



Smertebehandling av barn

Tar vi dem på alvor?

Pain management of children

Do we take them seriously?

Kandidatnummer: 12

VID vitenskapelig høgskole

Campus

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i akuttmedisinsk sykepleie

Kull: 2018-2020

Antall ord: 4394

Dato (17.04.20)

Sammendrag

Innledning

Mangelfull smertelindring av barn med akutte smerter har fått internasjonal oppmerksomhet, men til tross for dette får ikke barn med akutt smerte den samme smertelindringen som voksne med samme smertetilstand.

Problemstilling

Hvilke tiltak kan bidra til lindring av akutte smerter hos barn?

Metode

Oppgaven er en litteratur studie som tar utgangspunkt i relevant forskning hentet fra primærstudier. Bøker og pensum litteratur er også brukt i oppgaven. Det er foretatt systematiske søk i aktuelle databaser.

Resultat

Barnet skårer egen smerte høyere enn leger og foreldre. Foreldre er nærmere barnets smerteskår enn legen. Smerteskåringsverktøy brukes i noen grad av legevaktsleger, men bruken har forbedringspotensiale, spesielt til mindre barn. Syttifem % av legene syntes det var vanskelig å vurdere barns smerter. Mangel på tilgjengelige ressurser angis av helsepersonell å være den viktigste årsaken til mangelfull smertelindring. Regelmessig undervisning, tilgjengelige retningslinjer og rutiner er et behov blant helsepersonell. Av barn hentet i ambulanse opplevde 90,1 % klinisk betydelig smerteskår, de oppgir å ha farmakologiske og ikke farmakologiske smerteprosedyrer tilgjengelig. Sykepleierne kunne tatt en mer aktiv rolle i smertebehandlingen. Sykepleierne har holdninger og barrierer som hindrer dem i å gi effektiv smertebehandling.

Konklusjon

Gode engasjerte ledere på arbeidsplassene som følger lover og forskrifter, sammen med helsearbeidere som er opptatt av faglig kvalitet på tjenesten, vil kunne føre til forbedring. Det er fortsatt en vei å gå når det gjelder smertelindring av barn.

Nøkkelord: Smertebehandling, smertevurdering, Holdninger/barrierer, barns smerteopplevelse

Abstract

Introduction

Defective pain relief for children with acute pain has received international attention, but despite this, children with acute pain do not receive the same pain relief as adults with the same pain condition.

Issues

What measures can help to alleviate acute pain in children?

Method

The thesis is a literature study that is based on relevant research derived from primary studies, books and syllabus literature is also used. Systematic searches have been made in relevant databases.

Result

The child scores his own pain higher than doctors and parents. Parents are closer to the child's pain score than the doctor. An analysis of how this affects the doctor's administration of pain killers. Pain cutting tools are used to some extent by emergency room doctors, but the use has the potential for improvement, especially for smaller middle-aged children. About 75% of the doctors found it difficult to assess children's pain. Lack of available resources is stated by health professionals to be the main cause of defective pain relief. Regular teaching, available guidelines and routines are a need among health professionals. Children admitted to the ambulance experienced 90.1% of clinically significant pain scores, the ambulance has pharmacological and non-pharmacological pain procedures available. Nurses could take a more active role in pain management. Nurses have attitudes and barriers that prevent them from providing effective pain management.

Conclusion

Well committed leaders in the workplace who follow laws and regulations, along with health care professionals who are professional in quality of the service, could lead to improvement. There is still a way to go when it comes to pain relief for children.

Keywords: Pain Management, Pain Assessment, Attitudes / Barriers, Children's Pain Experience

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1 Problemstilling | 2 |
| 1.2 Hensikt med oppgaven | 2 |
| 2. Metode | 3 |
| 2.1 Litteratursøk | 3 |
| 2.2 Utvelgelse av artikler | 5 |
| 2.3 Analyse | 5 |
| 3. Resultat | 7 |
| 3.1 Barns opplevelse av smertelindring | 7 |
| 3.2 Eksisterende barrierer og holdninger til helsepersonell | 8 |
| 3.3 Smertevurdering | 9 |
| 3.4 Smertebehandling | 9 |
| 4. Diskusjon | 13 |
| 4.1 Barns smertebehandling er mangelfull | 13 |
| 4.2 Faktorer til hindrer for god smertelindring | 14 |
| 4.3 Å avdekke smerte | 16 |
| 4.4 utfordringer med smertebehandlingen | 17 |
| 5. Konklusjon | 18 |
| Litteraturliste | 19 |

Vedlegg 1 – PICO Skjema

Vedlegg 2 – Søkehistorikk skjema

Smertelindring av barn, tar vi dem på alvor?

1. Innledning

«I henhold til etiske aspekter og et menneskerettsperspektiv er selve gullstandarden at smertelindring skal være basert på barnets egen opplevelse av smerten» (Brudvik et al 2016, s.143). Mangelfull smertelindring av barn i kontakt med helsevesenet, har fått internasjonal oppmerksomhet, men til tross for dette eksisterer det fortsatt en felles oppfatning om at barns smerter blir undervurdert (Moutte, Brudvik & Morken, 2015, s. 2). International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med vevsødeleggelse eller beskrives som dette» (Norsk legemiddelhandbok, 2016). Barn med akutt smerte får ikke nødvendigvis den samme smertelindringen som voksne med samme type smertetilstand (Brudvik, Moutte, Baste & Morken, 2016, s. 3). Barrierer og ulike utfordringer, gjør at sykepleierne ikke klarer å tilrettelegge for effektive tiltak for smertebehandling, i møte med den pediatriske pasienten (Twycross & Collins, 2013, s. 165). Negative holdninger til barns smerter, motstand mot endring i tråd med kunnskapsutvikling, manglende bruk av smerteskåringsverktøy, samt engstelse for bivirkninger, kan være noen av de medvirkende årsakene (Twycross et al., 2013, s.165). Smerten er et subjektivt fenomen, som er sammensatt av psykologiske og fysiologiske komponenter, der pasientens egen opplevelse må legges til grunn for hva som er smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Smerteopplevelser i tidlig alder påvirker nervesystemet, og kan virke negativt inn på barnets smerteterskel og bidra til helserelatert angst senere i livet (Johansen, Blinkenberg, Arentz-Hansen & Moen, 2018). Tidlig og god smertelindring forsinker ikke sykdomsforløpet, og kamuflerer ikke årsaken til smerteutbrudd (Johansen et al., 2016). Helsepersonell må ha kunnskaper om barnets smerteklinikk og hvordan smerter kan påvirke blodtrykk og puls, respirasjons frekvens, oksygen metning og hud. Smertelindring av barn er sammensatt og retter seg mot medikamentelle tiltak i kombinasjon med ikke medikamentelle tiltak (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). De ulike medikamentelle tiltakene må alltid doseres ut ifra barnets vekt (Johansen et al., 2016). De ulike medikamentene vil ikke bli ytterligere beskrevet, på grunn av oppgavens begrensninger. Ikke medikamentelle tiltak kan være støtte fra foreldre og helsepersonell.

De ikke medikamentelle tiltakene er svært viktig fordi frykt, redsel og utmattelse forsterker smerteopplevelsen (Grønseth & Markestad, 2017, s.167). For å skape tillit til barnet, kan den innledende samtalen starte med å snakke med barnets kosedyr, eller be om å få se på barnets leke. Hvis barnet er engstelig, kan barnet få være i fred, mens det skapes god atmosfære med foreldrene (Gulbrandsen & Finset, 2019, s. 104). Erfaringer viser at pasienter kan få god smertelindring når de stoler på at andre mestrer situasjonen for dem (Gulbrandsen & Stubberud, 2016, s. 186).

Avledning i forskjellige former som bruk av nettbrett, bøker, tv eller såpebobler kan redusere følelse av angst og smerte (Trottier et al., s.241).

Smertevurdering innebærer å vurdere om barnet har smerter. Hvor smertene er lokalisert, smerteintensiteten og hvordan den oppleves av barnet, foreldre må lyttes til (Grønseth & Markestad, 2017, s.168). Det finnes ulike smertevurderingsverktøy tilpasset barn på forskjellige alders og utviklings trinn (Grønseth & Markestad, s. 169). Disse vil ikke bli beskrevet ytterligere.

1.1 Problemstilling

Hvilke tiltak kan bidra til lindring av akutte smerter hos barn?

Oppgaven avgrenses til barn fra 3-16 år med akutte smerter som er i kontakt med ulike instanser i akuttmedisinsk kjede, som akuttmottak, barneavdeling, ambulanse og legevakt. Barn under tre år inkluderes ikke i oppgaven fordi smertevurdering av de minste barna krever noe annen kompetanse enn for barn med språk (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168).

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hva som framkommer av forskning vedrørende smertelindring av barn med akutte smerter. Økt bevissthet rundt temaet og økt kompetanse på området kan bidra til at barn med smerter får bedre smertelindring i møte med helsetjenesten. Dersom helsepersonell har fokus på å nyttiggjøre seg av kunnskapen som kommer fram, vil dette samlet sett kunne føre til at smertelindring av barn får økt oppmerksomhet og bidra til forbedret praksis.

2. Metode

En litteraturstudie er en gjennomgang av eksisterende forskning innen et gitt område. Visse kriterier skal oppfylles for at det skal defineres som en litteraturstudie. Det skal være tydelig problemstilling, og formålet med studien skal defineres. Søkestrategier for å finne primære studier skal anvendes og beskrives, og det skal gjøres en analyse av resultatene. Sjekklistene benyttes, diskusjon og konklusjon må være tilstede (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s.103-104).

2.1 Litteratursøk

Søkeprosessen pågikk fra desember 2019 til januar 2020. I starten ble det reflektert rundt et tema, som var relevant for klinisk praksis, og som hadde et pasientperspektiv. PICO-skjema ble utarbeidet (Se vedlegg 1).

Søk ble utført i ulike databaser: Cinahl, SweMed +, Pub Med og Oria. Disse ble valgt på bakgrunn av at de er databaser innen medisin og helsefag, hvor forskning rundt aktuelle tema finnes (Helsebiblioteket, 2016). For å få en oversikt over skandinaviske artikler ble det søkt i SweMed+. Flere aktuelle artikler ble funnet, men ved bruk av sjekklistene hentet på helsebibliotekets nettsider, ble de ekskludert.

Det ble søkt opp ulike MeSh i helsebiblioteket. MeSh ord var: child, pediatric, pain management, pain measurement, acute pain, nurses, emergency service.

Søkeord var: children, infant, pain relief, pain assessment, emergency department, emergency care, emergency room, screening tools og fractures. De boolske operatorene AND, OR ble brukt i kombinasjonene med de ulike emneordene i databasene (Søk og Skriv, 2019).

Søk i Oria med søkekombinasjonen pedriatric AND nursing AND pain assessment, begrenset til fagfellevurdering, siste 5 år, gav 8122 treff. Dette søket ble videre kombinert med fractures, noe som gav 742 treff. Videre avgrensing med åpen tilgang og humans gav 188 treff. Her ble treffene gjennomgått, og to artikler ble funnet her. Søk i Pub Med med søkekombinasjon screening tools AND emergency service AND pediatric or child videre avgrenset til abstract, fulltekst, siste 5 år, barn fra 6-12 år, gav 79826 treff. Søk ble videre kombinert med søkeord acute pain, dette gav 490 treff. Søk avgrenses videre med fagfellevurdering, dette gir 67 treff som blir gjennomgått. Søk i Cinahl med søkekombinasjonen child AND pain measurement gav 3922 treff. Ved å kombinere søket med AND emergency care, og begrensning til fagfellevurdering, fulltekst, siste 10 år, akademiske tidsskrift, snevres det inn til 61, hvorav en inkluderes.

Inklusjonskriterier var barn fra 3 år og oppover med akutt smerte. Artikler fra prehospital tjeneste og akuttmottak er tatt med da disse tjenestene går i hverandre ved søk i databaser. Eksklusjons kriterier var voksne og spedbarn. Kronisk smerte ble ekskludert.

2.2 Utvelgelse av artikler

Artiklene er valgt ut på bakgrunn av søk med utvalgte søketermer i de ulike data basene. Søkene er videre snevret inn med begrensning på ikke eldre enn 5-10 år. Artiklene er videre valgt fordi de er publisert på engelsk. Det er lagt inn begrensning til fagfelleverderte artikler/tidsskrifter. Filter er også benyttet for å få fram originalartikler. Det var et krav at artiklene skulle være skrevet i IMRAD-struktur. Sjekklistene fra Helsebiblioteket ble brukt i utvelgelse. Fokus har vært på om resultatene har vært troverdige og om resultatene kan være til hjelp i praksis. Det ble foretatt søk på artiklens ISSN nummer i norsk senter for Forskningsdata. Dette for å sjekke om artiklene var publisert i anerkjente tidsskrift. Alle tidsskriftene var på nivå plassering 1 i 2020.

Etiske retningslinjer er fulgt i alle de fem utvalgte artiklene. De etiske komiteene har vært kontaktet, og har godkjent studiene. Det er innhentet skriftlig samtykke, og det er informert om retten til å trekke seg, der de har benyttet spørreskjemaer. Lov om organisering av forskningsetisk arbeid, skal bidra til at all forskning gjennomføres i henhold til forskningsetiske normer (forskningsetikkloven, 2017, § 1.).

2.3 Analyse

«Data som er samlet inn må analyseres og tolkes» (Jensen et al., s. 29, 2019). Analyse prosessen startet med å identifisere nøkkelfunn, fra hver av de utvalgte artiklene. Først leste jeg gjennom resultatkapitlet i hver artikkel. Deretter prøvde jeg å finne nøkkelfunn ut ifra disse resultatene. For å få til dette, satte jeg resultatene fra artiklene inn i en tabell. Innholdet i resultatene ble kodet, kategorisert og til slutt tematisert. Det gjelder å få et overblikk over temaene som primærstudiene omfatter, å starte prosessen med å trekke ut fremvoksende temaer. Et primærstudie kan levere data til flere temaer (Jensen et al., s. 29, 2019). Temaene var å definere som nøkkelfunn. Eksempelvis fra artikkel til Brudvik et al., (2016) var resultatet at leger undervurderte barns smerter, halvparten av barna får smertestillende ved sterke smerter. Her koder jeg fra resultatet, egen vurdering, helsepersonells vurdering, dette ble så til kategori: utfordring med smertelindring, selve tema ble til slutt opplevelse av smertelindring.

De andre fire artiklene ble gjennomgått på samme måte. Fem nøkkelfunn peker seg ut fra de fem primær studiene, men disse slås sammen til fire, i en ny tabell. I denne tabellen ble nøkkelfunnen fra de ulike resultatene fra hver artikkel satt opp med forskjellige farger. Ut ifra disse ulike fargekodene kunne jeg se likheter og ulikheter mellom studiene.

Nøkkelfunnene ble barns opplevelse av smertelindring, eksisterende barrierer og holdninger hos helsepersonell, smertevurdering og smertebehandling. På denne måten kom det fram hva som var gjennomgående, og beskrev artiklenes funn i sin helhet.

Likheter mellom funnene er felles erkjennelse om mangelfull smertelindring, og behovet for forbedret praksis. I alle studiene påpekes foreldrenes betydning i smertelindringen. Alle artiklene vektlegger smertevurdering via smerteskåringsverktøy. Samtlige artikler nevner ikke medikamentelle tiltak, og medikamentelle tiltak. Mangelfulle retningslinjer, prosedyrer og helsepersonells opplevelse av ikke å ha nødvendig kunnskap sammenfaller også i alle studiene.

Ulikheter mellom studiene er de forskjellige landene hvor studiene gjennomføres. Ulikheter mellom arenaene i den akuttmedisinske kjeden kommer også fram. Det er stor forskjell på inkluderte informanter i studiene, og derav studienes størrelse. Det er også forskjeller i studienes design.

3. Resultat

Fem primærartikler er inkludert i studien derav tre tverrsnittstudier, en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju og en retrospektiv kohort studie. Alle artiklene er publisert i anerkjente utenlandske tidsskrifter. De bygger på funn fra siste ti år.

3.1 Barns opplevelse av smertelindring

I artikkelen til Jennings et.al., (2015), oppnådde 82,2 % av barna smertereduksjon av klinisk betydning og 78,8 % av barna med smerte, fikk et smertestillende middel.

I artikkelen til Brudvik et al., (2016) kommer det fram at knapt halvparten av barna med sterke smerter (42,2 %) basert på legens vurdering, får smertelindring. I artikkelen til Jennings et al., (2015) oppgir 82,2 % av barna at de oppnår klinisk betydelig smertelindring. I artikkelen til Brudvik et al., (2016) er det bare 14,3 % av barna som får smertelindring, basert på eget smerte skår. Dersom dette sammenlignes viser funnene at barna som hentes i ambulanse oppnår større grad av smertelindring, enn de som vurderes av lege på legevakten, og at barna i liten grad får smertelindring, basert på egen smerteopplevelse ved legevakten.

I artikkelen til Brudvik et al., (2016) viser også funn at legene gav smertelindring til barn som oppgav gjennomsnittlig smerteskår på 4,9 mens i Jennings et al., (2015) gav ambulansesarbeideren smertestillende til barna med smerteskår over 3. En sammenligning av disse funnene viser at ambulanse personell har lavere terskel for å gi smertelindring enn legevaktslegene.

3.2 Eksisterende barrierer og holdninger til helsepersonell

Artikkel av Twycross et al., (2013) viser at sykepleiere opplever barrierer som hindrer dem i å håndtere barns smerter. Mangel på tid og for stor arbeidsbelastning og mangel på personell oppgis å være årsak. En annen årsak er frykt for overdosering. Sammenlignet med artikkelen til Brudvik et al., (2016) oppgis tidsbegrensninger og bekymring for redusert produktivitet og effektivitet, samt overdosering også som faktorer som bidrar til mangelfull smertelindring av barn (Brudvik et al., 2016, s. 138).

I artikkelen til Twycross et al., (2017) oppleves mangel på kjennskap til prosedyrer som en barriere for sykepleierne, og de opplever et behov for utdanning i smertebehandling. I artikkelen til Moutte et al., (2015) oppgir legene det samme behovet for smertevurderings prosedyrer, og mer kunnskap. Det samme kommer fram i artikkelen til Trottier et al., (2015) hvor tilgjengelighet av retningslinjer og utdanning var et behov for både leger og sykepleiere (Trottier et al., 2015, s. 240).

Helsepersonells holdninger viser seg og ha en innvirkning på smertelindring av barn (Twycross et al., 2017, s.167). Dersom sykepleiere hadde en positiv holdning til smertelindring, resulterte dette i god praksis. Dersom de anså smertelindring som lite viktig, bidro dette til en barriere for optimal praksis. Sykepleiere har utdaterte oppfatninger om at barn må tåle smerte, og at det er barnas ansvar å gi beskjed om at de opplever smerte (Twycross et al., 2013, s.167). Sammenlignet med artikkelen til Brudvik et al., (2016) gir ikke legene smertestillende før de skårer 4,9 på smerteskala, dette kan tyde på at leger også har en oppfatning om at barn må tåle noe smerte. I artikkelen til Twycross et al., (2013) forventer sykepleierne at foreldrene rapporterte om sitt barns opplevelse av smerte, og at de hadde en rolle i å distrahere barna vekk fra smerteopplevelsen, i form av trøst og lek (Twycross & Collins, 2013, s. 167). I artikkel til Brudvik et al., (2016) viser funnene at foreldrenes oppfatning av barnets smerte er av stor betydning fordi de er i stand til å tolke sitt barns smerteuttrykk.

3.3 Smertevurdering

Moutte et al., (2015) omhandler legers bruk av smerteskala og behandlingsprosedyrer blant barn og unge på legevakt. Legene rapporterte om behov for smertevurderingsprosedyrer hos barn og unge (Moutte et al., 2015, s. 3). I artikkelen til Jennings et al., (2015) blir alle barna som blir hentet i ambulanse vurdert med smertekartleggingsverktøy. I artikkelen til Twycross et al. (2013) viser resultatet av studien at smertevurderingsverktøy vil hjelpe helsepersonellet til å håndtere smerter mer effektivt, og at det er behov for bedre vurderingsverktøy og scoringssystem (Twycross et al., 2015, s.169). I artikkelen til Trottier et al., (2015) er enten Verbal numerisk skala i bruk, eller Face pain rating scale. Disse ble mest brukt i triage, (87%), og under medisinsk vurdering, (67 %) i akuttmottakene. Artikkelen til Moutte et al., (2015) viser at legevakten i mindre grad bruker smerteskåringsverktøy sammenlignet med ambulanse og akuttmottak.

3.4 Smertebehandling

I artikkelen til Trottier et.al., (2015) framkommer det at plassering i foreldrenes fang for å skape trygghet i situasjonen er avgjørende, og at foreldrene hadde en viktig rolle. I artikkelen til Jennings et al., (2015) har ambulanse personellet en rekke ikke farmakologiske smertebehandlingsstrategier tilgjengelig, uten at dette utdypes ytterligere. Trottier et al., (2015) har gjennomført studien hvor det fokuseres på smertebehandling, i form av både medikamentell og ikke medikamentell behandling av barn. Når det gjaldt medikamentell smertebehandling, var det bare 13 % av legene, og 53 % av sykepleierne som hadde tilgang på klare retningslinjer og jevnlig øvelser i smertebehandling. I studien til Twycross et al., (2013) antydte sykepleierne at medisinsk personale trengte å utdanne seg fordi de ikke var spesielt trent i pediatri. De savnet spesifikk kunnskap om farmakologiske intervensjoner (Twycross et al., 2013, s.169). I artikkelen til Moutte et al., (2015) kommer det fram at mange feil oppstår ved medikament forskrivning til barn. Barnets mål veies før medikamentet gis, og vekt må ikke bare oppgis av foreldre.

Prosedyrer for spesifikk vurdering og behandling nevnes her, som alternative smertestillende til barn, orale oppløselige tablettar med smak o.l. Av legene oppgir 91 % at de ønsket fast prosedyre for behandling av smerter hos barn (Motte et al., 2015, s. 8).

Når det gjaldt de ikke medikamentelle tiltakene, mente de fleste at det var enkelt å implementere det de ikke benyttet (Trottier et al., 2013, s.239).

Presentasjon av artikler

| Forfatter/tittel/ Årstall/Tidsskrift/ land | Hensikt med studiet | Design | Utvalg | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| <p>Brudvik, C., Moutte, S-D., Baste, V. & Morken, T. (2017). <i>A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting</i> Emergency Medical journal Norge</p> | <p>Målet var å sammenligne smertevurderinger av barn med smertetilstander, hvordan de vurderte egen smerte, kontra foreldrenes og legens administrasjon av smertestillende</p> | <p>Tverrsnittstudie</p> | <p>243 barn mellom 3 og 15 år, som ble behandlet ved Bergen legevakt i 2011. Barnets smertenivå ble målt ved hjelp av alderstilpassende skalaer, mens foreldre og leger brukte numerisk smerteskala</p> | <p>Legene vurderte barnets gjennomsnittlige smerter som NRS=3,2. Foreldrenes vurdering var høyere NRS= 4,8. Barnas egen vurdering var NRS =5,5. Legevaktslegen undervurderte barns smerte. Når legen opplevde liten samstemning mellom barnets opplevde smerte og den medisinske tilstanden, økte avviket mellom smertevurderingen. Foreldrene undervurderte barnets smerte, men vurderingene deres var nærmere barnets opplevde smerte enn legenes</p> |
| <p>Jennings, P.A., Lord, B. & Smith, K. (2015). <i>Clinically meaningful reduction in pain severity in children treated by paramedics: a retrospective cohort study</i> The american journal emergency medicine: Philadelphia Australia</p> | <p>Hensikten med studiet var å identifisere faktorer forbundet med sannsynlighet for å lykkes med klinisk betydningsfull smertereduksjon av smertens alvorlighetsgrad i ambulansen.</p> | <p>Retrospektive kohortstudie, fra årene 2008-2011.</p> | <p>Pediatriske pasienter, 92378 barn fra 14 år og nedover, hentet og behandlet i ambulanse av paramedikere.</p> | <p>Barna som ble fulgt av paramedikere i ambulansen oppnådde 82,2 % betydelig smertereduksjon. Barna som oppnådde en betydelig smertereduksjon, presenterte en høyre median (IQR) initial smerte skår enn gruppen som ikke gjorde. (7 [5-8] vs 5[4-7], P <0,001. Nesten alle barn som rapporterte om sterk smerte 91,7 % fikk et smertestillende medikament.</p> |

| Forfatter/tittel/årstall/tidsskrift/land | Hensikten med studiet | Design | Utvalg | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| Twycross, A. & Collins, S. (2013). <i>Nurses Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management and Pediatric Pain</i> Pain management nursing England | Målet var å få frem sykepleiernes opplevelse av barrierer og tilrettelegge for effektiv smertelindring. Få frem sykepleiers oppfatning av hvor godt smerte blir vurdert og håndtert, og hva som hindret dem i å gi effektiv smertelindring, og hvor nyttig de opplevde sykehusets retningslinjer. | Kvalitativt studie med fokusgruppe intervju | 30 sykepleiere ved et sykehus i Nord England | Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Forfatteren identifiserte tilbakevendende svar. Smertevurdering og håndterings praksis, barns og foreldres involvering i smertebehandling, barrierer for å vurdere og håndtere smerter effektivt. Hva kan hjelpe sykepleieren til dette. Nyttien av sykehusets retningslinjer. |
| Moutte, S-D., Brudvik, C. & Morken, T. (2015). <i>Physicians's use of pain scale and treatment procedures among children</i> Emergency Medicine Norge | Hensikten med studien var å tilegne seg kunnskap om hvordan smerter hos barn kan måles og håndteres av legevaktsleger | Tverrsnittstudie | Syttifem legevaktsleger ved Bergen legevakt | Leger på legevakt rapporterer om behov for smertevurderingsprosedyrer for barn og unge. De bruker smerteskala i 59 % av tilfellene hos barn og unge fra 9-19. Og i 23 % av tilfellene til barn i aldrene 3-8 år. Legene stolte på foreldrenes vektestimering, noe som ikke alltid stemmer med barnets vekt. |
| Trottier , E.D., Ali, S. Le May, S. & Gravel, J. (2015). <i>Treating and Reducing Anxiety and Pain in the Paediatric Emergency Department: The TRAPPED survey</i> Pediatric Child Health Canada | Å bestemme tilgjengelighet på prosedyrer, strategier og ressurser for å håndtere smerte og angst hos barn, i forbindelse med behandling i canadiske akuttmottak | Tverrsnittstudie | Alle sykehus i Canada som var medlem av forening for leger i barneforskning. (PERC). Dette inkluderte 15 sykehus i 8 canadiske provinser. | Det var stor variasjon i smerte strategier i canadiske akuttmottakene. Flere av de ikke medikamentelle og ikke medikamentelle tiltakene, mente de var enkle å implementere. Dette var posisjonering på foreldrenes fang, distraksjon, lokal bedøvelse, og medikamenter. Få leger og sykepleiere rapporterte tilgjengeligheten av kliniske retningslinjer, alle respondentene anså dem for å enkle å implementere. |

4. Diskusjon

4.1 Barns smertebehandling er mangelfull

I denne delen av oppgaven belyses de ulike tiltakene knyttet til smertelindring av barn. Funn fra artiklene bygger alle på en felles oppfattelse om at smertelindring av barn og unge ved akuttbehandling i helsetjenesten er utilstrekkelig. Barn skårer egne smerter høyere enn legene og foreldrene (Brudvik et al., 2016, s.138). Dersom funnene i dette studiet stemmer, vil det si at barn ikke får smertelindring som samsvarer med sine smerter. Barnet som er en av de mest sårbare pasientgruppene vi har, blir ikke godt nok ivaretatt. Konsekvensene av å fortsette som vi gjør, kan skape barn med helseangst og utrygghet for framtiden.

Sammenlignet med artikkelen til Jennings et al., (2015) får 90,1 % av barna som rapporterte om sterke smerter, med smerteskår mer enn 3, et smertestillende medikament av ambulansesarbeidere som behandlet barna. Ifølge studien har ambulansespersonellet en rekke farmakologiske og ikke farmakologiske smertebehandlings strategier tilgjengelig (Jennings et al., 2015, s. 1). Dette kan støtte oppunder om at tydelige retningslinjer, vedrørende smertelindring, er avgjørende for en god klinisk praksis. Dersom ambulansesarbeideren er bedre på smertelindring, hvorfor er det slik at noen er bedre på dette enn andre? Hvorfor er det slik at ikke legevakten kan vise til like gode tall? En tanke her er at tverrfaglig utveksling kunne være hensiktsmessig. Ikke bare mellom legevakt og ambulanse, men mellom alle de forskjellige instansene som har barn i behandling.

Vi burde kunne hente kunnskap oss imellom, til det beste for barnet. Det å hente kunnskap fra kollegaer og deres retningslinjer og prosedyrer vet vi kan være nyttig (Helsebiblioteket 2016). Det å utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring samt bidra til en målrettet og samordnet innsats for tryggere og sikrere tjenester og bedre pasientsikkerhet, er en satsning fra stortinget. (Helsedirektoratet, 2019).

4.2 Faktorer til hindrer for god smertelindring

Funn vedrørende sykepleiers holdninger og barrierer for å behandle smerte effektivt, finnes i flere av artiklene. I artikkelen til Twycross et al., (2013) har sykepleierne en forventning om at barn skal kunne gjenkjenne smerte og kunne kommunisere dette, og be om smertestillende. De mente samtidig at foreldrene skulle fange opp barnets smerter og formidle dette til sykepleierne. Dette til tross for at barn ofte ikke sier ifra om sine smerter før de er i 8-10 års alder (Grønseth & Marstad, 2017, s. 168).

Dette kan tyde på at helsepersonell har både forutinntatte meninger og manglende kunnskap om barnets smerteklinikk. Det må være helsepersonellets oppgave og spørre barnet direkte og konkret om hvor de har vondt (Grønseth & Markstad, 2017, s.168). Sykepleierne mente at foreldrene hadde en viktig rolle i å formidle barnas smerte, samtidig som de mente at foreldrene blandet seg inn i behandlingen. Sykepleierne startet sjelden diskusjoner med foreldrene om barnas smerter. Kommunikasjon ble vanligvis innledet av foreldrene. Videre var foreldrene tilbakeholdene med å be om informasjon om smertelindring fra sykepleier fordi det kunne oppfattes som de utfordret sykepleiers faglige kompetanse (Twycross et al., 2013, s.169). Funnene tyder på at kommunikasjon er essensielt for å lykkes med smertelindring av barn. Et av funnene i studien viser at sykepleierne burde innta en mer aktiv rolle i smertebehandlingen. Samlet sett vil dette si, at sykepleier bør kommunisere aktivt med barnet, og foreldrene for å kunne forbedre praksis, samt være barnets talsperson overfor legen. Som helsepersonell bør vi forstå at det er en forventning om at vi innehar nødvendig kunnskap, i behandlingen. «Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Yrkesetiske retningslinjer).

Videre ble det rapportert om dårlig tid som en klar barriere for god praksis, til tross for at funn tyder på at i rolige perioder med få pasienter, ble ikke smerter håndtert mer effektivt (Twycross et.al., 2013, s. 169). Dette kan tyde på at en godt innarbeidet rutine ikke nødvendigvis fører til mer bruk av tid. Dersom en rutine er godt innarbeidet kan helsepersonell få eierskap til denne måten å arbeide på. Rutinen kan være implementert i avdelingen på en slik måte, at helsepersonell er bevisst på at dette er god praksis (Helsebiblioteket 2016). Funnene fra artikkelen Twycross et al. (2013) viser at sykepleiernes holdninger til smerte også spiller inn. Sykepleiere som har positive holdninger til smertelindring, vil tilstrebe å prioritere dette området, selv i en hektisk hverdag, framfor helsepersonell som mener at barna må tåle noe smerte Twycross et al., 2013, s.169). Helsepersonell som ser mye smerte kan etter hvert bli mindre følsomme for eller distansere seg fra pasientens smerte, derfor bør helsepersonell diskutere jevnlig sine holdninger til smertevurdering og smertebehandling (Grønseth & Markestad, 2017, s.166). Refleksjon over egen praksis er nødvendig for å kunne arbeide kunnskapsbasert (Helsebiblioteket 2016). Det å stille seg spørsmål om hvorfor ting gjøres, hente kunnskap fra ulike kilder, som pasienten selv, kollegaer, forskning og retningslinjer er helt avgjørende, for å forbedre og opprettholde god praksis (Helsebiblioteket 2016). Kunnskapsbasert praksis kan hjelpe oss å øke bevissthet og reflektere over hvilke kunnskapskilder vi baserer våre handlinger på. Det å jobbe kunnskapsbasert kan styrke beslutningsgrunnlaget til helsepersonell i klinisk praksis (Helsebiblioteket 2016).

4.3 Å avdekke smerte

I studien til Brudvik et al., (2017) diskuteres det hvorvidt små barn har evne til å forstå smertevurderingsverktøy. Flere gyldighetsstudier hevder at barn er kompetente til dette fra de er 3-4 år (Brudvik et al., 2017, s. 143). I studien til Moutte et al., (2015) kommer det fram at 93 % av legene sa de trengte mer kunnskap om smertelindring av barn, og bruk av smerteskårings verktøy. I artikkel til Jennings et al., (2015) hvor 82,2 % rapporterer om klinisk betydningsfull smertelindring, brukes et alderstilpasset smerteskåringsverktøy.

Funnene i artikkelen til Moutte et al., (2015) kan tolkes dit hen at bruk av smerteskåringsverktøy er av stor betydning for å lykkes med smertelindringen.

Det fremkommer av artikkel at smerteskår i stor grad bør brukes til å følge opp smerteutvikling (Mouette et al., 2015, s.2) Disse fakta kan støtte opp under nytten av å ha et utgangspunkt for smerteskår. Dette vil kunne føre til en kontinuitet av smertelindringen når barnet overflyttes mellom instansene i den akuttmedisinske kjeden. Mangel på tid, blir også i denne artikkelen brukt som et argument for mangelfull bruk av skåringsverktøy. Samtidig framkommer det at for helsepersonell som er trent i å bruke ulike smertevurderingsverktøy, tar det under et minutt å gjøre smerte skår (Moutte et al., 2015, s.4). Dette kan tolkes som en måte å effektivisere arbeidet vårt på. Et annet aspekt er at møtene mellom helsepersonell og pasient innen akuttmedisin, er forholdsvis korte og kan framstå som uoversiktlige og kaotiske. (Halvorsen, 2016, s. 151). Min erfaring er at dersom barnet er veldig smertepreget, vil situasjonen stille krav til rask identifisering og handling.

Smerteskåringsverktøy vil kunne brukes til beslutningsstøtte når det haster. Ønske om standardisering, økt pasient sikkerhet, effektivisering av ressurser og økt samhandlingskultur i den akuttmedisinske kjeden skal være noe av begrunnelsen for oppstart av triagesystemer i sin tid (Halvorsen et al., 2016, s. 152). Dersom smerteskåringsverktøy implementeres i behandlingen av alle barn med smerter, mener jeg dette vil kunne bidra til forbedret praksis.

4.4 utfordringer med smertebehandlingen

Smertebehandlingen av barn er sammensatt av lindring via medikamenter og tiltak som trøst og støtte fra foreldre samt avledning i form av leker, tv, nettbrett, såpebobler. I artikkelen av Trottier et al., 2015) viste det seg at det var stor variasjon i hva de hadde tilgang på av smertestillende og hva de benyttet som distraksjon eller avledning. Disse funnene med stor variasjon gjentas i artikkelen til Twycross et al., 2013). Her kommer det fram at organisasjonskultur på den avdelingen sykepleier arbeider, har innvirkning. Ulikt mønster av smertebehandling ved hver avdeling, sammen med avdelingens sosiale kontekst viste seg å være av betydning. Det hevdes at smertehåndterings praksis forblir av dårlig kvalitet fordi organisatoriske faktorer ikke tas med i betraktning (Twycross et al., 2013, s. 165). Helsepersonelloven stiller krav til faglig forsvarlighet, men mangelfull smertelindring kan ikke sies å være forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som det står i loven (Helsepersonelloven, 1999, § 4-15). I 2013 frarådet Statens legemiddelverk å forskrive kodeinholdige analgetika til barn under 12 år. Bakgrunnen var risikoen for alvorlig respirasjonsdepresjon hos barn med rask omdanning av kodein til morfin (Fredheim, Skurtveit & Borchervink 2017, s.2). Dette førte til reduksjon på 82 % av utleveringen av kodeinholdige analgetika, men ingen tilsvarende økning av opioider eller NSAIDS (s.2). Det ble derfor naturlig å stille spørsmål ved om smertelindringen ble av dårligere kvalitet. Fra egen arbeidshverdag på legevakt, opplevde jeg at det ikke kom noen god erstatning for Pinex minor som var et kodein holdig preparat gitt til barn med akutte sterke smerter, som bruddsmerter. Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, arbeider for at legemiddelbehandling av barn skal være hensiktsmessig og trygg, og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, 2018). Stortinget ønsket å heve kompetanse på området, til tross for dette, fortsetter vi å underbehandle barns smerter. Så hva skal til for at vi endrer praksis? Utilstrekkelig smertelindring av barn er et bevis på at kvaliteten på tjenesten og pasientsikkerheten ikke er ivaretatt. Vi vet at ubehandlet smerte kan resultere i kronisk smertesyndrom, smerterelatert angst og posttraumatisk stress i etterkant av smerteopplevelsen (Jennings et al., 2015 s.1, 2015).

Funn fra artiklene tyder på at mangelfull smertelindring av barn er å betegne som pasientskade, fordi de kan ha samme konsekvens som dette, i form av senskader for barnesinnet.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24-7, skal bidra til å redusere pasientskader i Norge. Programmet tilbyr ulike forbedrings verktøy for å redusere pasientskader. Forbedringskunnskap, brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis, er grunnleggende forutsetninger for programmets arbeid.

Dette programmet kan være et av mulige tiltak til forbedring, men det er fremdeles en vei å gå. Frykten for overdosering, som går igjen i flere av artiklene, burde også kunne bekjempes med implementering av gode retningslinjer, og prosedyrer, som skaper trygghet for både pasient og helsepersonell. For å sikre en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester framover, er det behov for nasjonal satsing i framtiden, på kontinuerlig pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, med gode ledere i front (Helsedirektoratet, 2019).

5. Konklusjon

Funnene i denne litteraturstudien viser at tiltakene som bidrar til smertelindring av barn, dreier seg om å lytte til barnets egen opplevelse av smerte. Det å inkludere foreldrene, god kommunikasjon og kunnskap om hvilke observasjoner som ligger til grunn, er avgjørende sammen med bruk av smerteskåringsverktøy. Behandling med smertestillende medikament og ikke medikamentelle tiltak sammen med helsepersonell som er bevisst sine egne holdninger og har en positiv innstilling til smertelindring spiller inn. God kultur omkring smertelindring på arbeidsplassen, tilgjengelige oppdaterte retningslinjer som er implementert i avdelingene, fagdager og undervisning rundt temaet er avgjørende. Kunne vi ta noe lærdom fra artikkelen til Trottier, et al., (2015) hvor helsepersonell, har en forestilling om at spesielt de ikke medikamentelle tiltakene, er enkle å implementere? Gode engasjerte ledere på arbeidsplassene, som handler i tråd med lover og forskrifter, sammen med helsearbeidere som er opptatt av god faglig kvalitet på tjenesten de yter, vil kunne sikre smertelindringen til barn i framtiden, men vi har fremdeles en vei og gå.

Litteraturliste

Johansen, I.H. , Blinkenberg, J. , Hansen, C. , Moen, K. (2018) *Legevaktshåndboken* (6. utg)

Hentet fra

https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/barn/symptomdiagnoser/smerter_hos_barn

Brudvik, C. , Moutte, S. D. , Baste, V. & Morken, T. (2016). A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting. *Emergency Medicine Journal*, 34(3), 138-144. <http://doi.org/10.1136/emered-2016-205825>

Forskningsetikkloven. (2017). Lov om om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=2017-04-28-23>

Fredheim, O.M.S, Skurtveit, S & Borchgrevink P.C. (2017). Utlevering av analgetica til barn før og etter nye anbefalinger om kodein. *Tidsskrift den norske legeforening*, 137(12), 881-884.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0717>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og Pediatrisk sykepleie* (4. utgave). Bergen: Fagbokforlaget

Gulbrandsen, P. & Finset A. (2019). *Skreddersydde samtaler: en veileder i medisinsk kommunikasjon* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Gulbrandsen, T. (2016). Smertelindring. I. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* 3.utgave (s.186-187), Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Halvorsen, M.R. (2016). Førstevurdering, triagering og triagesystemer. I E.H. Hansen & S. Hunskaar (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (s.150-162). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Kunnskapsbasert praksis- sjekklister*. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Johannessen, A. , Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2017). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5 utgave. Oslo: Abstrakt forlag.

Moutte, S. D. , Brudvik, C. & Morken, T. (2015). Physicians` use of pain scale and treatment procedures among children and youth in the emergency primary care-a cross sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 15(33), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0059-9>

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (2018). Statusrapport 2018. Hentet fra

<https://www.legemidlertilbarn.no/Sider/default.aspx>

Norsk legemiddelhåndbok (2016) *Ulike smertetilstander* (3. Utg) Hentet fra:

https://www.legemiddelhandboka.no/T20.1/Ulike_smertetilstander

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) *Ledelse av pasientsikkerhet*. Hentet fra:

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ledelse-av-pasientsikkerhet>

Trottier, E. D., Ali, S., Le May, S. & Gravel, J. (2015). Treating and Reducing Anxiety and Pain in the Paediatric Emergency Department: The TRAPPED survey. *Paediatrics & Child Health*, 20(5), 239-244. <https://doi.org/10.1093/pch/20.5.239>

Twycross, A. & Collins, S. (2013). Nurse`s Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain. *Pain Management Nursing Journal* 14 (4), 164-172. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1016/j.pmn.2011.10.007>

Pico skjema: Vedlegg 1.

| | P Population/ populasjon | I Intervention/ intervensjon | C Comparison/ Sammenligning | O Outcome/ resultat |
|---------------------|---|--|--|---------------------------------------|
| Norsk | Barn med smerter | Tiltak for smertelindring, Medikamentelle/ ikke medikamentelle | | God smertelindring ved akutte smerter |
| Engelsk | Children Fractures Emergency room, emergency department, Emergency care | Pain assessment Screening tools | | Pain relief of Acute pain |
| Engelske MeSH – ord | Pediatric Child Acute pain Nurses Emergency service | Pain management Pain measurement | | Acute pain |

Søkehistorikkskjema: Vedlegg 2.

| | Søke nr | Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner | Antall treff | Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene) |
|--|---------|---|--------------|---|
| Swe Med+ Søk 16/12- 2019 kl 18.05 | 1 | Pain relief | 180 | Fagfelleverdert, fulltekst |
| | 2 | Child | 3973 | Fagfelleverdert, fulltekst |
| | 3 | # 1 AND # 2 | 2 | Fagfelleverdert, fulltekst, gjennomgikk disse, ikke tatt med. |
| | 4 | Pain management | 125 | Fagfelleverdert, fulltekst, gjennomgår disse, ingen valgt |
| | 5 | # 1 AND # 4 | 11 | Går igjennom disse, ingen valgt |
| | 6 | # 4 AND # 2 NOT infant | 125 | Fagfellevurdering, fulltekst, valgte en artikkel her, som senere ble ekskludert |
| Cinahl 18/12- 19 kl 19.10 | 1 | Child AND pain measurement | 3922 | |
| | 2 | #1 AND emergency care | 61 | Fagfellevurdering, fulltekst, 10 siste år, akademiske tidsskrifter, gjennomgår og velger en her |
| | 3 | # 1 AND screening tools AND pain assessment AND nurse | 3 | Fagfellevurdering, abstrakt, siste 10 år, går igjennom, men ingen valgt |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|--|-------|--|
| Pub Med 20/12- 19 21.15 | 1 | Child | 79826 | Fulltekst, abstrakt, siste 5 år, barn fra 6-12 år |
| | 2 | #1 AND pain measurement AND screening Tools AND emergency room | 1 | Abstrakt, fulltekst, siste 5 år, barn fra 6-12 år, Leste gjennom, en relevant artikkel, men ikke valgt |
| | 3 | Screening tools AND emergency service AND pediatric or child | 79826 | Abstrakt, fulltekst, siste 5 år, barn 6-12 år |
| | 4 | # 3 AND acute pain | 490 | Abstrakt, fulltekst, siste 5 år, barn fra 6-12 |
| | 5 | # 4 | 67 | Abstrakt, fulltekst, siste 5 år, barn fra 6-12 år, anmeldelse, gjennomgår disse, velger ingen |

| Database/ Søkemotor/ nettsted | Søke nr | Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner | Antall treff | Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene) |
|-------------------------------------|------------|--|-----------------|--|
| Oria 2/1-20 Kl. 20.00 | 1 | Pediatric AND nursing AND pain assessment | 8122 | Fagfelle vurdering, siste 5 år |
| | 2 | # 1 AND fractures | 742 | Fagfelle vurdering, siste 5 år |
| | 3 | # 2 | 188 | Fagfelle vurdering, siste 5 år, humans, åpen tilgang, valgte to artikler her |
| | 4 | # 1 AND emergency department AND acute pain | 2056 | Avgrenset til 5 siste år, artikler |
| | 5 | # 4 | 74 | Fagfelle vurdering, åpen tilgang, velger ut noen anerkjente tidsskrifter, for å begrense søk, valgte en artikkel |
| 15/1-20 Kl. 21.05. | 1 | Pain management AND pediatric AND nurse | 13845 | |
| | 2 | # 1 AND pain assessment | 10058 | Avgrenser til siste 10 år, fagfelle vurdering, fulltekst, avgrenset til sykepleietidsskrift |
| | 3 | # 2 | 149 | Filtrerer til siste 10 år, fagfelle vurdering, fulltekst, avgrenser til utvalgte sykepleietidsskrift, valgte en artikkel |