intresset i kvalitativ forskning är inte sjukdomen, ohälsan eller tillståndet i sig som är intressant utan människans upplevelse och tolkning av fenomenet och att denne beskriver det med egna ord. Fenomenet som upplevs av människan kan vara vad som helst, det kan dock inte mätas, jämföras mellan grupper och identifiera effekter av något, därför har kvalitativ forskning oftast en induktiv ansats. En induktiv ansats beskrivs som ett sätt att undersöka människors uppfattningar eller upplevelser av ett visst fenomen och syftet är att inte generalisera och istället nå en detaljerad och djupare förståelse för ett fenomen (Henriksson & Billhult, 2017).

Urval

Strategiskt urval av deltagare har utförts utifrån inklusions- och exklusionskriterier. Med inklusions- och exklusionskriterier menas vilka som ska ingå i studien och vilka som inte ska ingå (Polit & Beck, 2021). Inklusionskriterierna var yrkesverksamma sjuksköterskor som

arbetar inom akutsjukvård och har hand om barn mellan 0–12 år som utsätts eller kan utsättas för smärtsamma procedurer. Exklusionskriterier var att deltagaren ej arbetar inom akutsjukvård, inte var yrkesverksam samt att deltagaren inte hade någon klinisk erfarenhet av barn. Potentiella deltagare tillfrågades på arbetsplatsen, via telefon och meddelanden på sociala medier, där författarna först informerade om studien och studiens syfte. Därefter fick deltagarna informationsbrev via mail, eller utskrivet om så önskades, om intresse att delta fanns. Informationsbrevet innehöll information om själva studien, om tillvägagångssättet, om frivillighet samt om ansökan till VEN (bilaga 1). Betänketid fanns då deltagarna blev tillfrågade tidigt under processen, ungefär en månad innan planerad intervju. Författarna var vid tillfrågandet tydliga med att deltagarna inte behövde bestämma sig där och då, utan kunde återkomma vid annat tillfälle. Deltagarna fick själva kontakta författarna om de ville vara med, återkopplade de inte till författarna så tolkades det som att de inte ville vara med för att inte pressa deltagarna till att tacka ja och på så sätt värna om frivilligheten och autonomi. Författarna förtydligade också vid tillfrågandet och i informationsbrevet att det var frivilligt att delta, vilket även lyftes i början av intervjuerna. Det resulterade i 11 deltagare i åldrarna mellan 25–39 år. sju kvinnor och fyra män deltog i studien, varav tre stycken var specialistsjuksköterskor och åtta stycken var grundutbildade med blandad erfarenhet. Alla deltagare arbetar med barn i åldrar 0–12 år och utför ibland eller dagligen smärtsamma procedurer. Av deltagarna har sex stycken egna barn.

Instrument

Författarna har använt sig av en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1), enligt Kvale och Brinkmann (2014), som skapats utifrån de frågeställningar som ska svara på syftet. En intervju kan vara mer eller mindre strukturerad beroende på studien i fråga och forskaren kan avgöra själv hur strikt intervjuguiden ska följas. Författarna har använt en semistrukturerad guide vilket innebär att författarna under intervjuerna har använt guiden som en översikt för de områden som ska täckas (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Danielsson (2017) bör en pilotintervju utföras för att testa intervjuguiden, den tekniska utrustningen samt för att forskaren ska få prova på att vara intervjuare. En pilotintervju görs även med fördel för att sedan kunna eventuellt justera frågor, utförande eller liknande, vilket författarna har gjort där intervjuguiden testades och sedan modifierats i samråd med handledare.

Datainsamling

Författarna har båda genomfört intervjuer som har genomförts efter deltagarnas önskemål. Intervjuerna genomfördes i fysiskt möte, via telefon och via zoom, vid zoommötena så har intervjuerna spelats in med en sekundär ljudupptagare. Deltagarna fick även då information om frivilligheten samt att de kunde avbryta intervjun när helst de ville utan förklaring. Efter att intervjuerna var genomförda så transkriberades det ordagrant av båda författarna, författaren utförde sju intervjuer och transkriberade dessa, författaren två utförde fyra intervjuer och transkriberade dem. En transkribering innebär att forskaren lyssnar på den inspelade intervjun och samtidigt skriver ned det deltagaren säger. Varje intervju ska även koda med nummer som bevaras oåtkomligt för obehöriga för att bevara konfidentialiteten, vilket författarna gjort (Danielson, 2017). Det nedskrivna materialet bildar data som analyserats av författarna.

Analys av data

Författarna har utfört en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, inspirerad av Lundman & Graneheim (2017). En induktiv ansats är ett angreppssätt och kan beskrivas som att genom att förutsättningslöst söka mönster i material som baseras på deltagarnas intervjuer om deras erfarenheter och upplevelser. Analysen utfördes manifest med viss tolkning av författarna. I varje innehållsanalys finns ett manifest och ett latent innehåll. Det uppenbara textnära innehållet som och det som uttrycks på en beskrivande nivå i form av kategorier är manifest. Det latent innehåll är det som sägs mellan raderna, alltså textens underliggande budskap. Det är studiens syfte samt kvalitén av data som bestämmer om analysen riktar in sig på enbart manifest innehåll eller både manifest och latent. Tolkning krävs i både manifest och latent innehåll men skiftar i djup och abstraktionsnivå. Tolkning och abstraktionsnivå kan vara antingen hög eller låg. Abstraktion betyder att läsaren förstår innehållet på en högre, logisk nivå. En hög abstraktionsnivå innebär generella beskrivningar och ett distansering av innehållet, exempelvis "det är jobbigt". Låg abstraktionsnivå innebär det textnära och konkreta beskrivningar i en text, exempelvis "att orsaka ett barn smärta genom en procedur får mig att känna mig hemsk och elak". Låg tolkningsnivå innefattar även det textnära och konkreta, medans den höga tolkningsgraden kan ge nya idéer att påverka tolkningen och har större inslag av hermeneutiken (Lundman & Graneheim, 2017).

Enligt Lundman & Graneheim (2017) så följer analysprocessen dessa betydelsefulla steg: *Domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori, tolkning* och *tema* (se bilaga

3). Dessa begrepp är centrala för att beskriva processen. *Domän* är ett stycke av en text som handlar om en specifik sak med en låg tolkningsgrad. Det kan exempelvis vara de styckena i en text som löper samman med en intervjuguide. *Meningsenhet* är den del i texten som är meningsbärande, och kan utgöras av stycken, ord eller meningar i en text som hör ihop via sitt sammanhang och innehåll. Dessa meningsenheter är grunden för analysen och bör vara lagom stora. För stora meningsenheter innehålla flera betydelser och bli besvärliga att hantera. Det finns då en risk att värdefulla delar av innehållet förloras. För små meningsenheter kan medföra att det slutliga resultatet blir fragmenterat (Lundman & Graneheim, 2017). Författarna valde ut enligt dem lagom stora meningsenheter och kopierade in dessa i ett nytt dokument för att sedan kondensera och koda dem.

Kondensering innebär att läsaren gör texten kortare och lättare att hantera, utan att det centrala innehållet går förlorat. Texten bryts sedan ner till koder. En *kod* är en ytterst kortfattad beskrivning som sammanfattar innehållet i en text. Koder som bedöms ha ett liknande innehåll utgör slutligen en *kategori*. Det kan finnas flera olika kategorier, men ingen data får hamna mellan två kategorier, eller uteslutas helt. En kategori kan även ha underkategorier om så behövs. Ett *tema* är en tråd av mening och svarar på frågan “vad handlar det här om?” (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman och Graneheim, 2017). Analysprocessen av intervju ett och två utfördes i alla steg tillsammans av författarna för att få en förståelse för hur processen går till. Resterande intervjuer analyserades sedan enskilt av författarna en gång, för att sedan analyseras ytterligare en gång tillsammans, dels för att inte gå miste om värdefulla data och dels för att författarna ville diskutera data. Vid nästa steg startade författarna ett nytt dokument och klistrade in de kondenserade meningarna och sorterade dessa så liknande meningar hamnade under samma kategorier. Slutligen sorterades kategorierna i sin tur till olika teman som till sist formade ett resultat.

Forskningsetiska avvägningar

Författarna har efter godkänd projektplan skickat in en etikansökan till Lunds universitet vårdvetenskapliga etiknämnd (VEN) och fått ett godkännande för att genomföra studien. Deltagarna har fått en skriftlig information om hur det kommer gå till (se bilaga 2), det kommer även finnas med en informerad samtyckesblankett. Endast författarna ha kommer att

ha tillgång till det inspelade materialet och det kodade materialet då varje deltagares integritet ska skyddas enligt World Medical Association [WMA] (World Medical Association, 2018).

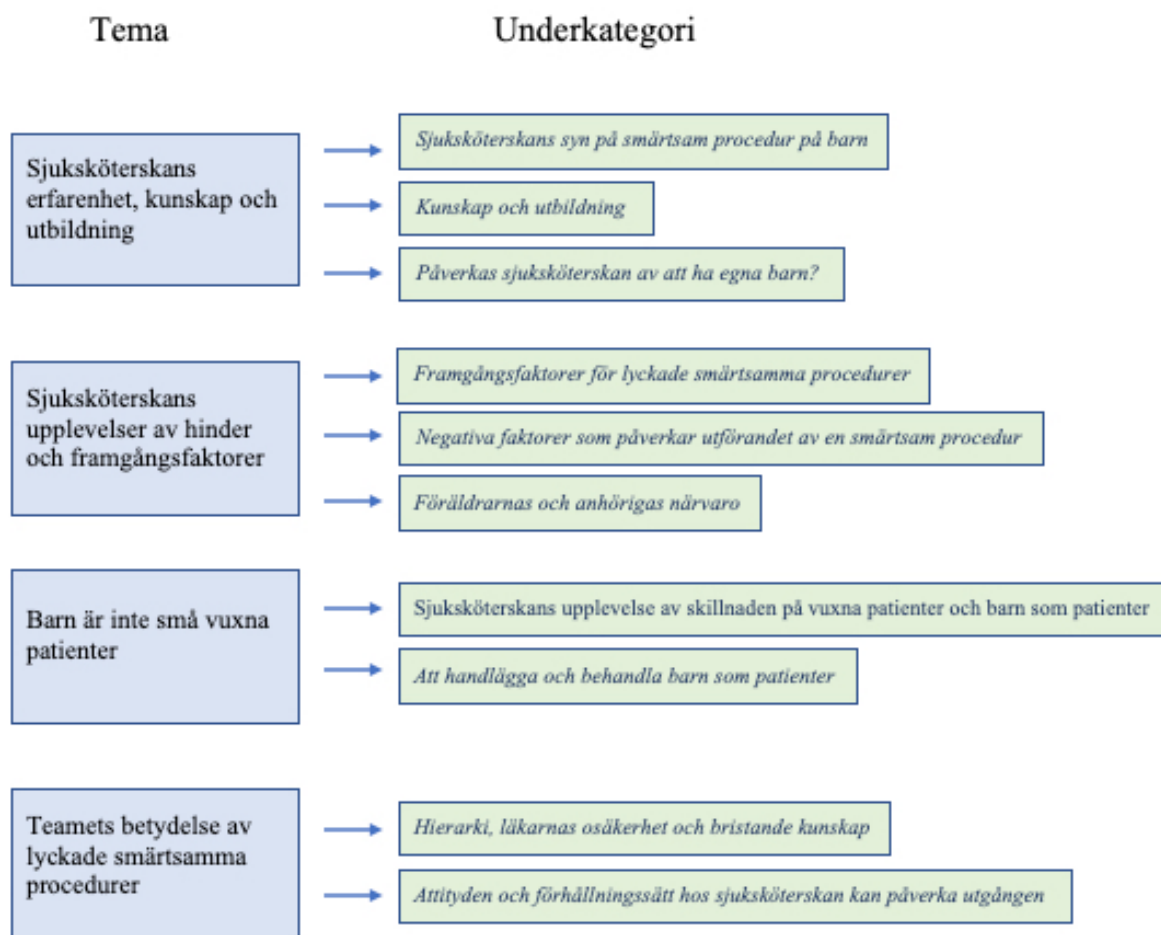
Då författarna handhar personlig och känslig information om deltagarna så finns det risker med det (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarna har behandlat materialet med sekretess och skyddar materialet. Detta är även reglerat i Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218) mer känd som GDPR som författarna är skyldiga att förhålla sig till. Det inspelade intervjuerna kommer att raderas efter godkänd uppsats. Enbart författarna har tillgång till materialet som förvaras på datorer med lösenkoder som ingen annan har tillgång till mer än författarna.

Förförståelse

Författarparet arbetar båda inom akutsjukvård och har viss erfarenhet av att handlägga och behandla barn. Författarna har kännedom om vad sjuksköterskan kan ställas inför när det gäller smärtsamma procedurer på barn, därav intresset för studien. Författarna hade däremot en intention att hålla tillbaka förförståelsen under studiens gång.

Resultat

Innehållsanalysen av de elva intervjuerna resulterade i fyra stycken övergripande teman och 10 stycken underkategorier (se figur 1).



Figur 1.

Sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och utbildning

Sjuksköterskans syn på smärtsam procedur på barn

Deltagarna beskrev att smärtsamma procedurer på barn kunde vara olika saker, exempelvis reponering av benbrott, palpationer, nålsättning, blodprover eller att bli tittad i örat. En inhalation kanske inte är så smärtsamt i sig, men kunde vara ett trauma för barnet. Barn kan, enligt deltagarna också tycka att vara inlagd på sjukhus kan vara smärtsamt, eller att träffa en person som de inte träffat förut. Deltagarna menar att till och med ett "tittut" kan vara smärtsamt för barnet. De vanligaste smärtsamma procedurerna som nämndes var blodprover och införandet av perifer venkateter [PVK]. Deltagarna beskrev utförandet av smärtsamma procedurer på barn som svårt, ångestfyllt och att det är en jobbig arbetsuppgift som måste utföras. Deltagarna upplevde ofta att barn som mår dåligt eller är sjuka ofta väckte negativa känslor hos dem själva eftersom barn är så utsatta. Rädslan för att utgången inte ska bli bra,

eller upplevelsen för barnet ska bli dålig är ständigt i tankarna menar deltagarna. Det är jobbigt att utsätta alla människor för smärta menar deltagarna, men särskilt barn. Deltagare beskrev att det kan bli mycket ångestladdat inför proceduren och en annan berättar att det är en obekvämlig uppgift, då man aldrig vill göra någon annan illa.

“Nästan varje arbetspass skulle jag säga, ställs vi inför för olika scenarion där vi behöver tacklas med att utföra någonting som... ja som kan i andra sammanhang i en helt annan miljö nästan ses som tortyr.” (deltagare 1)

Kunskap och utbildning

Fler än hälften av deltagarna upplever att de saknar kunskap i att utföra smärtsamma procedurer på barn, men också i att smärtlindra, preventiva åtgärder samt hur de ska bemöta barnet. Deltagarna beskriver att vill de ha mer kunskap så ligger det i deras eget intresse att hämta in den. Den vanligaste platsen att hämta in kunskap ifrån är PM på arbetsplatsen, på internet eller att fråga andra kollegor med mer erfarenhet.

De deltagare som upplevde att de hade kunskap i ämnet var de som arbetade eller har arbetat på barnklinik eller har en specialistsjuksköterskeexamen. Erfarenhet spelade också roll, ju längre erfarenhet, ju mer kunskap beskrev deltagarna.

Många av deltagarna upplever att de inte får tillräckligt med utbildning via arbetet. Några deltagare tror att detta beror på tidsbrist, att arbetsgåren är för liten eller att dessa utbildningar inte prioriteras. Deltagarna upplevde att grundutbildningen till sjuksköterska saknade utbildning inom barn, vård av barn samt smärta hos barn. Deltagarna berättar att just smärttillstånd är en vanlig sökorsak inom akutsjukvård men att det saknas utbildning i detta. Vissa deltagare beskriver också att de önskar att få utbildning, både teoretiskt och praktiskt. De vill få utbildning i hur man kan avleda ett barn, vad det finns för hjälpmedel och ta hjälp av andra yrkesprofessioner, exempelvis läkare och lekterapeuter. Några deltagare hade önskat att få hospitera på barnkliniken eller gå bredvid någon med lång erfarenhet av barn för att lära sig mer, en annan beskriver att öva på dockor sällan hjälper då de riktiga situationerna är mer komplexa. De hade även önskat mer samverkan mellan olika kliniker, att andra kliniker delar med sig av sin kunskap och engagerar sig i barnakutsjukvård.

De deltagarna som upplever att de fått utbildning är de som har genomgått ENPC, har en specialistsjuksköterskeexamen och de som arbetar eller har arbetat inom en barnklinik.

Det är även svårt att smärtlindra barn med läkemedel beskriver deltagarna, det är läskigt för att barns anatomi skiljer sig från en vuxens och det kan vara svårt att se varningssignaler på ett barns vitala parametrar vid en för djup sedering till exempel. Andra deltagare med längre erfarenhet känner sig trygga i att administrera läkemedel till barn.

Påverkas sjuksköterskan av att ha egna barn?

De deltagarna som hade egna barn upplevde att det kunde vara till fördel då de hade referensramar om hur barn kunde vara vid viss ålder och liknande. Deltagarna beskriver att deras barn ofta lekte med andra barn, vilket gjorde att deltagarna ofta befann sig kring barn och blev mer bekväm med barn. De beskrev också att den generella barnkunskapen hade ökat efter att ha fått egna barn. Kommunikationen och att hitta metoder för distraktion blev lättare efter att fått egna barn menar deltagarna. Deltagare som inte hade barn trodde att det kunde vara till fördel för att kunna vara mer objektiv och att det inte var lika emotionellt jobbigt att arbeta med sjuka barn.

Nackdelen med att inte ha egna barn kunde vara att de inte kunde ge det föräldrastödet som vissa föräldrar behöver, att det inte går att relatera till situationen ur ett föräldraperspektiv. Det kan också vara till nackdel att ha egna barn då situationerna kanske blir mer känsliga, eller att man jämför sina eller sitt barn med andra barn.

“Jag kan aldrig, som inte har barn, säga hur det är till en förälder med ett svårt sjukt barn, för det vet jag inte.” (deltagare 2)

Sjuksköterskans upplevelser av hinder och framgångsfaktorer

Framgångsfaktorer för lyckade smärtsamma procedurer

Deltagarna beskriver att förberedelser och information är en av de vinnande faktorerna i att utföra smärtsamma procedurer på barn. Information och förberedelser främjar lugn och trygghet hos barnet men också föräldrarna, en bra strategi innan proceduren kan även medföra en trygghet hos den personen som ska utföra den. Muntlig information bör alltid ges men också visa de saker som ska användas för barnet, exempelvis hur en PVK ser ut, hur ett stasband fungerar eller hur ett polster känns. Genom förberedelser upplevde deltagarna att en

del av rädslan hos barnet försvann och proceduren blev lyckad. Även att skapa en relation och på så vis får ett förtroende från barnet och föräldrarna, anser deltagarna är en stor framgångsfaktor. En viktig aspekt i att få förtroende är att vara ärliga mot barnen och berätta vad som ska göras och inte heller förminska att det kan göra ont, men att tillsammans jobba mot det. Deltagarna beskriver att det kan lång tid att bygga upp förtroendet, men att vinsten blir större i slutändan om förtroendet finns.

“Det skulle jag säga är framgångsfaktorer! Förberedelser, lugn trygg miljö och att personalen vet vad som ska göras så man inte står och fumlare på rummet.” (deltagare 2)

Vissa av deltagarna tryckte också på att ett bra teamarbete är viktigt. De som ingår i teamet ska veta vad som ska göras, på vilket sätt och vilka roller vardera person har. Teamet kan med fördel ha en plan innan de ska utföra proceduren för att barnet ska känna sig mer trygg i situationen. Miljön spelar också stor roll enligt deltagarna. En lugn och trygg miljö är en viktig aspekt för att barnet ska känna sig tryggt. En miljö som är anpassad för barnen, utan stimuli och annat stök speglar ofta av sig på barnet vilket gör att barnet också blir lugnt. Tid är något som barn behöver. Deltagarna beskriver att de ofta försöker att avsätta tid när de ska behandla barn, då de upplever att det generellt sätt tar längre tid med barn, och det ska det få göra för ett gott och lyckat resultat.

Avledning av barn vid smärtsamma situationer menar deltagarna är viktigt. Det kan vara med hjälp av sång, såpbubblor, youtube eller att bara prata med barnet. Föräldrarna eller anhöriga kan också hjälpa till att avleda barnet, vilket brukar vara värdefullt. Deltagare som främst har erfarenhet från barnklinik uppger att de har många hjälpmedel att ta del av, till exempel olika appar, bilder eller lekterapeuter. Dessa deltagare upplever att det blir enklare när barnen får titta på en film om hur ett stasband fungerar eller kanske på något helt annat om barnet vill det.

Deltagarna beskriver att bedövningsplåster är ett måste när barn ska bli stuckna av nålar. De menar att de hellre använder bedövningsplåster än läkemedel, och att det är det bästa av alla hjälpmedel. Deltagarna uttrycker att bedövningsplåster är guld värt.

“Men sen är det ju också viktigt att ha medel till att kunna gå ett steg vidare om man inte når fram med det verbala, och då finns det olika hjälpmedel, ett av dem är EMLA plåster, alltid!

Alltid! Alltid!” (deltagare 7)

När en smärtsam procedur måste utföras så vill gärna många av deltagarna göra situationen till en bra upplevelse, eller något positivt. Det kan vara genom lek, att barnet får gissa hur lång armen som ska gipsas är, eller att leka att polstret är moln. Det kan också handla om att barnet får en belöning efter proceduren, en glass, leksak eller klistermärke. Deltagarna beskriver att när ett barn får en fin upplevelse av sjukvården så blir deltagarna själva glada och tillfreds med att de har gjort ett bra jobb. Deltagarna beskriver dock att det är energikrävande att försöka få barnet att se besöket som en kul grej, men att det är värt det i slutändan om barnet studsar hem med ett leende på läpparna.

Negativa faktorer som påverkar utförandet av en smärtsam procedur

Stress är en faktor som deltagarna beskriver har en negativ och dålig inverkan på hur utförandet och mötet blir, och stressen är ett resultat av den tidsbrist som finns på akutmottagningar. Vid en stressad situation så blir barnet oroligt och rädd vilket blir en negativ spiral, och utförandet av en procedur kan bli värre än det behöver vara. Deltagarna belyser att man aldrig ska utföra något om man är stressad, för det kommer aldrig sluta bra. Detta är även ett resultat av en dålig miljö på akutmottagning för barn. Deltagarna beskriver att smärtsamma procedurer har genomförts i en stressad stökig miljö och har då resulterat i att barnet fått åka till operation då det inte lyckats på akutmottagningen.

“Barnet var jätterädd, hade ont, det var en stökig miljö på akuten, det angav ingen trygghet.”

(deltagare 2)

Att inte vara förbereda eller informera barnet belyser deltagarna har en dålig inverkan på resultatet, att teamet inte är på samma plan. Deltagarna beskriver att det har varit bra förberedelser innan, men när det sen var dags så var teamet ej samspelade, vilket då har resulterat i att all förberedelse som gjorts raserades och gav en negativ inverkan på barnet. De nämner även att ibland så finns inte tiden men att det är då är på liv eller död.

Deltagarna belyser att en jobbig del av att utföra smärtsamma procedurer är att behöva utsätta barnet för smärta under tvång, men ibland är det nödvändigt. Ibland kan barnet bli behöva bli fasthållet trots protester från barnet, men tyvärr är det i de situationerna tvunget, vilket resulterar i en negativ känsla för sjuksköterskan. Deltagarna beskriver dock att det är en fin gräns för vad som är nödvändigt och när det kan resultera i ett övergrepp.

En aspekt som deltagarna belyser är om den eventuellt smärtsamma proceduren är nödvändig. Är det vi gör nödvändigt? De beskriver att vi utför ett stick i fingret rutinmässigt men utan att egentligen ställa sig frågan vad svaret kan ge oss. Deltagarna nämner att de tycker att det även görs för mycket på barnen på en akutmottagning, som då resulterar i att det blir många moment med smärta för barnen. Deltagarna nämner att det borde göras vid ett tillfälle, att man ser till att göra allt på samma gång för inte orsaka smärta flertalet gånger. De belyser även här aspekten med kunskap och utbildning i ämnet om varför saker ska utföras.

”Är det nödvändigt alla gånger eller sticker vi en gång för mycket?” (deltagare 1)

Känslan av att bara ha en chans att utföra den smärtsamma proceduren, att bygga upp inför själva momenten och att sedan få en chans är något som skapar stress hos sjuksköterskan, och att det riskerar att skapa en osäkerhet i situationen som leder till en negativ händelse.

Deltagarna beskriver att sjuksköterskan har en chans på sig, misslyckas det är det kört.

Deltagarna beskriver också en oro för vilka konsekvenser ett smärtsamt utförande kan leda till på längre sikt för barnet om det görs på ett sätt som utsätter barnet för rädsla, smärta och otrygghet. Deltagarna beskriver i ett möte med ett barn som hade utsatts för tidigare stick utan bedövning och att det hade en negativ inverkan på barnet med rädsla och oro.

”Jag tyckte det var jobbigt, det här blev inte bra, det kommer leda till problem framåt om barnet kommer behöva söka sjukvård igen.” (Deltagare 2)

Föräldrarnas och anhörigas närvaro

Deltagarna tycker att familjecentrering är viktigt. De beskriver att föräldrarnas och anhörigas närvaro är betydelsefullt då det genererar en trygghet för barnet. Föräldrarna känner oftast barnet bäst och vet vad som fungerar eller inte fungerar, föräldrarnas närhet är en viktig faktor

för att barnet ska känna sig lugnt och att det befinner sig i en trygg atmosfär. När föräldern eller den anhöriga tar en aktiv roll och stöttar barnet upplever deltagarna att det blir ett bättre resultat. Deltagarna menar att det är viktigt att föräldrarna och de anhöriga också är delaktiga i processen och känner sig trygga i det hela. Föräldrarna vet inte riktigt alla gånger hur de ska förhålla sig till situationen och därför är det mycket viktigt att informera och undervisa, vilket ofta bidrar till att de kan hjälpa till att lugna barnet. Deltagarna tycker dock att det kan vara tudelat med föräldrars och anhörigas närvaro, beroende på hur de ter sig i situationen. De menar att om föräldrarna är stressade, så kan samtliga bli stressade och det kan överföras till barnet. När föräldrarna tvekar och tvivlar, så känner barnet det och då börjar barnet också och tveka och tvivla. Deltagarna tycker att föräldrarnas förtroende för vårdpersonalen är viktig, finns inte den så speglas det på barnet, som då inte heller kanske litar på vårdpersonalen, då kan det vara svårt att nå fram till barnet. Deltagare menar att vissa föräldrar även kan skrika eller vara hotfulla mot vårdpersonalen, vilket ofta tyder på stress eller oro, vilket då i sin tur gör att barnet kan känna att det befinner sig i en hotfull miljö. Även om föräldrar och anhöriga ibland kan stjälpas mer än hjälpa så tycker deltagarna att det är viktigt med en lugn och trygg förälder och att det också är en del av barnets upplevelse.

Barn är inte små vuxna patienter

Sjuksköterskans upplevelse av skillnaden på vuxna patienter och barn som patienter

Att som sjuksköterska så ställs man inför att både utföra smärtsamma procedurer på vuxna och barn. Deltagarna beskriver som skillnaden är att det är lättare att förklara vad som ska ske för en vuxen. att det kan vara svårt med att förklara för barnet. deltagarna belyser att barnen inte vet vad som kommer ske. En annan aspekt som deltagarna lyfter är att ett barn inte förstår konsekvensen av handlingen. De belyser att man behöver förändra sitt sätt att möta barnet i även sin aktuella ålder. De flesta nämner att vuxna i det största fallet har en förståelse för vad som ska ske. Deltagarna beskriver att det är svårare att handlägga och behandla barn än vuxna, de upplever att vuxna patienter har en större förståelse för varför vissa procedurer behövs göras. För vuxna är det lättare att förklara hur proceduren går till, varför den behöver göras och vad konsekvenserna blir om den inte blir gjord. Barn har inte den förståelsen enligt deltagarna. Barn ser personalen som ett hot, någon som orsakar smärta på dem och kan inte analysera situationen på samma sätt som vuxna menar deltagarna. Deltagarna beskriver att

vuxna såklart också kan få ont, men att de förstår varför, vilket barn inte gör. Deltagarna uttrycker att det ställs högre krav på vuxna patienter då livserfarenhet och mognad spelar roll.

Att handlägga och behandla barn som patienter

Deltagarna uttrycker att det är svårt med barn på akutmottagningen, det inger en nervositet hos sjuksköterskan och att de helst inte vill behandla barn. Deltagarna tycker att det är svårt att behandla barn och att det inte riktigt finns rutin på det, utan många kliniker gör på olika sätt. Deltagare poängterar att det är viktigt att möta barnet på rätt nivå och inte på samma nivå som med vuxna samt att tänka ett steg före hela tiden. Deltagare upplever att det är utmanande att behandla barn, men också kul.

Barnspektrat är stort och även åldrarna så att kunna möta varje barn på just barnet nivå. Det är viktigt att möta barnets rädsla menar deltagarna, då det kanske inte handlar om just själva smärtan utan rädslan för att det ska göra ont samt rädslan för situationen. Att inse att barn är olika och hur barn tar till sig information är något som flera deltagare belyser. att man som sjuksköterska ger sig tiden och anpassar sig till just det barnet. Att kunna ge barn information så barnet förstår är även en utmaning menar en deltagare. Därför menar en deltagare att det är viktigt att se och möta barnets rädsla och oro, även föräldrarnas rädsla och oro.

“Det är så lätt att man kastar ur sig att det bara är ett putt i fingret, men det kanske inte är så bara för att då kanske det där CRP visar 246 och då blir det ett putt till, då måste det sättas infart också. Hela tiden att man ska inte bara, utan tänk på vad det kan leda till, att man samlar sig, det tror jag nog att vi kan bli duktiga på att sprida liksom.” (deltagare 11)

Teamets betydelse av lyckade smärtsamma procedurer

Hierarki, läkarnas osäkerhet och bristande kunskap

En faktor som deltagarna belyser är samarbetet med läkare. Det är svårjobbatt då läkare på akutmottagningar oftast AT-läkare eller underläkare saknar kunskap och erfarenhet av barn. Detta menar deltagarna att det skapar en stor osäkerhet hos sjuksköterskorna då det inte ordineras en adekvat smärtlindring med oron för att överdosera. Deltagarna beskriver att de har kunskap

för att kunna utföra procedurer och ge smärtlindring, men att läkaren har för låg kunskap. Deltagarna beskriver att läkarnas osäkerhet ger en negativ effekt i behandlingen av barn, vilket skapar en frustration hos sjuksköterna. Deltagarna belyser att kunskapen i omvårdnad brister hos många läkare vilket resulterar i att en trygghet lätt kan raseras. Deltagarna beskriver även den hierarkiska aspekten, att läkaren trots inrådan från sjuksköterskorna ändå fortsätter med utförandet trots dålig förfarande. Deltagaren nämner även att man inte vågar säga emot en läkare på grund att det hierarkiska förhållningsättet fortfarande finns.

”När man jobbar framför allt med AT-läkare som inte heller är helt bekväma i de här situationerna så känner man sig väl lite otillräcklig, dom vågar inte smärtlindra så mycket då de inte heller känner sig bekväma i det” (deltagare 8)

”Hela situationen blev väldigt obehaglig för alla som var inblandade för att man kände att det här var fel, och det var inte riktigt någon som sa ifrån” (deltagare 3)

Attityden och förhållningssätt hos sjuksköterskan kan påverka utgången

Deltagarna belyser sjuksköterskans attityd och förhållningssätt, de menar att om sjuksköterskan har en dålig approach, så kan det bidra till obehag hos barnet. Deltagarna belyser att sjuksköterskan inte kan gå in med attityden att nålsticket inte kommer vara så farligt om barnet är något äldre, för det kan det absolut vara för barnet, vilket då kan bli en negativ upplevelse för barnet. Ett bra och anpassat bemötande är viktigt mot alla, men mer för barnen då de har ett helt annat bildperspektiv enligt en deltagare. Genom att berätta att barnet ska få en slang i armen kan få barnet väldigt rädd då barnet då kanske tolkar detta som en trädgårdsslang, inte en liten pvk. Deltagarna menar att sjuksköterskan kan avgöra själv hur situationen blir, genom att informera barnet, eller inte informera barnet.

Diskussion

Metoddiskussion

För att kunna besvara studiens syfte gjorde författarna en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats då det finns begränsat med forskning inom det aktuella ämnet, detta upptäcktes av författarna under ett tidigt stadie av informationssökning inför studien. Kvale & Brinkmann (2014) menar att genom samtal som innehåller berättelser om erfarenheter, känslor och attityder så interagerar människor med varandra och via forskningsintervjuer produceras kunskap, vilket författarna ville erhålla. Inför studien gjordes en pilotintervju för att få erfarenhet samt för att upptäcka eventuella förbättringsområden i intervjuguiden. Efter pilotstudien ändrade författarna intervjuguiden något då det väckts fler frågor hos författarna under pilotintervjun. Författarna uppmärksammade även vikten av öppna frågor och att låta deltagaren prata fritt, det gjorde att författarna vid nästa intervju kunde anpassa frågorna utifrån deltagarens berättelse, vilket även Danielsson (2017) poängterar, och om frågorna är för detaljerade kan interaktionen i intervjusituationen förstöras (Danielsson, 2017). Författarna gjorde 11 intervjuer med både grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, författare ett utförde självständigt sju intervjuer och författare två utförde självständigt fyra intervjuer, detta på grund av geografiska begränsningar. Lundman och Graneheim (2017) menar att det inte går att förutspå hur många intervjuer som bör göras, utan att det är den mängden data som samlats in som är tillräckligt för att svara på studiens syfte samt datas kvalitet. Författarna upptäckte tidigt att en röd tråd gick att finna bland data och att alla 11 deltagare svarade liknande på frågorna. Författarna ville även få sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser belyst utifrån olika synvinklar vilket gjorde att författarna valde deltagare med varierande ålder, olika kön samt deltagare som har barn men också som inte har barn. Genom att välja deltagare med olika erfarenheter, ålderskillnader samt kön ökar trovärdigheten för studien då ämnet ses utifrån olika synvinklar (Graneheim & Lundman, 2004). En svaghet i studien är dock att enskilda informanter har haft en relation tidigare med någon av författarna, arbetsrelation, studiekamrater från grundutbildningen eller bekanta. Detta kan ha påverkat deltagarna att tacka ja till deltagande i studien, vilket få ses som viss påverkan eller beroendeställning hos deltagarna enligt författarna. Emellertid arbetar inte författarna för närvarande med dessa personer, varför datainsamlingen genomfördes trots det ovan sagda.

Innehållet av intervjuerna analyserades sedan genom en innehållsanalys inspirerad av Lundman och Graneheim (2017). Målet enligt Lundman och Graneheim (2017) med en innehållsanalys är att hitta eventuella skillnader och eller likheter i materialet, och författarna ansåg denna metod som mest lämplig för ändamålet. Författarna valde en induktiv ansats för att vara så opartiska som möjligt för att sedan presentera slutsatser inom det studerande ämnet. En induktiv ansats innebär att söka mönster i det insamlade materialet för att sedan förutsättningslöst analysera texter (Lundman & Graneheim, 2017). För att besvara studiens syfte så utförde författarna innehållsanalysen både manifest och latent, vilket innebär det textnära innehållet, det uppenbara innehållet som uttrycks på en beskrivande nivå men även det som sägs mellan raderna (Lundman och Graneheim, 2017). Det latent innehåll gick inte att undvika eftersom deltagarna ibland uttryckte sig med kända ordspråk och liknande. Författarna utförde innehållsanalysen med låg abstraktionsnivå samt låg tolkningsgrad. Lundman och Graneheim (2017) beskriver att en viss grad av tolkning och abstraktion krävs för att resultatet ska bli meningsfullt och begripligt. Analysprocessen har gjorts självständigt en gång av båda författarna för att sedan granskas och diskuteras tillsammans av båda författarna, detta för att inte missa viktiga fynd och för att förstå innebörden, dock behöver det inte betyda att resultatet är ogiltigt om två olika forskare inte är överens om tolkningen (Lundman och Graneheim, 2017).

Ett resultat kan bedömas som trovärdigt utifrån bland annat begreppen tillförlitlighet och överförbarhet. Tillförlitligheten ökar om olika forskare genomför intervjuerna eftersom olika forskare kan ställa olika frågor till deltagarna, vilket innebär att variationer av erfarenheter och upplevelser kan fångas upp. Intervjuerna blev i snitt cirka 30 minuter långa, vilket också kan öka tillförlitligheten då en för stor mängd data under insamlingen kan bli ologisk och svårhanterlig. Författarna ansåg att 30 minuter var lagom för att sedan kunna hantera och analysera materialet. Överförbarhet innebär att resultatet kan föras över till andra grupper eller situationer. Studien bör vara tydlig och välskriven i samtliga delar, resultatet bör vara kraftfullt presenterat tillsammans med lämpliga citat för att vara överförbar. Det är dock läsaren i sig som bestämmer om resultatet är överförbart till en annan kontext, författarna kan ge förslag till vem och i vilken kontext studien kan överföras till. (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2017) Författarna anser att studien med fördel kan öka

kunskapen inom ämnet både på akutmottagningar men även barnkliniker, operationskliniker eller andra instanser som behandlar barn.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter kunskap och upplevelse om smärtsamma procedurer på barn.

Sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och utbildning

I kategorin *sjuksköterskans syn på smärtsamma procedurer på barn* beskriver deltagarna att en smärtsam procedur kan vara vad som helst. Det kan vara fysiska procedurer som pvk-sättning, reponering och blodprover. Men det kan också vara att vara inlagd på sjukhus eller att någon säger "tittut", vilket kan vara en mer emotionell smärta, vilket Olsson (2010) beskriver, att barn ser smärta som ett hot mot liv och säkerhet, då de styrs av sitt emotionella system. 80% av barnen i studien gjord av Ballard et al (2017) tyckte att nålstick var smärtsamma, vilket kan koppla samman sjuksköterskornas upplevelse i den här studien.

Resultatet visar att sjuksköterskorna tycker att utsätta barn för smärtsamma procedurer är en jobbig och svår arbetsuppgift som ofta framkallar ångest hos sjuksköterskan. Eriksson (2018) menar dock sjuksköterskan bör försöka eliminera lidandet som är orsakat av vårdpersonalen själv eller andra faktorer. Författarna ställer sig även frågande till om det kan ha att göra med sjuksköterskornas bristfälliga kunskap som kategorin *sjuksköterskans kunskap och utbildning* klarlägger. Hu et al. (2020) belyser sjuksköterskors bristfälliga kunskap om ämnet samt att det är svårt att lindra den smärtan som uppstår vid en procedur, vilket också speglas i resultatet då många av sjuksköterskorna saknar den kunskap som krävs inom ämnet. Caverius & Ljungman (2014) menar att barns smärta ofta underskattas och underbehandlas, som möjligtvis kan kopplas samman med deltagarnas upplevda bristande kunskap. Detta kan även innebära en hotad patientsäkerhet då erfarenheter och kunskap är enligt Lindahl, Elmquist & Westin (2021) viktiga delar för att kunna upprätthålla patientsäkerheten, detta belyser även Eriksson (2018) i sin omvårdnads teori att det grunden i vårdandet ligger i att skaffa sig kunskap för att kunna vårda. En utmärkande del i resultatet var att sjuksköterskorna inte upplevde att de får eller har den utbildning som krävs och hade önskat mer utbildning för att få en bättre förståelse, detta hade varit positivt för sjuksköterskorna då Le May et al. (2009)

menar att de sjuksköterskor som har fått utbildning och har erfarenhet har en högre förståelse för barn och deras smärta. Lindahl, Elmqvist & Westin (2021) belyser att det är viktigt för sjuksköterskan att ha en grundad kunskap om det friska barnet och dess normala beteendemönster samt fysiologiska värden för att snabbt kunna identifiera ett svårt eller kritiskt sjukt barn. Sjuksköterskorna upplever att det inte ingick någon särskild utbildning eller kurs om barn i grundutbildningen till sjuksköterska, vilket är negativt då ett barn som är i behov av vård bör vårdas av personal som har barnkompetens (Lindahl, Elmqvist & Westin, 2021). En liten del av resultatet beskriver att några av sjuksköterskorna upplevde att de hade kunskap och har erhållit utbildning och det var de som arbetar eller har arbetat på barnklinik, är specialistsjuksköterskor och de som har egna barn. Det kan dock inte krävas att sjuksköterskan ska arbeta på ett visst ställe, vidareutbilda sig eller skaffa barn för att erhålla kompetensen eftersom ansvaret för kompetensutveckling ligger på organisatorisk nivå och inte är den enskilde (Williams et al., 2019).

Sjuksköterskans upplevelser av hinder och framgångsfaktorer

Lindahl, Elmqvist & Westin (2021) belyser att barn ofta vill vara delaktiga i det som rör dem och sjuksköterskan bör vara öppen för barnets egna erfarenheter i mötet. I resultatet lyfter sjuksköterskorna att det är viktigt med förberedelser och information i kategorin *sjuksköterskans upplevelser av hinder och framgångsfaktorer*. Sjuksköterskorna menar att det ofta blir en positiv utgång i processen om barn blir förberedda på vad som ska hända och att de blir informerade och får titta och känna på olika hjälpmedel, instrument eller material. Genom detta skapas en erfarenhet hos barnet. Eriksson (2018) belyser i sin teori om vikten av att lekandet ska få ta stor plats och det främjar lärandet. Lindahl, Elmqvist & Westin (2021) menar att det även är viktigt med en god kommunikation och ett gott bemötande, både till barnet och dess föräldrar. Det är viktigt för barnets men också för föräldrarnas trygghet att sjuksköterskan har en öppen och ärlig kommunikation. Denna punkt speglas i resultatet då alla sjuksköterskorna upplever att förberedelser, information samt föräldrars och barnets delaktighet genererar trygghet. Centrala delar i resultatet belyser tid och stress. Många av sjuksköterskorna upplever att behandla barn tar tid, och att den tiden inte alltid finns, vilket i sin tur kan orsaka stress hos sjuksköterskan som förs över till barnet. Caverius (2012) och Olsson (2012) belyser att yngre barn är känsliga och att oro och rädsla är en naturlig reaktion på smärta, och just därför ska tid avsättas när en smärtsam procedur ska utföras. Vidare

beskriver Caverius (2012) och Olsson (2012) att barnets upplevelse aldrig får förminskas, vilket även resultatet belyser.

En del i resultatet som utmärker är att sjuksköterskorna upplever att vissa procedurer måste göras med tvång då barnet inte vill medverka. Det är en jobbig del för sjuksköterskorna då det ibland kan kännas som ett övergrepp, men att det måste göras för att främja hälsa eller rädda barnets liv. Eftersom en del av sjuksköterskans huvuduppgift är att lindra lidande (Eriksson, 2018) går detta i obalans, det går även emot sjuksköterskans värdegrund (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Författarna dividerar mellan sjuksköterskans centrala uppgift att lindra lidandet och den etiska aspekten, då sjuksköterskan enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) har ett enskilt ansvar för att arbeta utefter ett etiskt förhållningssätt. Författarna ställer sig frågande till om det kan vara etiskt försvarbart att använda tvång, som kan tolkas som ett övergrepp, på ett barn för att rädda dess liv då Lagen om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (2018) menar att alla barn ska skyddas mot alla typer av övergrepp, både fysiska, psykiska och sexuella.

Barn är inte små vuxna patienter

Caverius och Ljungman (2014) menar att ju yngre barnet är, ju svårare har det att förstå varför det är nödvändigt att ibland utföra smärtsamma procedurer, vilket även deltagarna i studien beskriver. Resultatet belyser också att det ibland kan vara viktigt för sjuksköterskan att möta rädslan som barnet känner, då barn ofta är rädda för det ska göra ont och själva situationen. Caverius och Ljungman (2014) beskriver att smärta ofta är förknippat med rädsla och ibland att rädslan beror på att situationen är skrämmande och obegriplig för barnet. Patientlagen (2014) säger att vårdpersonal ska ge patienten information om saker som rör deras vård, exempelvis aktuellt hälsotillstånd, de metoder som finns för aktuella undersökningar samt väsentliga risker, är patienten ett barn ska vårdnadshavaren få denna information. Deltagarna i resultatet trycker på att det är svårt att ge denna information till ett barn som inte förstår på grund av ålder eller mognadsnivå. Författarna anser att detta är ett etiskt vägskäl då Svensk sjuksköterskeförening (2014) menar i sjuksköterskans etiska kod att sjuksköterskan ska säkerställa att patienten får korrekt, tillräcklig och begriplig information, det nämns dock ingenting om hur sjuksköterskan ska ställa sig till om patienten är ett barn.

Teamets betydelse av lyckade smärtsamma procedurer

Resultatet belyser att teamets alla medlemmar skulle kunna ha den kompetens som behövs för den särskilda situationen, men om inte teamet är samspelade så blir patienten lidande eller behandlingen försenad. Sandberg et al. (2021) beskriver liknande, att om inte teamet fungerar väl tillsammans så gynnar det inte patienten. Vidare beskriver Sandberg et al (2021) att ett gott teamarbete genererar kollektivt lärande, vilket resultatet går emot. Deltagarna i studien menar att läkarnas osäkerhet ibland kan speglas över till sjuksköterskan som genererar en otrygghet hos sjuksköterskan. Vidare belyser resultatet att sjuksköterskorna upplever en viss hierarki, att de ibland inte vågar säga emot läkarens ordination eller liknande. Sandberg et al. (2021) belyser vikten av kommunikationen vid dessa situationer. Kommunikationen kan vara ett verktyg för att minska den hierarkin då det gynnar ett gott samarbete, som i sin tur genererar stöttning och trygghet mellan teammedlemmarna.

Konklusion och implikationer

Det finns en osäkerhet och rädsla bland sjuksköterskor i hur vi tar hand om barn som utsätts för smärtsamma procedurer, och framför allt de som inte träffar barn lika ofta än de sjuksköterskor som bara arbetar med barn. Det framkommer att kunskapen brister och utbildning prioriteras inte, varken på sjuksköterskeprogrammet eller hos arbetsgivaren. Sjuksköterskorna upplever att behandla barn eller utföra smärtsamma procedurer på barn är en jobbig arbetsuppgift. Det finns medel och verktyg för att förbättra barnets upplevelse men sjuksköterskorna upplever att dessa resurser inte finns eller att de inte fått någon utbildning i dessa. Författarna anser att det föreligger stor förbättringspotential hos arbetsgivaren att utbilda sjuksköterskor men även upprätthålla deras kompetens om ämnet. Risken finns om sjuksköterskor inte får den kunskap och utbildning så kommer det fortsätta leda till en rädsla och oro inför att eventuellt utföra smärtsamma procedurer på barnet, detta kan även bidra till dålig arbetsmiljö för sjuksköterskan. Det finns också en risk för att barn traumatiseras via vården då det utförs procedurer som kan skada barnet i det långa loppet, och på sikt skapa en rädsla för sjukvården vilket kan ge konsekvenser för hälsan hos barnet. Författarna anser att denna studie belyser farhågor och framgångar med smärtsamma procedur på barn och genom detta ha till grund för vidare utbildning och implementering av ökad kunskap hos sjuksköterskorna, för att öka tryggheten att handlägga barn vid eventuellt smärtsamma procedurer.

Referenser

- Amponsah, A., Oduro, E., Bam, V., Kyei-Dompim, J., Kwadwo Ahoto, C. & Axelin, A. (2019). Nursing students and nurses' knowledge and attitudes regarding children's pain: A comparative cross-sectional study. *Plos One* 10, 1-12. DOI: 10.1371/journal.pone.0223730
- Ballard, A., Le May, S., Khadra, C., Lachance Fiola, J., Charette, S., Charest, M-C., Gagnon, H., Bailey, B. & Villeneuve, E. (2017). Distraction Kits for Pain Management of Children Undergoing Painful Procedures in the Emergency Department: A Pilot Study. *Pain management nursing* 18(6), 418-426. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.08.001>
- Bergomi, P., Scudeller, L., Pintaldi, S. & Dal Molin A. (2018). Efficacy of Non-pharmacological Methods of Pain Management in Children Undergoing Venipuncture in a Pediatric Outpatient Clinic: A Randomized Controlled Trial of Audiovisual Distraction and External Cold and Vibration. *Journal of Pediatric Nursing*. 2018 Sep-Oct;42:e66-e72. doi: 10.1016/j.pedn.2018.04.011. Epub 2018 May 1. PMID: 29728296.
- Caverius, U. (2012). Smärta hos barn. I C. Moëll & J. Gustafsson (Red.). *Pediatrisk*. (s.76–85). Liber.
- Caverius, U. & Ljungman, G. (2014). Smärtbehandling vid procedurer hos barn – kort historik och dagsläget. *Läkemedelsverket*.
<https://www.lakemedelsverket.se/48dcf2/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/bakgrundsdokument/bakgrundsdocumentation-behandling-av-barn-i-samband-med-smartsamma-procedurer.pdf>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.
- Elias, J.M., Prashanth, P.V., Shenai, S., Rev. Sr. Mony, K. & Varghese M. (2019). Knowledge and Attitude Regarding Children's Pain and Perceived Barriers to Optimal Pain Management among Staff Nurses. *International Journal of Nursing Education*, 11 (1), 51–55. DOI: 10.5958/0974-9357.2019.00012.6

Elvasjutiosju.se (29 maj 2019). Barnets utveckling. <https://www.1177.se/Stockholm/barn--gravid/sa-vaxer-och-utvecklas-barn/barnets-utveckling/>

Emergency Nurses Association (2020). Emergency nursing pediatric course ENPC: deltagarmanual. (Femte upplagan, svensk version). [Utgivningsort okänd]: Emergency Nurses Association.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden*. (Första upplagan). Stockholm: Liber.

Forsner, M. (2009). Omvårdnad vid procedurer. I I. Hallström & T. Lindberg (red.). *Pediatrik omvårdnad*. (s. 113–126). Stockholm: Liber.

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Holmström, M., Junehag, L., Velandar, S., Lundberg, S., Ek, B. & Häggström, M. (2019). Nurses' experiences of prehospital care encounters with children in pain. *International emergency nursing*. 43, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.004>

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471–479). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur AB.

HLR-rådet. (2021). Avancerad hjärt-lungräddning på barn. HLR.nu

Hu, J., Ruan, H., Li, Q., Gifford, W., Zhou, Y., Yu, L. & Harrison, D. (2020). Barriers and Facilitators to Effective Procedural Pain Treatments for Pediatric Patients in the Chinese Context: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of pediatrics nursing*. 54, 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.004>

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

Karling, M., Renström, M., & Ljungman, G. (2002). Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta Paediatrica* 91(6), 660-666. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb03298.x>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (Tredje [reviderade] upplagan). Lund: Studentlitteratur

Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (SFS 2018:1197). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197

Le May S, Johnston CC, Choinière M, Fortin C, Kudirka D, Murray L, Chalut D. (2009). Pain Management Practices in a Pediatric Emergency Room (PAMPER) Study: interventions with nurses. *Pediatr Emerg Care*, 8, (498-503). DOI: 10.1097/PEC.0b013e3181b0a0af. PMID: 19633588.

Lindahl, J., Elmqvist, C. & Westin, E. (2021). Personcentrerad och säker akut vård av barn. I A. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 125-135). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., s.219–233). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, G. Akut smärta hos barn. (2012). I M. Werner & I. Leden (red.) *Smärta och smärtbehandling*. (s. 308–316) Stockholm: Liber.

Oommen, S. & Shetty, A. (2019). Does parental anxiety affect children's perception of pain during intravenous cannulation? *Evidence & Practice* 23(3) 21–24.

doi:10.7748/ncyp.2019.e1187

Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Sandberg, H., Kvarnström, S. & Carlström, E. (2021). Specialistsjuksköterskan i teamet. I *Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialtområden*. (s. 175–188). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (18 oktober 2022). Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök.

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/vantetider-och-besok-vid-sjukhusbundna-akutmottagningar/>

Svenska Akademien (2022). Procedur. I *Svenska Akademiens ordböcker*. Hämtad 20 januari 2023 från <https://svenska.se/tre/?sok=procedur&pz=2>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). [ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [Elektronisk resurs]]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad: reviderad 2016*. (1. rev. uppl.) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Swenurse (2017). *Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*.

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20akutsjukv%C3%gh%A5rd.pdf>

Vårdvetenskapliga etiknämnden. (16 december 2021).

<https://canvas.education.lu.se/courses/15149>

Williams, S., Keogh, S., & Douglas, C. (2019). Improving paediatric pain management in the emergency department: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94. (9-20). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.017>

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Intervjuguide

- *Hur gammal är du?*
- *Hur länge har du varit yrkesverksam?*
- *Vart jobbar du?*
- *Hur länge har du arbetat där?*
- *Har du någon specialistutbildning?*
- *Har du egna barn?*
- *Hur skulle du beskriva smärtsamma procedurer på barn?*
- *Hur ofta händer det att du träffar akut sjuka och skadade barn?*
- *Ställs du då inför att utföra smärtsamma procedurer på barn?*

- *Vilken kunskap har du för att utföra smärtsamma procedurer på barn?*
 - *Har du fått utbildning i hur du ska göra vid smärtsamma procedurer?*
 - *Har du fått någon utbildning i hur du skulle kunna förebygga smärt vid procedurer?*
 - *Anser du att din arbetsgivare är bra och måna om att tillhandahålla utbildningar, kunskap om ämnet?*

Specialistexamen

- *Hur har din specialistexamen hjälpt dig med att utföra smärtsamma procedurer?*

Barn JA

- *Upplever du att du påverkas av det? Lättare eller jobbigare?*

Barn Nej

- *Anser du att det är till fördel eller nackdel?*
 - *På vilket sätt är de det?*

- *Kan du berätta om en gång när du utförde procedurrelaterad smärta?*
 - *Hur känner du när du ställs inför utförandet av procedurrelaterad smärta?*

- *Vad anser du är viktigt i utförandet av smärtsamma procedurer på barn?*
- *Vad anser du skulle kunna vara ett hinder för att utföra smärtsamma procedurer på barn?*
- *Kan du berätta om en gång där du utförde en smärtsam procedur på ett barn som inte kändes bra för dig eller barnet?*
- *Vad anser du är en framgångsfaktor när du ställs för att utföra smärtsamma procedurer på barn?*
 - *Hur är dina känslor om föräldrars närvaro?*
- *Kan du berätta om en gång som det kändes att det blev ett bra möte/utförande?*
 - *Vad tror du gjorde att det blev så?*
- *Som sjuksköterska så ställs du inför att utsätta både vuxna och barn för smärtsamma procedurer, vad tänker du om det?*
 - *Är det skillnad och varför?*
- *Är det något annat du tänker på som jag inte frågat? Vad väcker det här för känslor hos dig?*

Bilaga 2 (3)

Brev till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: Sjuksköterskans erfarenheter av smärtsamma procedurer på barn

En undersökning av sjuksköterskors erfarenhet gällande att utföra procedursmärta hos barn kan öka förståelsen hos arbetsgivare och i verksamheter huruvida mer kunskap/utbildning behövs eller inte. Om resultatet visar att sjuksköterskor har mindre kunskap och sämre erfarenheter om ämnet, kan det vara en ögonöppnare och för både verksamheter och sjuksköterskorna själva forskning visar i andra delar av världen än Sverige att sjuksköterskor har en avsaknad av kunskap och tycker att det är svårt med just procedursmärta hos barn.

Författarna kommer att göra en kvalitativ intervjustudie av yrkesverksamma sjuksköterskor som jobbar på en akutverksamhet där sjuksköterskan har hand om barn mellan 0–12 år som utsätts för procedursmärta. Författarna strävar efter att nå sammanlagt 12 deltagare från olika verksamheter. Intervjuerna kommer att ske i person, telefon eller zoom. Detta kommer sedan ske genom en kvalitativ innehållsanalys

Deltagarna kommer kontaktas och informeras av författarna, samtycke kommer inhämtas av deltagarna med skriftlig blankett. Det inhämtade materialet kommer att sparas och endast författarna kommer ha åtkomst till materialet.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Det insamlade materialet kommer att förstöras efter godkänd examination.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Christoffer Orre
Leg. Sjuksköterska
Studerande på specialist-
sjuksköterskeprogrammet
e-post: christoffer.orre.4286@student.lu.se

Patricia Ynner
Leg. Sjuksköterska
Studerande på specialist-
sjuksköterskeprogrammet
e-post: patricia.lovaas_ynner.0846@student.lu.se

Handledare
Helena Rosén
Universitetsadjunkt
Hälsofrämjande komplexa
interventioner
Tfn: 046 46 222 19 26
e-post: helena.rosen@med.lu.se

Brev till studiedeltagare

Sjuksköterskans erfarenhet att utföra smärtsamma procedurer på barn

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Om det inte är självklart för den tillfrågade, skriv en rad om hur ni fått dennes namn.

I en akutverksamhet träffar sjuksköterskan barn dagligdags. Det kan vara allt ifrån enkla förkylningar till akut sjuka/skadade barn. Sjuksköterskan kommer att ställas inför att utföra smärtsamma procedurrelaterade ingrepp. Flertalet artiklar påvisar det att barn som utsätts för smärtsamma procedurrelaterade ingrepp, gör att barnet upplever besöket som något negativt och skrämmande. Barn uppfattar smärta på annat sätt än vad vuxna gör. Sjuksköterskan och vårdar och behandlar barn som kommer behöva utsättas för smärtsamma procedurrelaterade ingrepp. Fast forskningen går framåt och metoder för att minimera smärta och obehag hos barn, så beskrivs det i studier och litteratur om svårigheter med att använda sig av det i det kliniska arbetet. Utifrån detta så vill författarna undersöka hur sjuksköterskans erfarenhet och känslor kring ämnet.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig. Den beräknas ta cirka 30-60 minuter och genomförs av Christoffer /Patricia. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst. Du kommer tydligt bli informerad innan det börjar spelas och när inspelningen avslutas.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert/lämnas till senast datum. *Välj retursätt.*

Det insamlade materialet förvaras inlåst på en säker plats. Insamlat material kommer att förstöras efter godkänd examination.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Christoffer Orre
Leg. Sjuksköterska
Studerande på Specialist-
sjuksköterskeprogrammet
e-post: christoffer.orre.4286@student.lu.se

Patricia Ynner
Leg. Sjuksköterska
Studerande på Specialist-
sjuksköterskeprogrammet
e-post: patricia.lovaas_ynner.0846@student.lu.se

Handledare
Helena Rosén
Universitetsadjunkt
Hälsofrämjande komplexa
interventioner
Tfn: 046 222 19 26
e-post: helena.rosen@med.lu.se

Bilaga 3 (3)

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
en vuxen person kognitivt intakt, kan man ju förklara för på ett annat sätt och där finns det... eh... de de det finns andra... andra förutsättningar, att liksom förklara, dom är inte kanske lika känsliga för vad som sker runtomkring (2:25)	För en vuxen person kan man ju förklara för på ett annat sätt, dom kanske inte är lika känsliga för vad som sker runtomkring (2:25)	Skillnaden på vuxna och barn		Sjuksköterskans upplevelse av skillnaden på vuxna patienter och barn som patienter	Barn är inte små vuxna patienter
Ja men att det tar.. det tar tid, man får inte det som man vill.. alltså man får inte målet uppnått med det man ska göra (3:12)	Det tar tid, man får inte målet uppnått med det man ska göra (3:12)	Tidsbrist	Tidsbrist, stress och dålig miljö	Negativa faktorer som påverkar barnen	Faktorer som påverkar
För då har dom ju ont liksom innan, och så får dom lite smärtlindring och så kan man göra en kul grej av det här med gipsningen och visa och klippa och mäta och få dom att gissa ”hur lång tror du att din arm är” och så (3:18)	Då har dom ont innan, och så får dom lite smärtlindring och så kan man göra en kul grej av gipsningen och visa, klippa och mäta och få dom att gissa ”hur lång tror du att din arm är” (3:18)	Vända det negativa till något positivt	Vända det negativa till något positivt	Framgångsfaktorer för lyckade smärtsamma procedurer	Faktorer som påverkar
Men sen är det ju också viktigt eh att ha så medel till att kunna gå ett steg vidare om	Men sen är det ju också viktigt att ha medel till att kunna gå ett	Hjälpmedel	Avledning och hjälpmedel	Framgångsfaktorer för lyckade smärtsamma procedurer	Faktorer som påverkar

<p>man liksom inte når fram med det verbala eller så, och då finns det ju olika hjälpmedel som vi framför allt på barndagen barndagvården använda sig av. då ett av dem det är EMLA plåster alltid! Alltid! Alltid! (7:4)</p>	<p>steg vidare om man inte når fram med det verbala, och då finns det olika hjälpmedel, ett av dem är EMLA plåster alltid! Alltid! Alltid! (7:4)</p>				
<p>så att jag skulle säga att det finns mycket att utveckla här, på det här sjukhuset angående procedurrelaterad smärta för barn. men jag upplever att jag har kunskapen om vad man kan ge, sen är det inte alltid säkert att läkaren... ordinerar det eller vill ge det, mm (2:30)</p>	<p>Jag skulle säga att det finns mycket att utveckla, jag upplever att jag har kunskapen om vad man kan ge, sen är det inte alltid säkert att läkaren ordinerar det eller vill ge det. (2:30)</p>	<p>Hierarkins betydelse</p>		<p>Hierarki, läkarnas osäkerhet och brist på kunskap</p>	<p>Erfarenhet av teamarbete</p>