



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	331
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7944
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	86
Andre medlemmer i gruppen:	406

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Å kjenne på smerte uten å ha ord

- *Sykepleiers vurdering av smerter i møte med preverbale barn*

Feeling pain without having words

- *Nurses' assessment of pain in encounters with preverbal children*

Kandidatnummer: 331 og 406

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialfag (FHS)

Antall ord: 7944

Innleveringsdato: 12.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleier har ansvar for å forebygge lidelse hos pasienter. Preverbale barn har vanskelig for å uttrykke smerte, da de ikke har et verbalt språk. Som sykepleier er det en stor utfordring å vurdere smerter og dermed forebygge lidelse hos denne pasientgruppen.

Sykepleier trenger derfor en større kunnskap om observasjon og vurdering av smerter hos en ung pasientgruppe uten verbalt språk.

Problemsstilling: Hvordan kan sykepleier vurdere smerter hos preverbale barn på sykehus?

Metode: I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. Gjennom systematisk søk i relevante databaser, har vi tatt i bruk fem relevante forskningsartikler.

Resultat: Smerte er et komplekst fenomen. Studiene tok opp ulike aspekter av vurdering av smerter. Flere av studiene argumenterte for at kartleggings skjemaer er et godt hjelpemiddel, men bare som en del av vurderingen. Bruk av klinisk skjønn er også en viktig del av prosessen. Videre ble det i noen av artiklene diskutert hvordan foreldre er en ressurs både i forhold til sykepleier og til barnet, og hvordan kompetanse og erfaring påvirker sykepleiers evne til å vurdere smerte hos preverbale barn.

Konklusjon: Å vurdere smerter hos preverbale barn uten et verbalt språk er svært omfattende. For å få et helhetlig bilde av smerteopplevelsen, må en inkludere flere momenter i vurderingen. Bruken av kartleggings skjemaer i kombinasjon med sykepleiers kliniske skjønn, kompetanse og erfaring, samt foreldre som ressurs kan gi et godt grunnlag for vurdering av smerter.

Abstract

Background: Nurses are responsible for preventing suffering in patients. Preverbal children find it difficult to express pain, as they do not have a verbal language. As a nurse, this is a major challenge, as it can be difficult to assess pain and thus prevent suffering. Nurses therefore need an increased knowledge of observation and assessment of pain in a young patient group without language.

Thesis statement: How can nurses assess pain in preverbal children in hospital?

Method: In this thesis, a literature study has been used as a method. Through systematic searches in relevant databases, we have included five research articles.

Findings: Pain is a complex phenomenon. The studies addressed various aspects of assessing pain. Several of the studies resulted in pain assessment being a helpful aid, but only as one part of the assessment. The articles further emphasize the use of clinical judgment as an important part of the process. Furthermore, in two of the articles it was discussed how parents play a resource both for the nurse and for the child. Finally, some of the articles addressed how competence and experience influenced nurses' ability to assess pain in preverbal children.

Conclusion: Assessing pain in preverbal children without a verbal language is very complex. In order to get a comprehensive picture of the pain experience, several elements must be included in the assessment. The use of assessment scales in combination with nurses' clinical judgement, competence and experience, as well as parents as a resource, can provide a good basis for assessing pain.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Avgrensning av oppgaven.....	5
1.3 Begrepsavklaring.....	6
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv, tidligere forskning og lovverk	7
2.1 Sykepleieperspektiv.....	7
2.1.1 Sykepleierens rolle og funksjon.....	7
2.1.2 Joyce Travelbee.....	7
2.2 Språkutvikling hos barn.....	8
2.3 Sykepleie til barn.....	9
2.4 Smertekartlegging hos barn	9
2.4.1 FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability).....	10
2.4.2 COMFORT scale (CS).....	10
3.0 Metode	11
3.1 Design.....	11
3.2 Søkeprosess	11
3.3 Kritisk vurdering av artikler.....	13
3.4 Ethiske aspekter.....	14
3.5 Analyse og syntese.....	15
4.0 Resultat	15
4.1 Presentasjon av forskningsartikler.....	15
4.1.1 Kartleggingsverktøy.....	16
4.1.2 Sykepleiers rolle.....	17
4.1.3 Erfaring og kompetanse.....	18
4.1.4 Foreldres rolle	19
5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon.....	19
5.2 Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1 Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel.....	20
5.2.2 Sykepleiers tilnærming.....	22
5.2.3 Betydning av kompetanse og erfaring.....	23
5.2.4 Foreldre som ressurs.....	25
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis	26
7.0 Referanseliste
8.0 Vedlegg
I Databasesøk.....
II Litteratormatrise.....	1
Oversikt over tabeller	
Tabell 1: PICO-skjema.....
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier
Tabell 3: Oversikt over hovedfunn i artiklene.....

1.0 Innledning

Tidligere har det vært en oppfatning om at barn opplever smerte i mindre grad enn voksne. Dersom vi går tilbake bare 40 år i tid kunne premature barn og småbarn bli hjerteoperert uten noe form for smertestillende (Reinertsen, 2008, s. 76). Ifølge Norsk barnelegeforening (2020) kan konsekvensen av en slik oppfatning føre til at barns smerter blir undervurdert og underbehandlet. Forskningen har kommet mye lenger i dag, men helsepersonell sine oppfatninger preges enda av eldre myter og for lite kunnskap om barns smerteopplevelse (Smeland & Sørensen, 2018). Smerte er en subjektiv opplevelse, som betegner at kun personen selv kan beskrive hva som gjør vondt eller ikke. En viktig del av smertekartleggingen er derfor personens egen beskrivelse av smerten (Brudvik et al, 2021).

Sykepleiere har en yrkesetisk retningslinje til å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelser hos pasienter (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Å identifisere smerte er dermed en viktig oppgave sykepleiere har i møte med barn på sykehus. Identifiseringen kan i seg selv være vanskelig hos barn med verbalt språk, men hos barn med lite til ingen verbalt språk kan det være ekstra utfordrende (Bratli et al., 2020). Rollen vi har i å identifisere smerte hos barn uten verbalt språk er kompleks, da det innebærer flere momenter, inkludert barnets nonverbale kommunikasjon, bruk av kartleggingsverktøy, klinisk blikk, kompetanse og bruken av foreldre som ressurs. Vi har på bakgrunn av denne problematikken utarbeidet følgende problemsstilling: Hvordan kan sykepleier vurdere smerter hos preverbale barn på sykehus?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barn som pasient vektlegges minimalt i bachelorutdanningen i sykepleie, og vi har dermed tilegnet oss lite kunnskap på dette fagfeltet underveis i utdanningen. Motivasjon for valg av tema er primært at vi begge ønsker å jobbe med barn som pasientgruppe i løpet av vår sykepleierkarriere. Vår oppfatning er at det er en stor overgang å gå fra voksne pasienter med språk til barn med lite til ingen språk. For sykepleiere som skal innhente informasjon om smerter hos preverbale barn vil det trolig være utfordrende og krevende, og man kan i enkelte tilfeller føle seg hjelpeløs.

1.2 Avgrensning av oppgaven

Smertekartlegging hos barn er et vidt tema, og kan studeres fra ulike perspektiver. På avdelinger for barn og unge på sykehus, møter man barn mellom 0 til 18 år, og utøvelsen av

sykepleie er forskjellig hos barn i ulike alder. Derfor avgrenset vi målgruppen til preverbale barn opp til tre år. Hos preverbale barn er den verbale kommunikasjonen ofte ikke til stede, eller lite utviklet, noe som fører til en mer spesifikk utøvelse av sykepleie til denne målgruppen (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.46; Andersen et al., 2018). Inklusjon av en eldre pasientgruppe vil gi et svar som ikke er representativt for målgruppen i vår problemstilling.

Da oppgaven omhandler vurdering av smerter, ekskluderer vi behandling av smerter.

Behandling av smerter er et svært viktig tema, men ved inkludering av både kartlegging og behandling av smerte ble omfanget for stort til å kunne fordype oss nok i begge temaene.

1.3 Begrepsavklaring

I problemstillingen vår bruker vi begrepet *vurdere* i møte med smerter hos preverbale barn på sykehus. I den sammenheng inkluderer vi flere momenter i begrepet, som bruk av kartleggingsverktøy, foreldre som ressurs, sykepleiers kompetanse og erfaring, og sykepleiers kliniske skjønn.

Ved søk etter forskning har vi brukt begrepene *smertekartlegging* eller *smertemåling* på norsk, men på engelsk finnes det en rekke synonymer og alternative termer for det samme ordet. Derfor har vi valgt å bruke ulike varianter av begrepene, blant annet smertevurdering, smerteskala, rangeringsskala, smertekartlegging eller kartlegging av smerte.

Når vi presenterer kartleggingsskjemaene brukes begrepet *validert*. Valideringsprosessen inkluderer å undersøke skalaens indre reliabilitet, konstruksjonsvaliditet og intern konsistens. *Konstruksjonsvaliditet* ser på om skalaen måler det den har som hensikt å måle. Når en ser på *intern konsistens* forsikrer en seg at skjemaene/skalaene gjenspeiler en individuell variasjon når den brukes på ulike pasienter. Heretter ser man på *indre reliabilitet* som viser til skalaens pålitelighet. I oppgaven omtales begrepet *foreldre*. Vi har valgt å inkludere mødre, fedre eller andre nære omsorgspersoner til barnet i begrepet. Andre relevante begreper blir forklart underveis i oppgaven.

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv, tidligere forskning og lovverk

2.1 Sykepleieperspektiv

2.1.1 Sykepleierens rolle og funksjon

Som sykepleier er det viktig å utøve kunnskapsbasert praksis, noe som dreier seg om å systematisk innhente forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap som grunnlag for å ta faglige avgjørelser. Innhenting av informasjon skjer over flere arenaer som blant annet retningslinjer, lovverk, forskning og kollegaer (Helsebiblioteket, 2021). I lov om helsepersonell (1999, §4) står det skrevet at vi som helsepersonell skal utføre arbeidet vårt basert på faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I tillegg skal sykepleier holde seg faglig oppdatert på forskning, lovverk, retningslinjer og annen relevant teori, samt bidra til å anvende ny kunnskap i praksis (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Å utøve «god» sykepleie innebærer å se mennesket bak sykdommen i sin helhet. Til tross for at sykepleiens hovedfokus dreier seg om observasjoner og tiltak knyttet til sykdom, er en viktig del av jobben å vise respekt og verdighet for pasienten (Norsk Sykepleierforbund, u.å.; Grønseth & Nortvedt, 2022, s.2). I tillegg bygger sykepleiefaget på læren om etikk og moral, som vil si verdien av hva som er riktig og galt i en situasjon (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 48).

2.1.2 Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999, s. 112) definerte smerte som en menneskelig erfaring alle har, eller kommer til å få en forbindelse til, i løpet av livet. Hun betraktet smerte som et diffust definert begrep fordi det er en subjektiv opplevelse som ikke alltid lar seg observere. Formidling av pasientens smerteopplevelse, og sykepleiers vurdering av smertene, mente hun derfor var utfordrende (Travelbee, 1999, s.112). I tillegg peker hennes teori på utfordringen ved å kommunisere smerte til andre for å skape en tilnærmet innsikt i hva som oppleves, og hun mener dermed det trolig aldri kan forstås slik vedkommende opplever situasjonen (Travelbee, 1999, s. 254).

Hun beskriver at kommunikasjon krever minst to involverte parter, en avsender og en mottaker, samt en mening bak det som skal kommuniseres. For å kunne formidle riktig informasjon kreves det at begge parter forstår budskapet, og ifølge Travelbee avhenger det i stor grad av tidligere erfaring med kommunikasjon (Joyce Travelbee, 1999, s. 136)

Travelbee (1999, s. 29) bruker begrepet «mellommenneskelig prosess» for å fremheve at sykepleie dreier seg om mennesker, og hun mener at samspill i enhver situasjon er nødvendig for å skape forandringer. Teorien hennes vektlegger prinsippet om å se enhver pasient som et unikt menneske, og betydningen av kommunikasjon og samarbeid for å etablere en god relasjon. Menneske-til-menneske-forhold er ifølge Travelbee (1999, s. 41) et bånd mellom sykepleier og pasient der opplevelser og erfaringer blir delt for å ivareta pasientens, familiens eller samfunnets sykepleiebehov.

2.2 Språkutvikling hos barn

Språkutviklingen starter lenge før barnets første ord, og en kan si at den tidligste verbale kommunikasjonen vi får fra barn er gråt. Etter de første ukene av barnets liv vil gråten nyanseres, forskjellige typer gråt vil bety forskjellige ting som sult, stress eller smerte. Etter hvert vil barnets gråt som regel bare bety at de kjenner smerte eller er utsatt for kraftig stress. Ved normal språkutvikling vil barnet ved 6-måneders alder kunne bable og i 1-årsalderen vil en kunne formulere sine første ord. Det er ikke før i slutten av 2-årsalderen at barnet normalt skal kunne sette to og to ord sammen. Fra 2-5-årsalderen kan barnet ha en svært bratt læringskurve (Grønseth & Markestad, 2017, s.97). Det er viktig å understreke at barn sin språkutvikling er svært individualistisk. En forsinket språkutvikling kan være helt normalt eller skyldes flere faktorer. Nedsatt hørsel, funksjonsvariasjon, forsinket psykomotorisk utvikling og en autismspekterforstyrrelse kan være noen av årsakene (Markestad, 2016, s.37).

Eldre barn har bedre evne til å selvrappportere smerter, sammenlignet med de preverbale barna som oftest uttrykker smerter gjennom ansiktsuttrykk, gråt og andre fysiologiske signaler (Andersen et al., 2018). Når en ikke kan bruke det verbale kan det være vanskelig for sykepleiere å tolke om barnet kjenner på smerter. En må da bruke andre ressurser tilgjengelig, og her spiller foreldre en stor rolle og kan være en nyttig ressurs. I lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §6-2) står det at barn har rett til samvær med foreldre i helseinstitusjon. Foreldre kan slik være en god støttespiller og kilde til viktig informasjon om barnet.

2.3 Sykepleie til barn

Som nevnt tidligere er det et vidt aldersspenn på en barneavdeling. På bakgrunn av dette er det ofte stor variasjon i utviklingsnivå, som krever at sykepleier har kompetanse til å møte det enkelte barnets behov (Tveiten, 2012, s.15). Spesielt viktig er det å skape trygghet og øke stresstoleranse til barnet under sykehusoppholdet, da sykehusinnleggelse kan være en skremmende opplevelse. Det er da viktig at vi som sykepleiere legger til rette for at opplevelsen blir best mulig. Det mest effektive tiltaket for å forebygge stress og etablere trygghet er tilstedeværelse av foreldre eller omsorgspersoner (Grønseth & Markestad, 2022, s. 78). Å utøve god sykepleie til barn forutsetter at vi har forståelse for det syke barnet og familiens situasjon. For å oppdage avvik fra normaltilstand bruker sykepleier det «kliniske blikket», som inkluderer å bruke sine egne sanser for å innhente viktig data om tilstanden til pasienten (Heir & Sørhøy, 2021). I yrkesutøvelsen er det viktig at en kan sette seg inn i og ha forståelse ovenfor barnet og foreldrenes behov og opplevelser. Det å kunne forstå barnets og foreldrenes følelser, men å holde det adskilt fra ens egne følelser er sentralt. (Tveiten, 2012, s.39).

Empowermentprosessen er også viktig ved utøvelse av sykepleie til barn på sykehus. Det omhandler inkludering av barnet og foreldrenes rett til medvirkning, anerkjennelse av brukers kompetanse og maktfordeling (Tveiten, 2012, s. 39). Med empowermentprosessen er formålet å styrke brukerens rett til selvbestemmelse, også kalt autonomi. Hos barn uten et verbalt språk vil foreldres autonomi inneha en større rolle. Empowerment-tenkingen er knyttet opp til lov om helsepersonell og lov om pasientrettigheter, og det er dermed forankret at vi skal holde oss til prinsippene i empowermentprosessen (Tveiten, 2012, s. 50). Som helsepersonell vil vi i denne prosessen betraktes som en samarbeidspartner. Den faglige kunnskapen ligger hos sykepleierne, men ekspertisen om pasienten, ligger hos barnet og familien. Det er ikke alltid kunnskapen familien har er forenelig med hva som er barnets beste og da er etiske og faglige vurderinger fra sykepleier viktige. (Tveiten, 2012, s. 48-49).

2.4 Smertekartlegging hos barn

Smerte er et vidt begrep som ifølge Wennick (2012, s.147) omfatter både emosjonelle og fysiologiske elementer. I likhet med Travelbee beskrives smerte som en subjektiv opplevelse og begrepet defineres som; «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsskade eller beskrevet som slik skade.» (Wennick, 2012, s.147).

Siden smerte er en personlig opplevelse, er innhenting av pasientens subjektive data om smerten den viktigste faktoren i kartleggingsprosessen. Dersom pasienten ikke er i stand til å beskrive smertene selv, blir smertekartleggingen spesielt utfordrende. Sykepleier kan indirekte observere smerten gjennom fysiologiske tegn eller atferdsmessige reaksjoner. Indirekte observasjoner har også større betydning av smertekartlegging hos pasienter som ikke kan uttrykke smerten selv, deriblant barn uten ferdig utviklet verbalt språk (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444).

Kroppstilling og aktivitetsnivå er to av de viktigste parameterne for å overvåke tegn til smerter hos preverbale barn. Andre forandringer i atferd som søvn, konsentrasjon, humør, oppmerksomhet og appetitt er også viktige indikatorer på om barnet kjenner på smerter (Grønseth & Markestad, 2022, s.176-177). I møte med den pediatrike pasienten velges kartleggingsverktøyet ut ifra barnets alder og den kliniske konteksten. Hos preverbale barn på norske sykehus brukes det ofte indirekte smertevurdering, som kartleggingsverktøyene FLACC og COMFORT Scale (Sørensen, 2012).

2.4.1 FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability)

FLACC smertevurderingsskjema er et skjema som fylles ut av sykepleier. Sykepleier observerer barnet i minimum 2 – 5 minutter dersom barnet er våkent, og i minimum 5 minutter ved et sovende barn. Skåringen blir gjort sammen med barnet dersom det er mulig, men hos preverbale barn uten verbalt språk bruker man foreldrene her som en ressurs og de kan da hjelpe med rapportering av smerter (Norsk barnelegeforening, 2020). Det er fem parametere som måles i et FLACC skjema; ansikt, ben, aktivitet, gråt og til slutt trøstbarhet. Hver av kategoriene kan få en skår fra 0 – 2 poeng og kan til sammen få en maks skår på 10 (Grønseth & Markestad, 2022, s.178). Skårer pasienten 1 eller mer er det tegn på at pasienten har ubehag eller smerte. En skår på 7-10 indikerer at pasienten har sterkt ubehag/smerte, og det er da viktig å finne en eventuell årsak og iverksette tiltak (Oslo Universitetssykehus, u.å).

2.4.2 COMFORT Scale (CS)

COMFORT Scale er en skala utviklet for å måle stress hos barn i respirator, men er også validert til bruk ved kartlegging av smerte og sedasjon til barn som ikke er intubert. Barnet blir observert i 2 minutter og blir deretter skåret fra 1 – 5 i seks ulike parametere (Sørensen, 2012). De ulike kategoriene er våkenhet, rolighet/agitasjon, fysisk bevegelse, respiratorisk

respons (alternativt gråt hos ikke-intuberte), ansiktsuttrykk/spenning og muskeltonus (Grønseth & Markestad, 2022, s.178). En skår på 17 eller mer gir en indikasjon på ubehag/smerte, og en må deretter finne årsak (Sørensen, 2012).

3.0 Metode

3.1 Design

For å kunne besvare problemstillingen er det nødvendig å velge hvilket metodisk design bacheloroppgaven skal ta for seg. Vi kom frem til at litteraturstudie var en hensiktsmessig metode for vår oppgave, da det vil gi en systematisk gjennomgang av tidligere forskning om temaet og øke vår kompetanse (Persson 2021, s.13). Fremgangsmåten til en litteraturstudie er godt egnet til å besvare vår problemstilling, da det gir oss en oversikt over kunnskap vi har om det valgte temaet per i dag (Persson, 2021, s. 24).

Både kvalitativ og kvantitativ metode er nyttig i vår oppgave, siden det bidrar til å belyse problemstillingen fra ulike perspektiv (Dalland, 2020, s. 55). Studier med kvantitativ metode som design vil gå i bredden og bygge på tall for å kunne se sammenhenger i det som måles. Kvalitative studier vil se på helhet og dybden som ikke kan tallfestes (Dalland, 2020, s.54-55). Ved å inkludere begge metodene i vår oppgave ønsker vi å gi en bredere forståelse for problemstillingen sett i lys av dagens samfunn. I tillegg til eksisterende forskningsartikler, har pensum, forskrifter, retningslinjer, lovverk og andre relevante kilder vært nødvendige for å tilegne oss nok kunnskap om temaet og for å kunne belyse og diskutere temaet tilstrekkelig.

3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen startet med utgangspunkt i Thidemann sine (2020, s. 82-89) seks trinn for systematisk litteratursøk. Underveis i søkeprosessen ble vi oppmerksomme på at det var nødvendig å hoppe frem og tilbake mellom trinnene for å finne gode relevante artikler. Prosessen startet på trinn 1 med å formulere en presis og søkbar problemstilling. Som utgangspunkt brukte vi begrepet å *kartlegge* i problemstillingen, men underveis i søkeprosessen endret vi dette til å *vurdere*. Endringen ble foretatt for å inkludere flere momenter enn kartleggingsverktøy, som beskrevet i begrepsavklaringen.

Deretter i trinn 2 valgte vi ut aktuelle databaser for søket, som startet på toppen av kunnskapspyramiden (se vedlegg I). For å finne relevant forskning knyttet til vår

problemstilling har vi søkt manuelt i flere databaser. Basert på relevans for oppgaven søkte vi i databasene UpToDate, Cochrane, Cinahl, Epistemonikos, BMJ Best Practice og PubMed. Nevnte databaser har blant annet aldersbegrensninger av artikler og målgruppe som gjorde at vi spesifiserte søket vårt.

Videre i trinn 3 identifiserte vi søkeord, og strukturerte disse i et PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcome) skjema (tabell 1).

Tabell 1: PICO-skjema

	P (Population)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
<i>Norske søkeord</i>	Barn Preverbal Sykepleier	Smertekartlegging Smertemåling		
<i>MeSH</i>	Child* Preverbal Nurse	Pain assessment Pain measurement Pain scale Pain accuracy		
<i>Tekstord</i>	Child* Nurs*	Pain assessment* Pain measurement*		

I trinn 4 tok vi i bruk søketeknikker og søkestrategier for å kunne gjennomføre søket i utvalgte databaser. For å spesifisere og avgrense problemstillingen har vi laget en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 2). Vi valgte å inkludere engelske søkeord for å få tilgang til flere artikler, siden et stort antall forskningsartikler er utført og skrevet på engelsk. Søkeordene ble oversatt til engelsk gjennom programmene MeSH og SweMed+. For å få med entalls- og flertallsendelser og ulike varianter av et ord brukte vi trunkering på utvalgte søkeord. I tillegg har vi brukt boolske operatører som AND og OR, for å avgrense og utvide søket. Vi valgte å inkludere alternative termer og synonymer for å ikke gå glipp av viktig informasjon (tabell 1). Veiledning fra skolens bibliotek ble også brukt for å kvalitetssikre søkeord og videre tips til søkeprosessen.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	<i>Inklusjonskriterier</i>	<i>Eksklusjonskriterier</i>
<i>Målgruppe</i>	Barn uten (ferdigutviklet) verbalt språk. Preverbale barn opp til 3 år. Barn som pasienter på sykehus.	Barn med verbalt språk. Preverbale barn eldre enn 3 år. Barn som pasienter utenfor sykehus.
<i>Artikler</i>	Artikler yngre enn 10 år.	Artikler eldre enn 10 år.
<i>Kartleggingsverktøy</i>	Norske og engelske artikler. Smerteskjemaer for barn uten (ferdigutviklet) verbalt språk. Kartleggingsverktøy for preverbale barn i Norge.	Artikler på andre språk. Smerteskjemaer for verbale barn og voksne. Kartleggingsverktøy for preverbale barn som ikke brukes i Norge.

På trinn 5 foretok vi en evaluering av det systematiske søket. Evaluering av søket foretok vi på bakgrunn av antall relevante artikkeltreff, og deretter justerte og reformulerte søkeord ved behov. Trinn 6 innebærer dokumentasjon av søket vi har gjennomført. Se vedlegg 1 for oversikt over databasesøk og søkehistorikk.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

I oppgaven har vi valgt å bruke Thidemans (2020, s.90) seks trinn for litteraturstudie, hvor de tre første trinnene ble brukt i den kritiske vurderingen av artiklene. Før vi tok i bruk et utvalg av forskningsartikler vurderte vi dem basert på brukbarhet, kvalitet og relevans for oppgaven (Trygstad & Dalland, 2020, s. 139). Trinn 1 baserer seg på å vurdere artiklenes relevans (Thidemann, s.90). Vi har også undersøkt at alle artiklene inkludert i oppgaven er fagfelleverdert (Helsebiblioteket, 2016).

Videre i trinn 2 leste vi kritisk igjennom de valgte artiklene for å se hvordan de kunne belyse vår problemsstilling, hovedsakelig med fokus på resultat- og diskusjonsdelen (Thidemann, 2020, s.157). En forutsetning for å ta i bruk forskningsartiklene i vår oppgave var å oversette innholdet til norsk, da alle forskningsartiklene originalt var skrevet på engelsk. Oversetting av faglitteratur kan være krevende, fordi en kan risikere å miste meningen bak det forfatterne prøver å formidle. Vi har forsøkt å oversette deler av artiklene på en hensiktsmessig måte, samtidig som innholdet blir bevart. Vi har valgt å ekskludere litteratur eldre enn 10 år (tabell 2), for å ekskludere utdatert kunnskap og forskning (Trygstad & Dalland, 2020, s.149).

Likevel har vi valgt å inkludere en bok av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee fra 1999 og en faglitterær bok fra 2008, da begge bøkene inneholder aktuell kunnskap og anses å være relevant for vår oppgave.

Deretter i Thidemanns (2020, s.91) seks trinn for litteraturstudie tok vi for oss trinn 3, der vi vurderte kvaliteten på forskningsartiklene. To av artiklene vi har valgt å inkludere er systematiske oversiktsartikler som plasseres øverst i kunnskapspyramiden, da de tar for seg flere studier i en større sammenheng. Det er derimot viktig å ha med både oversiktsartikkel og enkeltstudier slik at en kan kombinere kunnskapen fra begge tekstene og gjøre en mer helhetlig vurdering (Helsebiblioteket, 2021). For å se om artiklene var pålitelige tok vi i bruk Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering (Helsebiblioteket, 2016). Det er ikke alle forskningsartiklene vi har inkludert som har spesifisert ett studiedesign, og det var derfor vanskelig å finne en passende sjekkliste. Til de artiklene valgte vi derfor å bruke Helsebibliotekets overordnede sjekkliste (Helsebiblioteket, 2016).

3.4 Ethiske aspekter

Så tidlig som i planleggingsfasen møter man på ulike etiske vurderinger. I startfasen av skrivingen tenkte vi over hvem som kan ha utbytte av oppgaven vår (Dalland, 2020, s.171). Vi diskuterte frem til at både helsepersonell og pårørende til unge barn uten et ferdigutviklet verbalt språk vil kunne ha god nytte av å tilegne seg mer kunnskap om dette temaet. Sykepleierstudenter vil også være en aktuell målgruppe, da det er lite pediatri pensum i løpet av studiet og en kan dermed dekke et kompetanserom etter å ha lest denne oppgaven.

Ethiske aspekter handler i tillegg om å tenke igjennom hvilke etiske utfordringer vårt arbeid kan ha (Dalland, 2020, s.168). Som sykepleier har vi yrkesetiske retningslinjer vi skal rette oss mot. Dalland (2020, s.168) skriver at forskningsetikk skal handle om å ivareta personvern og sikre at deltagerne i forskningen ikke blir påført noe skade eller unødvendige belastninger. Flertallet av kildene brukt i oppgaven omhandler barn eller er studier der barn er forskningsobjekter. Artiklene som vi inkluderer er etisk vurdert, deltakelsen er frivillig og deltakerne er anonymisert. I tillegg tar vi i bruk andres verk for å innhente informasjon og inspirasjon, og i disse tilfeller er det viktig å gjøre stoffet om til våres eget samt referere til riktige kilder for å unngå plagiat (Dalland, 2020, s. 161).

3.5 Analyse og syntese

En analyse handler om å finne ut hva artiklene belyser, der en systematiserer og kategoriserer innholdet i materialene (Dalland, 2020, s.221). Dette resulterer i at en sitter igjen med mye informasjon fra ulike kilder. Informasjonen settes tematisk opp mot hverandre og en vurderer funnene sammen i en helhet, som kalles for en syntese (Dalland, 2020, s.86).

Som nevnt tidligere tok vi i bruk Thidemanns (2020, s.92) seks trinn for litteraturstudie. Vi analyserte og tolket funnene i artiklene på det trinn 4. For å analysere og syntetisere artiklene er det nødvendig å lese artiklene med et kritisk og reflektert blikk, for å fange opp konteksten i kilden og viktige detaljer (Thidemann, 2020, s.92). Vi leste først sammendragene for å få en oversikt over hvilke tema artiklene tok for seg, som ga oss en essens over de viktigste temaene som gikk igjen. I starten av analysearbeidet hadde vi både *klinisk skjønn* og *holdninger* som temaer, men gjennom arbeidet endte vi opp med å sette sammen temaene til ett hovedfunn, nemlig *sykepleiers rolle* (tabell 3). Etter at vi hadde definert hovedfunnene organiserte vi dem i ulike fargekoder, slik at vi kunne kode artiklene systematisk hver for oss. Ved å gjøre kodingen individuelt kunne vi med fordel sammenligne og diskutere hverandres tolkning av funnene. Med denne metoden fikk vi dekket to ulike perspektiver på tematikken av innholdet, som ga godt grunnlag for diskusjon av hvilke momenter som skulle tas med i oppgaven (Thidemann, 2020, s.93).

Tabell 3: Oversikt over hovedfunn i artiklene

Hovedfunn 1	Kartleggingsverktøy
Hovedfunn 2	Sykepleiers rolle
Hovedfunn 3	Kompetanse og erfaring
Hovedfunn 4	Foreldres rolle

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Vi har i oppgaven valgt ut fem forskningsartikler, der fire av fem artikler er utført eller hentet fra studier på sykehus, og den siste artikkelen er en systematisk oversiktsartikkel om kartleggingsskjemaer. Utvalg av artikler er gjort på bakgrunn av relevans for valgt problemstilling. Artiklene som er inkludert er fremstilt systematisk i en litteratormatrise etter trinn 5 (vedlegg II) (Thidemanns, 2020, s.95). Videre i oppgaven har vi tatt for oss trinn 6,

hvor vi presenterer funn fra artiklene gjennom en tematisk fremstilling (tabell 3). På denne måten gir det en oversikt over viktige momenter som belyses i hver av artiklene.

4.1.1 Kartleggingsverktøy

I tilfeller hvor selvrapportering av egne smerter ikke er mulig, fant Vael & Whitted (2014) ut at kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for å innhente informasjon om pasientens smerter. De vurderte to ulike kartleggingsskjemaer, Wong ansiktsskala og FLACC smerteskala. FLACC ble funnet til å være et effektivt og enkelt verktøy i kartleggingen av smerter hos preverbale barn. Verktøyet er vurdert gjennom flere studier til å ha en høy validitet, der de har undersøkt skalaens pålitelighet, konstruksjonsvaliditet og intern konsistens. Et annet etablert verktøy for å kartlegge smerter til pediatriske pasienter er Wong ansiktsskala. Skalaen egner seg imidlertid ikke til preverbale barn, da skalaen forutsetter at barnet er over 36 måneder (Vael & Whitted, 2014).

Giordano et al. (2019) vurderte i sin studie flere kartleggingsverktøy som alle er effektive og lett gjennomførbare. Skalaene for å kartlegge smerte eller sedasjon som ble inkludert i studiet hadde en anbefalt aldersbegrensning fra 0 til 2 år. Artikkelen presenterer tre steg for hvordan man kan sikre at kartleggingsverktøyet er gyldig i klinisk praksis. En ser da på verktøyets pålitelighet og validitet. Studiet vurderer flere kartleggingsskjemaer, men anbefalte fem av dem, der FLACC og COMFORT Scale ikke er inkludert. I artikkelen blir det argumentert for at FLACC inneholder lite og motstridende data for prosedyrerelatert smerte. I tillegg er ikke skalaen tilstrekkelig til å bruke under alle omstendigheter, da den inkluderer et vidt aldersspenn (Giordano et al., 2019).

I Ruben et al. (2015) sin studie blir det vurdert standardiserte smerteskjemaer som har til hensikt å måle generell smerteintensitet som kategoriser smerte ved hjelp av tall, ansikt eller farge. Til tross for at skjemaene er generelle og kan brukes til flere pasientgrupper, mente Ruben et al. (2015) eksempelvis at en voksen kan ha en forskjellig tolkning av de ulike ansiktsuttrykkene sammenlignet med et barn. Smerteskalaen kan derfor bli tolket og brukt annerledes avhengig av pasienten (Ruben et al., 2015).

I artikkelen til Hla et al. (2014) blir det kartlagt smerte ved hjelp av rangeringsskjema basert på observasjoner av pasienten. Ved bruk av kartleggingsskjema hos enkelte pasientgrupper som preverbale barn eller personer med funksjonsvariasjoner, kan det ende i en begrenset

smertevurdering. Bakgrunn for begrensningene er ifølge Hla et al. (2014) at nonverbale uttrykk kan ha flere betydninger, for eksempel kan gråt bety enten sult eller smerte, noe som gjør det vanskelig for observatøren å stadfeste årsaken. Det vil særlig være lite til hjelp dersom barnet har blitt utsatt for prosedyrer eller har akutte smerter, da de ofte ikke er i stand til å uttrykke ubehaget (Hla et al., 2014).

Andersen et al. (2018) fant avvik fra barnets normale atferd som kunne skyldes smerte, burde inkluderes i flere kartleggingsskjemaer. Et interessant funn i studien var bruken av kartleggingsskjemaer som viste seg å være et godt grunnlag for en effektiv smertebehandling. I tillegg fant Andersen et al. (2018) at behandlingen ikke burde være utelukkende basert på smertescore, da en score bare gir en indikasjon på pasientens smerteopplevelse.

4.1.2 Sykepleiers rolle

I studien til Vael & Whitted (2014) undersøkte sykepleiere fra et akuttsykehus i Georgia, USA de ulike prosessene og faktorene som påvirker sykepleiers holdninger i møte med preverbale barn med potensiell smerte. Flertallet av sykehusene inkludert i studien hadde en negativ holdning til smertekartleggingsverktøy, og mente at det var unyttig bruk av tid. Begrunnelsen for holdningen var at sykepleierne brukte verktøy som ikke var egnet for den aktuelle alderen. Etter implementering og opplæring av et alderskorrekt verktøy ble det utviklet en positiv holdning til å bruke kartleggingsverktøy som en del av smertekartleggingen hos preverbale barn (Vael & Whitted, 2014).

I studien til Andersen et al. (2018) hadde sykepleierne fra fem avdelinger i Norge og Canada en negativ holdning til bruk av smertekartleggingsverktøy, da de hevdet at vurderingen ble for entydig. Studiene i artikkelen fant at sykepleierne hadde en tydelig preferanse mot å foreta smertevurderinger basert på klinisk blikk, som inkluderte observasjoner, tanker, handlinger og påvirkningsfaktorer. En optimal klinisk vurdering ifølge Andersen et al (2018) bestod av å kombinere kunnskap med observasjoner. Kunnskap innebærer å kjenne til barnets normale atferd og observere endringer som kan forekomme ved smerter. Artikkelen så på forholdet mellom barnets opplevelse og uttrykkelse av smerte, opp mot helsepersonells vurdering og behandling av smerten (Andersen et al., 2018).

I artikkelen av Ruben et al. (2015) presenterte helsepersonells, inkludert sykepleiers, rolle i møte med pasient ved å sammenligne deres evne til å kartlegge smerter opp mot pasientens evne til selvrapporing. Land inkludert i studien var USA, Kuwait, Australia, Italia og Canada. Ruben et al. (2015) satt fokus på viktigheten av nonverbal uttrykkelse og stilte spørsmål ved helsepersonells nøyaktighet i smertekartlegging. Hos yngre barn er den mest konsekvente formen for uttrykkelse av smerter gjennom nonverbal handling, og tegnene på smerte vises som oftest spontant og ufrivillig og er dermed ikke viljestyrte (Ruben et al., 2015).

Artikkelen skrevet av Hla et al. (2014) ble utført i Australia. I studien fremheves det at helsepersonell, inkludert sykepleiere, bør inkludere flere momenter i smertevurderingen, og ikke kun basert på ens eget skjønn. En av de viktigste momentene som blir understreket i artikkelen er inklusjon av pasientens egen beskrivelse av smerte.

Giordano et al. (2019) understrekte i sin artikkel at et klinisk blikk er viktig i en helhetlig vurdering av smerter, og at det kan avdekke mulige observasjoner som ikke kommer til syne ved bruk av kartleggingsverktøy.

4.1.3 Erfaring og kompetanse

Artikkelen til Vael & Whitted (2014) viste til et økt behov for bevissthet rundt bruk av smerteskalaer i smertekartleggingen. Dette fikk sykepleierne til å innse at de tidligere hadde tatt i bruk skalaer som var upassende for den aktuelle pasientgruppen. Sykepleierne som deltok i studien til Vael & Whitted (2014) hadde mellom fem til syv års arbeidserfaring innenfor det pediatriske fagfeltet. Resultatene fremhevet at det er behov for opplæring og bedre kunnskap om smertekartlegging (Vael & Whitted, 2014).

Ruben et al. (2015) presenterer hvorvidt en lengre erfaring hadde innvirkning på evnen til presise kartlegginger. Det er omstridt hvor mange år med erfaring og tilegnet kompetanse som er ideell. En fellesnevner for funnene i de ulike studiene i artikkelen er at en erfaring på mindre enn ett år og mer enn ti år fører til en lite presis kartlegging. Økt kompetanse og undervisning var forbundet med en bedre og mer korrekt vurdering (Ruben et al., 2015).

Andersen et al. (2018) vurderte i sin studie hvordan mellommenneskelige og personlige faktorer som kunnskap, kompetanse og erfaring påvirket sykepleiers smertekartlegging. I

studien så de på erfaring som en nødvendighet for korrekt smertekartlegging. For å være kvalifisert deltaker i studien var det påkrevd at sykepleier hadde minst ett års erfaring med preverbale barn. Artikkelen understrekte at en lengre klinisk erfaring med smerte hos preverbale barn gir en bedre forståelse, evaluering og selvtillit hos sykepleier for en effektiv og grundig smertevurdering. Mangel på kompetanse ble sett på som en utfordring i smertekartlegging av preverbale barn. I tillegg beskrev Andersen et al. (2018) at det var økt behov for samarbeid med andre aspekter, som inkludering av foreldre som ressurs og bruk av kartleggingsskjemaer.

Hla et al. (2014) fant ingen signifikant forskjell på smerteskår utført av sykepleier basert på verken alder eller tidligere sykepleiererfaring.

4.1.4 Foreldres rolle

Andersen et al. (2018) påpekte viktigheten av relasjonsbygging til sykepleier i møte med pедиатriske pasienter. I artikkelen ble det understreket at et grunnlag for en god relasjon inkluderer foreldre i stor grad, da det bidrar til at sykepleier lærer seg å kjenne barnet. Andersen et al. (2018) poengterte også betydningen og verdien av omsorgspersonens evne til å gjenkjenne symptomer på smerter. Videre skrev Andersen et al. (2018) at sykepleier kan innhente viktig informasjon om blant annet barnets væremåte og andre påvirkningsfaktorer på barnets atferd fra foreldre eller andre primære omsorgspersoner, som gjør smertekartleggingen lettere og mer nøyaktig.

Hla et al. (2014) fant at smertekartlegging utført av foreldre eller andre primære omsorgspersoner ofte brukes hos barn uten evne til selvrapporing. Det viste seg at foreldres vurdering korresponderer godt med barnets vurdering, men at de i enkelte tilfeller overestimerte smerteintensiteten til barnet (Hla et al., 2014)

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

For å kunne svare på problemstillingen har litteraturstudie vært en nyttig metode, og det har resultert i en strukturert og oversiktlig oppgave. Underveis i prosessen har det likevel oppstått utfordringer med valg av metode. En mer snevret problemstilling gir et mindre utvalg av artikler. Tidligere nevnt har vi brukt artikler med bredere målgruppe og deltakere, eller andre

metoder for å vurdere smerte (Ruben et al., 2015; Hla et al., 2014). Siden artiklene inneholdt gode poeng, diskuterte vi frem til at det var nødvendig å belyse problemstillingen fra et større perspektiv. Sett i en større sammenheng, konkluderte vi med at alle artiklene hadde noe relevant å tilføye til vår oppgave. I forhold til oppgavens helhet kan dette skape feilaktige svar.

Alle søkeordene i PICO-skjemaet (tabell 1) ble ikke brukt, men var likevel nyttig for å komme i gang med søkeprosessen. Vi utelukket C og O i PICO på bakgrunn av at vi så på hvordan en kunne vurdere smerter og ikke hvordan en kunne behandle smerter. Det er dermed ingen sammenligning eller konkrete utfall passende for vår problemstilling. Siden vi kun valgte å strukturere søkeord i de to første kolonnene i PICO (tabell 1), endte vi opp med få søkeord. Til tross for et mindre antall søkeord, fikk vi opp relevante treff med aktuelle forskningsartikler. For å utføre søkene brukte vi et begrenset antall databaser, og kan da ha gått glipp av aktuelle artikler. Inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 2) kan også ha utelukket artikler med gode funn til vår problemstilling.

En feilkilde med oppgaven kan være at valg av artikler har basert seg på hva vi anser som relevant og nødvendig for å svare på vår problemstilling. Eksempelvis omhandler den ene artikkelen helsepersonells evne til å kartlegge smerte hos pasienter i alle aldersgrupper (Ruben et al., 2015). En annen artikkel inkluderer alle pediatriske pasienter som deltakere i studiet, både verbale, nonverbale og preverbale, som resulterer i at flere av deltakerne var i stand til å rapportere egen smerte (Hla et al., 2014). Nevnte artikler er inkludert i oppgaven fordi de inneholder viktige momenter for å diskutere vår problemstilling.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel

Hvilke kartleggingsverktøy som skal brukes til hvilken pasientgruppe er omdiskutert. Som beskrevet tidligere er smerte en subjektiv opplevelse, og Joyce Travelbee (1999, s.112) pekte på utfordringen ved å kommunisere smerte til andre for å få en innsikt i hva som oppleves. Som nevnt tidligere kan sykepleier fange opp tegn til smerte indirekte gjennom fysiologiske tegn eller atferdsmessige reaksjoner (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444). På denne måten kan kartleggingsverktøy bli brukt som et hjelpemiddel i møte med preverbale barn. I situasjoner der selvrapporing ikke er mulig, belyser Vael & Whitted (2014) at kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for informasjonsinnhenting, så lenge

smerteskjemaene er alderstilpasset. Andersen et al. (2018) er enig med Vael & Whitted (2014), men fokuserer på at verktøyene må være strukturerte for å få god utnyttelse.

Hla et al. (2014) hevder derimot at bruk av kartleggings skjemaer ikke er gunstig hos en pasientgruppe uten verbalt språk. Dette fordi nonverbale uttrykk som observeres av sykepleier kan ha en rekke betydninger. For eksempel kan gråt kan både bety smerte og sult, og det kan være vanskelig for en observatør å finne den aktuelle årsaken (Hla et al., 2014). Ruben et al. (2015) underbygger denne påstanden om at uttrykk kan ha flere betydninger. Studien argumenter derfor for at smerteskjemaer ofte er svært generelle, noe som medfører at svarene gitt på et smerteskjema kan tolkes ulikt fra person til person. Eksempelvis kan en tolke ulike ansiktsuttrykk ulikt, og dermed konkludere med at pasienten ikke er i like store smerter som de egentlig er i. Derfor er det avgjørende å velge kartleggingsverktøy som er spesifikke og passende til den aktuelle pasienten (Ruben et al., 2015; Hla et al., 2014). Selv med ulike meninger rundt kartleggings skjemaer er en fellesnevner at skjemaene må være tilpasset pasientgruppen en behandler. En kan imidlertid sette spørsmål ved hvor gunstig det er å ta i bruk kartleggings skjemaer hos preverbale barn.

Som vi har sett påpeker flere av artiklene en svakhet med FLACC som et kartleggingsverktøy. FLACC er tidligere beskrevet som et godt verktøy ifølge Vael & Whitted (2014), da det er enkelt, effektivt og har høy validitet. Giordano et al. (2019) anser ikke FLACC smerteskala som en pålitelig skala. Skalaen beskrives som begrenset og ikke mulig å bruke i alle tilfeller, i tillegg til at den har et stort aldersspenn og dermed blir for generell. FLACC blir også omtalt som en skala med høy risiko for partiskhet, men COMFORT Scale konkluderes med å ha en lav risiko, men likevel ikke som en av skalaene de anbefaler (Giordano et al., 2019). Man kan sette spørsmål ved hvorfor et slikt kartleggings skjema blir brukt i norske sykehus. En kan tenke seg til at skjemaet blir brukt da det inkluderer foreldre som en ressurs i stor grad, det er lite tidkrevende og lett å bruke (Norsk barnelegeforening, 2020). På den andre siden når vi leser gjennom studiene inkludert i oppgaven, kan en se at FLACC smerteskjema er nokså generell og kan gi flere feilresultater ved kartlegging av smerter hos preverbale barn og ikke barn fra 0-18 år. Det er derimot viktig at sykepleierne ikke har mange kartleggings skjemaer å forholde seg til, da dette kan føre til at sykepleierne ikke får grundig nok opplæring i bruken og funksjonen av dem. En kan stille seg spørsmålet om det er behov for et mer aldersspesifikt smerteskjema som er rettet direkte mot preverbale barn. Kartleggingsverktøy kan slik være et av flere momenter i smertevurderingen,

og kan sikre en mer grundig og tilstrekkelig behandling i praksis. Selv med et kartleggingsskjema knyttet direkte til preverbale barn, er det viktig å bruke et helhetlig blikk i pleien av pasienten.

5.2.2 Sykepleiers tilnærming

En forutsetning for en verdifull smertevurdering er at sykepleier møter hver pasient med samme utgangspunkt. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere vektlegges betydningen av å respektere hvert enkelte menneskets liv og deres verdighet. Sykepleie skal derav basere seg på barmhjertighet, omsorg og respekt for mennesket (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Tilnærmingen i møte med pasienter dreier seg i stor grad om å observere og iverksette tiltak med utgangspunkt i pasientens situasjon. Dette understreker viktigheten av at enhver sykepleier ser pasienten som et helt menneske og ikke bare sykdom. For sykepleier blir det en mer omfattende prosess å vurdere smerter hos preverbale barn, da det kreves at en har evne til å forstå barnets og foreldrenes opplevelser og behov (Tveiten, 2012, s.39).

Begrepet «Mellommenneskelig prosess» brukte Travelbee (1999, s. 29) for å påpeke at sykepleie utøves i møte med mennesker. I likhet med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, trekker Travelbee sin teori frem betydningen av at sykepleier ser alle pasienter som et unikt menneske, og vektlegger relasjonsbygging i sin utøvelse. Flere av studiene til Hla et al. (2014) argumenterer for at helsepersonells smertevurdering av barn samstemmer i liten grad med barnets egen smertevurdering. I tillegg fremhever studien at helsepersonell har en tendens til å undervurdere barns smerter. Ruben et al. (2015) argumenterer videre på at helsepersonell er mer nøyaktig på smertekartlegging av barn når nonverbale uttrykk er til stede, da det innebærer spontane reaksjoner som er lett å observere. På bakgrunn av forskningen kan det tenkes at en relasjon er av betydning for smertevurderingen.

For at sykepleier skal bemerke tegn til smerte brukes det kliniske blikket, som innebærer å bruke sansene for å innhente viktige observasjoner om pasientens tilstand (Heir & Sørhøy, 2021). Travelbee's (1999, s. 254) teori trekker frem utfordringen med å kommunisere smerte til noen utenfra, og hun mener at en muligens aldri vil forstå hvordan vedkommende egentlig opplever situasjonen. I slike situasjoner kreves det at sykepleier inkluderer andre aspekter i smertekartleggingen. Studien til Hla et al. (2014) fremhever betydningen av å inkludere flere aspekter i smertekartleggingen og ikke bare basere vurderingen på ens eget kliniske skjønn.

Samtidig argumenterer Giordano et al. (2019) for viktigheten av å inkludere klinisk blikk som et aspekt av kartleggingen, da kartleggingsverktøy ikke vil fange opp mulige tegn til smerte på egenhånd. Fra to ulike perspektiver kan man på denne måten understreke hvor viktig det er å inkludere andre momenter i smertevurderingen for å se tilstanden i sin helhet. Ruben et al. (2015) ser ut til å være enig i dette, da de viser til at pasientens særegenhet og evne til å uttrykke smerter kan ha en påvirkning på sykepleiers vurdering av smertene, og derav avvike fra et objektivt klinisk blikk.

Studien til Andersen et al. (2018) diskuterer at sykepleierne utførte smertekartlegging på ulike måter, til tross for at alle brukte samme fremgangsmåte. Det kan tenkes at alle sykepleierne hadde ulikt utgangspunkt med kompetanse og erfaring, men også personlige egenskaper som holdninger og verdier. Eksempelvis kan en ha ulike forventninger til når smerte inntreffer og opphører, og hvordan smerteintensiteten uttrykkes (Andersen et al., 2018). Det kan tenkes at forskjellige sykepleiere har ulike kliniske blikk, som både kan ha positive og negative konsekvenser. På den positive siden kan en oppdage viktig data for smertevurderingen som kan ha blitt oversett eller utelatt tidligere. I tillegg jobber sykepleierne tett med hverandre, og en kan på denne måten korrigere og lære av hverandre. På den negative siden kan pasientens smerter vurderes ulikt, som kan skyldes mangel på kvalitet og kontinuitet. Det kan også diskuteres hvorvidt dataene som innhentes er gyldige, men en fellesnevner er at det kliniske blikket i helhet er av stor betydning for smertevurderingen.

5.2.3 Betydning av kompetanse og erfaring

En optimal smertevurdering utføres med utgangspunkt i at sykepleier har kompetanse til å møte det enkelte preverbale barnets behov. Andersen et al. (2018) hevder at erfaring ble sett på som nødvendig for korrekt smertekartlegging. Smertevurderingen ble sett på som utfordrende, dersom sykepleierne hadde lav kompetanse om smerte hos preverbale barn. Som tidligere nevnt kan lite kunnskap og oppfatninger preget av eldre myter hos helsepersonell føre til alvorlige konsekvenser knyttet til undervurdering og underbehandling av smerter (Norsk barnelegeforening, 2020; Smeland & Sørensen, 2018). Andersen et al. (2018) angir at desto lengre klinisk erfaring sykepleier hadde i møte med smerte hos de preverbale barna, desto bedre grunnlag for en effektiv og grundig smertevurdering. Studien fremhever også at de erfarne sykepleierne hadde bedre forståelse for smerteuttrykk og mer selvtillit i smertevurderingen (Andersen et al., 2018).

På den andre siden argumenterer Ruben et al. (2015) for at både lite og mye erfaring kan ha en negativ påvirkning for en nøyaktig smertekartlegging. Helsepersonell med moderat lengde klinisk erfaring var de som hadde best evne til å utføre en presis smertekartlegging. I motsetning hadde helsepersonell med mindre eller lengre klinisk erfaring en betydelig lavere skår på nøyaktighet (Ruben et al., 2015). Unøyaktig smertevurdering hos helsepersonell med lite erfaring kan ifølge Ruben et al. (2015) skyldes mangel på kunnskap og øving. Hos helsepersonell med lengre erfaring kan unøyaktigheten skyldes at de har større pasientbelastninger og tidsbegrensninger, eller at de minimaliserer pasientens smerteuttrykk sammenlignet med det pasienten erfarer. Det kan tenkes at helsepersonell som har erfaring med pasienter som har opplevd mye smerter, kan ha en tendens til å sammenligne situasjonen med tidligere pasienter. Den ideelle lengden for klinisk erfaring hos helsepersonell er omdiskutert, men felles for begge studiene er at en viss lengde klinisk erfaring gir best resultat for en nøyaktig smertevurdering (Andersen et al., 2018; Ruben et al., 2015).

Det kan tenkes at helsepersonell med lengre klinisk erfaring er trygge på de innarbeidede rutinene og vanene i sin yrkeshverdag. Ruben et al. (2015) fokuserte på at opplæring og øving er nødvendig både hos de med lite erfaring, men også hos de med lengre erfaring for å forbedre smertekartleggingens nøyaktighet. Ifølge Lov om helsepersonell (1999, §4) er sykepleier pliktig til å holde seg faglig oppdatert, og bidra til å anvende ny kunnskap i praksis (Yrkesetiske retningslinjer, u.å.) Dette innebærer at man har evne til å endre på rutiner og vaner med nytt faglig påfyll i sin yrkesutøvelse.

På den andre siden beskriver artikkelen fra Hla et al. (2014) ingen signifikant forskjell på smerteskårer som ble utført av sykepleier med hensyn til tidligere sykepleiererfaring. Derimot uthever studien betydning av kunnskap om smertevurdering til den aktuelle pasientgruppen. Viktigheten av kunnskap understøttes av Vael & Whitted (2014), som fremhever hvor viktig det er å ha kompetanse om smerteskalaer, og at verktøyene er tilpasset rett alder for en korrekt smertevurdering. Studien fremhever at det er behov for mer opplæring og bedre kunnskap om smertekartlegging, da flertallet av sykepleierne ikke hadde tatt i bruk skalaer tidligere (Vael & Whitted, 2014).

Ifølge Andersen et al. (2018) innebærer en optimal klinisk vurdering å bruke erfaringer og kompetanse i en kombinasjon med observasjoner. Det krever kompetanse i den forstand å kjenne til barnets normale atferd, og evne til å observere avvikende oppførsel som kan knyttes

til smerter (Andersen et al., 2018). Til tross for at all smertekartlegging i studien ble utført etter individualisert og personsentrert sykepleie, baserte smertevurderinger seg i stor grad på sykepleierne sine tidligere erfaringer med lignende situasjoner. Sykepleierne utførte smertevurderinger forskjellig, da alle har ulike erfaringer og derav ulike metoder for å tolke observasjoner av barnet og informasjon fra foreldre (Andersen et al., 2018). Joyce Travelbee (1999, s. 139) mener at en tolker informasjon på grunnlag av individuell kompetanse og erfaring, og kan på denne måten ha forskjellige metoder for kartlegging av smerter. Derfor kan det antas at kompetanse og erfaring hos sykepleiere kan ha en evne til å påvirke at en lik smertesituasjon vurderes ulikt.

5.2.4 Foreldre som ressurs

I utøvelsen av sykepleie er det viktig å skape en trygghet for barnet under sykehusoppholdet, som blant annet å overholde krav om tilstedeværelse av foreldre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). Foreldre har størst kjennskap til barnet, og kan lettere tyde smerte i form av endring i barnets normale atferd (Andersen et al., 2018). I studien til Hla et al. (2014) blir foreldre brukt som et hjelpemiddel i smertekartlegging hos barn uten evne til verbal uttrykkelse og selvrapporing. Som nevnt tidligere er tankegangen i Empowerment-prosessen lagt vekt på at sykepleier har den faglige kompetansen, mens ekspertisen om pasienten ligger hos pasienten selv og hos foreldrene (Tveiten, 2012, s.48-49). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §6-2) legger også til rette for at foreldres autonomi skal inneha en større rolle hos barn uten et verbalt språk (Grønseth & Markestad, 2022, s.178). En kan tenke seg til at en slik inkludering fører til både en bedre smertevurdering av barnet, og en større trygghet for pasienten og foreldrene.

Foreldres tilstedeværelse kan være en beroligende ressurs, og kan etablere trygghet i en ellers ukjent og skummel situasjon for barnet (Grønseth & Markestad, 2022, s.78). Informasjon innhentet fra foreldre kan bidra til at sykepleier lettere kan oppdage og kartlegge smerter mer nøyaktig. I artikkelen til Andersen et al. (2018) settes det lys på viktigheten av hvordan foreldre kan være en sterk ressurs i relasjonsbygging med pasienter. Joyce Travelbee (1999, s.41) forteller at et menneske-til-menneske-forhold er et bånd som blir dannet mellom sykepleier og pasient, når en deler erfaringer og opplevelser med hverandre. Preverbale barn har ikke evnen til å dele erfaringer og opplevelser, men foreldre kan på denne måten være en god informasjonskilde til sykepleier.

Sett fra et annet perspektiv kan foreldre ha en negativ påvirkning på barnets smertevurdering. Barn har en evne til å imitere foreldrene sine. Dersom foreldre viser åpenbar følelse av stress og utrygghet kan dette smittes over til barnet. På denne måten blir barnets smerteopplevelse påvirket, noe som kan resultere i en feilaktig smertevurdering. Da kan foreldre ha motsatt effekt, og ikke lenger være en nyttig ressurs (Andersen et al., 2018). I studien til Hla et al. (2014) avdekkes det også at foreldre kan ha en evne til å overvurdere hvor mye smerter barnet har, og kan da gi feilaktig informasjon til sykepleier. På den andre siden viser studien til Hla et al. (2014) at foreldres kartlegging samsvarer bedre med barnets, enn sykepleiers kartlegging. Foreldre kan slik være en nyttig ressurs, men kan også potensielt ha en negativ innvirkning på resultatet.

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Hensikten med dette litteraturstudiet var å undersøke sykepleiers evne til å vurdere smerter hos preverbale barn, og effekten av de ulike momentene inkludert i vurderingen.

Problemstillingen oppgaven tar utgangspunkt i er: «Hvordan kan sykepleier vurdere smerter hos preverbale barn på sykehus?»

Teori og forskning har vist til at smertevurdering hos denne pasientgruppen er svært omfattende og krevende. For å få et helhetlig bilde av smerteopplevelsen, er det viktig å ta i bruk og inkludere flere momenter. Bruk av kartleggings skjemaer i kombinasjon med sykepleiers kliniske skjønn, kompetanse og erfaring, samt foreldre som ressurs kan gi et godt grunnlag for vurdering av smerter. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at sykepleiere vurderer de preverbale barna ulikt, på bakgrunn av hvilke momenter de inkluderer og ekskluderer. Oppgaven konkluderer med at en nøyaktig smertevurdering krever en balanse mellom de overnevnte momentene i en samlet helhet, og en tilpasning til hver enkelt pasient. Forskning viste til betydningen av opplæring og riktig bruk av kartleggings skjema, samt hvordan sykepleiers kliniske skjønn kunne ha en innvirkning på resultatet. Grad av erfaring kunne også ha et innspill på smertevurderingen, men en kunne konkludere med at verken for lite eller for mye erfaring var gunstig. Som sagt er kartleggingen svært omfattende, men inkludering av foreldre til en viss grad kunne slik være en god ressurs for en lettere kartlegging.

Da vi har inkludert artikler fra andre land enn Norge, forstår vi at kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom denne oppgaven kan avvike fra retningslinjer for yrkesutøvelse og prosedyrer i norske sykehus. Smertevurdering er bestandig i utvikling. En kan dermed konkludere med at det er viktig at sykepleiere holder seg faglig oppdatert og implementerer ny kunnskap om preverbale barn og smertevurdering i praksis.

7.0 Referanseliste

Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.

Andersen, R. D., Nakstad, B., Jylli, L., Campbell-Yeo, M. & Anderzen-Carlsson, A. (2018). The Complexities of Nurses' Pain Assessment in Hospitalized Preverbal Children. *Pain Management Nursing*, 20 (2019), 337-344. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.060>

Bratli, L., Nystrøm, V. & Leonardsen, A-C. (2020, 12.april). *Hvordan kan sykepleiere kartlegge barns smerte?* Sykepleien. [10.4220/Sykepleiens.2020.80444](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80444)

Brudvik, C., Einen, M., Grønlie, I., Høivik, T., Kaspersen, K-H., Mostad, U., Robstad, A. B., Smeland, A. H., Ødegård, I. H. (2021, 26. november). *Smerter hos barn og ungdom: Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter*. Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. <https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/Smerteretningslinjer/Smerteretningslinje.pdf#search=smerte%20barn>

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal.

Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter. I D.-G., Stubberud. & R., Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (s. 437-490). Gyldendal.

Giordano, V., Edobor, J., Deindl, P., Wildner, B., Goeral, K., Steinbauer, P., Werther, T., Berger, A. & Olischar, M. (2019). Pain and Sedation Scales for Neonatal and Pediatric Patients in a Preverbal Stage of Development. A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 173(12), 1186 – 197. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3351>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (4.utg.). Fagbokforlaget.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (5.utg.). Fagbokforlaget.

Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (s. 1-18). Gyldendal.

Heir, W. & Sørhøy, M. S. (2021, 12.januar). *Observasjoner i arbeidet*. NDLA.

<https://ndla.no/nb/subject:1:f644f829-4e7a-4e74-a63a-342ef786f68a/topic:2:37b13b03-3aae-4d98-971a-135a49014c56/topic:2:c685d71c-a243-4405-8fa7-67c2bef69dfe/resource:6a0556f2-d73b-4f60-bdb3-4424ab972565>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *4.1 Sjekklist*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hla, K. T., Hegarty, M., Russel, P., Drake-Brockman, T. F., Ramgolam, A. & Ungern-Sternberg, B. S. (2014). Perception of Pediatric Pain: a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. *Pediatric anesthesia*. 24(11), 1127-1131. <https://doi.org/10.1111/pan.12484>

Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri*. (3.utg.). Fagbokforlaget.

Norsk barnelegeforening. (2020, 1.Januar). *Generell veileder i pediatri: 13.3 Smertevurdering av barn*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/generell-veileder-i-pediatri/13.smerte-og-sedasjon/13.3-smertevurdering-av-barn>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo Universitetssykehus. (u.å). *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*.

Ehåndboken. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121815>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang?: En praktisk guide*. Universitetsforlaget.

Reinertsen, H. (2008). Smerte hos barn. I A. K., Wahl. & T, Rustøen. (Red.) *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 76 - 104). Gyldendal.

Ruben, M. A., Osch, M. van. & Blanch-Hartigan, D. (2015). Healthcare providers' accuracy in assessing patients' pain: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1197–1206. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.009>

Smeland, A. & Sørensen, K. (2018, 1. oktober). *Ny prosedyre kan gi mer kunnskap og kompetanse om barns smerte*. Sykepleien. [10.4220/Sykepleiens.2018.72230](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72230)

Sørensen, K. (2012). *Bruk av smertevurderingsverktøy til barn og ungdom*. Oslo universitetssykehus.

http://www.norskbornesmerteforening.no/sites/norskbornesmerteforening.no/files/smertevurderingsverktøy/BRUK%20AV%20SMERTEVURDERINGSVERKTØY%20til%20barn%20og%20ungdom_0.pdf

Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). *Kunnskapskilder og kildekritikk*. I O. Dalland (Red.) *Metode og oppgaveskriving*. (s. 139-166) Gyldendal.

Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. Gyldendal.

Utdanningsdirektoratet. (2017, 8.desember). *Språk i barnehagen – mye mer enn bare prat*. <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/stottemateriell-til-rammeplanen/sprak-i-barnehagen--mye-mer-enn-bare-prat/3.-spraktilegnelse/sprakutvikling/>

Vael, A. & Whitted, K. (2014). An Educational Intervention to Improve Pain Assessment in Preverbal Children. *Pediatric Nursing*. 40(6), 302–306, 301.

Wennick, A. (2012). Sykepleie til barn. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen. (Red.), *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. (s. 110-153). Gyldendal.

8.0 Vedlegg

I Databasesøk

<i>Søk nr.</i>	<i>Database og dato</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Avgrensning</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Valgt artikkel</i>
1.	<i>UpToDate</i> 01.11.22	1. Child* AND Preverbal AND Pain assessment OR Pain measurement	Artikler yngre enn 10 år	22	0
2.	<i>BMJ Best Practice</i> 01.11.22	1. Child* AND Preverbal AND Pain assessment	Artikler yngre enn 10 år	3	0
3.	<i>Cochrane,</i> 01.11.22	1. Child* 2. Preverbal 3. Nonverbal 4. #1 AND #2 AND #3 5. Pain assessment 6. pain measurement 7. #5 AND #6 #4 AND #7	Artikler yngre enn 10 år	2	0
4.	<i>Epistemonikos,</i> 23.11.22	1. Preverbal 2. Pain measurement 3. pain scale 4. child* #1 AND #2 AND #3 AND #4	Artikler yngre enn 10 år	2	<i>An Educational Intervention to Improve Pain Assessment in Preverbal Children.</i>
5.	<i>Cinahl,</i> 23.11.22	1. Preverbal 2. Pain measurment 3. pain scale 4. child* S1 AND S2 AND S4	Artikler yngre enn 10 år	7	<i>Pain and Sedation Scales for Neonatal and Pediatric Patients in a Preverbal Stage of Development. A Systematic review.</i> <i>The Complexities of Nurses' Pain Assessment in Hospitalized Preverbal Children.</i>
6.	<i>PubMed</i> 08.12.22	1. Nurse AND Pain Accuracy AND Pain assessment	Artikler yngre enn 10 år	59	<i>Healthcare providers' accuracy in assessing patients' pain: A systematic review</i>
7.	<i>Ovid Medline</i> 08.01.23	1. Pediatric* 2. Child* 3. Nurse 3. #1 AND #2 AND #3 4. Pain assessment 5. #3 AND #5	Artikler yngre enn 10 år	50	<i>Perception of Pediatric Pain: a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer</i>

II Litteraturmatrise

<i>Referanse</i>	<i>Studiets hensikt</i>	<i>Utvalg/Populasjon</i>	<i>Design/Metode</i>	<i>Resultat/Diskusjon</i>
Andersen, R. D., Nakstad, B., Jylli, L., Campbell-Yeo, M. & Anderzen-Carlsson, A. (2018). The Complexities of Nurses' Pain Assessment in Hospitalized Preverbal Children. <i>Pain Management Nursing</i> , 20 (2019), 337-344. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.060	Hensikten med studiet var å utforske sykepleiers evne til å kartlegge smerter hos preverbale barn innlagt på sykehus i Norge og Canada. Siden preverbale barn har lite til ingen verbal kommunikasjon, har de økt risiko for undervurdering av smerter. Studiet tar utgangspunkt i sykepleiers kliniske dybde og helhet for å smertekartlegge denne pasientgruppen.	22 sykepleiere fra fem avdelinger i Norge og Canada. Sykepleierne inkludert i studien pleiet preverbale barn, og hadde minst ett års relevant erfaring. Det var også krav til å snakke flytende norsk eller engelsk. Medianalderen var 38 år. Inkludert i studien var det minst ett kartleggingsverktøy tilpasset denne aldersgruppen.	Studiet tar i bruk dybde-intervjuer for å innhente data. Kvalitativ metode.	Hovedfunnene fra studien viser til at sykepleiers evne til å kartlegge smerte hos preverbale barn er komplekst, da det innebærer individuell variasjon fra sykepleier til sykepleier. Enhver sykepleier har ulike handlinger og refleksjoner til et og samme barns uttrykk og pasientsituasjon. Det kom tydelig frem at sykepleierne tok i bruk tidligere erfaring og kunnskap for å tolke observasjoner av barnet. I tillegg inkluderte de informasjon fra foreldre i kartleggingen, men videre involvering av foreldre ble vurdert nøye. Dette da foreldre kan ha en negativ innvirkning på vurderinger. Bare et fåtall av sykepleierne rapporterte at de tok i bruk strukturerte smerteskalaer, og dersom de ble tatt i bruk så var de kun en liten del av helhetsvurderingen. Studien konkluderer med at sykepleierne foretrakk å smertevurdere preverbale barn med utgangspunkt i klinisk skjønn og tilpasning til det enkelte barn. Andersen et al., (2018) argumenterer derfor for at sykepleiers kliniske skjønn bør integreres bedre i smertevurdering for at smerteskalaer skal bli mer relevante å bruke.

<p>Giordano, V., Edobor, J., Deindl, P., Wildner, B., Goeral, K., Steinbauer, P., Werther, T., Berger, A. & Olischar, M. (2019). Pain and Sedation Scales for Neonatal and Pediatric Patients in a Preverbal Stage of Development. A Systematic Review. <i>JAMA Pediatrics</i>, 173(12), 1186 – 197. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3351</p>	<p>Hensikten med studiet var å ta for seg viktigheten av å bruke validerte og pålitelige smerteskalaer i praksis. Dette ble begrunnet med at barn som er i et preverbalt utviklingsstadium har vanskeligheter med å uttrykke følelse, og er helt avhengig av et omsorgsteam som kan tolke og håndtere smertene og ubehaget de kan oppleve.</p>	<p>Studien tok for seg 89 valideringsartikler som hadde 65 skalaer inkludert. 57 (88%) skalaer var nyttig i smertekartlegging. 13 (20%) skaler var nyttig for sedasjon og 4 (6%) skalaer var nyttig med både smerte og sedasjon. 28 (43%) skalaer ble målt til å være pålitelige, ha intern konsistens og konstruksjonsvaliditet.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel Kvantitativ metode.</p>	<p>Denne systematiske oversiktsartikkelen gir en komplett liste over hvilke skalaer som egner seg til ulike pasientgrupper. Giordano et al. (2019) anbefaler skalaer som er vurdert for konstruksjonsvaliditet, intern konsistens og indre reliabilitet (pålitelighet). En kan dermed se hvilke smerteskalaer som er mest gunstig å bruke til ulike aldersgrupper og hvilke skala som en foretrekker ved postoperativ smerte, akutt smerte og kronisk smerte</p> <p>Til slutt presenterer de fem kartleggingsverktøy som de anbefaler: NFCS (Neonatal Face Coding System), PIPP (Premature Infant Pain Profile), N-PASS (Neonatal Pain, Agitation, and Sedation Scale), BIIP (Behavioral Indicators of Infant Pain) og APN/DAN (Acute Pain in Newborns). Studien konkluderer med at det er utgitt mange forskningsresultater om validitet og pålitelighet av ulike typer skalaer som måler smerte og/eller sedasjon.</p>
--	--	---	---	--

<p>Hla, K. T., Hegarty, M., Russel, P., Drake-Brockman, T. F., Ramgolam, A. & Ungern-Sternberg, B. S. (2014). Perception of Pediatric Pain: a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. <i>Pediatric anesthesia</i>. 24(11), 1127-1131. https://doi.org/10.1111/pan.12484</p>	<p>Hensikten med studiet var å undersøke vurdering av smerte hos pediatriske pasienter i det akutte postoperative forløpet. I studiet sammenlignes smertevurderingen av barnet hos ulike roller inkludert barnet, barnets foreldre, sykepleier og en uavhengig observatør.</p>	<p>307 barn ble rekruttert i studie, som alle var innlagt på dagkirurgisk enhet på Princess Margaret Hospital i Perth, Australia i perioden januar 2012 – Februar 2013.</p> <p>207 barn kunne selvrapporerte smerte med en medianalder på 8 år. 100 barn kunne ikke selvrapportere smerte, med en medianalder på 2-3 år.</p>	<p>Kohortstudie</p> <p>Kvantitativ metode.</p>	<p>Studiet konkluderer med at barnets evne til å selvrapportere smerter bør brukes i enhver situasjon det er mulig. Hovedfunnet i studiet var at sykepleierne og de uavhengige observatørene vurderte smertene til barnet som lavere enn foreldre og barnet selv, som kan resultere i undervurdering av smerter og utilstrekkelig smertelindring. Studiet resulterte i at foreldrenes evne til å vurdere barnets smerter samstemte i større grad med barnets selvrapportering, sammenlignet med sykepleiernes smertevurdering. I tilfeller der barnet selv ikke kan rapportere sine egne smerter, kan foreldrenes vurdering av barnets smerte være en tilnærmet erstatning.</p>
---	--	--	--	---

<p>Ruben, M. A., Osch, V. M. & Blanch-Hartigan, D. (2015). Healthcare providers' accuracy in assessing patients' pain: A systematic review. <i>Patient Education and Counseling</i>, 98(10), 1197–1206.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.009</p>	<p>Helsepersonell har en viktig rolle for å forebygge smerter, samt tilrettelegge for pasienter med akutt og kronisk smerte. Hensikten med studiet var derfor å undersøke helsepersonells evne til å kartlegge pasientens smerter.</p>	<p>Helsepersonell, dvs. leger og sykepleiere. 72% av studiene undersøkte sykepleiers evne til å kartlegge pasientens smerter. Antall helsepersonell som deltok i studiene varierte fra en til 293 personer. Antall pasienter som deltok varierte fra 13 til 1920 personer. Pasienter i stand til å rapportere egne smerter ble inkludert i studiene, inkludert barn og eldre. 15% av studiene tok for seg helsepersonells evne til å rapportere smerte hos barn og unge. Land som inkluderte barn som pasient var USA, Kuwait, Australia, Italia og Canada.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel</p> <p>Kvantitativ metode.</p>	<p>Artikkelen inkluderer flere studier som sammenligner egenrapporterte smerter fra pasienter opp mot helsepersonells smertevurdering. 77% av studiene rapporterte at deltakerne hadde moderat til god smertekartlegging, etterfulgt av 33% med dårlig eller veldig dårlig smertekartlegging på grunnlag av helsepersonells vurderinger. Mindre enn 5% av studiene dokumenterte at deltakerne var helt tilfredsstillende smertekartlagt basert på helsepersonells vurderinger. Tallene gir ifølge Ruben et al. (2015) grunnlag for påstanden om hvor vanskelig og krevende det kan være å kartlegge andres smerter, og at klinisk praksis og erfaring er nødvendig. Dersom pasienten hadde mye smerter viste det seg at det var enda mer utfordrende å kartlegge smertene. Årsaken var uklar, men det kunne skyldes at helsepersonell hadde for lite erfaring og kompetanse med pasienter med høy smerteintensitet. En annen påstand var at erfarne helsepersonell kunne overse og minimalisere smerten de observerte. Sammenlagt konkluderer artikkelen med at helsepersonell har moderat til god evne til å smertekartlegge pasientens smerter.</p>
--	--	---	---	---

<p>Vael, A. & Whitted, K. (2014). An Educational Intervention to Improve Pain Assessment in Preverbal Children. <i>Pediatric Nursing</i>. 40(6), 302–306, 301.</p>	<p>Hensikten med studiet var å forbedre sykepleiers smertevurdering av preverbale barn i praksis.</p>	<p>Deltakerne i studien var sykepleiere som jobbet på pediatrik enhet på et akutt sykehus i Georgia. Forutsetningen for å delta var at sykepleierne hadde jobbet på avdelingen i løpet av de to månedene studien fant sted. Totalt var det 42 sykepleiere som deltok, 22 pre- og 20 postoperativt. Avdelingen bestod av 28 sengeplasser, hvor det i gjennomsnitt var 50 preverbale barn innlagt ila. en måned den perioden studien foregikk.</p>	<p>Randomisert Kontrollstudie (RCT) Kvantitativ metode.</p>	<p>Ved oppstart av studien fikk sykepleierne undervisning og opplæring om smertekartleggingsverktøyet FLACC, og ble oppfordret til å bruke verktøyet i praksis de to neste månedene. Både før det ble satt fokus på problemet og etter iverksetting av tiltak ble sykepleierne evaluert. Etter implementering av FLACC smertekartleggingsverktøy viste evalueringen ønsket resultat, blant annet at sykepleierne hadde økt utførelse av smertekartlegging hos de preverbale barna på avdelingen. Før studien rapporterte 81% av sykepleierne at de tok i bruk smertekartleggingsverktøy, med en økning til 95% etter undersøkelsen. Imidlertid henviser studien til at flertallet av sykepleierne som tok i bruk smertekartleggingsverktøy før undersøkelsen brukte Wong ansiktsskala, som ble beskrevet som et uegnet verktøy for aldersgruppen. I etterkant av undersøkelsen hadde de fleste sykepleierne erstattet Wong ansiktsskala med FLACC, som angis til å være et alderskorrekt verktøy hos preverbale barn. Studien konkluderer med at det var en økning i sykepleieres bruk av kartleggingsverktøy og dokumentasjon av smertevurdering av preverbale barn.</p>
--	---	--	--	---

