



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	409
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7823
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	92
Andre medlemmer i gruppen:	406

Jeg godkjenner autalen 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

BACHELOROPPGÅVE

Om barnet i bachelorutdanninga i
sjukepleie

About the child in the bachelor`s
education in nursing

Kandidatnummer: 406 og 409

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Innleveringsdato 21. mai, 2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Background: 17,2% of all people that had at least one treatment in Norwegian hospitals in 2020 were children. Pain among children is reported undertreated. It is required that nurses must have competence about practical, theoretical and ethical knowledge, attitudes and ability when meeting children. This made us think about what we have learned about children through our education, and that we feel insecure in managing children.

Aim: The aim of this study is to illustrate how the educational pathway prepares nurses in meeting children in hospitals.

Method: This is a literature review with an exploratory design.

Results: Both articles included in our assignment mention that nurses have a lack of knowledge about pain management for children, including lack of knowledge in managing opioids for children and risk of respiratory depression. They also mention that there is a need for improving the curriculum in managing pain for children. Findings in one article showed differences on what nurses said they did, and what they did in practical observations, this included the use of pain assessment tools. The other article found that most nurses reported that they never had used pain assessment tools when assessing pain in children. Results regarding knowledge on non-pharmacological methods were different in the two articles included in our assignment, where one found poor knowledge among nurses and the other found high percent of correct answers in PNKAS-N. We found that 3,97% of all the syllabus during the education was about children. 1,46% of all lectures were about children and 9,7% of all students had practical experience in pediatric units in hospitals.

Conclusion: Even though there is in all probability a good theoretical basis in the syllabus, we want to shed light on the lack of lectures and practical experience and that this might contribute to poor knowledge among nurses about children. It might look like the bachelor's education have difficulties to support the need for knowledge in caring for sick children. To draw a conclusion there is need for more research on this topic, and we hope that we have contributed with shedding light on an important subject.

Key words: Children - pain management - knowledge - syllabus - lectures - praxis – nurse

Innholdsliste

1.0 Introduksjon	3
1.1 Innleiing	3
1.2 Avgrensing	3
1.3 Problemstilling med problemformulering	4
1.4 Omgrepsavklaring	4
2.0 Bakgrunnsteori	5
2.1 Kva inneber sjukepleie til barn?	6
2.2 Barn og behandling av smerter	6
2.3 Utfordringar barn møter på sjukehus	8
2.4 Utfordringar sjukepleiarar møter med barn på sjukehus.	9
3.0 Metode	9
3.1 Design	10
3.2 Søkeprosess	10
3.3 Kritisk vurdering av artiklar	11
3.4 Analyse og syntese	11
3.5 Kritikk av metode	12
3.6 Etske vurderingar	12
4.0 Syntese	12
4.1 Artiklar	13
4.2 Haldningar hos sjukepleiarar	13
4.3 Kunnskap hos sjukepleiarar	14
4.3.1 Kunnskap om smertekartleggingsverktøy	14
4.3.2 Kunnskap om medikamentell smertebehandling	15
4.3.3 Kunnskap om ikkje-medikamentell smertebehandling	15
4.4 Oppsummering	16
4.5 Pensum, førelesing og praksis i utdanninga	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 Resultatdiskusjon	17
5.1.1 Pensum i utdanninga	17
5.1.2 Førelesing i utdanninga	18
5.1.3 Praksis i utdanninga	19
5.1.4 Utdanninga i heilheit	20
5.1.5 Implementering i praksis og vidare forskning	21
5.2 Metodediskusjon	21
6.0 Konklusjon	22
Referanseliste	23
Vedlegg	26
1. PICO	26
2. Flytskjema	27
3. Styrkeskjema	28
4. Resultatmatrise 1	30
5. Resultatmatrise 2	30
6. Søkehistorikk	33

1.0 Introduksjon

1.1 Innleiing

Litteratur og forskning seier at den medisinske behandlinga av barn er omfattande, behandlingsforløpa er svingande i takt med sjukdommen og fysiske variasjonar, samt i forhold til verknadar og biverknadar av medisinar. (Korsvold, 2009). Sjukepleie til barn er full av utfordringar, for eksempel kommunikative, sosiale og psykologiske. Barn vert tekne ut av sitt vante og trygge miljø, dei mister høve til lek og kan tape kontroll. I tillegg blir dei utsette for smertefulle prosedyrar og ubehag i samband med undersøkingar og behandling. Forsking viser høge nivå av stress og smerter hos barn på sjukehus (Svendsen, 2018). Barn har aldersrelaterte spesielle behov og særlege rettar i samband med sjukdom og behandling (Syse, 2001). Det er krav til at sjukepleiarar skal ha kompetanse om praktiske, teoretiske og etiske kunnskapar, samt haldningar og evner i møte med barn (Tveiten, Wennick & Steen, 2012, s. 35).

Etter snart endt sjukepleiarutdanning kjenner vi oss utrygge i møte med barn på sjukehus, og vi har lite erfaring med å møte sjuke barn. Med det utgangspunktet vil vi undersøke systematisk kva omfang og fokus pensum, førelesingar og praksis har om barn gjennom studiet, samt sjå på om det er forskningslitteratur som kan bygge opp under dette.

1.2 Avgrensing

For å avgrense oppgåva vår har vi valt å fokusere på utdanninga vår i tre delar: pensum, førelesingar og praksis. På bakgrunn av at vi berre har tilgong til å sjå på desse for vårt eige årskull, har vi berre sett på dette for kull 18 ved bachelorutdanninga for sjukepleie på Høgskulen på vestlandet (HVL) campus Bergen.

Barn har mange utfordringar på sjukehus, men då det blir for omfattande å gå i djupna på alle desse utfordringane, har vi valt å bruke smerte som eksempel i store delar av oppgåva vår. Dette på bakgrunn av at det gjennom forskning blir rapportert underbehandling av smerter hos barn på sjukehus (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165).

Vi vil med andre ord sjå nærare på kva utdanninga bidreg med og kva ein som nyutdanna sjukepleiar har med i bagasjen i møte med barn på sjukehus. Foreldre og søsken er sentrale i

sjukepleie av barn, men vert for omfattande å setje stort fokus på i høve rammene for bacheloroppgåva.

1.3 Problemstilling med problemformulering

Vi har valt å skrive om barn då dette er noko vi har lite kunnskap om, stor interesse for og som vi sannsynleg kjem til å møte etter at vi er ferdig utdanna sjukepleiarar. Då vi starta arbeidet med dette temaet, såg vi at det blir rapportert underbehandling av smerter hos barn. Dette fekk oss til å tenke over kva vi har lært generelt om barn gjennom utdanningsløpet, og at vi sjølve ikkje kjenner oss trygge på pleie og behandling av barn, verken på smerter eller generelt. Etter endt utdanning har vi begge eit stort ynske om å arbeide med barn på sjukehus. Det er fleire utfordringar i møte med dei små, mellom anna har dei ein annan framferd og kommunikasjon enn vaksne, og ein annan måte å takle vanskelege situasjonar på. Det er på dette grunnlaget at vi ynskjer å sjå på kva utdanninga tilbyr om emnet sjukepleie til barn med fokus på førelesingar, pensum og praksis. Ved å skrive om dette temaet ynskjer vi å belyse korleis utdanningsløpet førebur sjukepleiarar i møte med barn på sjukehus.

Vi har på bakgrunn av dette valt følgande problemstilling:

Korleis understøttar bachelorutdanninga i sjukepleie kunnskapsbehova for pleie av sjuke barn?

1.4 Omgrepsavklaring

Smerter

IASP definerer smerter som «en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med faktisk eller potensiell vevsødeleggelse, eller som beskrives som slik skade» (Helsebiblioteket, 2020).

PNKAS-N - Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain Questionnaire - Norwegian Version

Er eit spørreskjema som inneheld 40 spørsmål om haldningar og kunnskapar blant sjukepleiarar om smertehandtering til barn. Spørsmåla er delt inn i tre kategoriar, sant og usant (23), fleirvalsspørsmål (13) og pasientsituasjonar (4). Rett svar gir 1 poeng, og ein kan maksimalt få ein samla score på 40. (Smeland, Twycross, Lundeberg & Rustøen, 2018, s. 587).

Behandling

Ein har ikkje ein tydeleg definisjon på dette omgrepet (Orrem, 2018). Innan medisinen blir dette omgrepet brukt om tiltak for å fjerne/lette symptom på sjukdom eller årsaken bak. (Orrem, 2018). Når vi tek i bruk dette omgrepet, snakkar vi om pleie og medisinsk behandling.

Underbehandling

«Underbehandling finner sted når pasienten har en tilstand hvor indikasjonene er klare og behandlingen har dokumentert effekt, og hvor pasienten ikke får nødvendig helsehjelp.» (Legeforeningen, 2015, s. 11).

Teoretisk kunnskap

Kunnskap som er skriftleg, offentleg og tilgjengeleg, som gjer at ein kan beskrive og forklare forholda mellom fenomen (Grønseth, 2009). I denne oppgåva blir dette i stor grad brukt i samanheng med teori frå pensum og førelesingar.

Praktisk kunnskap

Gjennom aktiv involvering og handling i praksis utviklar ein erfaring (Grønseth, 2009). Erfaringane heng saman med opplevingar og hendingar ein møter i praksis, noko som gjer kunnskapen personleg og spesifikk (Grønseth, 2009). I denne oppgåva blir dette i stor grad brukt i samanheng med klinisk praksis i studieløpet.

Barn

FN sin konvensjon om barns rettigheter definerer barn som personer under 18 år (FN, 1990).

2.0 Bakgrunnsteori

I følge Statistisk Sentralbyrå var det 1. januar 2021 1 174 037 personer under 18 år i Noreg, noko som utgjer om lag 21,8 prosent av folket. Dei har også statistikk på kor mange personar som hadde minst ei behandling på sjukehus, og kor mange av desse som var barn og unge i alderen 0-19 år i 2020. I alt var det i 2020 1 921 231 som fekk behandling på sjukehus (Statistisk sentralbyrå, 2020). Av desse var 330 439 barn og unge i alderen 0-19 år (Statistisk sentralbyrå, 2020). Etter å ha rekna ut prosenten av dette, fann vi at ca. 17,2 % av alle som hadde minst ei behandling på sjukehus var barn og unge.

2.1 Kva inneber sjukepleie til barn?

Sjukepleiefaget omfattar ulike funksjonsområde som blir skildra i rammeplanen for sjukepleiarutdanninga;

1. Helsefremjande og førebyggjande funksjon
2. Pleiegivande
3. Omsorgsgivande
4. Lindrande og behandlande funksjon
5. Rehabiliterande funksjon
6. Undervisande og rettleiande funksjon
7. Administrative funksjon

(Thideman, 2017, s. 44).

Dette er generelt for sjukepleiefaget som barn er ein del av. Det er vanskeleg å gi eit konkret svar på kva sjukepleie til barn er. Både barn, foreldre og søsken kan oppleve sjukdom og innlegging på sjukehus som krevjande. Opplevinga av angst og frykt kan vere vanskeleg å motverke, og tilliten til barnet kan difor bli utfordrande å oppnå. (Tveiten et al., 2012, s. 35). Teoretiske, praktiske og etiske kunnskapar, samt haldningar og ferdigheiter er krav til kompetanse som sjukepleiarar skal ha i møte med barn (Tveiten, et al., 2012, s. 38). Aspekt ved kompetansen er både psykomotoriske, affektive og kognitive, alle like viktige. Sjukepleiaren må ha kunnskap om vekst, fysisk og psykisk utvikling, psykologi og pediatri, samt ferdigheiter i samarbeid, lindring og behandling av symptom. Kunnskap i psykologi vil hjelpe til å forstå kommunikasjonen til barnet. (Tveiten, et al., 2012, s. 38). WHO (2017) fastslår sju tilrådingar om korleis barn skal behandlast på sjukehus. Desse inneber tenestekvalitet, likestilling, leik og læring, informasjon og deltaking, tryggleik og miljø, vern, smertebehandling og palliasjon.

2.2 Barn og behandling av smerter

Forsking har vist at mange barn har høge nivå av stress og smerter på sjukehus (Svendsen, 2018). Ei viktig årsak til stress er at barna er omringa av eit ukjent miljø og omgjevne av framande menneske (Grønseth & Markestad, 2017, s.67). Barn på sjukehus toler stress i langt mindre grad enn dei ville gjort i trygge rammer. Sjukehusopphald kan verke truande på kjensla av eigeverd og tilhøyrsløse hos barna. Det er ulike faktorar som forårsakar stress og

korleis barna meistrar stresset, t.d. alder, utviklingstrinn og kognitiv fungering (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Nærvær av foreldre er svært viktig for barnet ved sjukehusinnlegging, då frykt for å vere aleine reint fysisk og opplevinga av å ikkje bli sett eller høyrte er svært truande og stressande for barn (Grønseth & Markestad, 2017, s.72). Det er viktig at sjukepleiaren også har innsikt i meistringsstrategiar (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Generelt kan ein i følge Grønseth og Markestad (2017) dele meistringsstrategiar inn i avleiingsteknikkar, kognitive strategiar og emosjonell støtte (s. 78). Det vil i tillegg vere viktig å bli kjent med barnet for å finne ut kva for meistringsstrategi som vil passe best for den enkelte. Desse tre metodane kan ein i tillegg bruke i ikkje-medikamentell smertelindring av barn (Grønseth & Markestad, 2017, s.78).

Barn opplever smerte på lik linje med vaksne, men dei blir ofte underbehandla og undervurderte (Helsebiblioteket, 2014). Smertelindring krev kunnskap, spesielt hos barn då dei har ei avgrensa evne til å meddele smerteopplevinga si (Grønseth & Markestad, 2017, s.165). Dette gjer at smertevurdering og smertelindring hos barn er svært utfordrande. Sjukepleiaren må ha omfattande kunnskap om temaet smerte hos barn. Dersom ein samanliknar smertelindring hos vaksne og barn, kan ein tydeleg sjå at barn ikkje får ei tilstrekkeleg behandling, då spesielt spedbarn. Grunnar til dette kan vere negative haldningar, motstand mot endring av praksis i samband med mangelfull bruk av smertekartleggingsverktøy og kunnskapsutvikling, mangel på kunnskap og usikkerheit rundt vurdering av smerter og biverknadar av legemidler. Det har blitt vist at dersom legen ordinerer behovsmedisin, vil smertelindringa til pasienten bli dårlegare enn om legen ordinerer medikamentet fast (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Grunnlaget for smertebehandling er systematisk vurdering av smerte og effekt av ordinert legemiddel (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166). Bruk av smertekartleggingsverktøy er ein effektiv måte å vurdere smerter og bidreg til god smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166). Korleis eit barn opplever smerter, vil vere avgjerande av fleire ulike faktorar, eksempelvis alder og erfaringar frå tidlegare (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). Yngre barn har mindre forståing for situasjonen og kan dermed verte meir engstelege. Dei har også ei lågare utvikling av meistringsstrategiar. Dersom barnet har dårlege erfaringar av smerter frå tidlegare, vil dette kunne forsterke korleis dei opplever smertene i nye situasjonar. Vedvarande mangel på behandling av smerter vil auke intensiteten på smertene og blir då vanskelegare å behandle seinare. Utmatting, frykt og redsle er faktorar som verkar negativt på

korleis barnet opplever situasjonen, då graden av smerte vil få ein drastisk auke (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167).

Tidsskriftet til Den norske legeforening, har nyleg kome med oppdatert informasjon om nye retningslinjer for ikkje-medikamentell og medikamentell smertebehandling (Brudvik, Høivik, Einen, Grønlie & Kaspersen, 2021). Dei grunngir kvifor det har kome nye retningslinjer med at det både i norske og internasjonale studier har kome fram at barn blir underbehandla når det gjeld smerter, og at helsepersonell har etterlyst trygge retningslinjer (Brudvik et al., 2021).

2.3 Utdringar barn møter på sjukehus

Det å bli innlagt på sjukehus kan føre til usikkerheit, ikkje føreseielege vilkår, frykt, uro, ubehag og ofte smerter. Dette gjer at barn, ungdom og foreldre opplever stress. (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). Innlegging på sjukehus og sjukdom kan føre til at kjente og trygge omgjevnadar, samt gjeremål og rutiner blir brotne (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). Miljøet ein kjem til, er framandt og uføreseieleg, og barnet må setje seg inn i nye rutinar med venting, opplevingar som kan verke skremmande, ubehagelege og kanskje også smertefulle. Omgivnadane på sjukehus vil vere fylte med tekniske apparat, ukjende lydar og lys. Små barn vil gjerne ha problem med å forstå kvifor ein er innlagt og kvifor ein må bli undersøkt og tatt på av framande menneske. Ved alvorleg sjukdom vil observasjonar og undersøkingar bli gjort heile døgnet. Dette kan forstyrre søvnen, noko som kan føre til auke av stress. Barnet må kanskje ta blodprøver, gjennomgå undersøkingar og få behandlingar som kan opplevast skremmande, smertefulle og ubehagelege. Det å vere sjuk i seg sjølv er ei ubehageleg oppleving, og som liten kan dette på grunn av låg forståing verke skremmande. Stress i barneåra blir forsterka ved sjukdom, på grunn av at kjensler, tankar og opplevingar barn har til meistring er knytta til kroppen og kroppskontroll. Skade, inngrep på kroppen og immobilitet kan difor verke truande. (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). Korleis barn opplever eit sjukehusopphald vil variere med kor stor grad av sjukdomsforståing det har, m.a.o. kva erfaringar barnet har og korleis den kognitive utviklinga til barnet er (Grønseth & Markestad, 2017, s. 65). Frykt, uro og stress vil bli redusert når ein har oversikt og kontroll over situasjonen. Forståinga for korleis kroppen fungerer, kva sjukdom er og konsekvensar av dette vil difor ha ein verdi for korleis ein meistrar situasjonen. (Grønseth & Markestad, 2017, s. 65)

2.4 Utfordringar sjukepleiarar møter med barn på sjukehus.

For å bli kjent med eit barn og skape tillit er kommunikasjon viktig (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97). Kommunikasjon med barn krev at ein brukar språk som er formålstenleg i høve til barnet sin alder (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97-99). Å skape tillit mellom sjukepleiar, barn og foreldre er svært viktig, sjølv om dette kan vere krevjande då dei små ofte er skeptiske til framande (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98). Tillit er viktig for å skape eit godt samarbeid, både for dei små, men også for dei eldre barna som har eit større informasjonsbehov (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98). Det er viktig at barna opplever respekt og at deira integritet blir ivareteken (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99). For at barn skal ha denne opplevinga, er det viktig at helsepersonell møter dei på eit emosjonelt og kognitivt plan og at ein erkjenner deira åtfærd, kjensler og tankar (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99).

Ei utfordring for sjukepleiarar i møte med barn er at barna har ein avgrensa autonomi (Tveiten et al., 2012, s. 34). Det er også eigne retningslinjer og lover som ein må ta omsyn til i møte med barn, eksempelvis i forhold til samtykkekompetanse (Tveiten et al., 2012, s. 206). For sjukepleiarane vil det vere mange å forholde seg til og dermed fleire å yte omsorg til (Tveiten et al., 2012, s. 35). I tillegg har sjukepleiarar eit ansvar å sikre at både barnet og foreldra sine meiningar blir ivaretekne (Tveiten et al., 2012, s. 206). Barn er ikkje små vaksne, og dersom barn og unge er ulike i forhold til vaksne vil ein også ha behov for spesifikk kunnskap for å kunne utøve god sjukepleie (Grønseth, 2009). Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon (2000, § 5) skriv at personalet skal ha kunnskap om barna si utvikling og spesielle behov, samt informere foreldre om reaksjonar barn kan få i samband med sjukdom og sjukehusinnlegging. Grønseth skriv også at kunnskapen ein har om sjuke vaksne ofte ikkje kan overførast direkte til sjuke barn (Grønseth, 2009), noko som kan vere med å belyse kor viktig det er å ha kunnskap om sjukepleie av barn.

3.0 Metode

I denne delen presenterast det korleis vi har arbeidd metodisk gjennom oppgåva. Dette inneber kva design som er brukt, korleis vi har gjennomført litteratursøk og gjennomgang av pensum, førelesingar og praksis i utdanninga. Vidare skal vi ta for oss kritisk vurdering av artiklar, kritikk av litteraturstudium som metode, korleis analyse og syntese er gjennomført og kva etiske omsyn som er teke i skrivinga.

3.1 Design

Vi har valt å skrive ein litteraturstudie, som går ut på å systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder (Thidemann, 2019, s.79-80). Vi har valt å ha eit eksplorativt design i oppgåva. På dette grunnlaget vil vi undersøkje og beskrive innhaldet i utdanninga som omhandlar barn, og bruke behandling av barn med smerter som eksempel.

3.2 Søkeprosess

Vi har brukt PICO og Mesh-ordboka til å finne felles søkeord, sjå vedlagt skjema for PICO. Sjølv søket har vi gjort kvar for oss, men med eit godt samarbeid. Vi har brukt helsebiblioteket og søkt på sider som Cinahl, Pubmed, Medline og Oria.

For å avgrense søket vårt, ville vi berre ha med fagfellevurderte forskingsartiklar. Dette for å få forskning som er kritisk vurdert av ekspertar innan faget. For å få nyare og meir oppdatert forskning, ynskte vi ikkje artiklar eldre enn 2010. I tillegg ville vi berre inkludere artiklar skrive på skandinavisk og engelsk grunna manglande kunnskap i andre språk. Vi har berre inkludert artiklar som har blitt etisk godkjente av forskningsetiske komitear, og som har blitt skrive i skandinaviske land og I-land. Dette for å sikre at resultata har overføringsverdi til norsk praksis. Av innhald, har vi berre inkludert artiklar som har hatt fokus på kunnskap blant sjukepleiarar om smerter hos barn på sjukehus. Vi har ekskludert artiklar som har teke for seg psykiatriske pasientar og som har hatt eit spesifikt fokus på éin sjukdom. Dersom artiklane berre har inkludert sjukepleiarar med vidareutdanning, har vi ekskludert dei, då dette ikkje blir relevant for vår oppgåve. Vidare har vi også ekskludert artiklar som har hatt størst fokus på smertekartleggingsverktøy, smerteforekomst, medikamentell behandling og medikamentrekning. Artiklar med få deltakarar blei også ekskludert.

Då søket starta, gjekk vi systematisk gjennom litteratur vi fann. Det fyrste vi gjorde var å lese gjennom overskrifter for å sjå om desse kunne passe til vårt tema. Dersom desse verka relevante, har vi vidare lese over abstraktet for meir informasjon om artikkelen. Om abstraktet også har passa til vårt tema, har heile artikkelen vorte lesen. Kvar gong ein artikkel verka relevant, har vi begge lese gjennom artikkelen for å vere sikre på at den treffe vår problemstilling. På den måten valde vi dei artiklane vi ynskte å bruke og dei artiklane vi forkasta i denne litteraturstudien, sjå vedlagt flytskjema.

I tillegg til søk i forskingsartiklar har vi gjort søk i alt av pensum som tilhører bachelorutdanninga i sjukepleie på HVL i Bergen publisert på canvas. Vidare har vi systematisk skrive ned informasjonen vi fann av tal på pensumsider. Vi fekk då eit samla tal på sider pensum gjennom heile utdanninga. For å finne ut kor stor del av pensum som omhandlar barn, dokumenterte vi også talet på pensumsider om dette, samt smerter hos barn. Vidare har vi gått gjennom alt av førelesingar som har blitt lagt ut på canvas gjennom studiet i dei ulike faga. Vi har metodisk gått gjennom alle og sett etter dei som omhandlar barn. Vi fekk då eit samla resultat av kor mange førelesingar vi har hatt totalt, og kor mange av desse som omhandla barn. Det var fleire av desse som nemnde barn, men då dei berre blir nemnde, har vi ikkje teke med desse i utrekninga. I tillegg til pensum og førelesingar har vi sett på kor mange av studentane som har hatt praksis med barn.

3.3 Kritisk vurdering av artiklar

Vi har brukt helsebiblioteket sine sjekklister for å kritisk vurdere artiklane vi fann. Her blei det brukt sjekklister for tverrsnittstudie og systematisk oversikt. Ut i frå dette såg vi at artiklane er til å stole på og relevante til vår oppgåve, sjå vedlagt styrkeskjema.

3.4 Analyse og syntese

For å få ei oversikt over resultatata frå eige arbeid, har vi sett dette inn i ein tabell. Der har vi fått ei oversikt over samla tal på pensumsider, førelesingar og praksis i utdanninga, og samanlikna dette med dei som omhandlar barn. Sjå vedlagt skjema for resultatmatrise 1. Dette gjorde at vi kunne rekne ut ein prosent som viser kor mykje vi har om barn på bachelorutdanninga på HVL i Bergen.

For å samanlikne resultatata våre opp mot kor mange barn som er innlagt på sjukehus, har vi brukt statistisk sentralbyrå. Her inkluderte vi barn frå 0-9 år og 10-19 år. Det same blei gjort for å rekne ut kor stor del av befolkinga som er om barn frå 0-18 år.

Forskingsartiklane har vi sett opp i ei resultatmatrise for å skaffe oversikt over innhaldet, sjå vedlagt skjema resultatmatrise 2. For å samanlikne resultatata frå dei ulike artiklane, har vi sett begge i ein tabell der vi samanlikna resultatata opp mot kvarandre.

Vi gjennomførte ein tematisk syntese, der tema var kor mykje pensum, førelesingar og praksis vi har i bachelorutdanninga i sjukepleie ved HVL i Bergen, samt sjukepleiarar sin kunnskap ved behandling av smerter hos barn.

3.5 Kritikk av metode

Ein litteraturstudie er ei objektiv, grundig oppsummering og kritisk analyse av relevant tilgjengelig forskning og litteratur om eit tema (Cronin, Ryan & Coughlan, 2008, s. 38). Fordeler med litteraturstudie som metode, er at han tillet inkludering av teoretisk og empirisk litteratur (Cronin et al., 2008, s. 42). Han kan også brukast for å kaste lys over behovet for gjennomføring av fleire kvalitative studiar. (Cronin et al., 2008, s. 42). Litteraturstudie er ein god måte å innhente ny kunnskap om eit spesifikt emne (R.K.N.M, Sandvik, personlig kommunikasjon, 6. mai 2021). Ein står friare enn ved andre studiar når ein gjennomfører ein litteraturstudie, men dette gjer igjen at metoden kan verte uklare (R.K.N.M, Sandvik, personlig kommunikasjon, 6. mai 2021). Ein kan velje å berre ha med nyare forskning, men dette gjer at ein går glipp av forskning som har blitt publisert tidlegare. Ein får på ei bacheloroppgåve tildelt maks antal ord og ei avgrensing på tid, noko som kan gjere at oppgåva ikkje dekker all relevant litteratur. (R.K.N.M, Sandvik, personlig kommunikasjon, 6. mai 2021).

3.6 Etiske vurderingar

For å forsikre oss om at arbeidet vi har gjort har vore innanfor dei etiske retningslinjene, har vi lese retningslinjene til HVL som mellom anna skriv at:

«Bachelorstudenter skal ha kjennskap til forskningsetiske lover og retningslinjer og sørge for at bacheloroppgaven er i tråd med disse.» (HVL, u.å.).

Ein av dei forskningsetiske retningslinjene som er vesentleg i arbeid med forskningsetikk er Helsinkideklarasjonen, som har blitt teke omsyn til i denne oppgåva (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2014). For at oppgåva vår skal vere truverdig, har vi vore kritiske i inkludering av både artiklar og anna fagstoff. Dette inneber også at vi har eit stort fokus på korrekt kjeldetilvisning for å unngå plagiering. (HVL, u.å.). På bakgrunn av lover og retningslinjer, har vi berre inkludert artiklar som er fagfellevurderte og godkjente av etisk forskningskomite. Då vi skriv ein litteraturstudie, treng vi ikkje ta omsyn til personopplysningslova og helseforskningslova.

4.0 Syntese

I denne delen av oppgåva skal vi presentere resultat frå artiklane vi har valt, samt resultat av kor stor del av pensum, førelesingar og praksis som omhandlar barn.

4.1 Artiklar

Etter å ha gjennomført søk i Oria, Pubmed, Medline og Cinahl fekk vi totalt 111 artiklar etter avgrensingar i søket. Søkeorda vi har brukt i alle databasane er: "child or children and hospitalized and nurse and knowledge and pain management and reduce undertreatment of pain". Sjå vedlagt skjema for søkehistorikk. Når vi gjekk gjennom alle artiklane, var ti av artiklane dei same i fleire databasar, og vi sat dermed igjen med 101 artiklar. 26 av overskriftene passa til vår oppgåve, men etter å ha lese abstrakt på desse, ekskluderte vi 18. Dette var mellom anna på grunn av at artiklane var frå utviklingsland, hadde få detakarar og at vi ikkje fekk tilgang til fulltekst. Vi sat då igjen med åtte artiklar som vi las fulltekst på. Seks av desse blei ekskludert av ein eller fleire årsakar: Dei inneheldt ikkje spesifikt smertelindring til barn, ei systematisk oversikt brukte fleire like artiklar som ei nyare systematisk oversikt, dei var ikkje valide etter å ha gjennomgått kritisk vurdering (låg respons, lite respons på spørsmål inkludert i artiklane) eller dei hadde størst fokus på foreldre.

Vi har inkludert to artiklar: Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review, skrive av Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J. & Chan, S., og Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management skrive av Smeland, A, H., Twycross, A., Lundeberg, S. & Rustøen, T. Artikkelen til Alotaibi et al. er ei systematisk oversikt, og artikkelen til Smeland et al. er ein tverrsnittstudie, begge publisert i 2018. Smeland et al. (2018) sin tverrsnittstudie er gjennomført i Noreg på seks ulike universitetssjukehus og har som mål å identifisere kunnskap blant sjukepleiarar i postoperativ smertelindring av barn, og om det er ein samanheng mellom kunnskap og praksis (s. 585). 193 sjukepleiarar deltok på denne undersøkinga ved å svare på spørreskjemaet PNKAS-N, og 138 av desse blei i tillegg observert i postoperativ behandling av 266 barn. Alotaibi et al. (2018) har som mål å identifisere og framstille forskning som omhandlar kunnskap og haldningar til sjukepleiarar, og kva som styrkar og svekkar effektiv smertekartlegging og behandling av barn (s. 524). Han er publisert i Australia og har inkludert artiklar frå USA (n=12), Asia (n=8), Europa (n=5), Afrika(n=1) og Australia (n=1).

4.2 Haldningar hos sjukepleiarar

I begge artiklane kjem det fram i resultatet dårlege haldningar hos sjukepleiarar relatert til barn og smerter. I artikkelen til Smeland et al. (2018) blir det rapportert at 42% av sjukepleiarane trudde på eldre barn og ungdom når dei oppga smerter, men berre 36% av desse ville gitt tilstrekkeleg medikamentell smertelindring (s.591). Alotaibi et al. (2018) har inkludert fleire artiklar som har undersøkt haldningar til sjukepleiarar (s. 528). Blant desse var det éin som fann ut at fleire sjukepleiarar (42,5%) ikkje trudde at barn rapporterte smerter påliteleg, og ein annan som fann at sjukepleiarane si eiga vurdering var meir valid (61,9%). To andre artikler Alotaibi et al. (2018) inkluderte fann også dårlege haldningar blant sjukepleiarar når det gjaldt smerter hos barn (s. 528). I den eine fann ein at 68% av sjukepleiarane trudde at smertetoleransen til barn ville auke dersom dei gjekk gjennom smertefulle prosedyrer gjentakande gongar. Den andre artikkelen fann at 50% trudde at spedbarn ikkje opplevde smerter på lik linje med vaksne, og at 78,6% trudde at spedbarn gløynde smerter fortare enn vaksne. Ein annan artikkel rapporterte at 91% av sjukepleiarane brukte oppførselen til barna for å vurdere smerter i staden for kva barna sjølve rapporterte. Den same artikkelen fann også at 82% av sjukepleiarane berre stolte på barna si eiga rapportering av smerter dersom denne var i samsvar med oppførselen deira (Alotaibi et al., 2018, s. 528).

4.3 Kunnskap hos sjukepleiarar

Her skal vi presentere kva artiklane fann ut om kunnskapar hos sjukepleiarar i tre delar: smertekartleggingsverktøy, medikamentell smertebehandling og ikkje-medikamentell smertebehandling.

4.3.1 Kunnskap om smertekartleggingsverktøy

Begge artiklane fann kunnskapssvikt når det gjaldt bruk av smertekartleggingsverktøy for barn. I artikkelen til Smeland et al. (2018) fann dei at mange av sjukepleiarane (84%) svara at dei brukte smertekartleggingsverktøy, men ved observasjon viste det seg at berre 22% brukte dette. Dette vart igjen redusert til 9% for barn i alderen 0-5 år og 0% av barna med kognitiv svikt. I artikkelen til Alotaibi et al. (2018) kom det fram at 82,6% aldri hadde brukt kartleggingsverktøy for å vurdere smerter hos barn. Artikkelen til Smeland et al. (2018) fann at sjukepleiarar brukar smertekartleggingsverktøy for lite. Dei kjem fram til at ein grunn til dette kan vere at sjukepleiarar manglar kunnskap om barn generelt og spesielt kommunikasjon med barn.

4.3.2 Kunnskap om medikamentell smertebehandling

Begge artiklane viste mangelfull kunnskap om varigheit, biverknad og administrering av opioider til barn. I tillegg viste artiklane at sjukepleiarane hadde lite kunnskap når det gjaldt risiko for respirasjonsdepresjon etter administrering av opioider. Berre 20% i artikkelen til Smeland et al. (2018) svarte rett på spørsmål relatert til risiko for respirasjonsdepresjon (s.591). Alotaibi et al. (2018) fann at 55% ikkje visste om risikoen for respirasjonsdepresjon ved bruk av opioider, og at 79% av sjukepleiarane hadde mangelfull kunnskap om dosering av opioider (s.527). Smeland et al. (2018, s.591) fann også at opioid blei administrert til mindre enn halvparten av barna (41%) på postoperativ avdeling. I gjennomsnitt blei morfin intravenøst gitt ved dose på 0,015-0,095mg/kg, der den tilrådde dosen for akutte og postoperative smerter hos barn er 0,05-0,1mg/kg. Av dei som fekk ordinert morfin <0,05mg/kg (31%), og der dosen blei ordinert med slingring på 0,05-0,1mg/kg, gav 75% av sjukepleiarane den minste foreskrevne dosen. 63% av desse tilfella måtte få fleire dosar av opioid for å få tilstrekkeleg smertelindring. I nokre tilfeller tre til seks gongar før dei var smertelindra, noko som kunne ta opp til ein time. Til samanlikning trong berre 19% av barna som fekk >0,05mg/kg meir enn tre dosar smertestillande etter første dose. Flesteparten av sjukepleiarane i artikkelen til Smeland et al. (2018), svarte også feil på spørsmål knytta til tenlege medikament i behandling av smerter (29%) og risiko for opioidavhengigheit (35%) (s.591).

4.3.3 Kunnskap om ikkje-medikamentell smertebehandling

Begge artiklane i oppgåva vår såg på kunnskapen til sjukepleiarar om ikkje-medikamentell smertebehandling. Alotaibi et al. (2018), inkluderte fleire artiklar som viste at sjukepleiarar hadde mangelfull kunnskap om ikkje-medikamentelle tiltak (s. 526). Eit eksempel på dette var frå ein artikkel som viste at 65,7% av sjukepleiarane trudde at ikkje-medikamentelle tiltak berre var effektive ved milde til moderate smerter og ikkje for alle typar smerter (Alotaibi et al., 2018, s. 527). I motsetning til dette fann artikkelen til Smeland et al. (2018), betre kunnskap blant sjukepleiarar (s.590). PNKAS-N inneheldt fire spørsmål knytta til dette. 98% svarte rett på at ein ved smertefulle prosedyrer burde ha ein forelder til stades. 91% svarte rett på at ein bør bruke ikkje-medikamentelle tiltak som eit supplement til medikamentell behandling og ikkje åleine. Eksempel på tiltak som sjukepleiarane brukte mest, var å vere til

stades, lage eit komfortabelt miljø, gje førebuaende informasjon og distraksjonar (Smeland et al., 2018, s. 590).

Alotaibi et al. (2018), har sett på kva faktorar som styrker smertebehandling av barn (s. 529). Sjukepleiarane sjølve blir nemnde her då dei kan etablere eit godt forhold, skape tryggleik, respekt og kommunikasjon, noko som kan gjere at ein får eit godt samarbeid med barnet (Alotaibi et al., 2018, s. 529). Det blir i tillegg nemnt at det å ha ei profesjonell utdanning, som tek for seg smertebehandling av barn, er ein styrkande faktor (Alotaibi et al., 2018, s.531). Alotaibi et al. (2018), skriv også at det var tre artiklar der sjukepleiarar rapporterte at mangel på arbeidskraft, for mange arbeidsoppgåver, samt dårleg tid, var hindringar for å gi god smertebehandling til barn (s. 529).

4.4 Oppsummering

Både Smeland et al. (2018, s. 596), og Alotaibi et al. (2018, s. 531), nemner i konklusjonen at det ser ut til at sjukepleiarar har mangelfull kunnskap om smertebehandling av barn. Begge nemner også at ein treng å forbetre læreplanen når det gjeld dette. Smeland et al. (2018), nemner i tillegg at dei fann forskjellar på kva sjukepleiarane svarte på PNKAS-N og kva dei gjorde i praksis (s. 586). Kommunikasjon blir hos begge nemnt som ein viktig faktor i smertebehandling av barn. (Smeland, et al., 2018, s. 596; Alotaibi et al., 2018, s.531).

4.5 Pensum, førelesing og praksis i utdanninga

Vi har gått igjennom alt av pensum, førelesing og praksis når det gjeld bachelorutdanninga i sjukepleie ved HVL i Bergen. Pensumet ved bachelorutdanninga utgjer totalt 11 002 sider. Av desse omhandlar 437 sider barn, som så utgjer 3,97%. Som tilleggsinformasjon for vidare diskusjon i oppgåva vår, har vi også sett på kor mange sider pensum det er om smerter hos barn. Her fann vi at det var 13 sider som omhandla dette. På same måte gjekk vi gjennom tilgjengelege førelesingar, der vi fann totalt 206. Av desse omhandla tre berre barn, noko som utgjer 1,46%. I tillegg fann vi eitt lysbilde frå ei førelesing om smerter og smertebehandling som omhandla smerter hos barn. Når det gjeld praksis, såg vi på kva avdelingar ein kunne hamne på i spesialisthelsetenesta hausten 2019 og våren 2020. Dette er dei praksisperiodane der ein kan møte barn på sjukehus. Vi såg då på kor mange som hadde praksis totalt kvart semester, samt talet på studentar på barneavdelingar. I haustsemesteret hadde 146 studentar praksis i spesialisthelsetenesta, der seks av desse var på barneavdeling. Dette utgjer 4,11%. I

vårsemesteret var det 143 studentar i praksis, der åtte var på barneavdeling, 5,59%. Til saman utgjer dette 9,7% av studentane.

5.0 Diskusjon

I denne delen drøftar vi problemstillinga vår opp mot artiklane vi har brukt og annan litteratur. Vi har valt å ha størst fokus på kva resultat vi har funne om utdanninga til sjukepleiarar, og brukar i stor grad utfordringar med smertebehandling som eksempel. Av resultatata frå artiklane kjem vi til å ha fokus på det som er relevant i forhold til problemstillinga vår. Vidare skal vi drøfte korleis vi har handtert metoden i oppgåva, og om dette er gjort på ein tilfredsstillande måte.

5.1 Resultatdiskusjon

Barn utgjer som tidlegare nemnt 21,8% av folket, og 17,2% av alle behandlingar på sjukehus gjeld barn og unge. Resultata våre viser at det er ein liten del av praksis, førelesingar og pensum som handlar om barn. Ein kan då stille spørsmål om ein har nok om barn i utdanninga i forhold til kor mange barn som får behandling på sjukehus. Vi vil derfor sjå på korleis bachelorutdanninga i sjukepleie understøttar kunnskapsbehova for pleie av sjuke barn.

5.1.1 Pensum i utdanninga

Vi har som tidlegare nemnt gått gjennom pensum i bachelorutdanninga i sjukepleie. 4% omhandlar barn, noko som viser at barn utgjer ein marginal del av det samla pensumet. Sjølv om det berre er 4% av pensum som er om barn, kan ein likevel sjå at det dekker store delar av hovudkategoriane. Det blir vanskeleg å fastslå konkret om pensum dekker nok om barn eller ikkje. Men dersom ein dreg inn dei mest sentrale kunnskapsmanglane hos sjukepleiarar når det gjeld smertebehandling av barn som forskinga viser, ser ein at pensum har fokus på alle desse områda. Når det gjeld smertebehandling av barn, er det 13 sider pensum, der innhaldet handlar om haldningar hos sjukepleiarar, medikamentell smertebehandling, ikkje-medikamentell smertebehandling og smertekartleggingsverktøy. Pensum omhandlar fleire av områda der sjukepleiarar manglar kunnskap. I lys av dette kan ein anta at det ikkje er manglande pensum som er problemet, men kanskje moglegheita for å omsetje teori til praktiske ferdigheiter.

5.1.2 Føreløsing i utdanninga

Ut i frå resultatane våre ser vi at det er tre føreløsingar av totalt 206 som omhandlar barn. Det utgjer 1,46%. I tillegg vart det vist eitt lysbilete frå ei anna føreløsing som omhandlar smerter hos barn. Dette viser at det er lite fokus på dette emnet i utdanninga. Ein kan med det tyde at talet på føreløsingar om barn i bachelorutdanninga for sjukepleiarar er lågt. Dette kan spegle utdanninga sitt fokus på sjukepleie til barn, noko som kan føre til at studentane får eit mindre fokus på barn. Mykje av det som vert forelese om, er gjerne tema og fagstoff som har relevans for kva ein vert spurt om til eksamen. Det at det berre er tre føreløsingar som rettar spesifikt fokus mot barn, viser ein kraftig seleksjon av breidda som omhandlar pleie av barn. Ein kan diskutere kva denne selekteringa har å seie.

Det er gjort lite forskning på kva som gjev læring innanfor ulike fag (Meld. St.16 (2016-2017), s. 44). Det er trass i dette dokumentert at studentar tilpassar læringsstrategiar ut i frå dei krava som blir stilt gjennom føreløsing og vurderingar (Meld. St.16 (2016-2017), s. 44).

Føreløsingar viser å ha lite fokus på barn og unge, og ein kan difor stille spørsmål om dette kan gjere at studentar dermed prioriterer ned barn i læringa. Ved høgare utdanning blir det forventet at studentar i større grad driv sjølvstudium. Likevel står det i Meld. St. 16 (2016-2017) at for å utvikle djupnelæring må ein gjennom læringsaktivitetar aktivt reflektere over faget, samt diskutere med undervisarar og medstudentar (s. 44). Dersom ein berre les pensum, vil ein få ei avgrensa forståing (Meld. St.16 (2016-2017), s. 44). Dette set fokus på verdien av føreløsing. Ein kan med ei viss sikkerheit seie at lite føreløsingar fører til lite læring om sjukepleie til barn. Ein kan anta at lite føreløsingar og lite fokus på barn i utdanninga også kan vere med å bidra til haldningar som reduserer merksemda på barn. Meld. St. 16 (2016-2017) kan underbygge denne påstanden, då dei skriv at haldningane til studentane blir påverka av studieopplegget (s. 44). Då vi har fleire føreløsingar om vaksne enn om barn, kan ein stille spørsmål om dette også er med på å underbygge haldningar til at barn er mindre viktige enn vaksne? Likevel vil det vere naturleg at ein har meir om vaksne i utdanninga, då ein på dei fleste arbeidsplassar vil møte denne aldersgruppa. Ein kan uansett stille dette spørsmålet, då talet på føreløsingar om barn er lågt (1,46%).

Både Smeland et al. (2018, s. 596) og Alotaibi et al. (2018, s. 531) nemner i konklusjonen at det ser ut til at sjukepleiarar har mangelfull kunnskap om smertebehandling til barn, samt at

ein treng ei forbetring av læreplanen om dette. Ein kan undre over om dette kan ha ein samanheng med tal på førelesingar og praksis ein har på studiet.

5.1.3 Praksis i utdanninga

Gjennom fleire praksisperiodar har vi erfart at vi lærer mykje av å ha kliniske studier, då vi kan knytte det vi har lært teoretisk opp mot det vi ser og erfarer. Kirkevold (2002) skriv at både teoretisk, praktisk og etisk kunnskap må integrerast for å utvikle kompetansen i praktiske handlingar (s. 28). Dette er med på å kaste lys over verdien av kliniske studier som læringsmetode. Tveiten, et al. (2012) trekkjer fram at ein som sjukepleiar i møte med barn har krav til kompetanse om teoretiske, praktiske og etiske kunnskapar, samt haldningar og ferdigheiter (s. 38). I løpet av studiet er det til saman 9,7% av studentane som har hatt praksis på barneavdeling på sjukehus. Det vil seie at det er mange sjukepleiarstudentar som aldri får møte barn i utdanninga. Ut i frå at det berre er 9,7% som får praksis, møter ikkje dette kravet om praktiske ferdigheiter som Tveiten et al. skriv om. Ikkje alle har eit ynske om å arbeide med barn etter endt utdanning. Ein kan imidlertid møte barn på andre avdelingar og generelt i andre delar av helsetenesta, og kunnskap er derfor viktig for kommunikasjon og behandling. Som nemnt tidlegare, viser forskning at mange barn har eit høgt nivå av stress på sjukehus (Svendsen, 2018). Ein av dei viktigaste grunnane til dette er at dei er i eit ukjent miljø med ukjente menneske rundt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Ein kan då tenkje at barnet vil ha nytte av å møte ein sjukepleiar som er trygg i rolla si i møte med barn, og klarar å kommunisere med barnet slik at det kjenner seg trygt og ivareteke. Det som er spesielt med barn kontra vaksne, er at dei framleis er i utvikling, og at alderen på barnet har mykje å seie for kva det treng av informasjon og behandling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97). Dette kan vere vanskelegare å vurdere for personar som aldri har vore i kontakt med barn, noko som vil gjelde fleire nyutdanna sjukepleiarar. Begge artikkane nemner kommunikasjon som ein viktig faktor i behandling av smerter hos barn (Smeland et al., 2018, s. 596; Alotaibi et al., 2018, s. 531). Ein kan lese seg til råd om kva som er viktig å ha med i kommunikasjon med barn fleire stader i pensum. Eit spørsmål ein kan stille er om dette er tilfredstillande nok. Ein kan diskutere om det vil vere nok å lese seg til å kommunisere med barn. Dette er eksempel som er viktig å diskutere i forhold til utdanning, men som samtidig er vanskeleg å gje konkrete svar på.

Bruk av smertekartleggingsverktøy er nyttig i vurderinga om barn sine smerter og medverkar til god smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017, s.166). Eksempel på ulike smertekartleggingsverktøy og bruken av dei står beskrive i pensum. Når ein les om dette, men ikkje får øve på det under rettleiing i praksis, kan dette føre til uvisse. Barn er ulike individ, noko som kan gjere det vanskelig å lese seg til korleis ein skal gje behandling og pleie. Som nemnt tidlegare, er smerte subjektivt, og dette saman med at alle er ulike vil gjere det krevjande å behandle og kartlegge smerter. Ein kan derfor tenkje at det å få moglegheit til å opparbeide erfaringar rundt dette under rettleiing, vil kunne hjelpe til å førebu ein på slike oppgåver. Både Smeland et al. (2018, s. 591) og Alotaibi et al. (2018, s. 528) avdekka kunnskapsmangel på smertekartleggingsverktøy hos sjukepleiarar. Vi ynskjer å drage fram Smeland et al. (2018, s. 591) sine resultat, då dei såg at sjukepleiarar hadde noko kunnskap om smertekartleggingsverktøy, men det var få som tok desse i bruk i praksis. Korleis kan det ha seg at sjukepleiarar i stor grad ikkje tek i bruk dette i praksis? Ein kan tenkje at det er ulike grunnar til dette. Kan det vere at dei tenkjer at dette ikkje er nyttig og at dei difor vel å ikkje bruke det? Hektiske kvardagar og sjukepleiemangel er overskrifter ein kan sjå i avisene. Kan dette vere ei forklaring på at sjukepleiarar i liten grad tek i bruk smertekartleggingsverktøy i praksis? I artikkelen til Alotaibi et al. (2018) beskriv sjukepleiarar dårleg tid, mangel på arbeidskraft og for mange arbeidsoppgåver som faktorar som hindrar god smertebehandling (s. 529). Empirien viser at få sjukepleiarstudentar gjennom utdanninga får møte barn i praksis. Dette dannar grunnlag for å diskutere om det kan vere mangel på praktisk erfaring som gjer at sjukepleiarane i liten grad brukar smertekartleggingsverktøy. Smeland et al. (2018, s. 596) fann fleire forskjellar på kva sjukepleiarane svarte på PNKAS-N og kva dei gjorde i praksis. Kanskje kan det først og fremst vere at det er svært lite klinisk praksis, der ein får opparbeidd erfaringar under rettleiing, som kan vere forklaringa? Meir fokus på dette hadde truleg med fordel vore til hjelp. Meld. St. 16 (2016-2017) påpeikar verdien av at praksis saman med undervisninga er avgjerande for ein samla kvalitet på studiet (s. 62).

5.1.4 Utdanninga i heilheit

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning vart oppdatert i 2019 , og påpeikar at sjukepleiarar skal ha praksis i barnesjukepleie og pediatrik sjukepleie (§ 23). Dette er positivt for utdanningsløpet vidare då dette ikkje står i den gamle rammeplanen som vi har følgd.

Det å pleie sjuke barn kjem med utfordringar, og for å bidra til god pleie, vil ein truleg ha nytte av å kople pensum, førelesingar og praksis til utfordringane. Etter ynske frå helsepersonell om nye trygge retningslinjer, samt rapportering av underbehandling av smerter hos barn, har Den norske legeforening teke til orde for nye retningslinjer når det gjeld smertebehandling hos barn (Brudvik et al., 2021). Ein kan anta at det er fleire forklaringar enn mangelfulle retningslinjer, som kan føre til at barn sine smerter blir underbehandla. Mellom anna har vi sett fokus på at dette kan vere eit resultat av utfordringar som ikkje er løyste i utdanninga.

5.1.5 Implementering i praksis og vidare forskning

Det er fleire artiklar som tek for seg kunnskapar blant sjukepleiarar om smerter til barn, men vi ser at det trengst meir forskning på forklaringar til dette. I oppgåva vår har vi forsøkt å sjå på ei forklaring som vi ikkje har sett i tidlegare forskning. Det er ikkje sikkert at dette er ei forklaring, men vi ynskjer å kaste lys over at det kan vere ei moglegheit. Forsking viser at barn sine smerter blir underbehandla. Dette kan gje negative konsekvensar for barnet, noko som skulle vore unngått. Ein kan tenkje at eit større fokus på barn i utdanninga mogleg kan vere eit tiltak for å betre smertelindring hos barn og den heilskaplege pleia.

5.2 Metodediskusjon

Vi har handtert metodiske utfordringar på ein tilfredsstillande måte. Vi har gjort systematiske søk i fleire databasar og kritisk vurdert artiklane vi fann. Vi har inkludert to artiklar i denne litteraturstudien og såleis kan dette oppfattast som eit svakt grunnlag. Likevel kan ein diskutere kor svakt dette blir, då vi ikkje har funne fleire artiklar som passar oppgåva vår. Samtidig kan det tyde på at det er lite forskning om emnet. Mangel på artiklar kan kome av val av søkeord. Vi har valt dei søkeorda som passar oss best, relatert til problemstillinga. Artiklane vi har inkludert, er begge skrivne på engelsk. Ein av artiklane er ei systematisk oversikt, noko som vil vere med å styrke oppgåva vår då den inkluderar 27 ulike forskingsartiklar. I den systematiske oversiktsartikkelen har fleire ulike land blitt inkludert. Vi har vurdert at helsevesenet er organisert ulikt i Noreg og dei inkluderte landa, noko som truleg har noko å seie for korleis utdanninga er bygd opp. Ganske visst vil det vere ein grad av overføringsverdi til det norske samfunnet då ein arbeider med det same, og variasjonen på utdanninga ikkje er så stor. Vi har i størst grad sett på overføringsverdien til norske

sjukepleiarar. Men då vi har inkludert ei systematisk oversikt som dekker fleire land, ser vi at resultatet har ein relevans også for desse.

For å finne statistikk på kor mange barn som var innlagt på sjukehus, var alternativet 0-9 år og 10-19 år (Statistisk sentralbyrå, 2020). Tal på barn frå 0-19 år vart teke med i denne utrekninga, medan barn og unge i alderen 0-18 år vart teke med når vi rekna prosent av folkesetnaden. Her vil det derfor bli ein liten feilmargin i samanlikninga. Ein kan her igjen nemne at alderen på barnet har mykje å seie for kva behov og behandling det treng (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97). I statistikken blir det ei fellesnemning på at barn er frå 0-9 år og 10-19 år, sjølv om det å t.d. lære om ein toåring er noko heilt anna enn å lære om ein niåring. Statistikken viser til det generelle, sjølv om barn er ulike.

Ikkje alle føreleserar har lagt ut presentasjonane sine i etterkant av førelesinga. Dette vil gjere at vi ikkje får eit nøyaktig tal på førelesingar vi har hatt til saman, og førelesingar som omhandlar barn. Ikkje alle førelesingar er like lange, og også dette vil ha noko å seie for kor nøyaktig resultatet er. Dersom vi hadde hatt tilgang til informasjon om dette, hadde dette vore ein meir nøyaktig måte å sjå differansen. Vi har likevel kome fram til at gjennomsnittet vil vere nokså likt, og ikkje ha ein stor påverknad på resultatet. Vi har også sett på kor mange av studentane som gjennom praksis i spesialisthelsetenesta har vore på barneavdelingar, og vi veit difor ikkje kor mange som har møtt barn på andre avdelingar og i andre delar av helsetenesta.

6.0 Konklusjon

Vi ser ut i frå artiklane våre at sjukepleiarar har mangel på kunnskap om smertebehandling til barn. Om dette kan ha ein samanheng med kva ein lærer på studiet kan vere til diskusjon. Sjølv om samla pensum om barn utgjer ein liten del av alt pensum, vil vi ganske visst kunne seie at vi har eit godt teoretisk grunnlag om barn. Trass i at det truleg er eit godt teoretisk grunnlag, vil vi kaste lys over at mangel på førelesingar og praktisk erfaring kanskje vil kunne bidra til utilstrekkeleg kunnskap. Kunnskapsbehova for pleie av sjuke barn er stort, og ein vil trenge kunnskap på mange ulike områder. Barn er ikkje små vaksne, noko som gjer at det krev spesifikk kunnskap om barn. Det ser ut til at bachelorutdanninga har vanskar med å understøtte kunnskapsbehova for pleie av sjuke barn då vi har sett at det er lite fokus på barn både i form av førelesing og praksis.

Som avslutning vil vi konkludere med at dette er eit område det trengst meir forskning på, og diskusjonen i denne oppgåva viser at dette er eit tema som er viktig å sette større fokus på i bachelorutdanninga.

Referanseliste

Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J. & Chan, S. (2018). Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *International nursing review*, 65, 524-533.

<https://doi.org/10.1111/inr.12465>

Brudvik, C, Høivik, T, Einen, M, Grønlie, I & Kaspersen, K.H.

(2021) Barn med smerter underbehandles. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2021/03/debatt/barn-med-smerter-underbehandles#ref5>

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober.). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

FN (1990, 2 september) *Barnekonvensjonen*. FN.

<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412) Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Grønseth, R. (2009, 28. februar). *Barn trenger spesialister - derfor trenger vi en egen videreutdanning i barnesykepleie*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/forskning/2009/02/barn-trenger-spesialister>

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

Helsebiblioteket. (2020, 26. mai). *Pediatriveiledere: 13.2 Barn og smerte - definisjon og smertetyper*. Helsebiblioteket.

<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

Helsebiblioteket (2014, u.d.m). *Pediatriveiledere: 13.4 Smertebehandling*.

Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144668&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>

Høgskulen på Vestlandet (u.å.) *Retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgaver: Gjelder bacheloroppgaver ved studiested Bergen*. Høgskulen på Vestlandet.

<https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-om-forskningsetikk-i-bacheloroppgaver-bergen.pdf>

Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* (3. opplag) Gyldendal.

Korsvold, L. (2009, 13. mars). *Lek og barnesykepleie*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/lek-og-barnesykepleie>

Legeforeningen. (2015). *For mye, for lite eller akkurat passe? - om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten*.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/c429b118ca8447049765305a2dcfd10f/rapport-for-mye-for-lite-eller-akkurat-passe.pdf>

Meld. St.16. (2016-2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/sec3>

Orrem, K. (2018, 24. september). *Behandling - et begrep til besvær*. NAPHA.

<https://www.napha.no/content/22724/behandling--et-begrep-til-besvar>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20pasient%20og>

Tidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

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

Smeland, A. H., Twycross, A., Lundberg, S. & Rustøen, T. (2018). Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practis in Pediatric Postoperative Pain Management. *Pain management nursing*, 19 (6), 585-598.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006>

Statistisk sentralbyrå. (2020). 07459: *Befolkning, etter alder, statistikkvariabel, år og region*.

[Statistikk]

<https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå. (2020). 10261: *Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter religion, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn*. [Statistikk]

<https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Svendsen, E. J. (2018, 26. august). *Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/forskning/2018/08/helsepersonell-trenger-laere-mer-om-bruk-av-tvang-mot-barn>

Syse A. (2001) *Pasientrettighetsloven: med kommentarer*. Gyldendal.

WHO (2017, u.d.m.). *Children's rights in hospital*. World Health Organization.

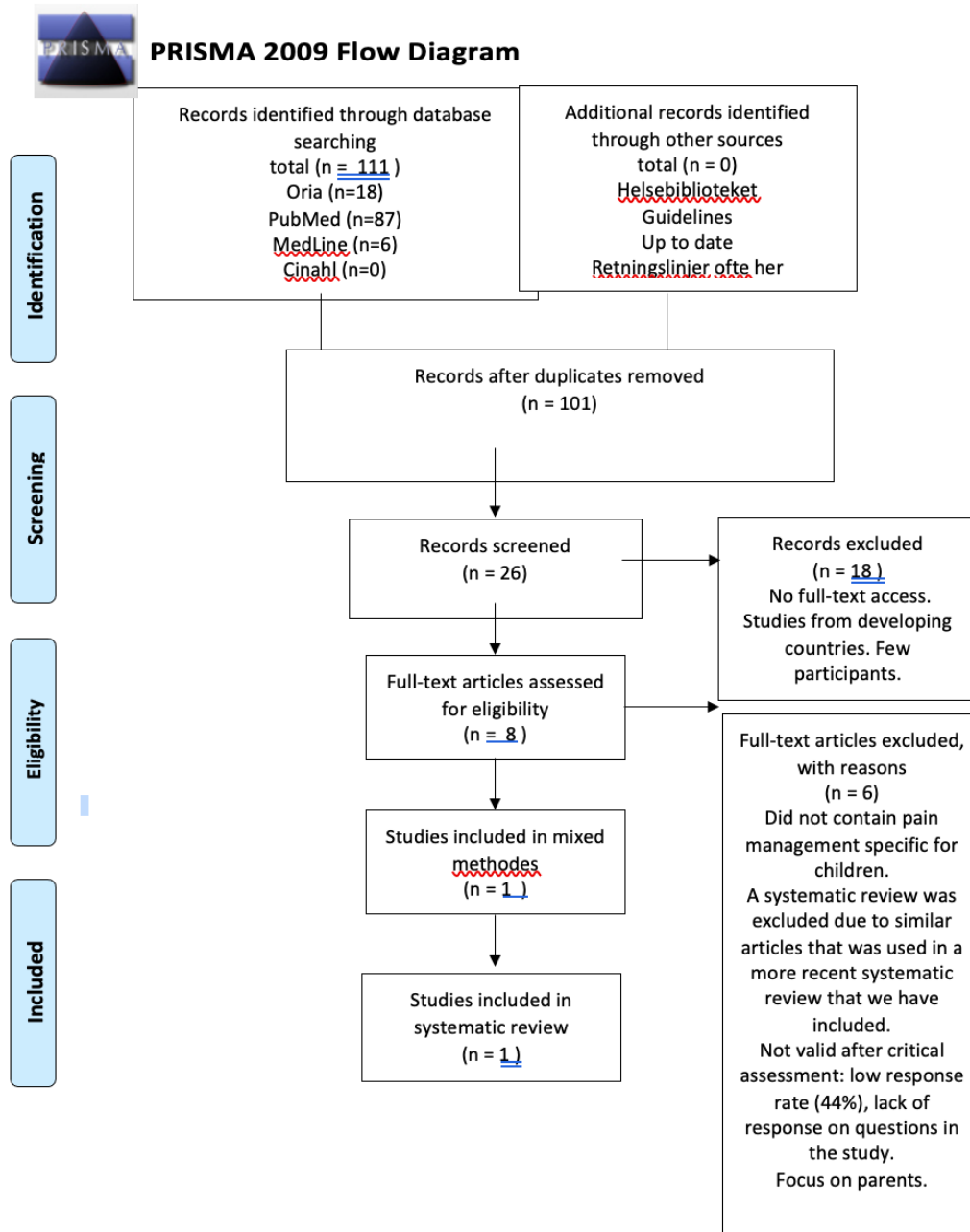
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/342769/Check-list-Child-rights-in-hospital_layoutOPE.pdf

Vedlegg

1. PICO

	P:	I:	C:	O:
Norsk formulering	Barn på sjukehus	Kunnskap om smertebehandling blant sjukepleiarar		Redusert underbehandling av smerter
MeSH ord	Child or children hospitalized	Knowledge Pain management Nurse		Reduce undertreatment of pain

2. Flytskjema



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

3. Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter
<p>Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management</p>	<p>Artikkel er publisert i 2018</p> <p>God svarprosent (74,5%)</p> <p>Brukt validert spørreskjema (PNKAS-N).</p> <p>Alle sjukepleiarane inkludert i studien har svart på det samme spørreskjemaet.</p> <p>Sjukepleiarane har svart på spørjeundersøkinga, samt blitt observert i praksis.</p> <p>Både datainnsamlinga og dataanalysen er standardisert.</p> <p>Resultata i denne artikkelen sammenfaller med resultater frå andre studier.</p> <p>Studiet er gjennomført på norske universitetssjukehus.</p> <p>Utvalget av sjukehus er frå seks av dei største sjukehusa i Noreg.</p>	<p>Meir enn halvparten av sjukepleiarane var intensivsjukepleiarar.</p> <p>Kun fokus på sjukepleiarar sin kunnskap, viktig at legar også har god nok kunnskap, då desse samarbeider tett i smertebehandling</p> <p>I spørreskjema, kan sjukepleiarane svare annleis enn dei egentlig meiner for å skjerm seg sjølv, eller sette seg sjølv i eit betre lys. Sjukepleiarar kan vite kva som er riktig svar, men fortsatt ikkje utføre dette i klinisk praksis.</p> <p>Observasjonane av sjukepleiarane blei berre utført over ei lita periode</p>

	Har teke med begrensingar ved studien.	
Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review	<p>Artikkel er publisert i 2018.</p> <p>Den har inkludert 27 ulike forskingsartiklar</p> <p>Alle inkluderte artiklar er fagfellevurderte og kritisk vurdert.</p> <p>Det har blitt gjennomført søk i valide databaser.</p> <p>Formålet er klart definert</p> <p>Søkeorda samsvarar med det studiet ynskjer å undersøke</p> <p>Har teke med begrensingar ved oversiktsartikkelen.</p> <p>Resultata kan overførast til praksis.</p>	<p>Majoriteten av landa inkludert i studien var frå USA.</p> <p>Det er berre inkludert artiklar skrive på engelsk, så dette kan vere med å begrense søket.</p> <p>På bakgrunn av søkeorda, kan oversiktsartikkelen ha gått glipp av nokre relevante artiklar.</p>

4. Resultatmatrise 1

	Totalt	Barn	%
Førelesingar	206	3	1,46%
Pensum	11 002 sider	437 sider	3,97%
Praksis	Totalt antall studentar	Studentar med praksis på barneavdeling	%
Haut 2019	146	6	4,11%
Vår 2020	143	8	5,59%

5. Resultatmatrise 2

Metode					Resultater		
Artikkel nr.	Årst all	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management	2018	Tverrsnittstudie	Nurses completed the PNKAS-N (n = 193) and were observed (n = 138) giving postoperative care to 266 children (70 hours per unit, 416 hours in total).	To identify nurses' knowledge and clinical practice of pediatric postoperative pain management and whether there is a link between knowledge and practice	The mean PNKAS-N score was 29 (standard deviation 4.2) of 40. We identified knowledge deficits, mainly in pharmacologic management, such as in risk of addiction and respiratory depression	Nurses have knowledge deficits about pediatric pain management and do not always use their knowledge in practice, particularly in relation to pain assessment. There is a need to improve nurses'	More studies in pediatric pain management should be conducted to determine why nurses do not use pain assessment tools in practice. Children's pain and pain management experience after surgery should be investigated, including which nonpharmacologic strategies the children experience as helpful. We recommend that intervention studies should be

					<p>. We found that, overall, pain was assessed using validated tools in 19% of the children; this fell to 9% in children aged <5 years. More than 66% of children received an inadequate dose of morphine postoperatively</p>	<p>knowledge of pediatric pain management and to test interventions that support the use of that knowledge in practice</p>	<p>conducted to identify strategies for improving pediatric pain management and to improve the application of nursing knowledge in practice.</p>
<p>Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review</p>	<p>2018</p>	<p>Systematisk oversikt</p>	<p>This review consists of 27 studies: 18 quantitative, five qualitative and four mixed-methods studies. These studies were</p>	<p>The aims of this integrative review were to identify and synthesize evidence relating to (1) the knowledge and attitudes</p>	<p>Findings showed that nurses internationally have poor knowledge and attitudes of basic pain assessment and management</p>	<p>The review findings suggest a need to improve education for nurses, doctors and the patients' family in relation to paediatric pain</p>	<p>Nursing and health policy should mandate the prioritization of paediatric pain management and the clinical roles and responsibilities of the interdisciplinary team members. Undergraduate, postgraduate and in-service education</p>

			<p>conducted in the United States of America (n = 12), Asia (n = 8), Europe (n = 5), Africa (n = 1) and Australia (n = 1). They were undertaken in paediatric hospitals (n = 12) and paediatric units in general hospitals (n = 15).</p> <p>A total of 3325 nurses participated in the 27 studies identified.</p>	<p>of nurses and (2) the barriers and facilitators to effective pain assessment and management in infants and children.</p>	<p>nt principles. Barriers to effective pain management include the absence of pain education and assessment tools, parents' reluctance to report pain and insufficient prescription of analgesia by physicians. Facilitators for the effective management of pain include parental participation in care, trusting and respectful relationships between</p>	<p>management, communication and interprofessional collaborations. There is a need to maximize facilitators and overcome barriers, such as those identified in this review, to ensure the quality of paediatric pain management.</p>	<p>for nurses and other health professionals</p>
--	--	--	---	---	--	--	--

					nurses and children, and adequate nurse-patient ratios.		
--	--	--	--	--	---	--	--

6. Søkehistorikk

CINAHL

Søkenummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
1	child or children and hospitalized and nurse and knowledge and pain management and reduce under treatment of pain	0	0	0	0

PubMed

Søkenummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
1	child or children and hospitalized and nurse and knowledge and pain management and reduce under treatment of pain	2806498			
2	<ul style="list-style-type: none"> Advanced: (((Pain management) AND (Children)) AND (knowledge)) AND (nurses) 	270			
3	<ul style="list-style-type: none"> 2010-2021 Alder: birth-18 years 	87	18	5	2

	<ul style="list-style-type: none"> • Språk: Norsk, Dansk, Engelsk, Svensk 				
--	--	--	--	--	--

ORIA

Søkenummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
1	child or children and hospitalized and nurse and knowledge and pain management and reduce under treatment of pain	6580			
2	<ul style="list-style-type: none"> • Fagfellevurdert • Engelsk • 2010-2021 	2711			
3	<ul style="list-style-type: none"> • Nurses • Pain management • children 	18	5	2	0

Svemed+

Søkenummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
1	Sykepleie smerte barn	20	0	0	0
2	Sykepleie smerte barn + peer reviewed	7	0	0	0

MedLine (Ovid)

Søkenummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert

1	child or children and hospitalized and nurse and knowledge and pain management	10			
2	2011-2021	6	3	1	0