

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Marte Grimsmo Teige

Kommunikasjon og smertemestring i
pediatrisk avdeling

Communication and pain management in
paediatric unit

Dato: 19. mai 2016

Totalt antall ord: 9760

ABSTRAKT

Introduksjon: I 2014 ble over 350 000 barn innlagt på norske sykehus. Dette er en stressende situasjon for barnet og foreldrene, hvilket krever gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne. Ikke-medikamentelle behandlingsmetoder kan senke behovet for medikamenter og dermed senke faren for bivirkninger. Kombinasjonen av god kommunikasjon og god smertebehandling kan også hindre angst og stress hos barnet og foreldrene. **Hensikt:** Belyse bruken av ikke-medikamentell smertebehandling i pediatriske avdelinger, og se hvordan kommunikasjon med pasient og pårørende kan hjelpe barnet med smertemestring. **Metode:** Resultatet i denne litteraturstudien er basert på 8 kvalitative og 6 kvantitative, samt en kvantitativ og kvalitativ forskningsartikkel. **Resultat:** Forskingen viser at sykepleierne forventer at foreldre deltar i barnets behandling. Sykepleierne gir barnet god informasjon som er tilpasset alder, og motiverer barnet i deltakelse. Smertekartleggingsverktøy er et godt redskap i smertebehandlingen. Lek og fantasier er effektive ikke-medikamentelle metoder for smertelindring, mens avledninger, informasjon og trøst blir mest brukt. **Diskusjon:** Litteratur, forskning og teorier er brukt for å belyse funnene i resultatet. **Konklusjon:** Mange sykepleiere har for liten kunnskap om ikke-medikamentelle metoder for smertebehandling og smertevurderingsverktøy. Sykepleierne har også i mange tilfeller for høye forventninger til foreldrene, men de er flinke til å involvere barna og gi barna god informasjon.

NØKKELOORD:

Child, hospitalized, communication, non-pharmacological treatment, pain management, parent.

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Introduksjon	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Kommunikasjon	5
1.3 Smertekartlegging og smertemestring	6
1.4 Relevans for sykepleiefaget.....	7
1.5 Hensikt.....	7
2 Metode	8
2.1 Avgrensning av hensikt.....	8
2.2 Litteratursøk	8
2.2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	8
2.2.2 Avgrensning av litteratursøk	8
2.3 Inkluderte artikler	9
2.3.1 Analyse.....	9
2.3.2 Hovedbudskap i forskningsartiklene.....	9
2.4 Etske overveielser og vurderinger	9
3 Resultat	11
3.1 Foreldre – noe av det viktigste i en pediatrik avdeling	11
3.1.1 Sykepleiere har forventninger til foreldrenes deltakelse	11
3.1.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre	11
3.2 God kommunikasjon og samarbeid med barnet er viktig for god behandling	12
3.2.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og barn.....	12
3.2.2 Hva er rett informasjon?	12
3.3 Barnets smerter må kartlegges og vurderes.....	13
3.3.1 Verktøy for kartlegging av smertene	13
3.3.2 Verktøyene må brukes i sammenheng med barnets oppførsel, tilstand og utvikling	13
3.4 Ikke-medikamentelle metoder kan hjelpe barnet til smertemestring	14
4 Diskusjon	15
4.1 Resultatdiskusjon.....	15
4.1.1 Oppsummering av resultat	15
4.1.2 Foreldre – noe av det viktigste i en pediatrik avdeling	15
4.1.3 God kommunikasjon og samarbeid med barnet er viktig for god behandling	18
4.1.4 Barnets smerter må kartlegges og vurderes.....	20
4.1.5 Ikke-medikamentelle metoder kan hjelpe barnet Med smertemestring	23
4.2 Metodediskusjon	23
5 Konklusjon	26
Litteraturliste	27
Vedlegg 1: Skjema for artikkelgransking	31

Vedlegg 2: Oversikt over artikkelsøk	34
Vedlegg 3: Funn av subkategorier og kategorier.....	36
Vedlegg 4: Inkluderte artikler	37

1. INTRODUKSJON

Denne litteraturstudien omhandler kommunikasjon og mestring av smerter i en pediatrik avdeling. Studien vil se på foreldres deltakelse ved barns innleggelse på sykehus, hvordan kommunikasjonen mellom sykepleier og barn er, og hvordan sykepleiere bruker smertekartleggingsverktøy og ikke-medikamentell smertebehandling for at barnet på best mulig måte kan mestre smerten.

I oppgaven vil pasienten omtales som barnet, mens foreldre vil si barnets nærmeste pårørende som i hverdagen har ansvaret for barnet.

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

I 2014 ble over 350 000 barn (personer under 18 år) innlagt på norske sykehus (Statistikkbanken, 2014), med en gjennomsnittlig liggetid på 1-4 dager (Tveiten, 2012a). Når barn legges inn på sykehus er det utfordrende både for barnet og familien (Johannessen, 2014). For å kunne tolke og vurdere barnas smerter er det viktig at sykepleieren har opprettet et godt tillitsforhold og kan kommunisere med barnet. Rett kommunikasjon og informasjon kan hjelpe barnet med å mestre smerten (Grønseth & Markestad, 2013).

Barns behov for å ha foreldrene i nærheten varierer. De yngste barna, men også mange ungdommer, har stort behov for sine foreldre for å få dekket sine grunnleggende behov. Foreldre er derfor en naturlig del i barneavdelingene, og begrepet familiesentrert sykepleie blir derfor viktig. Familiesentrert sykepleie går ut på å ta vare på pasienten, men også foreldre og søsken. Det er lovpålagt at sykehuspersonalet skal avklare hvilke oppgaver foreldrene er i stand til å gjøre mens de befinner seg på sykehuset (Tveiten, 2012a). Alderen til barna kan også være med på å bestemme dette. I alderen fra 6 til 12 år utvikler barna en evne til å se ting fra andres perspektiv, og en evne til abstrakt og reversibel tenkning. De kan da klare å skille mellom viktige og uviktige opplysninger (Grønseth & Markestad, 2013).

I *forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* står det hvilke regler og rettigheter som gjelder for barn innlagt i spesialisthelsetjenesten. Barn skal fortrinnsvis legges inn på barneavdelinger, og de har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under oppholdet. Barn med alvorlig eller livstruende sykdom har rett til å ha begge foreldrene til stede. Barnet skal også aktiviseres og stimuleres så langt den medisinske tilstanden tillater det, i form av skole eller barnehage med lærer eller førskolelærer. Andre aktiviteter tilpasset barnets alder og utviklingsnivå skal også tilbys, som lek eller å få besøk av venner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

1.2 KOMMUNIKASJON

Kommunikasjon er en forutsetning for sykepleie og det er en del av sykepleie. Kommunikasjon er et middel for å fremme helse, og ikke et mål i seg selv. Målet med kommunikasjonen er at pasient og pårørende skal føle seg godt mottatt og at de er i trygge omgivelser. Samtidig som de skal bli kjent med sykepleieren, og sykepleieren skal bli kjent med dem. Dette blir i mange tilfeller ivaretatt i innkomstsamtalen (Drevon, 1989).

Barn kommuniserer fra første stund (Grønseth & Markestad, 2013). Når voksne snakker til barna er det viktig å snakke normalt. Blir det brukt babyspråk eller snakker langsomt faller barnet lett av før poenget kommer. Større barn og ungdommer kan også bli fornærmet om de blir snakket til på denne måten, og det kan da være vanskelig å oppnå god kommunikasjon og ikke minst tillit. For at barnet skal få tillitt til sykepleieren, må sykepleieren være var på toneleie, ikke-verbale signaler, fysisk og psykisk tilstedeværelse, samt vise barnet respekt og samarbeid (Barneombudet, 2013, Grønseth & Markestad, 2013, Smeland & Reinertsen, 2012). Barn legger raskt merke til disse tingene, og kategoriserer sykepleierne som «snille» eller «slemme». Kommunikasjon og utseende avgjør barnets mening (Brady, 2009, Grønseth & Markestad, 2013). En motiverende samtale kan være et godt verktøy for samarbeid og for å få barnet til å delta (Ivarsson & Ortiz, 2015).

Barna skal ikke stå i vanskelige situasjoner alene. Fra barnet er 16 år kan det ta egne avgjørelser i forhold til egen helse, men for at barna skal slippe store avgjørelser på egen hånd kan det være fornuftig å ha foreldrene til stede. Fra midten av 1900-tallet ble det naturlig å ta foreldrene inn i behandlingen av barna på sykehus (Sundal, 2014). Det er foreldrene som kjenner barnet best, og kan være en stor ressurs for behandlingen (Grønseth, 2002, Smeland & Reinertsen, 2012). I begynnelsen kan det være hensiktsmessig å henvende seg mest til foreldrene, og gradvis involvere barnet. Dette gjelder ikke de eldste barna eller de barna som allerede er trygge, man bør da henvende seg direkte til barnet (Grønseth & Markestad, 2013). I den daglige kommunikasjonen på sykehuset bør barnet være hovedpersonen. Forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og lytting er viktig (Grønseth & Markestad, 2013). Sykepleieren må være blid, imøtekommende, snakke forståelig, være forberedt ved å ha lest journalen, vise respekt, være tålmodig og snakke om andre ting enn sykdom (Barneombudet, 2013). Foreldrene kan imidlertid noen ganger komme i veien for et godt tillitsforhold. Trusler om at sykepleieren vil gjøre noe ubehagelig om barnet ikke hører etter, er svært ødeleggende. I slike tilfeller vet kanskje ikke foreldrene bedre, eller de har liten tillitt til sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2013). Det kan være angstskapende for foreldrene å komme inn på sykehus med nye rutiner, og uklare oppgaver (Drevon, 1989). Derfor er god kommunikasjon og informasjon med foreldrene ekstra viktig (Drevon, 1989, Grønseth, 2002, Grønseth & Markestad, 2013).

1.3 SMERTEKARTLEGGING OG SMERTEBESTRING

Smerte består av fysiske, psykologiske og sosiale komponenter, og er det pasienten selv beskriver. Smerten er altså subjektiv. (Grønseth & Markestad, 2013, Husebø, 1989, Wall, 2003). Et felles utgangspunkt for alle som forholder seg til barn, er at barn ikke skal ha smerter (McGrath, Finley & Turner, 1996). Smertevurdering burde være en rutineoppgave på lik linje med å måle fysiologiske variabler (Grønseth & Markestad, 2013).

Ved å vurdere smerte, vurderer man om barnet har smerter eller ei, hvor de er lokalisert, intensiteten og kvaliteten av smerte. Dette kan gjøres ved at barnet selv sier det, eller ved å lese ansiktsuttrykket til barnet. Det finnes flere verktøy som kan brukes til dette. VAS (Visuell Analog Skala) består av en tallskala fra 0 (minst tenkelig smerter) til 10 (mest tenkelig smerte) hvor barnet skal gi smerten ett av disse tallene som best beskriver smertene. Ansiktsskala viser flere ansikter, hvor barnet kan peke på det ansiktet som stemmer med egen smerte. VAS og ansiktsskalaen er to av de mest brukte verktøyene. Adferden kan også forandres ved smerter; konsentrasjon, oppmerksomhet, humør, appetitt, søvnmønster og søvnkvalitet påvirkes. Verktøyene må derfor sees i sammenheng med adferd. (Grønseth & Markestad, 2013).

Alle har et ansvar i forhold til å ivareta smertebehandlingen. Det vil si at helsearbeidere, foreldre og barna skal dele på ansvaret. Foreldrenes rolle er å være eksperter, instruktører og skuespillere, samtidig som de er barnets representant og talsmann. Barnets rolle i smertebehandlingen er å være ekspert på seg selv og samarbeidspartner med helsepersonell og foreldrene. Helsepersonell er også eksperter, men de er eksperter på behandling og symptomer. De skal også være lærere for foreldrene og barnet, slik at de får innsikt i behandlingsmuligheter. Sist, men ikke minst er helsepersonell omsorgspersoner som skal gi støtte og hjelp under prosessen. Sykepleierne skal være lette å få tak i, og de skal kunne besvare spørsmål eller henvise spørsmålene videre (McGrath et al., 1996).

Det er flere måter å styrke barns mestringsstrategier på. Å avlede tankene fra det som skjer ved konkurrerende stimuli er én måte. Barnas nysgjerrighet, interesse for nye ting og utholdenhet ovenfor oppgaver de liker kan utnyttes for å oppnå mestring. Dette fungerer best når noe er svært spennende, overraskende eller om barnet selv deltar. Å ta kontroll over tanker for å avlede oppmerksomheten er en annen måte å hjelpe barn med mestring. Det kan føre oppmerksomheten mot avslapningsteknikker eller fantasier. Barn fra 5-årsalderen som er godt informert og innstilt på å samarbeide kan bruke denne teknikken. De kan se for seg ting som ikke er der, eller de kan se for seg at de selv befinner seg på fantastiske steder. Dette er mentale bilder som skal kombineres med barnets tidligere erfaringer - eksempelvis på stranden i sommerferien. Når barnet klarer å se for seg dette vil også barnet føle seg avslappet. Etter at barnet er fylt 11 år kan dette bli vanskeligere, men hvis barnet allerede er vant til å

bruke denne metoden kan det hjelpe resten av livet. Til slutt kan også følelsesmessige strategier være hjelpsomme. Foreldre eller andre som har et forhold til barna kan gi emosjonell støtte ved hjelp av trøst, kos eller ros. Det er veldig viktig å la barnet uttrykke følelsene sine, og vite at det er helt greit å vise dem. Barnet trenger at noen forstår og at noen er til stede med en hånd å holde i eller en klem. Samtidig er det viktig at ikke de voksne uttrykke noen tvil på om behandlingen som gjøres er riktig. Det vil i så fall føre til at barnet blir mer engstelig, og kanskje kjenner smerten bedre (Grønseth & Markestad, 2013).

Det finnes ingen enhetlig definisjon av begrepet mestring, men det legges vekt på at mestring består av komplekse og uoversiktlige prosesser. Mestring oppfattes som intrapsykiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre belastninger. Mestring vil være å forholde seg til situasjoner og reaksjoner på en hensiktsmessig måte, og forsøke å få kontroll på følelser (Eide & Eide, 2013). For at det skal være mulig å mestre smerte, må sykepleier legge til rette for det. Smerter skal forebygges, vurderes og kontrolleres, det skal være en rutineoppgave som skal skje ved hver prosedyre eller behandling. Sykepleierne må få god opplæring, samtidig skal de involvere barnet og skape tillit (Moules & Ramsay, 2008).

1.4 RELEVANS FOR SYKEPLEIEFAGET

Barn har begrenset evne til å meddele smerteopplevelsene sine. Smertevurdering og smertebehandling er derfor svært utfordrende hos denne pasientgruppen. Sykepleiere må ha kunnskap om hvordan; a) egne holdninger påvirker behandlingen, b) man kan redusere effekten av faktorer som forsterker smerte, c) barnets kognitive utvikling påvirker uttrykk for smerte og forståelsen for smerte, d) vurdere smerte hos barn i ulike alder og e) ikke-medikamentelle behandlingsmetoder (Grønseth & Markestad, 2013).

1.5 HENSIKT

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse bruken av ikke-medikamentell smertebehandling i pediatrik avdelinger, og se på hvordan kommunikasjon med pasienten og pårørende kan hjelpe barnet med å mestre smerten.

2 METODE

En litteraturstudie må fylle visse krav. For det første må studien ha en hensikt eller problemstilling og et klart formål. For det andre må flere aktuelle forskningsartikler, som belyser temaet, analyseres og diskuteres (Christoffersen, Johannesen, Tuft & Utne, 2015). Dette er en allmenn litteraturstudie, der forskningsartikler som er funnet er beskrevet og analysert (Forsberg & Wengström, 2013).

2.1 AVGRENSNING AV HENSIKT

For å avgrense litteraturstudien er det valgt å ha fokus på barn innlagt i sykehus. Dette er en bachelor i sykepleie, og det føles derfor naturlig å velge et sykepleiefaglig fokus. Medikamentelle metoder for smertelindring er ekskludert, mens ikke-medikamentelle metoder ble inkludert. Dette fordi en sykepleier har mer påvirkning på ikke-medikamentelle metoder for smertebehandling enn de medikamentelle.

2.2 LITTERATURSØK

2.2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK

Databasene Medline, Svemed + og Chinal er brukt i litteratursøket. Alle artiklene som er inkludert i resultatdelen av oppgaven ble funnet i Medline. Initielt ble 25 artikler utvalgt basert på overskrift og abstrakt. Deretter ble artikkelens perspektiv og hensikt vurdert, og som et resultat av dette ble 4 artikler eliminert. De 21 gjenværende artiklene ble så gjenstand for nøye gransking (vedlegg 1), med det resultat at ytterligere 6 artikler ble fjernet. De 15 gjenværende artiklene danner derfor basis for resultatdelen i denne litteraturstudien.

Følgende søkeord i forskjellige kombinasjoner ble brukt for å søke opp artiklene; child hospitalized, neonatal nursing, nursing service, hospital, nursing, nursing care, pediatric nursing, emergency nursing, nursing practical, nursing research, critical care nursing, advanced practice nursing, nursing staff, family nursing, ethics nursing, specialities, communication, communication methods, health communication, communication barriers, pain perception, acute pain, pain measurement, pain, pain postoperative, chronic pain og pain management. En oversikt over søkene finnes i vedlegg 2.

2.2.2 AVGRENSNING AV LITTERATURSØK

Kriteriene for inkludering av forskningsartiklene i denne litteraturstudien er; barn innlagt i sykehus, sykepleieperspektiv, artikler fra år 2000 eller senere, originalartikler i fulltekst, studien må være utført i land med tilnærmet nordisk kultur, og teksten må være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

2.3 INKLUDERTE ARTIKLER

2.3.1 ANALYSE

En egenprodusert mal ble benyttet for å analysere artiklene (vedlegg 1). Denne malen var inspirert av Sjøblom og Ryggs (2012) *Artikkelgransking/vurdering*. Artiklenes tittel, forfatter(e), hvor de er publisert, hvilket år de er utført, hvilke land de er utført i og hvorvidt de er kvalitativ eller kvantitativ er det første malen tar for seg. Videre ble det vurdert om tittelen er klar og relevant i forhold til innholdet og om forfatterens grad, tittel og arbeidssted er presentert. Deretter ble abstrakt, introduksjon, metode, resultat, diskusjon og referanser gransket nøye. Til slutt ble hovedresultatet i artikkelen skrevet ned, og følgende viktige spørsmål ble besvart; «Hva er studiens betydning for sykepleie?», «Er studien relevant for min oppgave» og «Har studien sykepleiefaglig fokus». Resultatene ble så sett på i sammenheng, og kategorier og subkategorier er plukket ut i fra hovedbudskapet i artiklene (vedlegg 3) (Granheim & Lundman, 2004).

2.3.2 HOVEDBUDSKAP I FORSKNINGSARTIKLENE

Vedlegg 4 presenterer de inkluderte artiklene i korte trekk. Alle de 15 utvalgte artiklene inneholder resultater som omhandler barn og kommunikasjon, eller barn og smertemestring. Av disse 15, er det 8 kvalitative artikler, 6 kvantitative artikler og 1 artikkel som er kvalitativ og kvantitativ.

2.4 ETISKE OVERVEIELSER OG VURDERINGER

Norge har lenge vært forut for sin tid når det kommer til forskningsetikk (Kaiser, 2003). I forskning er det viktig at forsøkspersonenes rettigheter blir ivaretatt, forskningen må beskyttes mot ytre press, samtidig må samfunnet beskyttes mot uheldige konsekvenser. Forskningen skal også komme fram med kunnskap eller teknologi som er verdifullt for samfunnet (Forsberg, 2003, Polit & Beck, 2012). For å ivareta dette er det flere etiske komiteer som opplyser og gir rådgivning i forskningsetikken, samtidig som de skal sørge for en informert samfunnsdebatt. Spørsmål som ofte blir brukt i forskningsetikken er «Hvem bør gjøre vurderingen?» og «Hvilke metoder bør brukes?». Dette er ikke spørsmål som kan besvares generelt, men må besvares ut i fra hvilket tema og hvilken gruppe det skal forskes på (Forsberg, 2003). I 1990 vedtok stortinget at det skulle opprettes tre forskningsetiske komiteer med forskjellige ansvarsområder; NEM (den nasjonale forskningsetiske komité for medisin), NENT (den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi) og NESH (den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora). Disse komiteene består av fagfolk fra universitet- og høyskolesektoren, samt lekfolkrepresentanter. Disse komiteene hjelper

forskersamfunnet samtidig som de gir offentligheten innsyn og innsikt i forskningen. Dette er uavhengige organer, hvilket sikrer kvaliteten av vurderingene de gjør (Grung & Nagell, 2003).

For å vurdere forskningsartiklers etiske standard kan man se om de er vurdert av en etisk komite, i tillegg kan man se på om samtykke er innhentet, og hvordan dette er gjort. Det er i dag standard at det skal være innhentet samtykke etter at det er gitt god informasjon. Det skal også bli tatt hensyn til hvert enkelt individ i forskningsprosessen. Det er viktig at forsøkspersonene blir godt informert både skriftlig og muntlig, de må få betenkningstid samt mulighet til å stille spørsmål, og det skal være frivillig. Forsøkspersoner kan når som helst trekke seg fra en studie. Når det skal forskes på barn må man innhente samtykke fra barnet og fra foreldrene. Dette gjøres for å hindre at barnet utnyttes eller misbrukes (Ruyter, 2003).

Barn har begrenset autonomi og begrenset mulighet for å bli hørt eller si ifra til de voksne. Som sykepleier er det derfor svært viktig å ha stort fokus på moralsk standard, og reflektere godt rundt praksisen i sykepleie til barn. De grunnleggende verdiene uttrykkes både gjennom kommunikasjon og hvordan sykepleier opptrer under prosedyrer og praktiske gjøremål. Sykepleiers holdninger synliggjøres gjerne gjennom hvordan han/hun interakterer med pasienten i forhold til nærhet, blick, engasjement og interesse (Grønseth & Markestad, 2013).

3 RESULTAT

3.1 FORELDRE – NOE AV DET VIKTIGSTE I EN PEDIATRISK AVDELING

3.1.1 SYKEPLEIERE HAR FORVENTNINGER TIL FORELDRENE DELTAKELSE

Om barnet har smerter forventes det at foreldre rapporterer dette til sykepleier. Samtidig forventes det at foreldre tar ansvar i forhold til ikke-medikamentell smertebehandling, da foreldrene som regel har gode forutsetninger for å se hvilke smertebehandlingsmetoder som hjelper eller ei. Foreldre gjenkjenner gjerne når barnet har smerter, og de er også mye til stede under behandlingen. Derfor har de svært gode muligheter til å hjelpe barnet med mestring, i samråd med sykepleier. Det er også forventet at foreldrene skal kunne prøve å distrahere barnet under smertefulle prosedyrer (Shields & King, 2001, Simons & Roberson, 2002, Twycross & Collins, 2013, Twycross, Finley & Latimer, 2012).

3.1.2 KOMMUNIKASJON MELLOM SYKEPLEIER OG FORELDRE

Foreldre rapporterer ikke alltid til sykepleier når barnet har smerter (Simons & Robertson, 2002, Twycross et al., 2012, Twycross & Collins, 2013). Foreldre får sjeldent informasjon omkring hvordan de kan oppdage smerten, eller hvilke ikke-medikamentelle metoder de kan ta i bruk for å hjelpe barnet med smertemestringen. De får heller ikke informasjon om hvilke forventninger sykepleier har til dem mens de oppholder seg på avdelingen. Noen sykepleiere mener at det ikke blir gitt god informasjon til foreldrene fordi mange sykepleiere selv ikke har de kunnskapene som trengs i forhold til ikke-medikamentelle metoder og hvordan smerter oppdages (Dowden, McCrathy & Chalkiadis, 2008, Simons & Roberson, 2002, Twycross & Collins, 2013, Twycross et al., 2012). For å bedre kommunikasjonen bør familiene få mer informasjon og undervisning i forhold til smertemestring og hvordan de kan oppdage smerter (Dowden et al., 2008, Simons & Roberson, 2002, Twycross et al., 2012, Twycross & Collins, 2013). Det er sykepleierne som bestemmer hvilken informasjon foreldre skal få, og denne informasjonen blir som regel gitt under omvisningen på avdelingen. Ofte føler sykepleierne at foreldrene ikke får med seg informasjonen som blir gitt, ei heller at den av forelderen som er til stede alltid gir informasjonen videre til den andre forelderen. Ved enkelte tilfeller kan også foreldrene stille spørsmål som må skjermes fra barnet. Da må sykepleier ta kontroll over situasjonen og diskutere saken med foreldrene uten at barnet er til stede og lytter. Eksempelvis, så har ikke en 5-åring forutsetning for å tenke på eller vurdere om hun eller han noen gang vil kunne få barn i fremtiden som et resultat av behandlingen eller sykdommen (Mårtenson & Fagerskiold, 2006, Roden, 2005, Simons & Roberson, 2002). En annen utfordring er at foreldrene noen ganger kan være direkte i veien for god og riktig smertebehandling til barna. De kan for eksempel være negativ til behandlingen, og

det skjer også ofte at foreldre oppmuntrer barna til å ta mer medikamenter enn det som egentlig er nødvendig (Twycross & Collins, 2013).

3.2 GOD KOMMUNIKASJON OG SAMARBEID MED BARNET ER VIKTIG FOR GOD BEHANDLING

3.2.1 KOMMUNIKASJON MELLOM SYKEPLEIER OG BARN

Det er svært viktig å motivere barna til å ta del i diskusjoner som omhandler deres egne behandling og helse. Slik involvering vil skape relasjon og mestring, og barnet oppmuntres derfor til å delta i størst mulig grad. Likevel blir barna aldri bedt om å ta stilling til vanskelige spørsmål alene. Sykepleierne gir ofte bekræftelse og godkjennelse av barnas syns ved at de setter seg nært barna og gir trygghet, gir dem klemmer eller lar dem uttrykke sine følelser. Det er som oftest sykepleier som starter samtalen med barnet, samtidig passer sykepleier på å være tilgjengelig slik at barnet lett kan ta kontakt. Dette for å legge til rette for god kommunikasjon. Sykepleierne kan også prøve å skape en god atmosfære ved å spøke og snakke rolig (Coyne, 2006, Mårtenson & Fagerskiold, 2006, Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2001, Runeson, Hallström, Elander & Hermenrén, 2002, Shields & King, 2001). I 120 situasjoner hvor det var forventet å se kommunikasjon mellom sykepleier og barn, ble over halvparten av situasjonene ikke sett på som optimale. I hele 10 av situasjonene var det ingen kommunikasjon (Runeson et al., 2002).

3.2.2 HVA ER RETT INFORMASJON?

Informasjon blir som oftest gitt muntlig og direkte til barna. I nesten alle situasjoner blir barna oppmuntret til å komme med spørsmål tilbake til sykepleier. De får dermed snakke åpent om følelser, og sykepleier får forsikret seg om at informasjonen som er gitt også er forstått. Barna får vite hvilken prosedyre de skal gjennom, hvor denne skal foregå, hvem som skal utføre den, hvilke medisiner de må ta, hvor de vil befinne seg i ettertid, hva de kan gjøre like etter prosedyren er over, hvorfor prosedyren utføres, hvor lenge den vil vare og hvilke målinger som må gjøres i ettertid. I omtrent halvparten av tilfellene får barna også vite om ikke-medikamentelle metoder som kan hjelpe dem med å mestre smerten (Pölkki et al., 2001).

Sykepleierne deler informasjon og tar seg tid til at pasientene kan respondere. Faktorer som alder, holdninger, hvordan de føler seg, og mental status vil være avgjørende for om sykepleieren tror at barna kan involveres eller ikke. Skolealder er et typisk skille i forhold til modenhet og det å kunne motta informasjon om egen helse og behandling. Barna selv uttrykker også forskjellig krav på informasjon, men ingen av barna uttrykker verbalt at de vil, eller ikke vil ha informasjon. De uttrykker det fysisk ved

å vise sinne eller at de ikke er interessert (Coyne, 2006, Mårtenson & Fagerskiold, 2006, Pölkki et al., 2001, Runeson et al., 2002, Shields & King, 2001).

3.3 BARNETS SMERTER MÅ KARTLEGGES OG VURDERES

3.3.1 VERKTØY FOR KARTLEGGING AV SMERTENE

De smertekartleggingsverktøyene som er mest kjent blant sykepleiere, og som er mest brukt er VAS og FLACC (Face, Legs, Activity, Crying, Consolability). Wong-Baker Faces tool eller Face Pain Scale er andre verktøy, som hovedsakelig blir brukt til de yngste barna (Pölkki et al., 2008, Simons & MacDonald, 2004, Twycross et al., 2012, Twycross & Collins, 2013).

Verktøy, hyppigere vurderinger, mer tid og mer undervisning kan gjøre det lettere å kartlegge og vurdere smerten. Flesteparten av sykepleierne mener at 2 timer undervisning er nok for å lære seg et nytt kartleggingsverktøy. Noen få sykepleiere mener også at slike typer verktøy ikke er nødvendig. (Simons & MacDonald, 2004, Simons & Roberson, 2002, Twycross & Collins, 2013). Mange sykepleiere mener imidlertid at smertekartleggingen i avdelingene kan forbedres. Gode retningslinjer, stort fokus på smerter og ikke minst en gode holdning til endring i avdelingen er viktig (Dowden et al., 2008, Twycross & Collins, 2013).

3.3.2 VERKTØYENE MÅ BRUKES I SAMMENHENG MED BARNETS OPPFØRSEL, TILSTAND OG UTVIKLING

Sykepleierne er flinke til å se på barnas oppførsel, reaksjoner, kroppsspråk og målinger i sammenheng med den numeriske skalaen. Sykepleier og barns oppfattelse av smerte, og hva som er høyt oppe på skalaen eller ei er forskjellig. I følge Griffin, Polit & Bryne (2007) vurderer sykepleierne barnas smerter helt likt med barnas egne vurderinger, mens ifølge Pölkki et al. (2008) rapporterer sykepleierne en lavere score på smerteskalaen enn det barna selv gjør. Noen sykepleiere undervurderer dermed barnas smerter. Sykepleierne gjør gode smertekartlegginger like etter operasjoner, og 75% av smertevurderingene blir gjort de første 24 timene etter at barnet har vært i en operasjon. Likevel skjer det ofte at sykepleier går inn på rommet til barna for å gjøre andre ting, uten å vurdere smerten (Griffin et al., 2007, Pölkki et al., 2008, Twycross et al., 2012, Twycross & Collins, 2013).

I vurderingen av smerte gjør ikke sykepleierne kjønns- eller aldersforskjeller (Griffin et al., 2007), men ut ifra resultatene av vurderingen, viser det seg at spedbarn og barn mellom 11 og 18 år scorer høyere på smerteskalaen (Groenewald, Rabbitts, Schroeder & Harrison, 2012, Simons & MacDonald, 2004). I følge Ullán et al. (2012) scorer gutter høyere på smerteskalaen, og ifølge Groenewald et al. (2012) er

det ingen forskjell på gutter og jenter. Barn innlagt av kirurgiske grunner scorer høyere på smerteskalaen enn barn innlagt av medisinske grunner (Simons & MacDonald, 2004).

3.4 IKKE-MEDIKAMENTELLE METODER KAN HJELPE BARNET TIL SMERTEMESTRING

Ikke-medikamentelle metoder som ofte blir brukt er å gi forhåndsinformasjon til barna, endre stilling, trøste barnet, berøring, tilstedeværelse og hjelpe til med dagligdagse aktiviteter. Distraksjoner, avslappingsmetoder, pusteteknikker, positiv tilbakemelding og det å lage et komfortabelt miljø blir brukt i omtrent halvparten av tilfellene. Andre teknikker som også blir brukt, men sjeldnere er fantasier, massasje og endring av temperatur (Pölkki et al., 2001). Det viser seg at mange sykepleiere ikke har nok kunnskap om ikke-medikamentelle behandlingsmetoder (Coyne, 2006).

Det er bevist at barn som hører på en fantasitur på CD har mindre smerter under sykehusoppholdet enn kontrollgruppen (Pölkki et al., 2008). Mange sykepleiere mener at lek og distraksjoner er de mest effektive ikke-farmakologiske metodene for å hjelpe barnet med å mestre smerte. I en studie publisert av Ullán et al. (2012) ble lek og relasjoner til helsevesenet kombinert. Gruppen med barn de skulle utføre forskningen på fikk utdelt en myk kaninbamse med legeklær. Samtidig fikk foreldrene instruksjoner om å leke med barnet etter operasjonen. Sammenlignet med kontrollgruppen, scoret disse barna et helt hakk lengre ned på smerteskalaen (Ullán et al., 2012).

4 DISKUSJON

4.1 RESULTATDISKUSJON

4.1.1 OPPSUMMERING AV RESULTAT

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse bruken av ikke-medikamentell smertebehandling i pediatrik avdelinger, og se på hvordan kommunikasjon med pasienten og pårørende kan hjelpe barnet med å mestre smerte.

I resultatkapittelet kom det fram at det forventes at foreldre deltar i barnas behandling, men at de får svært lite informasjon om smertebehandling. I noen tilfeller kan også foreldrene være i veien for god smertebehandling. Sykepleierne motiverer barna til å delta, og sykepleierne er flinke til å gi barna den informasjonen de har behov for. Samtidig vurderer sykepleierne barnas alder og utviklingsnivå i forhold til hvor mye informasjon som er hensiktsmessig for dem å få. I vurderingen av smerten blir VAS og FLACC hyppigst brukt, og sykepleierne mener verktøyene er et godt redskap i smertebehandlingen. Det kommer fram at sykepleierne har behov for mer kunnskap om verktøy og ikke-medikamentell behandling, men at de likevel synes at det er nok med to timer ved innføringen av et nytt smertekartleggingsverktøy. Det viser seg at de yngste og eldste barna scorer høyest på smerteskalaene, men det er motstridene resultater i forhold til hvor høyt gutter scorer i forhold til jenter. Kirurgisk innlagte barn scorer også høyere enn medisinsk innlagte barn. De mest brukte metodene for ikke-medikamentell behandling er ikke nøyaktig de samme som viser seg å være mest effektive. En av de mest effektive metodene som er lek, kan likevel sammenlignes med to av de metodene som brukes mest, nemlig avledning og distraksjon. Dette fordi lek kan være en måte å distrahere eller avlede barnet på.

4.1.2 FORELDRE – NOE AV DET VIKTIGSTE I EN PEDIATRISK AVDELING

Resultatet viser at det forventes at foreldre skal delta i barnas behandling, med tanke på hvor godt de kjenner barnet. Dette støttes av Smeland og Reinertsen (2012), men det er ikke opplagt hva ordet «behandling» innebærer. Behandling skal ifølge Johannesen (2015) redusere sykdomsfølelse, samtidig som den skal gi minst mulig plager og ubehag. Foreldrene trenger muligens veiledning av sykepleier for å finne sin plass i behandlingen. Piaget sier at barnet i pubertetsalderen utvikler en evne til å forklare, reflektere og vurdere, som nærmer seg måten en voksen tenker på. Barnet legger også fra seg den egosentriske tankemåten, og utvikler i stedet et behov for logisk sammenheng (Piaget, 1992). Dette betyr at foreldrenes deltakelse ikke er nødvendig i like stor grad. Likevel har foreldrene over lang tid lært seg hvordan barnets språk og uttrykk kan tolkes, og det kan derfor være hensiktsmessig å

ha foreldrene tilgjengelige selv om barnet i teorien skal klare seg selv (Grønseth, 2002). Dette vil kunne sikre en best mulig behandling. Men foreldrene har ikke alltid vært til stede. Det var først på slutten av 1900-tallet at foreldrene tok del i pleien. Tidligere hadde foreldrene sjelden god nok økonomi til at de kunne forlate arbeidet for å være sammen med barna på sykehuset. Går vi enda lengre tilbake i tid ser man at smitte var begrunnelsen til at foreldrene ikke en gang fikk komme på besøk. I dag kan man se at det henger spritflasker i gangene og lapper ved innganger til avdelinger og på toalettdører som minner pasienter, pårørende og helsepersonell på hvor viktig det er med håndhygiene. Er det ekstra stor fare for smitte, blir både pasient og pårørende isolert inne på rommet. Det kan være for å beskytte andre mot smitte, eller om pasienten er ekstra utsatt for å bli smittet (Lippe, 2012). Det var først da sosialdemokratiets og velferdsstatens framvekst i etterkrigstidene kom at foreldre fikk delta på avdelingen, da det var mangel på sykepleiere (Sundal, 2014). I dag finnes det ingen standard løsninger på hva som er foreldrenes roller i en barneavdeling, da dette er situasjonsbetinget og avhengig av barnets alder (Drevon, 1989). Spørsmålet er om sykepleierne kan stille krav til foreldrene, og hvor store disse kravene kan være da de er i en sårbar situasjon hvor deres aller kjæreste er i fare. Når man som foreldre står midt oppi en krisesituasjon, må sykepleier akseptere at noen kanskje har nok med å takle den nye situasjonen. Foreldre reagerer forskjellig på at barna blir innlagt. Dette er avhengig av hvilket temperament foreldrene har, tidligere erfaringer, hvilken støtte de har rundt seg og hvor alvorlig sykdommen er. En far som tidligere har hatt dårlige erfaringer med spesialisthelsetjenesten, vil mest sannsynlig få en annen reaksjon enn en far som har gode erfaringer (Moultes & Ramsay, 2008). Det kan derfor være hensiktsmessig å ta med sykdommens alvorlighetsgrad i tankene når oppgaver skal fordeles.

Det framgår i resultatet at sykepleierne noen ganger må skjerme barnet fra foreldrenes spørsmål og tanker, og at foreldre i ytterste fall kan være i veien for god smertebehandling. Til tross for dette, slår mye litteratur fast at foreldre er viktig å ha på en barneavdelingen (Drevon, 1989, Grønseth, 2002, Smeland & Reinertsen, 2012). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) har barna rett til å ha minst en av foreldrene til stede. I og med at dette er bestemt ved lov, vil familiesentrert sykepleie derfor være nødvendig. For når et barn blir sykt, påvirker det hele familien. Foreldre og søsken har behov for informasjon, samtidig som de har et behov for å være med det syke barnet. Som sykepleier må man da ta hensyn til hvilke behov pasienten har, men også hvilke behov foreldre og søsken har (Tveiten, 2012a). Søsken blir ofte ignorert, selv om deres følelser er på lik linje med foreldrenes. Søsken kan være stor støtte for barnet som er innlagt, og bør derfor få komme på besøk (Moules & Ramsay, 2008). Barn har behov for emosjonell støtte og forståelse, noe foreldre men også søsken kan bidra med (Grønseth & Markestad, 2013). Foreldre skal være eksperter på barnets uttrykk og følelser, instruktør for barnet, skuespiller, og talsmann for barnet (McGrath et al., 1996). Samtidig er foreldrene

ekstra sårbare i en slik situasjon. De har mange å forholde seg til, får mye informasjon og blir satt til oppgaver de kanskje ser på som helsepersonells oppgaver (Tveiten, 2012a). De kan da stille for høye krav til seg selv og slite seg ut. Ungdommer og unge voksne kalles i dag for «Generasjon perfekt» fordi det er mye høyere fokus på å lykkes enn tidligere. Stress har blitt en folkesykdom, og befolkningen er nesten kjedelig fordi det er så mange som kan omtales som flinke og vellykkede. Dermed blir veldig mange stresset og deprimerte om det oppstår perioder hvor de ikke klarer å mestre (Aglen, 2015). Foreldrene har også et stort behov for informasjon om fremtiden, noe som ikke alltid er nødvendig for barnet å høre (Grønseth, 2002). Sykepleierne må derfor være flinke til å vurdere hvilken informasjon som er hensiktsmessig for barnet å få, og hva som skal kanaliseres bare til foreldrene. Dette kan gjøres i samråd med foreldrene. Foreldre til barn under 16 år har krav på all informasjon om barnets helsetilstand og behandling, med unntak ned til barnet er 12 år, om det er helsemessige grunner til at foreldrene ikke kan få informasjonen. Selv etter fylt 16 år har foreldre krav på informasjon som er nødvendig for foreldreansvaret fram til barnet er 18 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Yrkesetiske retningslinjer forteller også at som sykepleier skal man prioritere pasienten framfor pårørende om det oppstår en interessekonflikt (Sneltvedt, 2013).

Resultatet viser at foreldre får svært lite eller ingen informasjon om deres rolle i barnas behandling og hvor mye de skal delta. Det viser også at det ikke er retningslinjer for dette, men informasjonen bestemmes av sykepleieren som gir informasjonen. Kommunikasjonen med foreldrene er svært viktig for riktig smertebehandling (Grønseth, 2002, Smeland & Reinertsen, 2012), men mange foreldre vet ikke hva som forventes av dem på en pediatrik avdeling. Foreldre må få nødvendig informasjon, slik at de kan føle seg trygge. Det vil da smitte over på barna. For lite informasjon vil kunne føre til angst (Drevon, 1989, Grønseth & Markestad, 2013). Det er viktig å avklare foreldrenes oppgaver tidlig i behandlingen. Sykepleieren må kommunisere med foreldrene og bli enige (Drevon, 1989, Grønseth, 2002), da sykepleierens og foreldrenes oppgaver ofte går inn i hverandre (Drevon, 1989). Dessverre er det gjerne slik at disse fordelingene blir gjort på sykepleiernes premisser, og ikke gjennom et samarbeid med foreldrene. (Grønseth, 2002). Det vil i så fall være å misbruke en makt man har som sykepleier. Hvis sykepleieren holder tilbake informasjon, vil det være en form for maktmisbruk og vil føre til et dårlig samarbeid med barnet og foreldrene. Som sykepleier må man heller bruke makten man har på en positiv måte, og informere foreldrene og barnet godt (Ingstad, 2013). Målet med kommunikasjonen er at de skal bli kjent med sykepleieren og avdelingen (Drevon, 1989), slik at de kan føle seg trygge (Drevon, 1989, Grønseth, 2002), og da er kommunikasjon og samråd viktig. Samtidig skal sykepleieren tilegne seg informasjon om barnet og familien (Drevon, 1989). Det er viktig at foreldrene ikke står igjen med ubesvarte spørsmål og kjenner på hjelpeløshet (Grønseth, 2002). Har foreldrene den informasjonen de føler de behøver, kan også de kjenne på en type mestring hvor de kan forholde seg

til situasjonen på en hensiktsmessig måte (Eide & Eide, 2013). Mye av dette kan gjøres allerede i inkomstsamtalen, og vil kunne føre til en god dialog videre under oppholdet. En mulighet kan være å laget et skjema for inkomst som sykepleieren går gjennom og fyller inn informasjon som gjelder akkurat denne familien. Deretter kan foreldrene få en kopi av skjemaet, slik at de har noe å se på om usikkerheter oppstår. På denne måten kan det også være lett å lage retningslinjer for hvilken informasjon foreldrene skal få i løpet av den første tiden på avdelingen.

4.1.3 GOD KOMMUNIKASJON OG SAMARBEID MED BARNET ER VIKTIG FOR GOD BEHANDLING

Sykepleier må motivere barna til å delta i egen behandling, da det vil skape relasjon og mestringsfølelse, kommer det fram i resultatet. Dette støttes av Smeland og Reinertsen (2012), som også sier at man må vise barna respekt og ha et godt samarbeid. Dette vil styrke barnas autonomi og integritet (Smeland & Reinertsen, 2012). For å hjelpe barnet mot denne mestringsfølelsen kan sykepleierne bruke empowerment. Det er en prosess hvor barnet vil få en større kontroll over de beslutningene og handlingene som omhandler egen helse. Sykepleieren kan involvere barnet i bestemmelser og samtaler, til slutt vil barnet kunne føle mestring. Barnet har for eksempel klart å mestre smerter ved å ta del i beslutningene (Tveiten, 2012b). Forskning viser at sykepleierne er flinke til å involvere barna i bestemmelser rundt egen behandling (Twycross & Collis, 2011), noe som er bra da barnet er ekspert på seg selv, og kan best formidle om ting føles greit eller ikke (McGrath et al., 1996). Yrkesetiske retningslinjer sier også noe om dette; «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (Sneltvedt, 2012:104). Som sykepleier er det altså etisk nødvendig å ta med barnet inn i bestemmelser. Om barnet viser liten interesse i å delta kan motiverende samtaler være behjelpelig. Man kan bruke åpne spørsmål med spørreordene «hva», «hvordan», «på hvilken måte» og «fortell». Refleksjoner kan også være til god hjelp. Etter at barnet har fortalt noe, kan sykepleieren speile det han/hun har forstått og ha en samtale rundt dette. Sykepleieren kan også speile barnets følelser ved å si «jeg ser at du er lei deg.». På denne måten blir det satt ord på barnets følelser, og barnet kan føle en bekreftelse på at det er greit å være lei seg. Bekreftelser kan være svært nyttig, slik at barnet føler at deres meninger blir hørt. Den ikke-verbale og verbale kommunikasjonen er grunnlaget for empowerment, sykepleieren skal vise forståelse for det barnet sier og føler. Det kan gjøres ved å følge med verbalt samtidig som barnet forteller ved å bruke ordlydene «mmm», «hmm» eller «interessant». Sykepleieren kan også stimulere barnet til å fortsette ved å si at noe var bra, eller gjenta nøkkelord fra fortellingen. I tillegg kan humor være nyttig for å få fram et nytt perspektiv på en situasjon som er fastlåst, eller det kan brukes for å redusere spenning og skape mestring (Eide & Eide, 2013, Ivarsson & Ortiz, 2015). Resultatet viser også at bekreftelser blir brukt; sykepleierne bruker

kommunikasjon til å vise barnet bekræftelse og godkjennelse på deres syn, slik at barnets integritet og respekt blir ivaretatt. Kommunikasjonen med barn er svært viktig med tanke på hvordan barnet ser på sykepleieren. Sykepleiere som er hyggelige og gir barn komplementer blir sett på som snille. Dette gjør at barna føler seg spesielle. Barn er sensitive til sykepleierens kroppsspråk og tonefall, og klassifiserer typisk en sykepleier med høy stemme, som også virker sjefete og ikke smiler, som en slem sykepleier. I følge barna er de snille sykepleierne derimot rolige, avslappede og kommer ned på barnas nivå når de snakker med dem. Barna har også meninger om hvordan utseende en snill sykepleier har. Dette ble vist med tegninger. En snill sykepleier lukter godt, har nyvasket og pent hår og smiler. Ett barn mente også at snille sykepleiere har krøller i håret (Brady, 2009). Uansett hvilken situasjon noen er i, så har man forventninger til hvordan man selv og andre vil oppføre seg. Når et barn kommer inn på et sykehus for første gang, kan barnets forventninger om hvordan en sykepleier ser ut og oppfører seg komme fra for eksempel en film eller serie som går på tv. Mange ungdommer ser på amerikanske dramaserier om helsepersonell, og har kanskje urealistiske forventninger om hvordan det er på et sykehus. Har barnet da sett sykepleiere eller leger i skremmende situasjoner, vil de forbinde helsepersonell med akkurat dette (Eide & Eide, 2008). I mange tilfeller er det derfor utfordrende å opprette god kommunikasjon og relasjon til barna. Gjennomsnittlig liggetid på sykehus for barn, 1 til 4 dager, gjør det heller ikke lettere. Sykepleier må derfor skaffe tillitt til barnet og familien allerede i løpet av det første døgnet (Tveiten, 2012a).

Det kommer videre fram i resultatet at sykepleierne ofte gir barna god informasjon før en prosedyre skal skje. Smertefulle prosedyrer kan forståelig nok gjøre at barnet får angst og blir urolig. Derfor er det viktig at sykepleieren forbereder barnet godt før en smertefull prosedyre (Smeland & Reinertsen, 2012). Dessverre viser også resultatet at sykepleiere noen ganger ikke kommuniserer med barna. Informasjon hjelper mot stress, frykt og engstelse, og kan medføre at barnet føler mestring. Det er derfor viktig å bruke tiden og kommunisere godt med barna (Grønseth & Markestad, 2013). Lek og fantasier har vist seg å være effektive hjelpemidler for å få barna til å forstå, men dessverre brukes dette sjeldent (Twycross & Collis, 2011). Hvorfor dette blir sjeldent brukt kan sees i sammenheng med at sykepleierne ofte har mye å gjøre. Samtidig bør ikke det være en unnskyldning for at man ikke tar seg tid til å gi barna den smertebehandlingen som er best for dem. Flere sykehus i Norge får ukentlige besøk av sykehusklovnene. De består av profesjonelle scenekunstnere som har spesialisert seg i arbeid med barn på sykehus. Klovnene gjør sykehusoppholdet lettere for barna, og de kan skape pusterom og positive opplevelser. Klovnene kan også være til hjelp under vanskelige prosedyrer, som avledning (Sykehusklovnene, 2014). Informasjon og kommunikasjon kan løse problemet med at lek og fantasier blir brukt for lite. Tar man seg ekstra god tid til å lære barnet og foreldrene disse ikke-medikamentelle metodene, kan dette spare sykepleierne for mye tid senere i behandlingsforløpet, samtidig som det

kan gi familien et mye bedre opphold. Veiledning er også en del av empowermentprosessen. Det vil si at veiledning i ikke-medikamentelle metoder kan føre til mestringsfølelse. Veiledning kan være samarbeid mellom sykepleieren og barnet eller foreldrene, hvor sykepleierne legger til rette for medvirkning, og anerkjennelse av kompetansen barnet og foreldrene har. Veiledning skal føre barnet eller foreldrene fram til det svaret de egentlig har, men som de ikke får fram helt av seg selv. Dette kan gjøres ved refleksjoner, vurderinger, forslag til løsninger eller råd (Tveiten, 2012). Hvis foreldrene lærer at nysgjerrighet, interesse, nye leker og barnets egen deltakelse gjør at barnets oppmerksomhet trekkes vekk fra smerten, så kan foreldrene hjelpe barnet når smertene kommer. Finner de i tillegg i fellesskap en lek eller annen avledning som fungerer, vil det skape mestringsfølelse hos både barnet og foreldrene (Grønseth & Markestad, 2013). Slike aktiviteter, både skoleaktiviteter og fritidsaktiviteter er noe barnet har krav på. Barnet kan få besøk av klassekamerater, eller få jobbe med et prosjekt, og kan dermed glemme smerten når oppmerksomheten flyttes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Resultatet viser også at sykepleierne vurderer barnas alder, holdninger, følelser og mental status før informasjonen blir gitt. Informasjons- og selvbestemmelsesregelen sier at barnet skal være 16 år før det får ta egne valg uten foreldrene. Dette er ikke absolutt, og det kan gjøres unntak ned til 12-årsalderen under bestemte forutsetninger (Befring, 2004). Piaget sier at barn i 12-årsalderen har begynt å utvikle nye måter å tenke på som nærmer seg en voksen tenkemåte (Piaget, 1992). Samtidig utvikler barna en evne til å se ting fra andres perspektiver i denne alderen (Grønseth & Markestad, 2013). Alt dette kan bety at barna er i stand til å ta egne avgjørelser rundt denne alderen.

4.1.4 BARNETS SMERTER MÅ KARTLEGGES OG VURDERES

Resultatet kom fram til at VAS og FLACC er de mest brukte smertekarleggingsverktøyene, og at Face Pain Scale brukes mest på de yngste barna. Dette resultatet støttes av Grønseth & Markestad (2013), som sier at VAS er det verktøyet som blir mest brukt. Smeland & Reinertsen (2012) sier derimot at FLACC anbefales til de yngste barna, fra 0 til 7 år, i og med at FLACC ikke er avhengig av at barnet selv deltar i vurderingen. I stedet kan sykepleieren se på barnets kroppsspråk og aktivitet for å vurdere smerten. Til barn i alderen 5 til 12 år blir Face Pain Scale anbefalt (Smeland & Reinertsen, 2012). Etter 7-årsalderen mestrer de fleste barn logiske operasjoner knyttet til konkret tenkning (Piaget, 1992). Barnet kan se ansiktens uttrykk, og knytte dem opp mot sine egne følelser. På denne måten kan de peke på et ansikt og forklare sykepleieren eller foreldrene hvor store smerter de har. Ved bruk av VAS, må barna være kognitivt modne nok til å forstå tallverdiene. Den anbefales derfor til eldre skolebarn og ungdommer (Piaget, 1992, Smeland & Reinertsen, 2012). Forskning viser dessverre at barnas alder ikke alltid er med på å bestemme hvilket verktøy som brukes i vurderingen av barnas smerter

(Twycross & Collis, 2011), til tross for at dette har stor betydning for vurderingen (Smeland & Reinertsen, 2012). Det kan ses i sammenheng med at flere sykepleiere mener at det er for lite kunnskap om temaet på avdelingene. Face Pain Scale er anbefalt til barn over 5 år (Smeland & Reinertsen, 2012), likevel kan det også brukes på yngre barn, slik resultatet viser. Det må ikke nødvendigvis være barnet selv som peker på ansiktsuttrykkene, foreldrene som kjenner barnets uttrykk godt kan sammenligne ansiktene og hjelpe sykepleier å finne ut hvor store smerter barnet har.

Det kommer fram i resultatet at mange sykepleiere mener at verktøy, hyppige vurderinger, tid og god undervisning er viktig i vurderingen av smertene. Det kommer også fram i resultatet at sykepleiere synes 2 timer undervisning er nok når et nytt verktøy skal tas i bruk. Det trengs flere retningslinjer, og det er behov for en holdningsendring i forhold til smerter i avdelingene. For å kunne forandre holdninger og få sykepleiere som er godt innarbeidet i de gamle rutineene over på nye rutiner er det viktig å gi god informasjon. Det er viktig at ledere og ansatte har fokus på det positive med endringene, om noen få ansatte er negative vil dette raskt smitte over på flere (Eide & Eide, 2008). Noen mener også at verktøy ikke er nødvendig for god smertekartlegging. Det er ikke funnet litteratur som støtter dette, og det ser derfor ut til at de som har uttalt seg om det ikke har nok kunnskaper om smertekartleggingsverktøy. Det har vært store framskritt i forhold til barns smertebehandling de siste ti-årene, men det er fortsatt mye som kan forbedres. Noen barn lider fortsatt unødvendig, fordi det er for lite fokus på forebygging av smerter. Dette er viktig å ta på alvor (Smeland & Reinertsen, 2012). Forskning viser også at smertekartleggingsverktøy ikke brukes nok. I nesten alle tilfellene der verktøy skulle blitt brukt, ble det ikke dokumentert. Dette tyder på at sykepleiernes kunnskaper i mange tilfeller ikke er gode nok når det kommer til smertekartlegging (Taylor, Boyer & Cambell, 2008). Samtidig burde smertekartlegging blitt en rutineoppgave på lik linje med måling av parameterne (Grønseth & Markestad, 2013). Sykepleieprosessen går ut på å løse problemet til pasienten på en systematisk måte. Først skal problemet identifiseres, deretter skal det stilles en sykepleiediagnose som sier noe om pasientens behov for helsehjelp. Videre skal det utarbeides et mål og en plan for arbeidet, før planen til slutt gjennomføres og vurderes i ettertid. Smerter kan behandles på denne måten. Problemet er at pasienten har smerter, sykepleierdiagnosen er pasientens ubehag som fører sykepleieren videre til hvordan disse smertene og ubehagene kan løses. Spørsmålet sykepleieren kan stille seg selv er; «Hvilke tiltak kan settes i gang for at barnet skal få det bedre?». Deretter kan dette planlegges. I etterkant kan sykepleierne vurdere om det fungerte eller ikke, og dokumentere det til eventuelt lignende situasjoner kommer (Eide & Eide, 2008).

I følge resultatet er sykepleiere flinke til å bruke verktøyene i sammenheng med hvordan de opplever barnet. Barn innrømmer ikke alltid at de har smerter. De minste barna forstår ikke sammenhengen mellom en stikkpille og at smerten forsvinner, og sier derfor ikke i fra om smertene. Litt eldre barn kan

tro at de ikke får dra hjem om de gir uttrykk for at de har smerter, og velger derfor å holde det for seg selv. Det største problemet er at mange barn tror sykepleieren kan se smertene de opplever, og tror derfor ikke det er nødvendig å si ifra. Piaget sier at de yngste barna har en egosentrisk tenkning, hvor de selv er i fokus og barna tror at alle andre kan føle det de selv føler (Piaget, 1992). Dette gjør at sykepleierne må bruke sine kunnskaper om hvordan smerte vises på kroppen til barna, spesielt små barn under skolepliktig alder (Smeland & Reinertsen, 2012). Barnets adferd endres ofte når det har smerter (Grønseth & Markestad, 2013). Barn klarer kanskje ikke å uttrykke smertene de har, og viser i stedet dette ved å sparke, rope eller bli helt stille. Spørsmål som derfor ofte kommer opp i smertevurderingen er; «Har pasienten virkelig vondt?» «Hvor mye smerte har han/hun egentlig?» «Hva og hvor mye hjelp kan og skal vi tilby?» Dette viser at sykepleierne vurderer smerten med både verktøy og hva de ser og hører ellers hos barnet (Nordtvedt & Nesse, 1997). Resultatet viser også motstridende resultat i forhold til om sykepleierne og barna vurderer smerten likt. Barn synes smerter er forferdelige og det verste de har opplevd (Kortessluoma & Nikkonen, 2006). Likevel synes mange barn at de blir spurt nok om smerter fra sykepleierne (Twycross & Collis, 2011). Sykepleierens erfaringer og evne til medfølelse kan være avgjørende for hvordan de vurderer smertene. Samarbeidet med foreldrene kan også ha stor betydning.

Resultatet viser at spedbarn og barn mellom 11 og 18 år scorer høyest på smerteskalaen. Dette støttes til en viss grad av annen forskning, som sier at barn over 11 år scorer høyest på smerteskalaen. I motsetning av det resultatet sier, viser denne forskningen at barn under 5 år scoret lavest på smerteskalaen (Kozlowski et al., 2011). Nordtvedt og Nesse (1997) sier at smerteterskelen skal øke fra barnet er 5 år til det er 18 år. Dette stemmer også kun delvis med resultatet, da spedbarn scoret høyt på skalaen. Det kan være at de yngste barna scorer høyere på smerteskalaen fordi de har en lavere smerteterskel. Ser vi derimot på barna mellom 11 og 18 år, gir denne teorien mindre mening. Barna i denne alderen kommer ofte inn på grunn av kirurgiske grunner, og resultatet viser at barn innlagt av kirurgiske grunner scorer høyere på smerteskalaen enn barn innlagt av medisinske grunner. Noe som også støttes av annen forskning. Dette kan være grunnen til at resultatet viser at de eldste barna også scorer høyt oppe på smerteskalaen (Kozlowski et al., 2011, Taylor et al., 2008).

Motstridende resultater fremkommer når vi ser på hvem som scorer høyest på smerteskalaen av gutter og jenter. Det finnes mye litteratur om smerten til menn og kvinner (Wall, 2003). Problemet er at man kan finne resultater som viser at menn tåler mindre smerter (Birnie et al., 2014), at kvinner tåler mindre smerter (Kozlowski et al., 2011) eller at det ikke er noen forskjell (Nordtvedt & Nesse, 1997, Taylor et al., 2008). Det er sjeldent fokusert på hvilken smerte det er snakk om. En teori er at kvinner, som gjennom mange år har tilbrakt mye tid på kjøkkenet med varme kasseroller, tåler varme

bedre enn menn. Og at menn som har tilbrakt tid med elektriske gjenstander tåler strøm og elektrisitet bedre (Wall, 2003).

4.1.5 IKKE-MEDIKAMENTELLE METODER KAN HJELPE BARNET MED SMERTEMESTRING

I resultatet kommer det fram at de mest brukte metodene for ikke-medikamentell behandling er å gi barna informasjon, endre stillinger, gi trøst, berøring, tilstedeværelse og hjelpe med daglige aktiviteter. De viktigste prinsippene for god smertebehandling er planlegging, og alltid å være i forkant av situasjonen. Kombinasjonen av medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling skal være den beste. Ved å bruke ikke-medikamentelle metoder, senkes behovet for medikamenter, og dermed er det mindre sannsynlighet for bivirkninger. Litteraturen samsvarer med resultatet om hvilke metoder som brukes mest. I tillegg brukes avledning, fantasier og kulde eller varme mye. I følge resultatet er bruken av lek og fantasier de mest effektive ikke-medikamentelle metodene i smertebehandlingen. Fantasier er mer brukt enn lek (Smeland & Reinertsen, 2012). Til tross for god effekt, viser dessverre litteraturen at ikke-medikamentelle metoder blir lite brukt (Birnie et al., 2014, Twycross & Collis, 2011). Barn med alvorlige smerter reagerer sjeldent på ikke-medikamentelle metoder. Ikke-medikamentelle metoder skal i slike tilfeller være et supplement til medikamentell behandling. Det kan være at noen sykepleiere ikke har kunnskaper om dette, og etter å ha prøvd slike metoder derfor gir opp når de ser at det ikke fungerer slik de hadde håpet (Moules & Ramsay, 2008). I *Forskrift om barns opphold i helsesituasjon* står det også at barna som legges inn på sykehus har krav på å aktiviseres og stimuleres i form av skole/barnehage og annen lek de finner interessant. Dette kan brukes for å flytte oppmerksomheten vekk fra ikke bare smerter, men også andre negative tilknytninger de har til oppholdet på sykehuset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I 2008 fikk St. Olavs Hospital en ny stilling inn i sine sykepleierekker. En av de ansatte fikk tittelen «trivselssykepleier», og jobber med barn med kreft for å skape en bedre hverdag. Sykepleieren har gode ferdigheter til å flytte oppmerksomheten til barna fra den tunge og vanskelige hverdagen, full av medisiner og utstyr, til noe gøy og positivt. Selve navnet ble formulert for å skape en mer positiv tilknytning til sykepleiere ved å legge til ordet «trivsel» (Nikolaisen, 2010).

4.2 METODEDISKUSJON

Søkeprosessen startet tidlig for å være sikker på å finne nok forskning innenfor det valgte temaet. Søkeordene ble først valgt ut i fra egen kunnskap og etter å ha sett tidligere bacheloroppgaver med lignende temaer. Senere i prosessen ble flere søkeord lagt til, ettersom forskningsartiklene som allerede var funnet hadde gode nøkkelord. At det ble brukt mange forskjellige søkeord, vurderes fordelaktig for oppgaven, da dette dekket flere forskningsartikler som er relevante for å besvare

hensikten. Medline ble hovedsakelig brukt på grunn av god kunnskap om søk i denne databasen. Hadde man hatt mer kunnskap om søkestrategier i andre databaser, kunne det ha fremkommet artikler som var mer relevant i forhold til å besvare hensikten i denne litteraturstudien.

Artiklene ble valgt ut etter nøye granskning ved bruk av et skjema (vedlegg 1). Det ble laget et eget skjema fordi skjemaet fra Sjöblom og Rygg (2012) *Artikkelgranskning/vurdering* ikke passet helt i forhold til det som var nødvendig å ta med i granskingen for denne litteraturstudien. Artikkelgranskingen tok lang tid, men var nødvendig for å få fram et godt resultat i oppgaven med gode forskningsartikler.

Det er en god blanding av kvalitative og kvantitative forskningsartikler, noe som bør styrke oppgaven. Kvantitative forskningsartikler inneholder store grupper og gjør resultatet troverdig, mens kvalitative forskningsartikler får enkeltpersoners eller grupperes meninger og synspunkter. Det er bevist også valgt å ta med noen artikler som ikke har et direkte sykepleieperspektiv, men et observasjonsperspektiv. Dette er gjort fordi resultatet i disse artiklene var verdifulle for å adressere hensikten i oppgaven. Et observasjonsperspektiv er også likt et sykepleieperspektiv med tanke på at observasjon av situasjoner og pasienter er en stor del av sykepleierens hverdag, og selve grunnlaget for sykepleiehandlinger (Nordtvedt, 2008). 6 av artiklene som er tatt med i oppgaven er eldre enn ti år. Disse artiklene ble tatt med fordi de ble sett på som svært relevante for resultatet i oppgaven, og fordi det var lite ny forskning på dette temaet med rett perspektiv. Dette var kjent da inklusjonskriteriene ble satt, og det ble bestemt at artikler fra 2000-tallet eller nyere fortsatt var relevant for dagens samfunn. Det ble tatt med artikler fra flere land. Canada, USA og Australia ble vurdert til å ha tilnærmet nordisk kultur i forhold til barns smertebehandling fordi de ligger på omtrent samme nivå innenfor helsevesenet som Norden. De resterende landene som er med i resultatdelen i denne studien er europeiske land som også er på nivå med Norden innenfor det medisinske faget (World Health Organization, 2000). Det ble ikke funnet relevante artikler fra Norge, noe som kunne vært svært interessant, da man kunne sammenlignet norsk forskning med forskning fra andre land. Likevel er det funnet artikler fra Sverige, noe som er svært likt helsesituasjonen i Norge.

For å avgrense oppgaven var det ønskelig at barnas alder skulle være fra 6 til 12 år. Dette viste seg å være vanskelig å kombinere med at oppgaven skulle ha et sykepleieperspektiv. Flere av forskningsartiklene nevner ikke barnas alder, da det er sykepleierens opplevelser eller synspunkter forskerne har fokusert på. Noen av artiklene er heller ikke vurdert av en etisk komite. Dette sees ikke på som like viktig da det forskes på sykepleierne. I de forskningsartiklene hvor det også forskes på barn er forskningen alltid vurdert og godkjent av en etisk komite. Alle forskningsartiklene er publisert i kjente tidsskrifter, og det blir derfor tatt utgangspunkt i at disse artiklene er etisk godkjente.

All relevant informasjon som ble funnet ble tatt med i resultatet, selv om det ikke stemte med hypotese eller tidligere erfaringer. Det var viktig at studien ville komme fram til et resultat basert på forskningen som var blitt gjort i disse 15 forskningsartiklene, sett opp imot litteratur som allerede eksisterte på temaet.

Funnene i denne oppgaven er aktuelle for dagens sykepleiepraksis. Den tar for seg hva barn setter pris på, metoder som bør brukes, hvordan retningslinjer som bør tas i bruk, og at man må skaffe mer kunnskap på temaet. Oppgaven har et sykepleieperspektiv som gjør at det enkelt kan overføres til praksisen i avdelingene. Det kan bidra til at oppholdet til pasient og pårørende blir bedre, samtidig som det kan bli lettere for sykepleier å forholde seg til familiene. Temaene i oppgaven går litt inn i hverandre, noe som kan vises i diskusjonen. Dette blir likevel ikke sett på som en ulempe da det tyder på at det er stor sammenheng mellom kommunikasjon og smertemestring. Det er ikke mange motargumenter til resultatene som ble funnet. Dette gjør at diskusjonen blir litt lik resultatet, men samtidig kan det betyr at resultatet som er funnet i denne litteraturstudien er troverdig.

5 KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien har vært å belyse bruken av ikke-medikamentell behandling i pediatrik avdelinger, samt å se på hvordan kommunikasjon med pasient og pårørende kan hjelpe barnet med å mestre smerte.

Studien viser at ikke-medikamentelle metoder brukes lite i pediatrik avdelinger. Mange sykepleierne mangler kunnskap om slike metoder, og det har heller ikke alltid vært like stor fokus på smertebehandling i avdelingene. Det blir gjerne brukt verktøy (VAS og FLACC) til å vurdere smertene barna har, men også på dette området mangler på kunnskap, da valg av verktøy ikke alltid blir relatert til med barnets alder.

Veldig mange sykepleiere har også urealistiske forventninger til foreldrenes deltakelse. Det blir generelt gitt lite informasjon om hva som forventes av dem, og den informasjonen som blir gitt får foreldrene samtidig med annen informasjon. Imidlertid er sykepleierne som regel flinke til å informere barna om prosedyrer og andre hendelser på avdelingene, og barna blir ofte motivert til å delta i samtaler som omhandler deres helse, noe som igjen kan hjelpe barna med å føle mestring.

Forslag til videre studier kan være å se om sykepleiere som får ekstra undervisning i ikke-medikamentell smertebehandling og bruk av smertekartleggingsverktøy kan hjelpe barn med å mestre smerter bedre enn en kontrollgruppe, uten ekstra undervisning.

I praksis kan det være et forslag å utarbeide et eget skjema, hvor foreldre og sykepleiere sammen kan notere hvilke oppgaver som er foreldrenes ansvar, og hvilke oppgaver som er sykepleiernes ansvar. En kopi av skjemaet kan deretter forbli hos foreldrene, mens originalen legges i barnets perm på avdelingen. På denne måten vet både foreldre og sykepleiere hva de skal forholde seg til. For at det ikke skal bli for mange forskjellige oppgaver for sykepleierne å forholde seg til, kan avdelingen utarbeide et sett med regler som er konstante uansett familie. Det kan for eksempel være at foreldrene og barna selv må ta ansvar for at barnet får mat fra kjøkkenet, eller går til kjøkkenet for å spise, mens avdelingen tar ansvar for at det hele tiden finnes mat på kjøkkenet (med mindre familien er isolert).

LITTERATURLISTE

- Aglen, T. S. (2015). Gåten «Generasjon perfekt». *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 3, side 300. DOI: 10.4045/tidsskr.14.1350
- Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser*. Fredrikstad: Møklefaards Trykkeri AS.
- Befring, A. K. (2004). *Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom*. Hentet 22.04.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/987029/>
- Birnie, K. A., Chambers, C. T., Fernandez, C. V., Forgeron, P. A., Latimer, M. A., McGrath, P. J., ... Finley, G. A. (2014). Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Research & Management*, vol. 19, side 198-204.
- Brady, M. (2009). Hospitalized Children's Views of the Good Nurse. *Nursing Ethics*, vol. 16, side 543-554. DOI: 10.1177/0969733009106648.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene (1. utgave)*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 15, side 61-71.
- Dowden, S., McCarthy, M. & Chalkiadis, G. (2008). Achieving organizational change in pediatric pain management. *Pain Research Management*, vol. 13, side 321-326.
- Drevon, I. (1989). Kommunikasjon med barn på sykehus. *Sykepleien*, vol 1., side 16-31.
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner (2. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, E. (2003). Verktøykasse for etiske vurderinger. I K. W. Ruyter (Red.), *Forskinsetikk (1. Utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Granheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, vol. 24, side 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Griffin, R. A., Polit, D. F. & Bryne, M. W. (2007). Stereotyping and Nurses' Recommendation for Treating Pain in Hospitalized Children. *Research in Nursing and Health*, vol. 30, side 655-666. DOI: 10.1002/nur.20209.
- Groenewald, C. B., Rabbitts, J. A., Schroeder, D. R. & Harrison, T. E. (2012). Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. *Pediatric Anesthesia*, vol. 22, side 661-668. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2012.03807.x.
- Grung, M. E. & Nagell, H. W. (2003). Trenger vi forskningsetiske retningslinjer? I K. W. Ruyter (Red.), *Forskinsetikk (1. Utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grønseth, R. (2002). Simen er tungpusten. I F. Nordtvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier (1. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie (3. utgave)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet 30.03.16, fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Hentet 16.05.16, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Husebø, S. (1989). *Smerte lindring (3. utgave)*. Haukland sykehus: Centraltrykkeriet Østerås AS.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid (1. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ivarsson, B. H. & Otriz, L. (2015). *Den motiverende samtale (1. utgave)*. København: Forfatterne og Munksgaard.
- Johannessen, T. (2014). *Barn på sykehus*. Hentet 30.03.16, fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/barn-pa-sykehus-2864.html?page=all>
- Johannessen, T. (2015). *Behandling av depresjon*. Hentet 16.05.16, fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/depresjon-behandling-9111.html>
- Kaiser, M. (2003). Forskningsetikk i Norge – Norge viser veien? I K. W. Ruyter (Red.), *Forskinsetikk (1. Utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kortesluoma, R. & Nikkonen, M. (2006). "The most disgusting ever": children's pain descriptions and views of the purpose of pain. *Journal of Child Health Care*, vol. 10, side 213-227. DOI: 10.1177/1367493506066482.
- Kozlowski, L. J., Kost-Byerly, S., Colantuoni, E., Thompson, C. B., Vasquenza, K. J., Rothman, S. K., ... Monitto, C. L. (2011). Pain Prevalence, Intensity, Assessment and Management in a Hospitalized Pediatric Population. *Pain Management Nursing*, vol. 15, side 22-35. DOI:10.1016/j.pmn.2012.04.003.
- Lippe, E. (2012). *Smitteregimer*. Hentet 16.05.16, fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/metodebok/infeksjonssykdommer/smitteregimer>
- McGrath, P. J., Finley, G. A. & Turner, C. J. (1996). *Må det gjøre vondt? Håndboken om smertelindring for foreldre til kreftsyke barn*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Moules, T. & Ramsay, J. (2008). *The textbook of children's and young people's nursing (2. Utgave)*. London: Design and patets act.
- Mårtenson, E. K. & Fagerskiold, A. M. (2006). Information exchange in paediatric settings: an observational study. *Paediatric nursing*, vol. 19, side 40-43.
- Nikolaisen, F. (2010). *Fra fjøsnisse til trivselssykepleier*. Hentet 16.05.16, fra <http://data.stolav.no/Aktuelt/Nyheter/Blogg/Fra-fjosnisse-til-trivselssykepleier/101712/>
- Nordtvedt, F. & Nesse, J. O. (1997). *Smertelindring. Utfordring og muligheter (2. utgave)*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Nordtvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag (1. utgave)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Piaget, J. (1992). *Barnets psykiske utvikling (1. utgave)*. Danmark: Aalborg Stiftsbogtrykkeri.
- Pölkki, T., Pietilä, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H. & Kiviluoma, K. (2008). Imagery-Induced Relaxation in Children's Postoperative Pain Relief: A Randomized Pilot Study. *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 23, side 217-224. DOI: 10.1016/j.pedn.2006.11.001.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 4, side 483-492.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (9. utgave)*. U.S.: Williams & Wilkins.
- Roden, J. (2005). The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. *Journal of Child Health Care*, vol. 9, side 222-240. DOI: 10.1177/1367493505054419.
- Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. & Hermenrén, G. (2002). Children's Participation in the Decision-Making Process During Hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics*, vol. 9, side 583-598. DOI: 10.1191/0969733002ne553oa.
- Ruyter, K. W. (2003). Det informerte samtykket i medisinsk forskning. I K. W. Ruyter (Red.), *Forskningsetikk (1. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Shields, L. & King, S. (2001). Qualitative Analysis of the Care of Children in Hospital in Four Countries – Part 2. *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 16, side 206-213. DOI: 10.1053/jpdn.2001.16541.
- Simons, J. M. & MacDonald, L. M. (2004). Pain assessment tools: children's nurses' views. *Journal of Child Health Care*, vol. 8, side 264-278. DOI: 10.1177/1367493504047317.
- Simons, J. & Roberson, E. (2002). Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 40, side 78-86.
- Sjöblom & Rygg. (2012). *Artikkelgransking/vurdering*. Hentet 15.12.15, fra [https://fronter.com/hint/links/files.phtml/1698559845\\$584328933\\$/Emner/3.+Fokusomr_percent_E5de/SPU+110/Undervisning/artikkeloppsummering+et+nyttig+hjelpemiddel.pdf](https://fronter.com/hint/links/files.phtml/1698559845$584328933$/Emner/3.+Fokusomr_percent_E5de/SPU+110/Undervisning/artikkeloppsummering+et+nyttig+hjelpemiddel.pdf)
- Smeland, A. H. & Reinertsen, H. (2012). Postoperativ smertevurdering og behandling av barn. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, vol 3, side 8-12.
- Sneltvedt, T. (2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien (3. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statistikkbanken. (2014). *Spesialisthelsetjenesten*. Hentet 29.03.16, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>
- Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). Bergen: Universitetet i Bergen.

- Sykehusklovnene. (2014). *Om sykehusklovnene*. Hentet 16.05.16, fra <http://www.sykehusklovnene.no/om-oss/>
- Taylor, E. M., Boyer, K. & Campbell, F. A. (2008). Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Research & Management*, vol. 13, side 25-32.
- Tveiten, S. (2012a). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn (1. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2012b). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis (1. utgave)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Twycross, A. & Collis, S. (2011). How Well Is Acute Pain in Children Managed? A Snapshot in One English Hospital. *Pain Management Nursing*, vol. 14, Side 204-215. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.01.003.
- Twycross, A. & Collins, S. (2013). Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain. *Pain Management Nursing*, vol. 14, side 164-172. DOI: 10.1016/j.pmn.2011.10.007.
- Twycross, A., Finley, G. A., & Latimer, M. (2012). Pediatric nurses' postoperative pain management practices: An observational study. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, vol. 18, side 189-201. DOI: 10.1111/jspn.12026.
- Ullán, A. M., Belver, M. H., Fernández, E., Lorente, F., Badía, M. & Fernández, B. (2012). The Effect of a Program to Promote Play to Reduce Children's Post-Surgical Pain: With Plush Toys, It Hurts Less. *Pain Management Nursing*, vol. 15, side 273-282. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.10.004.
- Wall, P. (2003). *Smerte – kunnskap om lidelse (1. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Hentet 13.05.16 fra <http://www.who.int/whr/2000/en/>

VEDLEGG 1: SKJEMA FOR ARTIKKELGRANSKING

Tittel:

Tidsskrift:

Forfatter(e):

Land:

Språk:

År:

Kvalitativ eller kvantitativ:

Database:

Original, review eller annet:

Kjønnsforskjeller:

Aldersbegrensninger:

Tittel	JA	NEI	Kommentar:
Klart og relevant innhold?			
Sies det noe om hvem og hva som er undersøkt?			
Forfattere	JA	NEI	Kommentar:
Navn, grad, tittel og arbeidssted?			
Abstrakt	JA	NEI	Kommentar:
Har oppgaven abstrakt?			
Hvem			
Hva			
Hvorfor			
Hvordan			
IMRaD			
Viktigste funn presentert?			
Introduksjon	JA	NEI	Kommentar:
Er problemstillingen presentert logisk, med hensikt og mål?			
Er problemområdet relevant?			
Er leseren presentert for innholdet?			
Er spørsmål og hypoteser klargjort?			

Er det relatert til og presentert tidligere forskning og kunnskap?			
Er sentrale begreper definert eller belyst?			
Metode	JA	NEI	Kommentar:
Er metoden beskrevet (grundig eller tynt)?			
Er metoden relevant for problemstillingen?			
Er svakheter og styrker med metoden vurdert?			
Er etiske vurderinger med?			
Er det mulig å identifisere deltakerne av studien?			
Resultat	JA	NEI	Kommentar:
Er resultatene presentert klart og tydelig?			
Svarer resultatet til undersøkelsens hensikt?			
Er fremgangsmåten for analysen forståelig og logisk presentert?			
Forekommer tolkninger og diskusjon i resultatavsnittet?			
Diskusjon	JA	NEI	Kommentar:
Er diskusjonen klar og logisk oppbygd?			
Forekommer nye resultater i diskusjonen?			
Er konklusjonene logiske og rimelige?			
Er diskusjonen tilstrekkelig fyldig?			

Relaterer forfatteren sine funn til eksisterende forskning og kunnskap?			
Er forfatterne kritisk og klar i forhold til funn, metode og konklusjon?			
Referanser	JA	NEI	Kommentar:
Er referanseliste oppsatt systematisk og ryddig?			
Er alle referansene med?			
Er referansene vitenskapelige artikler, hvilke tidsskrifter er de presentert i?			
Er referansene relevant (ny eller for gammel)?			

Relevant innhold fra resultatdelen:

-
-
-

Viktige spørsmål:

- Hva er studiens betydning for sykepleie?
- Har studien sykepleiefaglig fokus?
- Er studien relevant for min oppgave?

Kvalitetsbedømming:

VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER ARTIKKELSØK

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkludert
Medline Dato: 15.12.15		«child, hospitalized» and «pain measurement» or «pain» or «pain management»	207	198*	9**	6	2
Medline Dato: 29.03.16	2000-2016 Språk: engelsk, norsk, svensk, dansk	«child, hospitalized» and «nursing» or «nursing care» or «nursing staff, hospital» or «paediatric nursing» and «communication» or «communication methods» or «health communications»	67	61*	6**	5	4
Medline Dato: 01.04.16	2000-current	“child, hospitalized” and “neonatal nursing” or “nursing service, hospital” or “nursing” or “nursing care” or “pediatric nursing” or “emergency nursing” or “nursing,	96	86*	10**	10	9

		practical” or “nursing research” or “critical care nursing” or “advanced practice nursing” or “nursing staff, hospital” or “family nursing” or “ethics nursing” or “specialities, nursing” and “communicatio n” or “communicatio n methods” or “health communication ” or “communicatio n barriers” or “pain perception” or “acute pain” or “pain measurement” or “pain” or “pain, postoperative” or “chronic pain” or “pain management”					
--	--	--	--	--	--	--	--

*: Antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : Antallet artikler som er lest i sin helhet

VEDLEGG 3: FUNN AV SUBKATEGORIER OG KATEGORIER

Hovedbudskap	Subkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon til foreldre • Rapportering av smerte • Foreldres forståelse av barnas smerte • Foreldre og smertelindring • Informasjon til foreldre • Foreldrenes støtte • Foreldre som hinder 	<p>Sykepleiere har forventninger til foreldrenes deltakelse</p> <p>Kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre</p>	Foreldre – noe av det viktigste i en pediatrik avdeling
<ul style="list-style-type: none"> • Barn og deltakelse • Tilgjengelighet • Informasjon til barna • Aldersforskjeller • Relasjon • Bekreftelse, godkjenning og trøst 	<p>Kommunikasjon mellom sykepleier og barn</p> <p>Hva er rett informasjon?</p>	God kommunikasjon og samarbeid med barnet er viktig for god behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Forskjellsbehandling • Ble smerten vurdert? • Verktøy • Oppførsel og VAS i sammenheng • Smerter over 5 • Retningslinjer 	<p>Verktøy for kartlegging av smertene</p> <p>Verktøyene må brukes i sammenheng med barnets oppførsel, tilstand og utvikling</p>	Barnets smerter må kartlegges og vurderes
<ul style="list-style-type: none"> • Lek og distraksjon • Smertemestring • Ikke-medikamentelle smertebehandlingsmetoder • Sykepleiers kompetanse 		Ikke-medikamentelle metoder kan hjelpe barnet til smertemestring

VEDLEGG 4: INKLUDERTE ARTIKLER

Forfatter(e), tidsskrift, tittel, år, land	Studiens hensikt	Kvalitativ eller kvantitati v	Deltake re (bortfall)	Hovedresultat	Artikkelens relevans
Coyne, J. <i>Journal of clinical nursing</i> . Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. 2006. Irland	Utforske barns, foreldres og sykepleieres synspunkter på barns deltakelse i behandlingen.	Kvalitativ	12	Det er viktig å involvere barna i bestemmelser om deres egen behandling. Dette vil skape relasjoner og mestringsfølelse. Alder, holdninger, følelser og mental status var med på å bestemme i hvor stor grad barna skulle involveres.	Belyse hvor viktig det er å la barna delta i beslutninger om egen behandling.
Dowden, S., McCarthy, M., & Chalkiadis, G. <i>Pain Research Management</i> . Achieving organizational change in pediatric pain management. 2008. Australia.	Beskrive prosessen og resultatet av et tiltak som ble satt i gang i forhold til smertemestringspraksisen i en pediatrik avdeling.	Kvalitativ	10	Sykepleierne syntes smertemestringen på avdelingen hadde forbedret seg de siste årene. Mange mente likevel at det fortsatt kunne forbedres enda mer. Alle sykepleierne mente at det var viktig å ha fokus på smertemestring, og at sykepleierne burde få mer undervisning. Barna og familiene burde få mer informasjon om mestringsstrategier og hvordan oppdage smerte. Sykepleierne ønsket tydelige retningslinjer	Synliggjøre hvor viktig informasjon og kunnskap er i smertebehandlingen hos barn.

				i forhold til smertebehandling, og syntes ikke-medikamentell behandling burde få mer fokus.	
Groenewald, C. B., Rabbits, J. A., Schroeder, D. R. & Harrison, T. E. <i>Pediatric Anesthesia. Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children.</i> 2012. USA.	Utforske barns moderate til alvorlige smerter i sykehus.	Kvantitativ,	321	Spedbarn og barn mellom 11 og 18 år hadde oftest moderate til alvorlige smerter. Gutter og jenter viste ingen forskjell på scoringen. Barn innlagt av kirurgisk grunn hadde oftere moderate til alvorlige smerter enn medisinsk innlagte barn.	Belyse om sykepleiernes holdninger til forskjellige pasientgrupper har noen betydning for behandlingen pasientene får.
Griffin, R. A., Polit, D. F. & Bryne, M. W. <i>Nursing and Health. Stereotyping and nurses' recommendations for treating pain in hospitalized children.</i> 2007. USA og Australia	Undersøke om sykepleieres anbefalinger for å mestre smerte ble påvirket av stereotype basert på barnas personlige grunnlag.	Kvantitativ	700 (366)	Sykepleiere scoret likt som barna på smerteskalaen når de vurderte barnas smerter. Ingen kjønnsforskjeller ble gjort i forhold til smertevurderingen, men guttene ville fått litt mer ikke-medikamentell behandling enn jentene.	Belyse om sykepleiernes holdninger til forskjellige pasientgrupper har noen betydning for behandlingen pasientene får.
Mårtenson, E. K. & Fägerskiöld, A. M. <i>Paediatric nursing. Information exchange in paediatric settings: an observational</i>	Identifisere, beskrive og generere begreper om utvekslingen av informasjon mellom barn eller unge og helsepersoner	Kvalitativ	76	Sykepleierne motiverte barna til å ta del i diskusjoner. Det ble gitt bekreftelse og godkjennelse av barnas synsvinkler.	Sykepleiere kan få bedre kunnskap om hvilken informasjon denne pasientgruppen ønsker, og forventer å få før prosedyrer

<p>study. 2006. Svergie</p>	<p>ll i en pediatrik avdeling.</p>			<p>Sykepleierne passet på å være tilgjengelig for kommunikasjon.</p> <p>Sykepleierne prøvde å skape en god tilværelse for barna.</p> <p>Det ble satt av nok tid til at pasientene kunne spørre og gi informasjon.</p> <p>Det hendte at sykepleierne måtte ta kontroll over situasjonen for å skåne barna for foreldrenes spørsmål.</p>	<p>og behandling ved sykehus.</p>
<p>Polkki, T., Pietila, A., Vehvilainen-Julkunen, K., Laukkala, H. & Kiviluoma, K. <i>Journal of Pediatric Nursing.</i> Imagery-Induced Relaxation in Children's Postoperative Pain Relief: A Randomized Pilot Study. 2008. Finland.</p>	<p>Teste hvor effektivt fantasi og avslapping er i forhold til smerter hos barn i sykehus.</p>	<p>Kvantitat iv,</p>	<p>60</p>	<p>Sykepleierne undervurderte barnas smerter.</p> <p>Barn som hørte på en fantasitur på CD hadde mindre smerter enn kontrollgruppen.</p> <p>VAS ble brukt som verktøy for smerte-kartlegging</p>	<p>Belyse hvor mye ikke-medikamentell behandling fungerer, og at man må ta barn på alvor når de sier at de har smerter.</p>
<p>Polkki, T., Vehvilainen-Julkunen, K. & Peitil, A. <i>Journal of Advanced Nursing.</i> Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative</p>	<p>Beskrive sykepleieres bruk av ikke-medikamentelle metoder for smerter hos barn fra 8 til 12 år, postoperativt på sykehus.</p>	<p>Kvantitat iv</p>	<p>162 (2)</p>	<p>Ikke-medikamentelle metoder som ofte ble brukt var å gi informasjon på forhånd, distrahering, pusteteknikker, positiv tilbakemelding, stillingsendring, sykepleiers tilstedeværelse, trøst, berøring, hjelp til</p>	<p>Denne studien kan få sykepleiere til å se hva som kunne blitt brukt mer av ikke-medikamentelle metoder, og hvordan de best mulig kan</p>

<p>pain: a survey on hospital nurses in Finland. 2000. Finland.</p>				<p>aktiviteter og det å lage et komfortabelt miljø. Sykepleierne oppfordret nesten alltid barna til å spørre, samtidig som de passet på at informasjonen ble gitt, forstått og tilpasset i forhold til alder og utvikling.</p>	<p>få gitt informasjonen som barna trenger.</p>
<p>Roden, J. <i>Journal of Child Health Care. The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting.</i> 2005. Australia.</p>	<p>Foreldre og sykepleieres forventninger og holdninger til foreldres deltakelse i pleien av syke barn på sykehus.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>12</p>	<p>Sykepleierne ga foreldrene all informasjonen og omvisningen på en og samme tid. Sykepleierne mente at foreldrene hadde urealistiske forventninger til hva de selv skulle bidra med. Foreldrene fikk ofte ikke med seg den informasjonen som ble gitt, og sykepleierne måtte gjenta det de hadde sagt. Den ene forelderen ga heller ikke informasjonen videre til den andre.</p>	<p>Denne studien kan hjelpe sykepleierne å se at informasjon er viktig, og at man må legge til rette for at foreldrene lett husker informasjonen.</p>
<p>Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. & Hermerén, G. <i>Nursing Ethics. Children's Participation in the Decision-Making Process During</i></p>	<p>Beskrive barnas grad av deltakelse i bestemmelser som omhandler deres egen helse.</p>	<p>Kvantitativ,</p>	<p>25 (1)</p>	<p>I 21 situasjoner hvor det skulle være kommunikasjon mellom sykepleier og barn, var kommunikasjonen ikke til stede eller mangelfull. I 68 situasjoner var det kommunikasjon,</p>	<p>Denne studien ser på hvilken reaksjon barna hadde da de fikk for lite informasjon. For sykepleiere kan dette være med på å</p>

<p>Hospitalization: an observational study. 2002. Svergie</p>				<p>og de fleste ble sett på som optimale, men noen var mangelfulle. I 48 situasjoner var kommunikasjonen optimal. Det vil si at sykepleier ga barnet informasjon, og hørte på hva barnet hadde å si om det i ettertid.</p> <p>Barna ble aldri bedt om å ta større avgjørelser alene.</p> <p>Barna uttrykket sitt krav på informasjon, men ikke verbalt.</p>	<p>vekke mer oppmerksomhet til å la barn delta i diskusjoner, og la dem få komme med forslag.</p>
<p>Shields, L. & King, S. <i>Journal of Pediatric Nursing.</i> Qualitative Analysis of the Care of Children in Hospital in Four Countries – Part 2. 2001. Australia og Storbritania.</p>	<p>Helseansatte s holdninger til behandlingene til barn på sykehus i fire forskjellige land.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>360</p>	<p>Viktige faktorer når barn er under behandling på sykehus er kommunikasjon, foreldres deltakelse, kultur, omgivelser og andre barn.</p>	<p>Denne studien kan fremheve viktigheten av foreldres deltakelse og kommunikasjonen med barna og familien.</p>
<p>Simons, J. M. & MacDonald, L. M. <i>Journal of Child Health Care.</i> Pain assessment tools: children's nurses' views. 2004. Canada.</p>	<p>Utforsker sykepleierne s syn på smertevurderingsverktøy i bruken med barn.</p>	<p>Kvantitativ og kvalitativ</p>	<p>100 (49)</p>	<p>Over halvparten av sykepleierne kjente ikke til noen smertekartleggingsverktøy.</p> <p>Nesten alle sykepleierne syntes 2 timer var nok opplæring for et nytt verktøy som smertekartlegging.</p> <p>Sykepleierne svarte at mangel på kunnskap</p>	<p>Denne studien kan gjøre at smertekartleggingsverktøy får mer oppmerksomhet i pediatrik avdelinger.</p>

				<p>og tid var hovedgrunnene til at de ikke fikk brukt verktøyene.</p> <p>Nesten alle sykepleierne mente at verktøyene kunne hjelpe dokumentasjonen.</p>	
<p>Simons, J. & Roberson, E. <i>Journal of Advanced Nursing. Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain.</i> 2002. England.</p>	<p>Å utforske sykepleiere og foreldres oppfatninger av barns smertemestring og smerter postoperativt .</p>	<p>Kvalitativ ,</p>	<p>20</p>	<p>Hver enkelt sykepleier bestemte hvilken informasjon foreldrene skulle få.</p> <p>Sykepleierne ville at foreldrene skulle ta kontakt om barna hadde smerter, men det ble ikke gjort.</p> <p>Sykepleierne hadde heller ikke informert foreldrene om dette.</p> <p>Noen sykepleiere mente at det ikke ble gitt nok informasjon om hvordan å oppdage smerter, fordi mange sykepleiere ikke kunne det godt nok selv.</p> <p>Sykepleiere mente at verktøy for smertevurdering ikke var nødvendig.</p>	<p>Sykepleiere kan få bedre kunnskap om hvilken informasjon som bør bli gitt, og at det blir gitt for lite informasjon.</p>
<p>Twycross, A. & Collins, S. <i>Pain Management Nursing. Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of</i></p>	<p>Sykepleiers synspunkter på barrierer og faktorer som hindret effektiv smertemestring i sykehus.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>30</p>	<p>Sykepleierne vurderte kroppsspråket sammen med tallet fra smertescoringen.</p> <p>Lek og distraksjoner ble sett på som den mest effektive ikke-medikamentelle metoden.</p>	<p>Denne studien kan belyse hvor viktig ikke-medikamentell behandling er, og hvor stor ressurs foreldrene kan være om det</p>

<p>Pediatric Pain. 2013. England.</p>				<p>VAS, Face-Pain-Scale og FLACC ble brukt.</p> <p>Foreldre har gode muligheter til å se og behandle smerte, i følge sykepleierne.</p> <p>Verktøy, hyppige vurderinger, tid, undervisning, informasjon, foreldres involvering og lek hjalp smertekarleggingen og mestringen.</p>	<p>blir gitt god informasjon.</p>
<p>Twycross, A., Finley, G. A. & Latimer, M. <i>Journal for specialists in pediatric nursing, Pediatric nurses' postoperative pain management practices: an observational study</i>, 2012, Canada</p>	<p>Undersøkelser av pediatrik postoperative smerteomsorg.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>17 (2)</p>	<p>Nesten alle smertevurderingene ble gjort etter operasjon, og 6 ganger ble ikke smerten dokumentert, og 12 ganger ble ikke smerten vurdert.</p> <p>FPS ble brukt på de yngste barna.</p> <p>Barnas oppførsel ble vurdert i sammenheng med smertevurderingen, men det ble sjeldent gjort noe med.</p> <p>Det ble nesten alltid gjort noe hvis barna scoret over 5 på skalaen.</p> <p>Ikke-medikamentell behandling ble sett på som foreldrenes oppgave.</p> <p>Foreldre fikk ikke informasjon om smertevurdering eller</p>	<p>Denne studien kan være med på å sette fokus på barns smertebehandling etter operasjon. Hva må sykepleieren tenke på, og blir de reglene som er satt utført?</p>

				<p>behandling. Foreldrene sa heller ikke i fra når barna hadde smerter.</p>	
<p>Ullán, A. M., Belver, M. H., Fernández, E., Lorente, F., Badía, M. & Fernández, B. <i>Pain Management Nursing. The Effect of a Program to Promote Play to Reduce Children's Post-Surgical Pain: With Plush Toys, It Hurst Less.</i> 2012. Spania.</p>	<p>Bestemme effekten av et program for å fremme lek på sykehuset hos opererte barn med smerter.</p>	<p>Kvantitat iv,</p>	<p>124 (29)</p>	<p>Barna som hadde vært en del av testgruppen scoret ett hakk lavere på smerteskalaen enn kontrollgruppen. Gutter scoret høyere på smerteskalaen enn jenter i begge gruppene. Yngre barn scoret høyere enn eldre barn i begge gruppene.</p>	<p>Denne studien kan hjelpe sykepleiere å se at barn har behov for ikke-medikamentell behandling.</p>