

# Sjuksköterskors bedömning av barns akuta och postoperativa smärta

FÖRFATTARE Charlotta Börjesson  
Carina Svartling

PROGRAM/KURS Examensarbete i omvårdnad,  
grundläggande nivå/  
Fristående kurs  
VT 2012

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Isabell Fridh

EXAMINATOR Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Sjuksköterskors bedömning av barns akuta och postoperativa smärta
Titel (engelsk):	Nurses Assessment of Children's Acute and Postoperative Pain
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/Kurs/Kurskod/ Kursbeteckning:	Fristående kurs/ OM5250/ Examensarbete för kandidat
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Charlotta Börjesson Carina Svartling
Handledare:	Isabell Fridh
Examinator:	Ingalill Koinberg

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Korrekt bedömning och lindring av barns smärta är en viktig omvårdnadshandling när barn vårdas på vårdavdelningar avsedda för vuxna, där sjuksköterskorna oftast inte är utbildade barnsjuksköterskor. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar barns behov av smärtlindring och använder forskningsbaserade metoder som grund för smärtbedömningen. WHO har genom barnkonventionen uttryckt att barns bästa alltid ska komma i främsta rummet.

**Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt är att undersöka vad som påverkar sjuksköterskors bedömning av barns akuta och postoperativa smärta.

**Metod:** Denna litteraturöversikt inkluderar elva kvalitativa och kvantitativa artiklar publicerade mellan 1999- 2012. Databaserna CINAHL och Pubmed har använts.

**Resultat:** Analysen resulterade i fyra kategorier: Sjuksköterskors kunskap och erfarenhet av smärtbedömning av barn, Smärtskattning, Föräldrars delaktighet i barnets smärtbedömning och Dokumentation av smärtbedömning.

**Slutsats:** Smärtbedömning av barn sker inte i tillräckligt stor utsträckning och för att förbättras behövs mer utbildning och utökat samarbete mellan barn, föräldrar och sjuksköterskor. Ett behov finns att förbättra riktlinjerna av barns smärtlindring.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Barnsjukvårdens historia	1
Barnkonventionen	2
Barn på sjukhus	2
Preoperativ information	3
Smärta hos barn	4
Smärtbedömning och smärtskattning	4
Mätinstrument för smärtskattning	5
Teoretisk förankring	6
Sjuksköterskans kompetens	7
Problemformulering	7
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
Litteratursökning	7
Urval	8
Artikelpresentation	8
DataAnalys	9
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
Sjuksköterskors kunskap om och erfarenhet av smärtbedömning av barn	9
Smärtskattning	10
Föräldrars delaktighet i barnets smärtbedömning	11
Dokumentation av smärtbedömning	12
<b>DISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>13</b>
Slutsats	16
<b>REFERENSER</b>	<b>17</b>
<b>BILAGOR</b>	
1 Smärtskattningsinstrument	20
2 Artikelpresentation/Matris	22

## **INLEDNING**

En korrekt bedömning av och lindring av barns smärta är en viktig omvårdnadshandling när barn vårdas på avdelningar avsedda för vuxna. WHO (World Health Organisation) har genom barnkonventionen uttryckt att barnens bästa alltid ska komma i främsta rummet. Vi är två intensivvårdssjuksköterskor som arbetar på en stor allmän intensivvårdsavdelning. På avdelningen behandlas patienter i alla åldrar, de yngsta från cirka tre månaders ålder sedan uppåt i alla åldrar, övervägande delen av patienterna är dock vuxna. På avdelningen är alla sjuksköterskor intensivvårdsutbildade och inte barnsjuksköterskor men här vårdas ändå ett stort antal barn. Under 2010 vårdades 1913 intensivvårdspatienter på avdelningen varav 105 var barn. På den postoperativa avdelningen vårdades dessutom drygt 1000 barn och knappt 10000 vuxna patienter. Postoperativ smärta och akut smärta efter trauma är vanligt förekommande på avdelningen. För att värdera smärta och kontrollera effekten av den smärtlindring som ges så är det av största vikt att en korrekt smärtbedömning görs. Att använda smärtskalor är ett hjälpmedel för att kontrollera smärtintensiteten. Ett smärtskattningsinstrument är ett redskap och ett hjälpmedel i den sammansatta bedömningen av smärta (Rawal, 1999). Här kan vi på ett objektivt sätt få information hur ont barnet har och ett konkret värde att dokumentera.

I dagsläget finns på vår avdelning några olika metoder för smärtskattning av barn, men det är osäkert om dessa smärtskalor är tillräckliga. Smärtbedömningen på avdelningen försvåras ytterligare av att här vårdas barn i alla åldrar och med både akut och postoperativ smärta.

Idag framgår av dygnsjournalen (övervakningskurvan) att smärtlindring är given men inte utifrån vilka grunder, det vill säga, det finns inte alltid dokumenterad smärtskattning. Det går att utläsa om barnet gråter eller om pulsen, blodtryck och andningsfrekvensen är hög eftersom det dokumenteras regelbundet på dygnsjournalen. Dokumentation av smärtintensitet utgör ett underlag för utvärdering av given smärtbehandling. Fördjupad kunskap om hur sjuksköterskor kan förbättra bedömningen av barns smärta är väsentlig om vi vill kunna försäkra att alla barn får optimal smärtlindring när de vårdas på sjukhus.

## **BAKGRUND**

### **BARNSJUKVÅRDENS HISTORIA**

I mitten på 1800-talet byggdes de första barnsjukhusen. Då var det av stor betydelse att miljön skulle påminna om hemmiljön. Förutom att mamman förväntades vara på sjukhuset med sitt barn skulle hon även delta i omvårdnaden av sitt barn. Dels var det ont om sjukvårdspersonal och man hade den uppfattningen att det var naturligt att mamman skötte sitt barn. I slutet på 1800-talet skedde en förändring och nu förbjöds föräldrarna att vara med sina barn under sjukhusvistelsen. Detta på grund av att det var vanligt med infektionssjukdomar och hög barnadödlighet. Nu var det istället fasta rutiner, renlighet och nästan ingen kontakt med föräldrarna alls som gällde. I mitten av 1900-talet kom man fram till att denna separation mellan barn och dess föräldrar inte gynnade barnen. Barn som hade varit åtskilda från sina föräldrar visade sig senare i livet ha svårare för separationer, de hade svårare att ta ansvar i relationer och drabbades lättare av otrygghet. En förändring skedde under 1960-1970-talen. Då rekommenderade man att barn och föräldrar inte skulle separeras under barnens sjukhusvistelse, fria besökstider infördes, patientansvarig sjuksköterska skulle finnas till varje barn och en noggrann förberedelse av barnet skulle ske inför inläggning på sjukhus. 1975 kom socialstyrelsen med föreskrifter om vård av barn på sjukhus och en föräldraförsäkring

introducerades av försäkringskassan vilket gjorde det möjligt för en förälder att stanna hemma med sitt sjuka barn (Edwinson-Månsson & Enskär, 2008).

## **BARNKONVENTIONEN**

I slutet av 70-talet presenterades en idé om barns rättigheter i FN (Förenta Nationerna) men inte förrän 20 november 1989 antogs konventionen i FN om barns rättigheter. Konventionen ger en universell definition av de rättigheter barn i hela världen borde ha, rättigheterna ska gälla i alla samhällen trots olika religioner, kulturer eller andra olikheter. FN konventionen om barn har fyra grundprinciper.

- Alla barn har samma rättigheter och lika värde, inget barn får diskrimineras.
- Barnets bästa ska alltid komma i främsta rummet.
- Varje barn har rätt att överleva, leva och utvecklas.
- Barnet har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det, vuxna ska lyssna på barn (Utrikesdepartementet, 2006).

Enligt Västra Götalandsregionen ska barnkonventionen följas i de verksamheter inom regionen där barn behandlas. På Sahlgrenska Universitetssjukhus finns lekterapi och skolverksamhet men vårdavdelningarna har oftast inte en barnanpassad miljö. Det gäller både vårdrum, väntrum och brist på anhörigrum. Inom många verksamheter med barn strävas efter att föräldrarna ska kunna vara hos sitt barn under hela vårdtiden men miljön är däremot inte alltid barnanpassad.

*”Barnperspektivet ska genomsyra alla Västra Götalandsregionens beslut och så att barnens bästa tillgodoses. Varje barn ska respekteras som en individ med egna rättigheter”* ([www.vgregion.se/barnkonventionen](http://www.vgregion.se/barnkonventionen)).

Barnchecklistan är ett verktyg för regionens verksamheter för att se till barnets bästa och bättre leva upp till barnkonventionen. Inför beslut som ska tas i en verksamhet bör man fundera på om detta på något sätt kommer att få konsekvenser för barn och ungdomar. Om det visar sig att beslutet kommer att påverka barn och ungdomar ska barnchecklistan användas. Barnchecklistan ska ge svar på följande:

- Vilka barn berörs av det aktuella beslutet?
  - Vad är barnets bästa i den aktuella situationen?
  - Hur vet vi det? Är barnet tillfrågat?
  - Medför det aktuella beslutet barnets bästa?
  - Hur kan vi ändå stödja barnets bästa?
- ([www.vgregion.se/barnkonventionen](http://www.vgregion.se/barnkonventionen)).

## **BARN PÅ SJUKHUS**

Barn ska så långt som det är möjligt vårdas på barnkliniker där det finns personal med rätt kompetens för deras behov. Det är dock inte ovanligt att barn vårdas på avdelningar avsedda för vuxna patienter, det förekommer både på mindre och större kliniker eller sjukhus. Barn som kräver intensivvård vårdas ofta på intensivvårdsavdelningar för vuxna eftersom det finns få intensivvårdsavdelningar för barn i Sverige. Det finns flera aspekter som talar emot att detta är bra, personalen saknar kompetens och erfarenhet av att vårda sjuka barn, miljön är inte anpassad för barnens behov och det kan vara ont om plats för föräldrarna. Barn är inte små vuxna utan människor i utveckling. Under uppväxten genomgår barnet olika utvecklingsfaser som gör att deras förmåga att tolka omgivningen beroende på mognadsfas. För att personalen ska kunna möta barnet och bedöma deras vårdbehov är barnkompetens en förutsättning. I ett omvårdnadsperspektiv är kunskapen om hur barn ska bemötas avgörande

för att kunna stödja och samarbeta runt barnet med föräldrarna. På barnkliniker finns personal som har kunskap om barn och deras olika utvecklingsfaser. Mötet med ett yngre barn respektive en tonåring kräver kunskap om hur kommunikationen ska ske med just detta barn. Åldersadekvat information och förberedelse är ett första steg för att få barnets förtroende. Redan tidigare forskning påvisar barns behov av sina föräldrar i samband med sjukhusvistelse. Ändå är det inte idag självklart att det finns utrymme för att föräldrarna ska kunna vara hos sitt barn hela dygnet. Ofta görs stora ansträngningar för att ordna en plats åt en förälder vid barnets säng. Denna lösning är ofta provisorisk och kan innebära att det blir svårarbetat och trångt för personalen (Hallström & Lindberg, 2009, Olsson & Jylli, 2001).

Olsson och Jylli (2001) använde Eriksons utvecklingsteori för att beskriva barns olika behov i samband med vistelse på sjukhus. Den belyser också hur viktig föräldrarnas närvaro är.

*Spädbarnsperioden 0-18 månader:* I denna period är barnet helt beroende av sina föräldrar och nu grundläggs förutsättningarna att känna trygghet och självförtroende. Därför är det viktigt för barnet att föräldrarna är med på sjukhuset för att öka tryggheten men också att de är omhändertagare.

*Småbarnsperioden 18 månader-3år:* Nu är barnet lite mer självständigt och självförtroendet utvecklas men närvaron av föräldrarna är fortfarande lika viktig.

*Lekåldern 3-6 år:* Barnet klarar sig nu mer på egen hand och söker kontakt med andra barn och vuxna i dess omgivning. Föräldrarna har som ovan beskrivet fortfarande stor betydelse.

*Skolåldern 6-12 år:* Nu är det viktigt att betrakta barnet som en egen individ och att man ger information till barnet självt på en nivå som passar barnet. Fortfarande är barnet beroende av föräldrarna.

*Ungdomsåren: 12-18 år.* Från att vara barn och beroende är man nu en ung vuxen och mer självständig. Om och hur mycket föräldrarna ska närvarar får ske i samråd mellan barnet och dess föräldrar (Olsson & Jylli, 2001).

### **Preoperativ information**

Det är redan preoperativt som smärtlindringen startar så redan då ska noggrann information till föräldrarna ges men att även ge åldersadekvat information om smärta och smärtlindring till barnet är av stor vikt. Barnet behöver få lära sig hur smärtskattning utförs och varför den görs. För att förvissa sig om att barnet förstår hur skalan används är en praktisk genomgång viktig. Det är lättare att använda en skala postoperativt om man sett den redan innan operationen. Barn som är lugna och trygga vid anestesistart har större chans att vakna lugnt och även uppleva mindre smärta postoperativt (Olsson & Jylli, 2001).

På Drottning Silvias barnsjukhus i Göteborg finns det ett utvecklat web program med information från avdelningarna och de olika mottagningarna som finns. De informerar och visar bilder på barn, föräldrar och personal. Det handlar om operationer, undersökningar, provtagningar och smärtlindring. Denna information är skriven och fotograferad för barnen men är till stor hjälp även för många föräldrar. Här kan barn och föräldrar sitta och med datorns hjälp få en guidning genom barnsjukhuset eller bara inom det område som är intressant just nu för barnet. Det kan handla om hur det går till när du kommer till sjukhuset, hur blodprovstagning går till, hur det ser ut på en operationsavdelning. Lekterapi och information om clowner kanske kan vara lite spännande för barnet att ta del av. Detta är bra information för dem som inte har varit på sjukhus förut eller för dem som vill veta mer ([www.vgregion.se/dunder](http://www.vgregion.se/dunder)).

## SMÄRTA HOS BARN

Smärta definieras enligt the International Association for Study of Pain (IASP) som  
”en obehaglig och emotionell upplevelse till följd av verklig eller  
vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada” (Werner & Leden, 2010 s.13).

Att förebygga postoperativ smärta redan preoperativt och därefter fortsätta med adekvat behandling under operationen och postoperativt, påverkar smärtintensiteten under hela det postoperativa skedet och därmed minskas även behovet av läkemedel. Målsättningen med den postoperativa smärtlindringen är att förebygga smärtan snarare än att lindra den. En effektiv behandling av akut och postoperativ smärta kan förebygga utvecklingen av långvarig smärta (Rawal, 1999)

Smärta hos barn kan existera även om de inte kan uttrycka sin upplevelse av den. Smärta kan uttryckas på olika sätt beroende på utvecklingsnivå hos barnet, vilken typ av smärta barnet utsätts för men också för att upplevelsen är unik. Det kan vara helt normalt att ett barn med akut smärta ligger stilla och är tyst, det kan lätt misstolkas som att barnet inte har ont. Tecken på smärta kan vara förändringar i ansiktsuttryck, kroppsrörelser och gråt eller att barnet drar sig undan. Förändringar i vitalparametrar kan vara ökad puls, snabbare andningsfrekvens, högre blodtryck, nedsatt saturation (uppmätt värde av syresättningen) och att barnet svettas. Föräldrarnas roll har stor betydelse eftersom det är de som känner sitt barn bäst och kan vara till stor hjälp att tolka barnets reaktioner (Hallström & Lindberg, 2009).

Smärtupplevelser i tidig ålder påverkar hur man upplever smärta senare i livet. I studier har setts att smärtreaktionen vid vaccination i fyra till sex månaders ålder var mer uttalad hos en grupp pojkar som omskurits utan bedövning än hos dem som inte omskurits eller omskurits med bedövning (Werner & Leden, 2010, Rawal, 1999).

Hur barnet som vuxen hanterar smärta kan också påverkas av hur smärtlindringen sker under barnaåren. Obehandlad smärta påverkar barnet i lika stor utsträckning som hos en vuxen person med smärta, vissa barn kan exempelvis uppleva operationen med påföljande smärta som ett straff (Rawal, 1999). Postoperativ smärta är oftast en förväntad smärta efter en planerad operation medan den akuta smärta är ett tillstånd efter ett akut trauma. Barn med långvarig smärta är inte i fokus för denna översikt (Hallström & Lindberg, 2009).

## SMÄRTBEDÖMNING OCH SMÄRTSKATTNING

I engelsk litteratur förekommer ofta uttrycken *pain assessment* och *pain measurement* när bedömning av smärta ska beskrivas. *Pain assessment* är en bedömning av flera faktorer som kan vara uttryck för smärta, ett multidimensionellt synsätt när smärta bedöms. Det är av stor betydelse att identifiera faktorer som kan påverka barnets smärtupplevelse och vilken inverkan det har på barnet. När begreppet *assessment* används i smärtsammanhang beskriver det den kliniska diagnosen och uppskattningen av hela smärtupplevelsen. *Pain measurement* är en smärtskattning som mäter en dimension av smärtan och det är smärtintensiteten. Smärtskattningen är således en del av smärtbedömningen (Wennström, 2011, Olsson & Jylli, 2001, McGuire, 1992).

De olika dimensionerna av smärta är svåra att skilja åt och kan överlappa varandra. McGuire (1992) beskriver sex olika dimensioner av smärta. Dessa är fysiologisk, sensorisk, känslomässig, kognitiv, beteende och sociokulturell.

Barn kan ha svårt att skilja på postoperativ smärta, oro och illamående i detta sammanhang, beroende på barnets ålder är betydelsen av föräldrars närvaro avgörande för att kunna tolka barnet. De kan också förneka smärta om den som frågar är en främling för barnet, om de tror att de förväntas vara modiga, om de är rädda eller om de tror att de ska få en spruta mot smärtan. Smärtbedömningen bör baseras på barnets egna upplevelser, barnets beteende,

fysiologiska och psykologiska reaktioner och även föräldrarnas bedömning (Wennström, 2011).

Vuxna patienter på Intensivvården bedöms utefter förändringar i vitalparametrarna och med hjälp av självskattningsinstrumentet VAS (Visuell Analog Skala). Det ska uppmärksammas att VAS är ett endimensionellt instrument. Därför bör den inte användas ensam för bedömningen av den multidimensionella smärtan. Med multidimensionellt synsätt menas att man även tar hänsyn till psykologiska och fysiologiska aspekter. Smärtintensiteten ska bedömas både i vila och i rörelse, det är viktigt att patienten kan röra sig även efter en operation eller trauma (Werner & Leden, 2010).

En studie av Twycross och Powls (2006) visade att sjuksköterskor inte kommunicerade eller observerade barnet i så stor utsträckning när de skulle ta kliniska beslut. Sjuksköterskorna såg mer på hur föregående sjuksköterska gjort och på observationskurvorna. Här visades också att endast några av sjuksköterskorna sa att de kommunicerade med barnet eller med barnets föräldrar.

### **MÄTINSTRUMENT FÖR SMÄRTSKATTNING**

Sjuksköterskor i Sverige är enligt lag ålagda att dokumentera sitt omvårdnadsarbete. Socialstyrelsen föreskriver i sina råd angående lagens tillämpning att dokumentationen ska innehålla uppgifter om de åtgärder, bedömningar och observationer som görs (SOSFS 2008:14).

Det finns olika smärtskattningsinstrument beroende på barnets ålder och utvecklingsnivå. Dessa instrument ska introduceras för barn så att barn kan använda dem på rätt sätt. Smärtbedömningen är grundläggande för hur barnets smärta lindras och påverkar fortsatt medicinsk behandling och omvårdnad av barnet. Olika faktorer kan påverka smärtskattningsvärdet beroende på vem som frågar och hur smärtskattningsinstrumentet presenteras. Helst ska barnet inte tillfrågas om det gör ont utan få frågan hur känns det i såret (efter kirurgi), armen eller skadan? Svarar barnet att det gör ont ska man be barnet skatta smärtan med hjälp av lämpligt ålders anpassade smärtskattningsinstrument. Hos barn som ännu inte kan uttrycka sin smärta språkligt är det framförallt metoder som observation av kroppsbeteendet i kombination med fysiologiska parametrar och kommunikation med föräldrar vi kan använda (Olsson & Jylli, 2001, Hallberg & Lindberg, 2010).

AS/Ansiktsskalan är en självskattningsskala som kan användas till barn mellan fyra till tolv år. Den består av sex ansikten med varierande ansiktsuttryck. Längst till vänster finns ett neutralt ansikte som motsvarar ingen smärta 0 poäng och längst till höger ett plågat ansikte som motsvarar svår smärta 10 poäng. Barnet får peka ut det ansikte som stämmer in på hur det känns (Werner & Leden, 2010, Hallström & Lindberg, 2009). Yngre barn har ibland svårt att gradera sin smärta därför är det extremvärden (det gladaste ansiktet eller på det mest ledsna ansiktet) barnet pekar på. Här blir informationen om smärtan ökar eller minskar som är det viktiga (Hallberg & Lindberg, 2010). Tillförlitligheten i denna typ av bedömning är dock begränsad. Fantasi och inlevelseförmåga krävs dessutom för att nå bästa resultat (Rawal, 1999). Betydelsen av den affektiva komponenten i barns smärta innebär att vid all skattning av smärta måste hänsyn tas till barnets situation: rädsla, separation från föräldrar, föräldrars egen oro, fysisk och psykologisk miljö på avdelningen (Werner & Leden, 2010) (Bilaga 1).

VAS/Visuell analog skala. Det är en tio cm lång linje med änd-punkterna ingen ”smärta” och ”värsta tänkbara smärta.” Ingen smärta motsvarar 0 och värsta tänkbara smärta motsvarar 10. VAS är en mycket vanlig metod i forskningssammanhang, den har uppvisat god reliabilitet



och validitet samt god klinisk relevans under förutsättning att patientens självskattning ligger till grund för mätningen. Denna skala är från början utprovad för vuxna men validerad och användbar från ca 5 år (Werner & Leden, 2010). Åldersanvändningen varierar i litteraturen men start från 5, 6 eller 8 år är vanligt (Hallström & Lindberg, 2009, Werner & Leden, 2010, Rawal, 1999) (Bilaga 1).

För mindre barn som inte har ett utvecklat språk och barn med flerfunktionshinder kan förändringar i beteendet skattas med hjälp av beteendeskattningsskalor. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) skalan är en väl validerad skala för observation av akut smärta (Hallström & Lindberg, 2009, Nilsson, Finnström & Kokinsky, 2008). FLACC är lämplig för barn noll till sju år. Barnet observeras i några minuter och bedömning görs angående ansikte/ben/aktivitet/gråt/tröstbarhet, graderat i 0, 1 eller 2, utifrån barnets beteende. Poängen summeras och det kan bli maximalt tio poäng. Denna observation görs oftast av ansvarig sjuksköterska men även föräldrar och övrig personal kan hjälpas åt. För att det ska bli en kontinuitet är det bäst om samma person observerar och dokumenterar (Olsson & Jylli, 2001) (Bilaga 1).

## **TEORETISK FÖRANKRING**

Den vårdvetenskapliga teoretiska förankring vi valt för denna översikt är Patricia Benner och Judith Wrubels omsorgsteori (Benner, Tanner & Chelsea, (1999). Den bygger på en fenomenologisk tolkning av världen. Centralt i sin teori har de identifierat och (om-) definierat flera begrepp: omsorg, person, situation, symtom, sjukdom, hälsa och främjande av hälsa. Av denna orsak ser vi möjligheter med Benner & Wrubels omsorgsteori som en vårdvetenskaplig förankring.

Att vårda ett barn inom intensivvården kan vara en utmaning i mötet mellan sjuksköterskan, barnet och dess föräldrar. Barnet är oftast påverkat av olika mediciner och ibland även av sin sjukdom, vilket innebär att det är väsentligt att snabbt kunna förstå barnet. Föräldrarna kan vara lugna eller stressade, det finns många olika reaktioner när barnet är sjukt, vilket innebär att de kan överföra sin oro på barnet eller att ha svårt att ta till sig information.

Sjuksköterskorna behöver använda all sin kunskap, se och integrera alla olika signaler både fysiska och psykiska, för att kunna vårda barnen på bästa sätt. Behovet av erkännande och omvårdnad blir ännu tydligare för barn som har svårt att uttrycka sig verbalt. Sjuksköterskan kan följa patientens kroppsspråk och lära känna barnet t.ex. genom anhörigas/föräldrarnas information och på så sätt upprätthålla barnens/patienternas värdighet och personlighet, även av svårt kritiskt sjuka. Detta inkluderar svårt sjuka barn med eller utan verbalt språk och även med eller utan seder. I Benners (2002) artikel om ”The silent patient”. som är skriven om vuxna patienter i en utsatt situation, finns mycket tänkvärt att hämta även när det gäller barn eftersom de oftast har svårt att uttrycka sig.

Vi människor, är alla beroende av varandra. Vår sociala existens är beroende av andras erkännande av vår personlighet och förmågan att bli förstådd av andra. Det sociala rum vi skapar är av stor betydelse. Enligt Benner finns ett uttryck från ett folk i Afrika som lyder: ”Ubuntu” (I am because we are). Detta ord/uttryck fångar både etik och social verklighet. Vid vårdandet av kritiskt sjuka, tysta patienter (i detta sammanhang barn) är det betydelsefullt att svara emot patientens personlighet vilket kan vara en stor svårighet och utmaning på en intensivvårdsavdelning. Inom intensivvården händer hela tiden akuta situationer då det kan bli svårigheter att uppmärksamma och skapa dialog med föräldrar/anhöriga och barnet/den tysta patienten (Benner 2002).

## **Sjuksköterskors kompetens**

Benner (1993) kartlägger hur sjuksköterskan utvecklas från nybörjare till expert i sin yrkesroll. Både expertsjuksköterskor och skickliga sjuksköterskors omvårdnad beror på en mognad och tränad förståelse, kliniskt resonemang och en blick för det generella och speciella i olika situationer. Det innefattar att kunna ta till sig evidensbaserad kunskap i omvårdnaden, det vill säga att fördjupad kunskap hos sjuksköterskor gör vården av patienter mer expertmässig. Mer kunskap hos sjuksköterskan hjälper till att ta hand om patienterna på ett mer expertmässigt sätt (Benner, 1993).

Några klara riktlinjer på hur ett konkret förhållningssätt ska ske förklaras inte av Benner och Wrubel utan de ger istället exempel på hur expertsjuksköterskor handlar i konkreta situationer. De framhåller inte att sjuksköterskan är expert i den bemärkelsen att "hon vet bäst". Vad som är bäst behöver istället förstås utifrån situationen ohälsa, sjukdom, lidande och förluster. Sjuksköterskor behöver vara aktivt närvarande och känna av den speciella situationen och lära känna patienter, detta för att få en förståelse för patienters situation (Benner & Tanner, 1999).

## **PROBLEMFORMUERING**

I vården av barn inom vuxen-intensivvård saknas ofta kompetens när det gäller vård av barn med smärta och deras föräldrar för att de ska få en adekvat smärtlindring och en god omvårdnad. Enligt tidigare studier framkommer att smärtbedömning skett i för låg grad och att personalen behöver mer utbildning om smärta och smärtlindring (Ramelet & Rees & McDonald & Bulsara & Abu-Saad 2007).

Mindre än 40 % av barnklinikerna gör regelbunden smärtskattning av barns smärta. Tidigare har ett motiv till att inte smärtlindra barn varit att det ansågs som att de inte hade något minne för smärta men detta har visat sig vara fel (Werner & Leden, 2010).

Sjuksköterskor behöver ha en helhetssyn och medvetenhet om barns behov av smärtlindring och de behöver använda forskningsbaserade metoder som grund för smärtbedömning. Därför behövs fördjupad kunskap om vad som påverkar sjuksköterskans bedömning av barns akuta och postoperativa smärta.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturöversikt är att undersöka vad som påverkar sjuksköterskors bedömning av barns akuta och postoperativa smärta.

## **METOD**

### **LITTERATURSÖKNING**

Vi har valt att göra en litteraturöversikt för att undersöka sjuksköterskors smärtbedömning av barn. Enligt Friberg (2006) är metodens syfte att öka förståelsen för det valda problemområdet, sammanställa tidigare forskning till en ny helhet. Vidare omsätts den urskilda vetenskapliga vetenskapen till klinisk kunskap. I en litteraturöversikt kan både kvalitativ och kvantitativ forskning redovisas (Friberg 2006). De olika metoderna utesluter inte varandra utan de skildrar verkligheten ur olika perspektiv och kompletterar varandra (Olsson & Sörensen, 2007).

## URVAL

I denna översikt har databaserna CINAHL och PUBMED använts då de innehåller lämpliga artiklar inom området.

I litteratursökningens start användes en ostrukturerad sök teknik för att senare avgränsas till mer strukturerad. *Pain, children, nurse, assessment* har varit grundsökorden i datainsamlingen, flera ord har lagts till, något har tagits bort och det har blivit olika kombinationer. Sökorden valdes utifrån den erhållna kunskapen som bakgrunden gav och utifrån syftet har sökorden valts. Detta redovisas i presentationen av de inkluderade artiklarna (Tabell 1, sökträd). En utförligare beskrivning av artiklarna avseende titel, författare, land, årtal, syfte, metod och urval presenteras i separat bilaga (Bilaga 2). Via referenslistan i en av valda artiklar (Twycross 2006) hittades en artikel som inkluderades i studien (Salanterä, Lauri, Salmi & Aanta, 1999).

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter och att abstracten skulle finnas tillgängligt via databasen. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska. I studierna kunde grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med specialistutbildning medverka. Artiklar rörande prematura barn exkluderades, kriteriet var barn mellan 0 år (nyfödd) till 18 år med akut eller postoperativ smärta. Artiklar som bara specifikt berörde en diagnos valdes bort, då vi ville undersöka handläggningen av barn med akut och postoperativ smärta generellt och inte smärta relaterat till en specifik diagnos. Vi begränsade oss till artiklar från de senaste 15 åren. En specialartikel (feature) inkluderades i det slutliga urvalet på grund av att den även innehöll en intressant "case-study" rapport.

**Tabell 1: ARTIKELPRESENTATION/SÖKTRÄD**

Databas	Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar/ Antal lästa abstrakt/ Antal valda artiklar	Inkluderade artiklar
CINAHL	10/1 2012	pain, children, nurse	1/1 1999- 10/1 2012	119/21/4	Gimble-Berglund, Ljusegren, Enskär, 2008. Mattsson, Forsner, Arman, 2011. Salanterä, 1999. Simons, Mc Donalds, 2004.
PUBMED	10/1 2012	pain, children, nurse	1/1 1999- 10/1 2012	274/37/3	Karling, Renström, Ljungman, 2002. Melby, 2011. Simons, Moseley, 2009.
CINAHL	13/3 2012	Postoperative pain, children, management	1/1 1999 – 13/3 2012	68/20/2	Pederson, Bjerke, 1999. Twycross, 2006.
	13/3 2012	Manuell sökning		1/1/1	Salanterä, Lauri, Salmi, Aanta, 1999.
	10/4	Manuell sökning		1/1/1	Twycross, Collins, 2011.

## **DATAANALYS**

Granskningen av artiklarna startade redan vid sökningen, då bedömdes om artikeln var relevant för litteraturoversikten. Utifrån titeln kunde ett stort antal väljas bort då det redan där framgick att det gällde en specifik diagnos, operation/ingrepp, enbart på pojkar eller flickor i studien och en begränsad åldersgrupp. Därefter lästes abstracten för att avgöra om de svarade mot vårt syfte. Efter ett första urval exkluderades tre artiklar efter granskning, då de inte motsvarade vårt syfte. Artiklarna lästes av oss båda. Slutligen ingick elva artiklar i litteraturoversikten varav sex är kvantitativa studier och fem är kvalitativa.

De valda artiklarna lästes först flera gånger för att få en känsla för vad de handlade om, fokus låg på studiernas resultat. De olika studiernas resultat relaterades till varandra, likheter och skillnader identifierades, och dessa sammanställdes. Efter att ha gått fram och tillbaka från de enskilda studiernas resultat och gemensamt diskuterat olika versioner skapades nya övergripande teman som utgör grunden för vårt resultat. De olika kategorierna var; *Sjuksköterskors kunskap om och erfarenhet av smärtbedömning av barn, smärtskattning, föräldrars delaktighet i barnets smärtbedömning samt dokumentation av smärtbedömning.*

Ur de identifierade huvudtemana framkom en slutgiltig kategorisering. Till sist formulerades en presentation av resultatet utifrån kategoriseringen och med grund i denna studies syfte (Friberg 2006).

## **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

De artiklar som granskades var redan etiskt godkända eller visade på ett etiskt förhållningssätt.

## **RESULTAT**

Resultatet av litteraturgenomgången kommer att presenteras under följande fyra kategorier för att klargöra vad som påverkar sjuksköterskors bedömning av barns akuta och postoperativa smärta: *Sjuksköterskors kunskap om och erfarenhet av smärtbedömning av barn, smärtskattning, föräldrars delaktighet i barnets smärtbedömning samt dokumentation av smärtbedömning.*

## **SJUKSKÖTERKORS KUNSKAP OM OCH ERFARENHET AV SMÄRTBEDÖMNING AV BARN**

Kunskapsbehovet om smärta och smärtbedömning hos sjuksköterskor visade sig vara stort i ett flertal studier (Karling, 2002, Simon & MacDonald, 2004, Twycross, 2011).

Sjuksköterskornas egna bedömningar, förutfattade meningar och antagande var också en faktor som förhindrade att smärtlindringen blev optimal (Twycross, 2006, Twycross, 2011).

De sjuksköterskor som var yngre och nyutbildade kände bättre till olika smärtskattningsinstrument än vad de äldre gjorde och de kände också oftare till var skattningsinstrumenten förvarades på avdelningen. Det framkom att de sjuksköterskor som hade kortare arbetslivserfarenhet använde smärtskattningsinstrument oftare. Twycross fann att inget samband kunde ses mellan teoretisk kunskap och hur väl den omsattes i praktiken (Twycross, 2006). Sjuksköterskor med längre erfarenhet gav analgetika vid ett högre lägsta värde vid smärta (Pederson & Bjerke, 1999).

I Gimbler-Berglunds (2008) studie tyckte sjuksköterskor att egen yrkeserfarenhet av att arbeta med barn och smärta gjorde att de förstod barnens smärta och situation bättre och att de lättare kunde välja smärtlindring.

*” Like Ibuprofen, I know that is a wonderful medicine so I believe in it myself have used it with good result ” (Gimble-Berglund, 2008, s. 23).*

Det framkom att sjuksköterskors kunskapsnivå och utbildning behövde förbättras. Sjuksköterskornas erfarenhet, kunskapsnivå och attityd påverkade smärtlindringen även samarbetet med läkare, föräldrar och barn (Simons & MacDonalds, 2004, Gimble-Berglund, 2008).

I Melbys (2011) översikt framkom flera faktorer som påverkade smärthanteringen av barn. Sjuksköterskan brast i sina kunskaper att bedöma smärta, använde inte smärtskattningsinstrument och lyssnade inte på barnets signaler.

Dålig kunskap om hur smärta uppstod ansåg sig drygt en tredjedel av sjuksköterskorna ha. Enligt sjuksköterskorna var inte postoperativ smärta acceptabel men däremot kunde man acceptera smärta vid kortare procedurer som vid blodprovstagning. Nästan lika många av sjuksköterskorna trodde att ett barn som sov kunde känna smärta. Många ansåg att det var svårt att skilja på rädsla och smärta hos barnet och de flesta höll med om att det är svårt för barnet att lokalisera smärtan till rätt ställe (Salanterä, Lauri, Salmi & Aantaa, 1999, Twycross, 2006).

På frågan hur sjuksköterskorna valde smärtlindring var det i första hand att de lyssnade på barnets skattning, sedan följde givna läkarordinationer och därefter lyssnade de på vad sjuksköterskorna rapporterade från föregående skift. Sjuksköterskor med längre utbildning hade en mer positiv inställning till smärtlindring. Även om de flesta svarade att dokumentationen av barnets egen smärtskattning påverkade smärtlindringen uppgav nästan hälften att de använde sin intuition när de avgjorde om barnets självskattning var pålitlig (Pedersen & Bjerke, 1999).

## **SMÄRTSKATTNING**

Resultatet i Salanteräs studie (1999) visade att bara en tredjedel använde mätinstrument för att skatta barns smärta och då oftast ansiktsskalan.

De flesta sjuksköterskor skattade barns smärta genom att observera förändringar i barnets beteende, även fysiologiska förändringar var en viktig faktor (Salanterä, Lauri, Salmi och Aantaa, 1999).

Barn som genomgått bukkirurgi smärtskattades mer regelbundet än andra barn på grund av att sjuksköterskorna förväntade att dessa barn skulle uppleva mer smärta än de som genomgått andra operationer och därför smärtskattades och dokumenterades dessa barns smärta mer ofta (Simons & Moseley, 2009).

Barn som kunde uttrycka sig verbalt kunde hantera sin smärta bättre ansåg flertalet av sjuksköterskorna i Salanteräs (1999) studie.

Förändringar i beteendet hos barnet var ett bra sätt att uppskatta smärta enligt de flesta sjuksköterskorna.

När sjuksköterskorna bedömde smärta utgick de från barnets beteende som ansiktsuttryck och gråt och inte förändringar i vitalparametrar (ökat blodtryck, sjunkande saturation, ökad hjärtfrekvens och ökad andningsfrekvens) (Salanterä, Lauri, Salmi & Aantaa, 1999,

Twycross, 2006). I Mattssons studie (2011), framkom däremot att förändringar i vitalparametrar, förändringar i muskelspänningen eller ett förändrat beteende hos barnet påverkade hur sjuksköterskan smärtbedömde barnet. Många kliniker smärtskattade barn i låg frekvens eller inte alls (Salenterä, Lauri, Salmi & Aantaa, 1999, Karling, 2002, Simons & MacDonald, 2004, Simons & Moseley, 2009, Twycross, 2006).

Arbetsbelastning, tidsbrist och kollegors inställning var faktorer som påverkade införandet av smärtskalor på avdelningarna (Simons & MacDonald, 2004).

Smärtskattningsinstrumenten som användes på de flesta avdelningar var övervägande FLACC, VAS och Ansiktsskala (Karling, 2002, Simons & MacDonalds, 2004, Mattson, 2011).

I Simons & Moseleys (2009) studie framkom att barnen som tillbringade de 24 första postoperativa timmarna på en intensivvårdsavdelning inte blev smärtskattade överhuvudtaget. På vissa sjukhus framkom det att smärtskattningsinstrument inte användes alls eller i låg frekvens (Salenterä, Lauri, Salmi & Aantaa, 1999, Simons & MacDonalds, 2004, Simons & Moseleys, 2009). Smärtskattningsfrekvensen var högre i studien som Karling, Renström och Ljungman (2002) utförde men det var inte alltid smärtskattningsinstrument användes med tretimmars intervall. Tretimmars intervall var något som användes på många sjukhus som en vedertagen minsta tidsgräns vid smärtbedömning.

Postoperativ smärta var ett större problem på avdelningar där barn vårdades tillsammans med vuxna och på avdelningar där få barn vårdades. Postoperativa uppvakningsavdelningar hade dock mindre smärtproblematik än andra vårdavdelningar (Karling, Renström & Ljungman, 2002).

Hur avdelningen var organiserad med smärtlindringsordinationer och rutiner påverkade smärtbehandlingen. Det framkom att barn som behandlades med Morfininfusion fick sin smärta skattad mer regelbundet än de som fick Morfin intermittent. Tidsbrist var också en aspekt och om sjuksköterskorna kunde vända sig till ett smärtteam på sjukhuset (Gimble-Berglund, 2008, Simons & Moseley, 2009, Karlings, 2002, Twycross, 2011).

I en artikel av Gimble-Berglund framkom att smärtteam upplevdes som positivt av sjuksköterskorna och med deras stöd underlättades smärtbehandlingen av barnen.

*”And it almost always works and back-up... the pain nurse, pain clinic and the anaesthesiologist who always comes even when there is the slightest problem.”*

(Gimble-Berglund, 2008, s. 23).

I Twycross (2006) däremot visade det sig att sjuksköterskorna sällan sökte råd från smärtteam på sjukhuset. Smärtbehandlingen kunde varit mer effektiv enligt nästan hälften av läkare och sjuksköterskor i Karlings (2002) studie, där ett stort bekymmer var otillräckliga läkarordinationer.

## **FÖRÄLDRARS DELAKTIGHET I BARNETS SMÄRTBEDÖMNING**

Enligt sjuksköterskorna kunde föräldrarnas kunskap om smärta och inställning till smärtbedömning samt samarbete med sjuksköterskorna vara en hjälp och stödjande faktor vid smärtbedömningen. Föräldrarna var en tillgång i samband med smärtbedömningen som kan speciellt hos barn med funktionsnedsättningar där bedömningen kan vara extra svår (Gimble-Berglund, 2008). I Simons & Mac Donalds studie (2004) uppgavs att föräldrar kunde vara ett hinder vid smärtskattningen av barn men det beskrevs inte hur.

De flesta sjuksköterskor uppgav att det var viktigt att föräldrarna fick vara delaktiga i smärtbedömningen. De framhöll också att föräldrarnas attityder hade stor påverkan på barnets upplevelser av smärta. Några sjuksköterskor ansåg att föräldrarna överskattade sitt barns smärta. Föräldrar visade sig nästan alltid vara en tillgång i samband med att sjuksköterskan skulle skatta smärta hos barnet. Några sjuksköterskor fann det svårt att samarbeta med föräldrarna (Salenterä, 1999).

Föräldrarna var sällan delaktiga och uppmuntrades heller inte att vara delaktiga i barnets smärthantering (Twycross, 2006). Det fanns sjuksköterskor som beskrev att de ville att föräldrarna informerade personalen när barnen hade ont, detta för att sjuksköterskan skulle kunna lindra smärtan så optimalt som möjligt. Föräldrarna sågs även ha en stor roll då de kunde distrahera och lugna barnet genom lek, TV-tittande och samtal (Twycross & Collins, 2011).

## **DOKUMENTATION AV SMÄRTBEDÖMNING**

Simons & Mosley (2009) påpekade i sin slutsats att smärtbedömning utan validerat smärtskattningsinstrument och som inte dokumenterades var att förneka barn evidensbaserad smärtbehandling. Detta i en tid då det finns möjlighet och kunskap och barn har rätt till att deras smärta förebyggs och lindras. Många barn hade inte någon smärtbedömning dokumenterad men det behövde inte utesluta att de fått sin smärta bedömd. De avdelningar som hade en gemensam dokumentationslista för vitalparametrar och smärta dokumenterade smärta oftare än andra (Simons & Moseleys, 2009).

Simons & Mac Donald (2004) uppger att 73 % av sjuksköterskorna i studien tror att smärtskattningsinstrument förbättrar dokumentationen av smärtbehandlingen (Simons & Mac Donald, 2004).

Gällande dokumentationen av smärta var det nästan uteslutande så att alla sjuksköterskorna dokumenterade vilka läkemedel som hade getts. Nära hälften dokumenterade någon kommentar i samband med läkemedelsadministrationen och även en utvärdering av denna. Smärtans karaktär (stickande, brinnande, bultande) och lokalisation var sällan dokumenterad. På BIVA (barnintensivvårdsvårdsavdelning) och neonatalavdelningar skedde mindre dokumentation än på de medicinska och kirurgiska vårdavdelningarna. Sjuksköterskor under 35 år dokumenterade mindre frekvent angående smärta än äldre kollegor (Salenterä, Lauri, Salmi & Aantaa, 1999).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Litteraturöversikt som metod valdes enligt Friberg (2010) för att undersöka hur smärtbedömningen av barn sker. Artiklar inom detta område eftersöktes i CINAHL och Pubmed för att finna befintlig forskning. Då det användes olika sökkombinationer fann vi en mängd litteratur inom området. De valda artiklarna är alla publicerade i vetenskapliga tidskrifter och är skrivna på engelska. Litteraturöversikt valdes även för att kunna använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar för att få en helhetsbild av denna forskning. Flertalet artiklar är från 2006 och framåt, de äldsta artiklarna från 1999 -2004 inkluderades då innehållet var relevant för frågeställningen. Alla studierna var utförda i Sverige, England och Finland utom en som utfördes i USA. Några av de granskade artiklarna har samma författare, dessa namn förekom ofta vid artikelsökningar och i artiklarnas referenser.

### **RESULTATDISKUSSION**

I artikelgranskningen undersöktes vad som påverkar sjuksköterskors bedömning av barns akuta och postoperativa smärta. Det framkom att smärtskattningsinstrument användes i varierande grad beroende på sjukhus och avdelning. Smärtbedömningen överlag är alldeles för låg, det kan vara så att den utförs men dokumentationen är bristfällig och då behöver den förbättras. I guidelines enligt Stapelkamp (2011), bör sjuksköterskan vara uppmärksam på eventuella tecken på smärta och smärta bör förutses hos barn hela tiden. I första hand ska barnen skatta sin egen smärta, går inte detta bör ett validerat smärtskattningsinstrument användas om smärta misstänks eller förväntas. Vidare rekommenderas att smärta regelbundet bedöms, dokumenteras och utvärderas. En medvetenhet om att språk, etniskt ursprung och kulturella faktorer kan påverka smärtbedömningen måste alltid finnas (Stapelkamp, 2011).

I de granskade studierna framkom att yngre och nyutbildade sjuksköterskor har bättre kunskap om smärtskattningsinstrument och använder dem oftare än sjuksköterskor med mer erfarenhet (Twycross, 2006). Vad detta beror på har vi inget svar på men kanske utbildningen fokuserar mer på smärta idag. En tanke kan vara att erfarna sjuksköterskor har en bra klinisk blick och utför en bra smärtbedömning men dokumenterar inte denna. För att nå bättre resultat inom smärtbedömning/smärtbehandling tror vi att sjuksköterskor måste öka sin medvetenhet om smärtbehandling och dela sina erfarenheter med varandra oavsett yrkeserfarenhet.

Det finns ett kunskapsbehov hos sjuksköterskor därför behövs utbildning, uppbackning av smärtteam, attitydförändringar och organisationsförändringar. Mer forskning i ämnet eftersöks för att finna andra faktorer som påverkar den praktiska smärtbehandlingen (Twycross, 2010). Barn ska vårdas där det finns rätt kompetens men då de ofta vårdas på vuxenavdelningar saknas ofta tillräcklig erfarenhet och kompetens. På vuxenavdelningarna är inte heller miljön anpassad för barnens behov (Hallström & Lindberg, 2009, Olsson & Jylli, 2001). Det finns ett stort behov av en utveckling inom detta område.

Ökad smärtutbildning och fler riktlinjer önskades i de flesta studier (Melby, 2011, Salanterä, 1999, Salanterä, Lauri, Salmi & Aantaa 1999, Karling, Renström & Ljungman, 2002). I smärtutbildningen borde ingå hur bedömning kan ske och hur barnets beteende och vitala parametrar förändras av smärta. Även en uppdatering av riktlinjer inom smärtbehandling av barn fanns som önskemål i flertalet studier (Pedersen & Bjeke 1999). För att nå en kvalitetshöjning inom området är detta en nödvändig åtgärd. En av våra samarbetskliniker



använder sig utav kompetenskort, detta nämns också i några av artiklarna, kanske något att ta efter?

Förebygga postoperativ smärta är målsättningen för smärtlindringen i samband med operation och då är preoperativ information en viktig del i förberedelserna (Rawal, 1999). Öka medvetenheten hos personalen om att barn uttrycker smärta på olika sätt ytterligare en viktig aspekt. Smärtupplevelser i tidig ålder påverkar hur smärta upplevs senare i livet (Werner & Leden, 2010, Rawal, 1999).

Enligt Benner beror både expertsjuksköterskors och skickliga sjuksköterskors omvårdnad på en mognad och tränad förståelse. Det innefattar att ta till sig evidensbaserad kunskap i omvårdnaden och göra vården mer expertmässig (Benner, 1993). Sjuksköterskan kan ha svårt att få den erfarenheten då de inte möter barn i vården så ofta på vuxenavdelningar. Till skillnad från sjuksköterskor på barnavdelningar som hela tiden ökar sin barnkompetens. För att öka kompetensen på vår avdelning har sjuksköterskor med längre erfarenhet och ”barnintresse” hand om de svårast sjuka barnen. Det gör att de har större vana att tolka signaler och en större trygghet i vårdandet av de svårast sjuka barnen som ofta respiratorvårdas. Vi får inte glömma att successivt introducera fler sjuksköterskor i gruppen.

Twycross (2010) redovisar i en studie effekter av att utveckla och införa ett program för att behandla smärta hos barn, också att nyckeln till förändringar kan vara att känna av och ta hänsyn till avdelningskulturen i samband med förändringsarbetet. Smärtbehandlingsprogrammet innehåller standardiserad smärtbehandling, standardiserad vårdplan, smärtskattningsinstrument, smärtdokumentation, smärtanamnes, utbildnings workshop, smärtbehandlings foldrar, kompetenskort/smärta och smärtronder. Här sågs en mätbart ökad användning av smärtskattningsinstrument och av sjuksköterskornas smärtdokumentation efter införandet av smärtbehandlingsprogrammet (Twycross, 2010).

I flera artiklar (Salanterä, Lauri, Salmi & Aantaa, 1999, Pedersen & Bjerke, 1999) förekommer orden pain assessment, pain measurement och det kan lätt uppstå en förvirring. Vår tolkning är att pain assessment är en bedömning av flera faktorer som kan vara uttryck för smärta och det innefattar smärtans alla dimensioner, pain measurement däremot är en smärtskattning som mäter en dimension av smärtan och det är smärtintensiteten. Dessa begrepp har varit svåra att särskilja under granskningen.

I Nilsson, Finnström och Kokinskys (2008) studie visar på att FLACC, VAS och AS är validerade smärtskattningsinstrument. Just FLACC har visat sig vara ett bra instrument för att skatta procedursmärta hos barn mellan 5 -16 år. Dessa (Stapelkamp, Carter, Gordon & Watts, 2011) smärtskattningsinstrument används i stor utsträckning men även om de är tillräckliga så är mer utbildning i användandet nödvändig.

Preoperativ information är av yttersta vikt och ska innefatta åldersadekvat information om smärta och smärtlindring, noggrann information till föräldrarna är också viktigt. Barnen behöver få en praktisk genomgång av smärtskattningsinstrumenten och få förståelse varför smärtskattningen utförs. Lugna och trygga barn preoperativt har större möjligheter att få en god smärtlindring postoperativt (Olsson & Jylli, 2001).

Här kan god hjälp fås utav webbaserade program såsom bl.a. Dunder på Drottning Silvias Sjukhus i Göteborg ([www.vgregion.se/dunder](http://www.vgregion.se/dunder)).

Två artiklar visade på att föräldrarna inte används som en resurs i smärtbedömningen av sina barn (Twycross, 2006, Gimble-Berglund, 2008). Enligt Hallström & Lindberg, (2009), har föräldrarnas roll en stor betydelse eftersom de känner sitt barn bäst och kan tolka barnets reaktioner genom språk och uttryck. Sjuksköterskor har här ett ansvar att få föräldrarna delaktiga i vården. Benner & Tanner (2009) har fördjupat sig i sjuksköterskors kompetens, olika kompetensnivåer och påtalar expertsjuksköterskans roll. Expertsjuksköterskan är aktivt närvarande och känner av den speciella situationen. Sjuksköterskan behöver lära känna patienten för att få en förståelse för patientens situation. De artiklarna som ingår i denna granskning har dock visat att det inte varit någon skillnad på smärtbedömning när det gäller sjuksköterskans yrkeserfarenhet. Uppfattningen är att om sjuksköterskan är trygg i sin kunskap och erfarenhet så har hon/han lättare för att samarbeta med föräldrar och låta de vara delaktiga i sitt barns vård. Föräldrarna är en resurs, låt dem ta plats och känna sig trygga så kan barn, föräldrar och sjuksköterska få ett bra samarbete (Stapelkamp, 2011).

Barn kan ha svårt att skilja på postoperativ smärta, oro och illamående och då är föräldrarnas närvaro av stor betydelse för att tolka barnets signaler. Förnekelse av smärta kan förekomma om den som frågar är en främling för barnet (Wennström, 2011).

Det kan vara lätt att tro att ett tyst barn inte har ont, föräldrarna har här en stor roll som ”kännare” av barnets reaktioner. Föräldrarna utgör i många fall den informativa bryggan mellan barnet och sjukvårdspersonalen ( Hallström & Lindberg, 2009).

Sjuksköterskans dokumentation bör innehålla information av betydelse för omvårdnaden samt fungera som ett underlag för vårdåtgärder och medicinska ställningstaganden. Den ska vara kort och koncis och utformad på ett sådant sätt att den är tillgänglig för alla inom vårdteamet (Werner & Leden, 2010).

De avdelningar som hade en gemensam dokumentationslista för vitalparametrar och smärtbehandling dokumenterade smärtskattning oftare. Det kan vara ett sätt att förtydliga smärtbedömning och smärtbehandling, att förbättra dokumentationslistorna som används på avdelningarna (Simon & Moseley 2009).

Barnkonventionen påvisar en bärande konvention, den handlar om barnets bästa.

*”Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.”*

*(Barnkonventionen. Art. 3.1, Stockholm, 2009, sid 14)*

Utifrån resultaten i denna litteraturöversikt lyfter vi följande aspekter för att kunna förbättra hantering/handhavande av smärta hos barn.

- Smärtskattning ska utföras när barnet beteendemässigt visar smärta eller om barnet bejakar smärta
- Regelbunden smärtskattning minst var 3:e timma
- Utvärdera given smärtlindring
- Dokumentera på observationsblad regelbundet
- Låt föräldrarna vara delaktiga i vården.

## **SLUTSATS**

Smärtbedömningen av barn sker inte i tillräckligt stor utsträckning och den sker på olika sätt. Användandet och dokumentationen av smärtskattningsinstrument är inte självklar och klarare riktlinjer krävs.

Utifrån resultatet i denna litteraturöversikt framhålls vikten av att införa smärtskattning som en självklar övervakningsparameter. Vid varje avslutad anesthesi bör det finnas en ordination på smärtlindring under det kommande dygnet. Det är viktigt att tillåta föräldrarna att vara delaktiga i vården av sitt barn, de är en stor resurs.

## REFERENSLISTA

- Barnkonventionen. (2012). Hämtad från: [www.vgregion.se/barnkonventionen](http://www.vgregion.se/barnkonventionen)
- Barnkonventionen; FN:s konvention om barnets rättigheter. (2009) Stockholm: Unicef
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur
- Benner, P & Tanner, C A & Chesla, C. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Benner, P. (2002). Caring for the silent patient. *American journal of critical care*, 11(5)480-481.
- Dunder. (2012). Hämtad från: [www.vgregion.se/dunder](http://www.vgregion.se/dunder)
- Edwinson-Månsson, M & Enskär K. (2008). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Gimble-Berglund, I, Ljusegren, G & Enskär, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Pediatric nursing*, 20(10)21-24.
- Hallström, I & Lindberg, T. (2009). *Pediatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber
- Karling, M, Renström, M & Ljungman, G. (2002). Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta pediatrica*, 91,660-666.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur
- Mattsson, Y, Forsner, M & Arman, M. (2011). Uncovering pain in critically ill non-verbal children: Nurses' clinical experiences in the pediatric intensive care unit. *Journal of Child Health Care*, 15(3)187-198.
- McGuire, Deborah B. (1992) Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of pain and symptom management*, 7 (5)312-319.
- Melby, V. (2011). Acute pain relief in children: use of rating scales and analgesia. *Emergency nurse*, 19(6),32-37.
- Nilsson, S, Finnström, B, & Kokinsky, E. (2008). The FLACC behavioral scale for procedural pain assessment in children aged 5-16 years. *Pediatric Anesthesia*, 18,767-774.
- Nyberg, R. (2000). *Skriva vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och internet*. Lund: Studentlitteratur
- Olsson, G & Jylli, L. (2001). *Smärta hos barn och ungdomar*.

Lund: Studentlitteratur

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen, Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Pedersen, C & Bjerke, T. (1999). Pediatric pain management: A research-based clinical pathway. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 18(3) 42-51.

Ramelet, A-S. Rees, N-W. McDonald, S. Bulsara, M.K. Abu-Saad, H.H. (2007). Clinical validation of the Multidimensional Assessment of Pain Scale, *Pediatric Anesthesia*, 17, 1156-1165.

Rawal, N. (2000). *Postoperativ smärta behandling kvalitetssäkring och organisation*. Lund: Studentlitteratur

Salanterä, S. (1999). Finnish nurse's attitudes to pain in children. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 727-736.

Salanterä, S. Lauri, S, Salmi, T. & Aantaa, R. (1999). Nursing Activities and Outcomes of Care in the Assessment, Management and Documentation of Childrens Pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(6)408-415.

Simons, J & MacDonald, L. M. (2004). Pain assessment tools: children's nurses' views. *Journal of Child Health Care*, 8(4)264-278.

Simons, J & Moseley L. (2009). Influences on nurses scoring of childrens post-operative pain. *Journal of Child Health Care*, 13(2)101-115.

Socialstyrelsen. (2008-14). *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i Hälso- och Sjukvården*. Hämtad från: [www.socialstyrelsen.se/sosfs2008-14](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs2008-14).

Stapelcamp, C, Carter, B, Gordon, PhD & Watts, C. (2011). Assessment of acute pain in children: development of evidence-based guidelines. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 39-50.

Twycross, A & Powls, L. (2006). How do children's nurses make clinical decisions? Two preliminary studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1324-1335.

Twycross, A. (2006). What is the impact of theoretical knowledge on children's nurses post-operative pain management practices? An exploratory study. *Nurse Education Today*, 27, 697-707.

Twycross, A. & Collins, S. (2011). Nurses views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. *Pain management nursing*, vol no 1-9.

Twycross, A. (2010). Managing pain in children: where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2090-2099.

Utrikesdepartementet, Regeringskansliet. (2006). *Konventionen om barns rättigheter*. Stockholm: UD-PIK-INFO

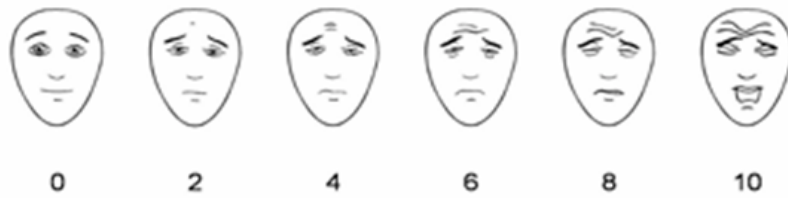
Wennström, B. (2011). *Experiences, symptoms and sign in 3-11 year-old children undergoing day surgery in the context of the perioperative dialogue.*

Werner, M. & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling.*  
Stockholm: Liber

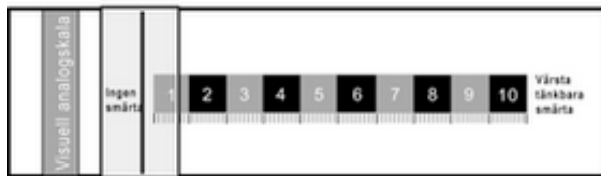
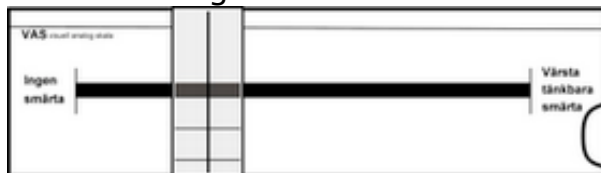
# BILAGA 1

## Bilaga 1 Smärtskattningsinstrument

### Ansiktsskala AS



### Visuell Analog Skala VAS



©28

## FLACC

Categories	Scoring		
	0	1	2
Face	No particular expression or smile	Occasional grimace or frown, withdrawn, disinterested	Frequent to constant frown, quivering chin, clenched jaw
Legs	Normal position or relaxed	Uneasy, restless, tense	Kicking or legs drawn up
Activity	Lying quietly, normal position, moves easily	Squirming, shifting back and forth, tense	Arched, rigid, or jerking
Cry	No cry (awake or asleep)	Moans or whimpers; occasional complaint	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints
Consolability	Content, relaxed	Reassured by occasional touching, hugging, or being talked to; distractible	Difficult to console or comfort

**Note:** Each of the five categories Face (F), Legs (L), Activity (A), Cry (C), and Consolability (C) is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10.

From Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3) 293-297.



## BILAGA 2

### Bilaga 2 Artikelpresentation/Matris

Författare /Titel	Land, Årtal	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Gimble-Berglund I Factors influencing pain management in children	Sverige, 2008	Att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskans smärthantering av barn	Kvalitativ metod Fakta analyserades angående mening och innehåll	21 sjuksköterskor som arbetade på en barnavdelning blev intervjuade med halvstrukturerade intervjuer	Hur sjuksköterskor behandlar smärta hos barn påverkas av samarbetet med läkarna, med barnen. Det påverkas även av barnens beteende, rutiner i organisationen och sjuksköterskans erfarenhet och kunskap.
Karling M, Renström M, Ljungman G Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey	Sverige, 2002	Att utvärdera förekomsten av akut smärta hos barn, omfattningen av och orsaker till; otillräcklig smärtlindring, behandlingsmetoder, smärtbehandlingsstruktur och behoven av utbildning för smärtlindring	Kvantitativ metod svensk nationell översikt	Två identiska frågeformulär, ett till sjuksköterskor (vårdenhetschef eller sjuksköterska) och ett till läkare (ansvarig för smärtbehandling) skickades ut runt om i Sverige. Frågeformulären skickades till totalt 395 avdelningar	Måttlig till svår smärta hittades oftare på avdelningar med färre barn, men mindre bekymmer på avd med anestesi/postop inriktning. *45 % läkare o ssk tyckte att smärtbehandlingen kunde varit mer effektiv. *Otillräcklig ordinationer av läkarna var stort bekymmer *Oroliga barn, rädda föräldrar, barn som inte säger till, dålig kommunikation är några vanliga saker som leder till o-adekvat smärtbehandling *Regelbunden smärtskattning utfördes på 43 % av avd. men bara 36 % hade uppföljning med 3 timmars intervall. *Kunskapsbehov av farmakologi o analgetika spec. hos ssk men också hos läkare.
Mattsson J Uncovering pain in critically ill nonverbal children; Nurses clinical experiences in pediatric pain intensive care unit	Sverige, 2011	Att belysa kliniska erfarenheter av smärta inom intensivvården genom att beskriva sjuksköterskors förnimmelse av smärta hos icke talande, kritiskt sjuka barn mellan 2-6 år	En kvalitativ metod Ett fenomenologiskt tillvägagångssätt	Intervjuer med sjuksköterskor som var utbildade inom barn och intensivvård. 17 sjuksköterskor (13 kvinnor, 4 män), de hade arbetat inom professionen mellan 5-32 år (på denna avdelning mellan 3 mån – 28 år)	Analysen blev 3 huvudkategorier som beskriver sjuksköterskors förnimmelse av icke talande, kritiskt sjuka barns smärtuttryck *Förändringar i mätbara parametrar; ökat bltr, puls och andningsfrekvens, sjunkande saturation *Förnimd muskelspänning; synlig spänd kropp, kännbart spänd kropp *Förändrat beteende; observation av kroppslig förändring, kommunikativ förändring (ev. påverkan av ssk erfarenhet)
Melby V Acute pain relief in children: use of rating scales and analgesia Acute pain relief in children: use of rating scales and analgesia	England, 2011	Diskuterar olika smärtskattningsinstrument för barn	En litteraturstudie	Framgår inte	Här dras slutsatsen att ett utbildningsprogram för akutsjuksköterskan kan ges för att öka deras medvetenhet om hur smärta bäst skattas hos barn.

<p>Pederson C, Bjerke T</p> <p>Pediatric pain management: A research – based clinical pathway</p>	<p>USA, 1999</p>	<p>Riktlinjer för smärthantering av barn</p>	<p>En kvantitativ beskrivande undersökning</p>	<p>27 barnIVA - sjuksköterskor, 26-43 år 1-20 års erfarenhet 14 platser/BIVA mest postop – trauma patienter</p>	<p>Sjuksköterskorna angav att deras kunskaper vad gäller smärthantering av barn fick de från avdelningen där de arbetade 89 %, kliniskt arbete efter utbildning 70 %, konferenser och under sjuksköterskeutbildningen 15 %.</p>
<p>Salanterä S</p> <p>Finnish nurses attitudes to pain in children</p>	<p>Finland, 1999</p>	<p>Utforska attityderna hos finska sjuksköterskor angående smärta hos barn</p>	<p>En kvantitativ metod</p>	<p>41 frågor till 303 sjuksköterskor på 5 större sjukhus i Finland. Sjuksköterskorna var mellan 20-59 år och hade en arbetslivserfarenhet på 0,5 – 35 år</p>	<p>Sjuksköterskornas attityder påverkar inte en effektiv smärtlindring, inte heller sjuksköterskans ålder, utbildning, erfarenhet, arbetsplats eller kompetensområde hade någon signifikant effekt på sjuksköterskans attityd till smärtlindring. Sjuksköterskans attityder till smärtlindring är i huvudsak positiv men med viss variation i hur de upplever att de faktiskt kan ge vård av god kvalitet för att kontrollera barns smärta. Mer utbildning till sjuksköterskorna för att ge ökade kunskaper om behandling av smärta hos barn.</p>
<p>Salanterä S, Lauri S, Salmi T, Aantaa R</p> <p>Nursing Activities and Outcomes of Care in the Assessment, Management and Documentation of Children's Pain</p>	<p>Finland, 1999</p>	<p>Hur sjuksköterskor bedömer och dokumenterar barns smärta. Hur är sjuksköterskors egen syn på bedömning och dokumentation</p>	<p>En kvantitativ metod</p>	<p>303 sjuksköterskor som ingår i en större studie. 11 frågor om smärtbedömning 7 frågor om dokumentation Granskning av 50 journaler/barn som genomgått appendectomi. Smärtbedömning på opdag + 2</p>	<p>Sjuksköterskans smärtskattar främst genom att observera barnets beteende och fysiologiska förändringar. Smärtskattningsinstrument används sällan och sjuksköterskan känner dåligt till vilka instrument som finns att tillgå. Dokumentationen av smärta är inte systematisk och stöder inte kontinuiteten i vården. Behov finns för utbildning av smärtbedömning och även dokumentation av smärta.</p>
<p>Simons J, Moseley J</p> <p>Influences on nurses scoring of children's postoperative pain Influences on nurses scoring of children's postoperative pain</p>	<p>England, 2009 England, 2009</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors smärtskattning av barn de första 24 postoperativa timmarna</p>	<p>En retrospektiv journalgranskning VAS, Ansiktsskala och FLACC användes En retrospektiv journalgranskning VAS, Ansiktsskala och FLACC användes</p>	<p>95 barnavdelningar på 80 sjukhus, 175 barn var med i undersökningen</p>	<p>En fjärdedel av barnen hade ingen smärtskattning dokumenterad under det första postoperativa dygnet. När smärtskattningsinstrument användes dokumenterades smärntintensiteten mer. Barn under fem år och barn som genomgått bukkirurgi smärtskattades oftare. Sjuksköterskor med tillgång till ett gemensamt dokument för vitalparametrar och smärtskattning visade sig både smärtskatta och dokumentera barnets smärtvärde oftare än de med separata dokument.</p>

<p>Simons J, MacDonald L</p> <p>Pain assessment tools: children's nurses' views</p>	<p>England, 2004</p>	<p>Att introducera smärtskattningsverktyg på sjukhuset, i nuläget användes inte det</p>	<p>En kvantitativ studie En beskrivande studie</p>	<p>Frågeformulär till 100 sjuksköterskor på ett sjukhus med plats för 300 patienter, 51 % svarsfrekvens</p>	<p>Av sjuksköterskorna hade 61 % inte något favorit smärtskattningsinstrument, 39 % hade en favorit bl.a. FLACC, CHEOPS. De trodde sig behöva 2 timmars utbildning vid införande av smärtskattningsinstrument. Hinder för införandet ansågs i första hand vara sjuksköterskornas kunskap/utbildning. 69 % ansåg att det bör vara samma instrument på hela sjukhuset. 73 % trodde att dokumentationen av smärtskattning/behandling skulle förbättras vid införandet av smärtskattningsinstrument.</p>
<p>Twycross A, Collins S</p> <p>Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain</p>	<p>England, 2011</p>	<p>Att ta fastställa sjuksköterskors åsikter om faktorer och barriärer för att effektivisera smärtbehandlingen</p>	<p>En kvalitativ metod</p>	<p>Intervjuer med 30 sjuksköterskor som delades in i 2 fokusgrupper. Sjuksköterskorna fick skriva ner sina svar</p>	<p>* Det används flertalet smärtskattningsmetoder som bl.a. olika smärtskalor, observation, kroppsspråk, hjälp av föräldrar * Här framkom vad som kan hjälpa sjuksköterskorna till en adekvat smärtskattning / behandling: Att använda smärtskattningsinstrument, Utvärdera smärta efter given smärtbehandling, smärtanamnes, mer tid, utbildning för sjuksköterskor Viktigt också att läkarna skriver ner rätt smärtlindrings ordination.</p>
<p>Twycross A</p> <p>What is the impact of theoretical knowledge on children's nurses' post- operative pain management practices? An exploratory study What is the impact of theoretical knowledge on children's nurses' post- operative pain management practices? An exploratory study</p>	<p>England 2006</p>	<p>Hur tillämpar sjuksköterskor sina teoretiska kunskaper i praktiken när de hanterar smärta hos barn</p>	<p>En kvalitativ metod Observationsstudie</p>	<p>13 sjuksköterskor på en barnkirurgisk avdelning för barn 0-16 år</p>	<p>Det fanns ingen positiv relation mellan sjuksköterskans teoretiska kunskaper och hur väl de faktiskt hanterade smärta hos barn. Sjuksköterskan verkade inte rutinmässigt tillämpa teoretiska kunskaper i praktiken.</p>