

Postoperative smerter hos barn

” Hvilke faktorer har innvirkning på sykepleierens mulighet til å lindre postoperative smerter hos barn?”



Avdeling for sykepleieutdanning

Kull 10SYKHEL

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnr: 209

Innleveringsfrist: 03.09.15

Antall ord: 10362

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning viser at manglende smertelindring er et generelt problem i helsevesenet. Mangelfull smertelindring ved sterke smerter kan gi negative fysiologiske konsekvenser og føre til komplikasjoner og forlenget sykdomsforløp.

Hensikt: Oppgaven tar for seg faktorer som virker hemmende og fremmende på barns postoperative smertelindring og hvilke tiltak som kan og bør gjennomføres i praksis i avdelingene.

Metode: Litteraturstudie.

Funn: Studien viser at helsepersonell ofte undervurderer barns kommunikasjon om smerter og anser det for unøyaktig eller ugyldig. Det er utviklet metoder for kartlegging og evaluering av smertenivå tilpasset barn, men disse brukes ikke i tilstrekkelig grad.

Nøkkelord. postoperativ smerte, barn, behandling, smertelindring, fremmende faktorer.

Innhold

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	7
1.3.1 Lindre	7
1.3.2 Postoperativ smerte	7
1.4 Avgrensning av oppgaven	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteraturstudie som metode.....	8
2.1.1 Valg av databaser	9
2.1.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier.....	10
2.1.3 Søkeprosessen	10
2.2 Analyse.....	11
2.3 Kildekritikk	12
2.4 Etske vurderinger	13
3.0 Teori	14
3.1 Hva er smerte.....	14
3.1.1 Postoperative smerter	15
3.1.2 Barnets opplevelse av smerte	16
3.2 Kartlegging av barnets smerte.....	16
3.2.1 Faces pain scale (FPS).....	17
3.2.2 Visual analog scale (VAS)	17
3.2.3 Pieces of Hurt tool (Poker Chip tool).....	17
3.2.4 FLACC	17
3.2.5 The Oucher Photgrafic scale	17
3.3 Lindring av postoperativ smerte hos barn	18
3.3.1 Medikamentell smertelindring hos barn.....	18
3.3.2 Ikke-medikamentell smertelindring hos barn.....	20
3.4 Påvirkende faktorer for smertelindring hos barn.....	21
3.4.1 Tilrettelegging av informasjon til barn.....	23
3.4.2 Kommunikasjon og samhandling.....	23

3.4.3 Kommunikasjon og samhandling med barn	24
4.0 Funn.....	26
4.1 Presentasjon av funn.....	26
5.0 Hvilke faktorer har innvirkning på sykepleierens mulighet til å lindre postoperative smerter hos barn	32
5.1 Kartlegging av smerter	32
5.2 Bruk av kartleggingsverktøy i vurdering av smerte hos barn	33
5.3 Medikamentell smertelindring	34
5.4 Ikke-medikamentell smertelindring	35
5.5 Kommunikasjon som påvirkende faktor i lindring av smerte	36
5.6 Bruk av foreldre som en ressurs i smertelindring til barn	37
5.7 Øvrige påvirkende faktorer i lindring av smerte	38
6.0 Avslutning	40
Litteraturliste	41

Tabeller

Tabell 1: Søk i Cinahl

1.0 Innledning

Internasjonal forskning viser at et flertall av pasienter gjennomlever moderate til sterke smerter i den postoperative fasen og at analgetika administreres i mindre grad enn foreskrevet (Hobson, Wiffen og Conlon 2015; Wadensten m.fl. 2010). Simons og Moseley (2008) konkluderer i sin undersøkelse at dersom administrasjon av analgetika baserer seg på sykepleiers evne til å evaluere barnets behov for smertelindring, er det mindre sjanse for at det administreres enn om det er foreskrevet regelmessig (Simons og Moseley 2008).

WHO fastslår i sine retningslinjer (2012) at barns smerter er et viktig offentlig helseanliggende i det meste av verden. Det fastslås videre at barns smerter ofte blir oversett, ignorert eller benektet til tross for at man har både tilgjengelig kunnskap og smertelindrende metoder (WHO 2012).

Hobson m.fl. (2015) har tatt for seg forskjellene i administrasjon av analgetika til barn med hensyn til om det var foreskrevet ATC (Around the Clock) eller PRN (Pro Ne Rata, dvs etter behov) og om dette hadde innvirkning på kvaliteten i smertelindringen. Forfatterne var ikke i stand til å påvise statistisk signifikante forskjeller i smertelindringen, men konkluderer i sin undersøkelse med at ingen av de to foreskrivningsmetodene ga tilstrekkelig smertelindring.

Det er anerkjent som en rettighet for barn å oppleve effektiv smertelindring. Likevel viser det seg at klinisk praksis fortsatt er mangelfull, til tross for at en rekke forskningsprosjekter konkluderer med at smertelindring for barn er utilstrekkelig og strategier og standard rutiner er innført for å optimalisere barns smertelindring (Olmstead, Scott og Austin 2010).

Det er vanskelig å forstå at barn fortsatt lider under mangelfull smertelindring til tross for at internasjonale og profesjonelle organisasjoner gir pålegg om forbedringer og bruk av evidensbaserte metoder i klinisk praksis for effektiv smertelindring for barn. Anerkjennelse av barns rett til smertelindring basert på dokumenterte studier har ikke vært tilstrekkelig for å frembringe nødvendige endringer (Olmstead m.fl. 2010).

Det dokumenteres at helsepersonell har god kunnskap om smertetyper, -evaluering og tilgang på en rekke ulike analgetika, men likevel viser undersøkelser at pasienter opplever moderate og sterke smerter (Almås, Stubberud og Grønseth 2010:356). Det er grunn til å spørre hvorfor

og hvilke tiltak som kan eller bør settes inn for å sikre en mer adekvat smertelindring (Almås m.fl. 2010:356; Hovde m.fl.: 2011; Wadensten m.fl.: 2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min førforståelse er at det foreligger et avvik mellom forskning og kunnskap om smerter/smertelindring på den ene siden og klinisk praksis på den andre siden, som resulterer i mangelfull smertelindring for barn. Denne førforståelsen bygger på pensumlitteratur om smerter og smertelindring (Almås m.fl. 2010:356) og egne erfaringer fra kirurgisk praksis i forbindelse med sykepleiestudiet, hvor jeg har kunnet observere viktigheten av postoperativ smertelindring på nært hold. Evaluering av smerteintensitet er en helt grunnleggende forutsetning for god smertelindring (Garland og Kenny 2006). Barn kan, avhengig av alder og utviklingsnivå, ha problemer med å uttrykke seg verbalt eller i form av kvantifisering for å beskrive sine smerter (WHO 2012).

Hvordan kan sykepleieres kompetanse økes slik at de best kan møte utfordringene med sykepleie for barn og spesielt i kombinasjon med postoperativ smertelindring. Gjennom arbeidet med oppgaven ønsker jeg å identifisere hva forskningen viser med hensyn til smertelindring for barn og hvilke tiltak som kan og bør gjennomføres i praksis i avdelingene. Dette vil gi meg en god bakgrunn for å gjøre en mest mulig optimal jobb innenfor dette fagfeltet når jeg er ferdig utdannet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg har valgt en forholdsvis åpen problemstilling for å kunne gå inn på i hvilken grad mangelfull smertelindring til barn er et problem, og dernest fokusere på hvilke sykepleieintervensjoner som er tilgjengelige og om disse brukes i tilstrekkelig grad.

Min problemstilling er som følger:

« Hvilke faktorer har innvirkning på sykepleierens mulighet til å lindre postoperative smerter hos barn? »

1.3 Begrepsavklaring

Her følger definisjon av noen sentrale begreper i oppgaven.

1.3.1 Lindre

Jeg har valgt ordet lindre i problemstillingen min som en oversettelse av det engelske ordet relief. Lindre er et begrep som brukes både i dagligtale og med et sykepleiefaglig innhold. I den danske boken ”Sykeplejens fundament” konkluderer forfatterne, etter en rekke søk i ordbøker, med en definisjon på lindre og lindrende som: dempe, lette, hjelpe, stilne, trøste. Sykepleier lindrer og utøver lindrende sykepleie, mens pasienten føler lindring (Madsen m.fl. 2005:212).

1.3.2 Postoperativ smerte

Starten på den postoperative perioden regnes fra pasienten flyttes fra operasjonsbordet og over i seng (Almås m.fl. 2010:307). Med begrepet postoperativ smerte mener jeg smerter som følge av et kirurgisk inngrep. Jeg har inkludert forskning som omhandler postoperative smerter inntil 4 dager etter inngrepet.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Begrepet barn er ikke definert som en fast aldersgruppe. Måten begrepet brukes på kan omfatte alt fra 0-16 år eller mindre grupperinger. Jeg har valgt å følge den WHO bruker i sine retningslinjer, der begrepet ”children” omfatter alderen 1-9 år (WHO 2012).

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til forskning som tar for seg inntil de fire første døgnene etter et kirurgisk inngrep. Jeg har ikke lagt noen begrensninger med hensyn til hvilken type inngrep som forskningen omhandler. Smertelindring kan i bredest mulig forstand inkludere mange innfallsvinkler i tillegg til de medikamentelle.

2.0 Metode

Dalland (2007) forklarer metode som den fremgangsmåten man bruker i forbindelse med et vitenskapelig arbeid eller når man skriver en oppgave. Det finnes to hovedretninger for produksjon av kunnskap, disse er enten overveiende kvalitative eller kvantitative. Positivism baserer seg på det vi kan observere og/eller slutte oss til ved hjelp av logisk sans (Dalland 2007:50). En positivistisk tilnærming baserer seg gjerne på kvantitet i undersøkelsene, mens en hermeneutisk metode baserer seg på kvalitative undersøkelser og dybdeintervjuer. (Dalland 2007:82).

Fordelen ved kvantitative metoder er at informasjonen samles i målbare enheter som gir anledning til å foreta regneoperasjoner. Kvantitative metoder lar seg ikke " eller måle. Begge metoder har til hensikt å medvirke til en bedre forståelse av samfunnet, våre handlinger, og samhandlingen mellom enkeltmennesker, grupper og institusjoner (Dalland 2007:84).

Kvalitative metoder går mer i dybden og fokuserer på det å fange opp mening og opplevelse enn kvantitative metoder. Smerte er en individuell oppfatning og er ikke nødvendigvis så lett å tallfeste eller måle. Unntak er ved selve registreringen av smerte ved hjelp av ulike systemer som VAS (visual analog scale) osv. (Almås m.fl. 2010:357 og 363).

Smertelindring for barn er et komplekst tema som innebærer en rekke faktorer som god kommunikasjon gjennom å etablere en menneske-til-menneske-relasjon, observasjon, kartlegging av smerter og igangsetting av adekvate tiltak/intervensjoner. Disse faktorene er ikke nødvendigvis målbare gjennom kvantitative studier. For å skaffe meg et overblikk har jeg bruk benyttet kvalitativ forskning for så å gå mer i dybden ved å vektlegge kvalitative studier.

2.1 Litteraturstudie som metode

Kvalitative data kan hentes inn i form av intervjuer, observasjon og/eller studier av foreliggende litteratur (Dalland 2007:108 og 121). Metoden jeg har valgt for å belyse min problemstilling er litteraturstudie.

I oppgaver basert på litteraturstudier systematiseres kunnskap fra skriftlige kilder. Systematiseringen innebærer å hente inn, bedømme kritisk og sammenfatte. Suksesskriteriene er klare tanker fra start, korrekt litteratursøk, klare kriterier for kvalitetsvurdering av litteraturen, og en metodisk struktur i den skriftlige fremstillingen (Magnus og Bakketeig 2000:37).

Litteraturstudier og forskning har mange fellestrekk. Forskjellen ligger i at litteraturstudier i utgangspunktet ikke tar sikte på avdekke ny kunnskap, men ny forståelse kan fremkomme når man sammenholder kunnskap som tidligere kun er beskrevet separat. Litteraturstudier gjennomføres ved å innhente og lese den utvalgte litteraturen (Magnus og Bakketeig 2000:38).

Jeg har valgt å legge opp min Bacheloroppgave som et litteraturstudium. Det er to hovedgrunner til dette:

- å gjennomføre et forskningsprosjekt med planlegging av rammer, innhenting av data og analyser før selve skrive delen kan påbegynnes vil være usedvanlig krevende innenfor den tilgjengelige tiden.
- det finnes allerede en god del studier innenfor mitt valgte tema og et studium av et utvalg artikler bør kunne belyse problemstillingen på en interessant og relevant måte.

2.1.1 Valg av databaser

Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) er en stor database innenfor sykepleieforskning med mer enn 3,2 millioner forskningsartikler innenfor sykepleie, biomedisin, helseforsknings bibliotekjeneste, alternativ/komplementær medisin, forbrukerhelse samt tilknyttede helsefag (EBSCO Health 2015).

Det var derfor naturlig for meg å starte her. Jeg gjorde tilleggssøk i databasene Pubmed og Cochrane for å forsikre meg om at jeg fant frem til det jeg synes var de mest relevante forskningsartiklene til min problemstilling.

Da jeg gjennomførte mitt søk valgte jeg Cinahl. Gjennom ”hånd søk” fant jeg frem til to aktuelle artikler som ga meg verdifullt bakgrunnsstoff. Tabellen i kapittel 2.3.3 viser resultatene av søket på Cinahl.

2.1.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Følgende inklusjons – og eksklusjonskriterier lå til grunn.

Inklusjonskriterier:

- Publisert etter 2005
- Peer reviewed studier
- Engelske artikler
- Oversiktsartikler
- Barn 1-11 år
- Alle former for postoperativ smerte, uavhengig av type inngrep
- Alle typer smertelindring

Problemstillingen gir føringer for inklusjonskriteriene (Magnus og Bakketeig 2000:46). I utgangspunktet bør man ikke være for streng med tilnærmingen. Inklusjonskriteriene setter rammene for litteratur som fanges inn, mens den kritiske gjennomgangen og eksklusjonskriteriene bestemmer mengden av litteraturen man står igjen med etter analysen (Magnus og Bakketeig 2000:47-48). Inklusjonskriteriene ga tilstrekkelig avgrensning for å komme ned i en håndterlig mengde artikler som kunne gjennomgås manuelt, og det var derfor ikke behov for å fastsette eksklusjonskriterier.

2.1.3 Søkeprosessen

Jeg startet søkeprosessen med å prøve ut noen ulike søkeord og kombinasjoner for å danne meg et inntrykk av hva som kunne fungere. Eksempler på søkeord jeg brukte var: ”postoperative pain”, ”post operative pain”, ”postoperative pain children”, ”pain management” etc. Denne tilnærmingsmåten ga svært varierte resultater fra mer enn 10.000 treff på ”postoperative pain” på Cinahl til 219 treff på Cochrane. Etter noen initielle testsøk gjorde jeg mitt søk i Cinahl. Jeg foretok også noen tilleggsøk i andre databaser for å se om jeg endte opp med et bredere utvalg totalt. Til sist har jeg også gjennomført noen såkalte ”håndsök”. Disse har jeg unnet frem til via aktuelle referanser i forskningsartikler, fag- og vitenskapelige web-baserte tidsskrifter. Gjennomføring av søket på Cinahl vises i tabell 1.

Cinahl søkt (8.august 2015)		
Søk #	Søkeord	Resultat
#1	Postoperative pain	10.404
#2	Children	293,495
#3	#1 AND #2	1,766
#4	Management	523,829
#5	#3 AND #4	1,315
#6	Pain relief	17,687
#7	#5 AND #6	523
#8	Year 2005-2015	339
#9	All child*	120
#10	English	118
#11	Peer reviewed	118

Tabell 1: Søk i Cinahl

Hvordan jeg kom frem til utvalget fremgår av kapittel 2.2.

2.2 Analyse

Å analysere består i å kritisk gjennomgå det skriftlige materialet for å ekskludere litteratur som har utilstrekkelig kvalitet eller relevans (Magnus og Bakketeig 2000:38).

Da jeg hadde kommet ned i 118 artikler gikk jeg gjennom overskriftene. Jeg fant 38 artikler med titler som var relevante for min oppgave. Etter å ha lest sammendraget på disse satt jeg igjen med 10. Der hvor sammendraget fortsatt virket relevant leste jeg artikkelen i full tekst og foretok utfra dette mitt utvalg på 4 artikler. Se kapittel 4.0 Funn, for utvalgte artikler. I tillegg var det to fra håndsøk. Totalt endte jeg opp med 5 forskningsartikler i mitt funn.

Ved valg av forskningsartikler har jeg lagt vekt på å belyse problemstillingen min med forskjellige innfallsvinkler. Alle de fem valgte forskningsartiklene omhandler barn. Videre tar fire av de fem artiklene for seg administrasjon av medikamenter og tre inkluderer ikke-medikamentelle metoder for smertelindring. Fordelingen mellom kvalitativ og kvantitativ er henholdsvis to og tre, mens to artikler inkluderer foreldrerollen. Sist, men ikke minst, inkluderer en artikkel anbefalinger for kursing av sykepleiere innenfor alternative smertelindringsmetoder. Med en slik bredde i forskningen mener jeg at forholdene ligger godt til rette for å belyse problemstillingen min på en god måte.

2.3 Kildekritikk

Jeg har benyttet et spekter av kilder i arbeidet med oppgaven. Disse består av: lærebøker fagbøker, forskningsartikler, fagartikler og offentlige dokumenter. Videre har jeg forsøkt å legge vekt på bruk av primærlitteratur i den grad det har vært mulig for å få teksten så original og autentisk som mulig. Det er mange valg som må tas underveis i arbeidet med en oppgave og jeg har bestrebet meg på å gjøre disse på en balansert måte med god kildekritikk. Jeg må spørre meg selv om søkeprosessen etter forskningsartikler har vært optimalt gjennomført? Kunne andre søkeord ført til et bedre utvalg av forskningsartikler? Kanskje burde jeg lest flere artikler i full tekst? Jeg har underveis, med jevne mellomrom, forsøkt å være bevisst på min egen forforståelse for å arbeide med oppgaven så objektivt som mulig. Da må ikke bare forskningen, men også forfatteren bli gjenstand for et kritisk blikk hvor jeg har forsøkt å danne meg et bilde av om denne kan sies å være en autoritet på området og om arbeidene hans/hennes er henvist til i andre sammenhenger.

Når litteraturutvalget foreligger vil det også være muligheter for ulike tolkninger av en tekst. Hvordan man oppfatter teksten vil være preget av ens bakgrunn, holdninger og erfaringer.

Lærebøker kan i noe grad være sekundærkilder og det er viktig å vær oppmerksom på når det er lærebokens forfatter som fremlegger sine synspunkter eller om hun/han refererer andre.

Når jeg har funnet det nødvendig har jeg derfor funnet frem til primærkilden.

2.4 Etiske vurderinger

Ved gjennomføring av et litteraturstudie er det begrenset i hvilken grad man må gjøre direkte etiske vurderinger da disse i de fleste tilfellene er foretatt av forfatterne til kildene jeg har benyttet. Det er likevel en fare for at man ubevisst leter i sine kilder etter bekreftelse på sin egen førforståelse eller teori. Det har vært viktig å være åpen for uventede resultater i kildene jeg har funnet. Gjennom drøftingen vil jeg legge vekt på å unngå mer bastante eller spissede konklusjoner enn det er belegg for.

3.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg ta for meg teori fra litteraturen, forskningsartikler, sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og øvrige kilder for å belyse postoperative smerter hos barn, ulike kartleggingsverktøy, mulige sykepleieintervensjoner og den etiske dimensjonen med sykepleien og behandlingen.

3.1 Hva er smerte

Begrepet smerte brukes om menneskelige erfaringer med distinkte karakteristika. På samme måte som sykdom, er smerte likevel et diffust begrep da det ikke kan observeres, vi kan kun iaktta effekten og registrere effekten av den (Travelbee 1999:112). I Klinisk sykepleie (Almås m.fl. 2010:357) henvises det til International Association for study of pain (IASP) som beskriver smerte som: ”En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. I følge IASP er smerte alltid subjektivt.”

Fenomenet smerte er svært komplekst (Almås m.fl. 2010:357). Lidelse og smerte er en fullstendig ensom opplevelse og erfaring. Å kommunisere en smerteerfaring slik at andre forstår denne fullt ut er svært vanskelig. Helsepersonell vil være preget av sine egne erfaringer og holdninger i sin vurdering av andres smerter. Denne grunnholdningen påvirker hvordan man tolker intensiteten i pasientens smerter og man må være klar over at denne tolkingen ikke nødvendigvis er helt riktig (Travelbee 1999:112).

Det er mange forhold som innvirker på smerte og hvordan denne oppfattes av det enkelte individ. Smertenes årsak, intensitet og varighet er naturligvis viktige faktorer samt i hvilken grad smertene lindres ved bruk av ulike legemidler. Psykologiske forhold og/eller tidsaspektet vil også ha en innvirkning på hvordan pasienten opplever smertene på et gitt tidspunkt (Travelbee 1999: 113). Har pasienten nylig gjennomgått annen smertefull og langvarig sykdom med utstrakt bruk av smertestillende, kan denne ha behov for større mengder smertestillende enn det som ellers ansees som normalt (Travelbee 1999:113-114). Har man sterk angst ved utbruddet av en smertefull sykdom er det stor sannsynlighet for en ”overreaksjon” som ser ut til å kunne forsterke smertene eller smerteopplevelsen. Pasientens opplevelse av omsorg og at smertene blir tatt på alvor kan ha innvirkning på smerteopplevelsen. En pasient med smerter kan fornemme om andre har tillit til at smertene

er reelle. Som sykepleier må man huske at det er pasienten som kjenner smertene og som kan definere disse, enten smertene virker å ha et organisk grunnlag eller ei (Travelbee 1999:114-115).

3.1.1 Postoperative smerter

Smerter kan inndeles i fire hovedgrupper; hvorav nociseptive smerter og nevropatiske smerter oftest opptrer i forbindelse med et kirurgisk inngrep. Etter en operasjon vil det oppstå smerter som følge av vevsskader i forbindelse med inngrepet. Disse smertene kalles nociseptive smerter som kan lindres ved hjelp av både sentralt og perifert virkende analgetika.

Nevropatiske smerter skyldes skade eller feilfunksjon i nervesystemet. Denne typen smerter kan oppstå ved en rekke ulike sykdommer og i forbindelse med kirurgiske inngrep (Nordeng og Spigseth 2007:400). Nerveskaden kan oppstå både i det sentrale og perifere nervesystemet. Om skaden sitter sentralt i nervesystemet er det større risiko for at smertene omfatter store deler av kroppen. Man kjenner ikke årsaken til nevropatiske smerter fullt ut (Almås m.fl. 2010:361). Men om årsaken til smerten er nociseptiv eller nevropatisk er avgjørende for hvilke medikamenter som bør benyttes med utgangspunkt i WHO's smertetrapp (Almås m.fl. 2010:369; WHO 2012).

Smerter kan ha svært forskjellige årsaker og en optimal smertelindring må begynne med en grundig gjennomgang og klassifisering av smerten. Gjennom god smerteevaluering kan helsepersonell behandle smerter og minimere unødvendig lidelse. Evalueringen må gjennomføres med jevne mellomrom og involvere barnet, foreldre/omsorgspersoner og helsepersonell. Sykdommen og andre faktorer som påvirker smertene kan utvikle seg over tid og smertelindringen må derfor tilpasses ved hjelp av regelmessig vurdering. Et barns smerteopplevelse er et resultat av biologiske, psykologiske, kulturelle, sosiologiske og åndelige faktorer og smertevurdering må inngå som en integrert del av all klinisk pleie (WHO 2012:27).

3.1.2 Barnets opplevelse av smerte

Barn og voksne skiller seg fra hverandre fysiologisk, psykologisk og utviklingsmessig (Nordeng og Spigseth 2007:372). Dette er viktig å ta hensyn til i behandlingen. Det er viktig å være klar over at følelsesmessige faktorer som angst, frykt og stress kan påvirke barnets smerter og funksjonsnivå i negative retning. Søvnproblemer, irritasjon, rastløshet, raserianfall, engstelse, sinne, endring i matvaner og tilbaketrekning/isolasjon kan alle være tegn på stress hos barn.

Daniel Stern 1985, 1995 (gjengitt fra Eide og Eide 2007:149) sin forskning tar for seg barnets subjektive selvpoplevelse. Hans teori omhandler menneskets iboende før-språklige evne til kommunikasjon allerede fra fødselen av, og viktigheten av å kunne fornemme andre følelsesmessig. Hans forskning har avdekket hvordan og hvorfor ikke-verbal kommunikasjon er grunnlaget for identitet, selvfølelse og kontakt, og avgjørende i forståelsen for hvordan vi bør kommunisere med barn.

Olmstead m.fl. (2010) understreker at helsepersonell ofte undervurderer barns kommunikasjon om deres lidelse og smerter som unøyaktig eller ugyldig. Dette til tross for at forskningen viser at barns selvrappotering har høy nøyaktighet (Olmstead m.fl. 2010). Bruk av et smerteevalueringsverktøy bør være en fordel for sykepleiere fordi en slik skala gir et bedre utgangspunkt til å diskutere smerter med pasienten (Wadensten m.fl. 2010).

3.2 Kartlegging av barnets smerte

En svært sentral del av sykepleierens oppgaver er kartlegging og vurdering av smerter. En systematisk og god kartlegging er helt essensielt for å oppnå adekvat smertelindring for pasienten. WHO gir en rekke anbefalinger i sin veileder til medikamentell behandling av smerter hos barn om fremgangsmåter for å avdekke, evaluere og behandle smerter hos barn (WHO 2012).

En smerteevaluering bør starte med lokalisering av smertene og observasjon av barnet for reaksjoner og tegn til smerte slik som grimaser, ansente mavemusklér, ufrivillig muskeltensjon eller verbale utbrudd. Forandringer i fysiske funksjoner på grunn av smerte bør også vurderes. (WHO 2012:29).

Et kartleggingsverktøy bør være tilpasset barnets aldersgruppe, utviklingsnivå og sosiokulturelle forhold og verktøyet må være enkelt å forklare for barn/foreldrene og gi umiddelbare resultater som er lette å tolke (WHO 2012:30-31).

3.2.1 Faces pain scale (FPS)

FPS baserer seg på enkle strektegninger av ansiktsuttrykk egner seg for barn i aldersgruppen 4-12 år. Den er senere revidert så man kan sammenligne den med andre vurderinger som bruker en skala fra 0-10. Den krever kun kopiering av et ark med enkle illustrasjoner og er lett å forstå og bruke. Fravær av smil og tårer i illustrasjonene ansees for fordelaktig da dette kan virke mer forvirrende på barnet. Faces pain scale anbefales spesielt til de yngre barna (IASP 2014; WHO 2012:31).

3.2.2 Visual analog scale (VAS)

VAS er en numerisk skala som egner seg for barn over 8 år pga. premisset abstraksjon for å kunne indikere nivå på en linje mellom ingen smerte og verst mulig smerte. (WHO 2012:31).

3.2.3 Pieces of Hurt tool (Poker Chip tool)

Pieces of Hurt tool baserer seg på en ordinær størrelse/mengdeskala. Den forutsetter at barnet er fortrolig med mengde- og størrelsesbegreper. Den anbefales til barn fra 3 til 12 år.

Materiellet lar seg desinfisere, reproducere og transportere og er enkelt og raskt i bruk (WHO 2012:31)

3.2.4 FLACC

Metoder som FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) baserer seg på observasjon av oppførsel og egner seg for svært små barn fra 3 mnd og opp til 19 år for barn som ikke er i stand til å uttrykke seg verbalt (Norsk barnesmerteforening 2011).

3.2.5 The Oucher Photographic scale

The Oucher Photographic scale har store likheter med FPS og består av fargebilder av barneansikter. Disse kan i likhet med FPS skåres på en skala fra 0-10 og anbefales fra 3-12 år. The Oucher Scale har også en numerisk del for barn over 8 år. Verktøyet finnes i en rekke etniske utgaver. Materiellet som må fargekopieres kan gi noe høyere kostnader i bruk enn FPS

(WHO 2012:31)

I tillegg til bruk av kartleggingsverktøy er det viktig å være oppmerksom på at akutte fysiologiske smerter kan gi en rekke fysiologiske utslag som økt blodtrykk og puls, raskere respirasjon, svetting og utvidede pupiller (Almås m.fl. 2010:362).

3.3 Lindring av postoperativ smerte hos barn

Den norske legeforening 2009 (gjengitt fra Almås m.fl. 2010:362) fremholder at det er to betingelser som er avgjørende for tilstrekkelig smertelindring. Disse er en felles forståelse av hovedmålet med smertebehandlingen, dvs. pasienten skal unngå unødige lidelser og ha det godt i den grad det er mulig. Pasienten bør kunne puste godt og greie å bevege seg for å unngå mulige komplikasjoner. Dernest at helsepersonellet har nødvendig evidensbaserte kunnskap om mulige bivirkninger av behandlingen og hvordan disse kan forhindres og behandles.

3.3.1 Medikamentell smertelindring hos barn

Barns farmakodynamikk og farmakokinetikk er avhengig av alder. Barnets vekt og alder vil være en viktig indikator for utregning av styrke og dose. Feilmedisinering har større konsekvenser for barn enn for voksne. Studier viser at barn i barneavdeling har tre ganger høyere risiko for oppleve feilmedisinering som voksne, og det kreves derfor særlig aktsomhet ved håndtering av legemidler til barn. Analgetika er det legemiddel som hyppigst overdoseres (Nordeng og Spigseth 2007:375 og 377).

Ved ettårs alder har barn forholdsmessig høyere lever- og nyrefunksjon enn voksne og dermed større kapasitet for å bryte ned legemidler. Konsekvensen er at barns døgndoser ved ettårsalderen skal være større i forhold til kroppsvekt og med hyppigere dosering enn til voksne (Nordeng og Spigseth 2007:376). På grunn av genetiske forskjeller kan preparater som inneholder kodein gi avvik i virkningsgraden på inntil 10%. Av den grunn anbefaler nå WHO en to-trinnstilnærming ved smertelindring for barn under 12 år. Anbefalingene er videre at det doseres med regelmessige intervaller, ved den enkleste, mest effektive og minst smertefulle metoden. Behandlingen må tilpasses det aktuelle barnet. Oral administrasjon vil ofte være det enkleste og beste for barn over tre måneder (WHO 2012). Smertelindrende

medikamenter inndeles i ikke-opioide analgetika (paracetamol, acetylsalisylsyre o.l.), opioider (morfin og lignende stoffer) og andre legemidler. (Nordeng og Spigseth 2007:401). Ved smerter av lett til moderat intensitet bør medikamenter som paracetamol og ibuprofen være førstevalget. Om smertene anses som moderate eller sterke bør man vurdere et opioid (WHO 2010:37-38).

Statens Legemiddelverk (2015) ga i juni 2013 ut nye retningslinjer for bruk av kodein til barn. Her står det at kodeinholdige preparater ikke anbefales til barn under 12 år grunnet rapporter om tilfeller av pustebesvær hos barn som har blitt behandlet med kodeinholdige medikamenter.

WHO (2012) slår fast at analgetika administrert i tilstrekkelige doser vil lindre smerte for de fleste barn med somatisk sykdom. Det pekes på følgende nøkkelfaktorer:

1. bruk av en to-trinns strategi
2. dosering med regelmessige intervaller (ATC)
3. administrasjon av medikamentene via korrekt metode
4. tilpasning av medisineringsen til det enkelte barn

(WHO 2012:37)

I 1986 introdusert de disse fire prinsippene og punktene 2, 3 og 4 ble i kortform omtalt som “by the clock”, “by the mouth” og “by the individual”. Prinsippene ble innført parallelt med en 3-trinns smertetrapp. Denne smertetrappen ble revidert til en to-trinns strategi for barn fra 2012 (WHO 2012:37).

I en studie av Jacob og Puntillo 1999 (gjengitt fra Olmstead m.fl. 2010) ble det dokumentert at det særlig er to bekymringer som hindrer sykepleiere i å gjennomføre en optimal smertelindring for barn. Disse besto i bekymring for barnets mulige avhengighet av medikamentene og engstelse for respirasjonsdepresjon hos pediatiske pasienter som følge av narkotiske analgetika brukt i smertelindring.

Sykepleiernes holdninger og forestillinger om hva effektiv smertelindring bør bestå i, påvirker praksis og barns smerteopplevelse. Det ble avdekket at sykepleierne tolket PRN (dvs. etter

behov) i betydningen “så lite som mulig”. En annen studie tok for seg sykepleiernes individuelle målsettinger for smertelindring hvorav 16% hadde fullstendig smertelindring som målsetting, mens 23% mente smertelindringen var tilstrekkelig dersom barnet fungerte i det daglige (Olmstead m.fl. 2010). Når man som sykepleier innehar både kunnskap og verktøyene for å gjennomføre optimal sykepleieintervensjon ovenfor barn med smerter er det kritikkverdig å unnlate dette (Ibid).

3.3.2 Ikke-medikamentell smertelindring hos barn

Twycross og Finley (2013) har undersøkt sykepleieres pediatriske postoperative smertelindringspraksis. Her viste det seg at sykepleierne i undersøkelsen brukte få ikke-medikamentelle metoder og at de anså sin rolle innen smertelindring til å være synonymt med administrasjon av medikamenter. Bruk av ikke-medikamentelle metoder ble ansett som et foreldreansvar.

Det finnes en rekke ikke-medikamentelle smertelindrende metoder. Almås m.fl. (2010) fremhever at avspenning og kognitiv adferdsterapis smertelindrende effekt er godt dokumentert, mens en del andre metoder som massasje, fysioterapi og akupunktur erfaringsmessig har en positiv virkning, men ikke er like godt kartlagt (Almås m.fl. 2010:365).

He m.fl. (2010) har gjennomført en forskningsstudie der de undersøkte sykepleieres bruk av ikke-medikamentelle smertelindrende metoder før og etter gjennomføring av et kurs om dette. Studien viste at pusteteknikker, avslapning og hjelp med hverdagsaktiviteter var de mest brukte metodene både før og etter gjennomføring av kurset (He m.fl. 2010). Andre metoder som også ble nevnt var fantasiflukt, positive forsterkning, temperaturregulering, endring av stillingsleie og massasje (Ibid).

I en studie av Sng m.fl. (2012) undersøkte de barns egne erfaringer med postoperative smertelindring. Her fant de at barna brukte en rekke kognitive atferdsmetoder, deriblant distraksjon og fantasiflukt for å takle smerter. Distraksjon var den mest brukte strategien (Sng m.fl. 2012). Øvrige selvstyrte metoder inkluderte fysiske tiltak som bytte av stilling, drikke eller sove (Ibid). Videre søkte barna hjelp gjennom å informere foreldrene om smertene,

verbal eller ved hjelp av gråt (Ibid).

3.4 Påvirkende faktorer for smertelindring hos barn

Joyce Travelbees sykepleieteori omhandler mellommenneskelige relasjoner i sykepleie generelt og ikke spesifikt rettet mot barn. Jeg mener likevel at hennes teori har stor overføringsverdi til sykepleie av barn da den omhandler viktige grunnleggende prinsipper for samhandling.

Begrepet menneske-til-menneske-forhold er helt sentralt i Joyce Travelbee sykepleieteori. Det innebærer at man etablerer en mer likestilt relasjon enn hva man tradisjonelt forbinder med en sykepleier-pasientrelasjon. Hva legger hun i menneske-til-menneske-forhold? Hun konkretiserer dette som den eller de opplevelsene og erfaringene som sykepleieren og den syke deler. Sykepleier må bruke seg selv terapeutisk og benytte en systematisk og intellektuell fremgangsmåte til problemer (Travelbee 1999:41). En sykepleier som deler forståelsen av smerteopplevelsen og hvordan denne påvirker barnets lidelse vil føle seg moralsk ukomfortabel dersom smertelindringen er utilstrekkelig. Å involvere seg i en relasjon med barn som har smerter krever evne til å dele deres smerteopplevelse til tross for de utfordringer dette utgjør for sykepleier (Olmstead m.fl. 2010).

Travelbee definerer sykepleie på følgende måte:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999:29).

Sykepleie baserer seg alltid, direkte eller indirekte på en mellommenneskelig relasjon og målet med sykepleieaktiviteten er å bidra til forandring gjennom å først å avklare problemer og deretter sette inn tiltak på en målbevisst, omtenksum og informert måte (Travelbee 1999:30). Sykdom og lidelse kan ikke nødvendigvis forebygges. Samhandlingen mellom sykepleier og mottaker må ha som hensikt å bistå mottaker eller familien så denne kan håndtere sykdom og lidelse når dette oppstår (Travelbee 1999:33). Her vil sykepleierens generelle holdning til begrepet ”pasienter” være en viktig og styrende faktor med hensyn til hvordan hun utøver sykepleie både kvalitets- og kvantitetsmessig ovenfor alle syke hun møter i sitt virke (Travelbee 1999:62).

I etableringen av en relasjon mellom sykepleier og pasient vil begge parter være preget av rolleforventninger både til seg selv og hverandre. Denne stereotype avhumaniseringen kan vanskeliggjøre etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. For å oppnå en slik relasjon må både sykepleier og pasient evne å overskride stereotypiene som utgjør en barriere for å oppfatte hverandre som mennesker, ikke bare roller (Travelbee 1999:76-77). Å skjerme seg fra barnets smerte ved å opptre fjernt og distansert må ansees for uetisk og moralsk uakseptabelt. For å virkelig kunne forstå barnets smerte er det nødvendig å tørre å ta dette inn over seg (Olmstead m.fl. 2010). Først når sykepleieren anerkjenner hvert enkelt individ som et unikt menneske og fremstår som det hjelpende, velkvalifiserte mennesket hun er, kan sykepleierrollen overskrides. Sykepleiehandlingene blir da et middel, orientert mot mottaker, ikke kun et mål i seg selv (Travelbee 1999:79). Tradisjonelt har det å opprettholde en objektiv og profesjonell distanse til pasientene vært forventet for å motvirke følelsesmessige konsekvenser for både sykepleiere og pasienter. I dag råder eksperter innenfor relasjonsetikk derimot sykepleiere til å anerkjenne denne forventningen som irrelevant og uetisk når man pleier barn med smerter (Olmstead m.fl. 2010).

En viktig påvirkende faktor for et barns forståelse er alder og utviklingsnivå. Et barn på fire år har for eksempel normalt et ordforråd på ca. 1400 ord hvorav ca. 30 omfatter navn på kroppsdelene. Barnets forståelse er viktig for å få barnet til å samarbeide (Nordeng og Spigseth 2007:375). Man må derfor være oppmerksom på barnets alder i kommunikasjon samtidig som vi er oss bevisst på hvilke ord, begreper og ikke-verbale kommunikasjoner vi benytter (Eide og Eide 2007:363).

0-2 år: hovedkommunikasjonen skjer gjennom ikke-verbale formidling (affektiv dialog).

2-4 år: barnets fokus er på her og nå. Barnet har en egosentrisk og emosjonell logikk. Har barnet for eksempel hatt en tidligere, negativ opplevelse ved sykehus vil dette prege forventningene og assosiasjonene i forbindelse med en ny sykehusinnleggelse. I kommunikasjon med barn i denne alderen kan man ta utgangspunkt i en konkret assosiasjon eller enkeltutsagn fra barnet. Man kan speile barnets utsagn og bestrebe seg på formulere det man tror barnet ønsker å formidle gjennom det konkrete ordet.

4-8 år: Barn i denne alderen trenger bistand for å formidle en sammenhengende fortelling. Bruk av hjelpemidler kan bidra til å skape struktur og oppsummere det barnet har sagt i

samtalen. Barnet må tillates å følge sin egen fremdrift med hensyn til flyt og taktskifter i dialogen.

8-11 år: I denne alderen er barn i stand til å forstå forskjellene mellom virkelighet og fantasi. De kan også forstå sosiale sammenhenger og begivenheter uavhengig av dem selv (Eide og Eide 2007:362-373).

Ved starten av en samtale med barn kan man ikke vite hva barnet vil ha mest fokus på. Man kan ha visse forventninger og antagelser, men man vet ikke sikkert. Barnet må selv få sette fokus på hva som er viktig. Ved sykdom kan barn oppleve både grunnløse og velbegrunnede bekymringer. Om bekymringene er ubegrunnet må fokus være på å vise forståelse og gi riktig informasjon om de faktiske forhold. Ved velbegrunnede bekymringer kan barnet likevel ha ubesvarte spørsmål som kan besvares. Like viktig vil det være å vise forståelse, lytte og la barnet dele sin bekymring (Eide og Eide 2007:374-375).

3.4.1 Tilrettelegging av informasjon til barn

Informasjon til barn må tilpasses barnets nivå. Gjennom samhandling med barnet i en aktivitet det har naturlig interesse for kan man skape en godt egnet kontaktflate. Språk og de enkelte ord kan oppfattes forskjellig av barn og voksne (Aasgaard gjengitt fra Eide og Eide 2007:361). Det er derfor nyttig ta i bruk hjelpemidler som bistår barnet i å formidle sine behov og følelser på en naturlig måte utfra sitt aldersnivå. For å opprette en god kontakt og oppnå tillit hos barnet må man la barnet beholde ledelsen og tålmodig følge dets raske og langsomme vekslinger mellom temaer og aktiviteter uten å gripe inn for å overta styringen. Dette fordrer en åpen, undrende og lyttende holdning. Gjennom en slik tilpasning til en annen viser man interesse, empati, respekt og vilje til å dele den andres oppmerksomhet. Slik utvikler man tillit (Eide og Eide 2007:361).

3.4.2 Kommunikasjon og samhandling

Travelbee 1971 (gjengitt fra Eide og Eide 2007:136) fremholder all kommunikasjon som en dynamisk prosess og et hjelpemiddel innen sykepleie, men fortrinnsvis som en metode for å oppnå et fungerende menneske-til-menneske-forhold som er et avgjørende skritt på veien for å få gjennomført sykepleiens formål. Hun anser kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier som avgjørende i sykepleieprosessen og grupperer kommunikasjonen i fem faser.

Disse griper til en viss grad over i hverandre. Fasene er: Observasjon som består av kompetanse i å observere og tolke hva man ser. Fortolkning som består i evnen til generalisering, konkludere basert på observasjon, kunnskap og erfaring, men også åpenhet for å prøve ut tolkning ovenfor pasienten og øvrige impliserte med eventuell etterfølgende justering. Handling som består i sykepleieintervensjon og tiltak hvor sykepleier med bakgrunn i spesielle og generelle mål for sykepleien, styrer og veileder samhandling med pasienten og eventuelt foretar justeringer, om nødvendig, i målsettingene (Travelbee gjengitt fra Eide og Eide 2007:136). Evaluering av kommunikasjonen og ens egen rolle i denne og vurdering av informasjonen som er kommet frem gjennom samspillet med pasienten. Vurdering av resultatene og plan for videre tiltak og fremdrift (Travelbee gjengitt fra Eide og Eide 2007:137).

I Travelbee 1971 (gjengitt fra Eide og Eide 2007:138-139) sin definisjon av empati beskriver hun ferdigheter i å forstå, gå inn i og delta i en annen persons nåværende psykologiske tilstand. Med deltagelse understrekes det at det ikke involverer å føle og tenke som den andre, men å dele parallelt med at man står utenfor. I følge Travelbee bygger man grunnlaget for sympati gjennom den empatiske prosessen. Sympati er en grunnleggende holdning, et tankesett og måte å føle på der man kommuniserer med en ekte, personlig interesse og omtanke. Forholdet mellom sykepleier og pasient utvikler seg gjennom de fire første fasene til man når det Travelbee kaller *"the phase of rapport"*. Dette kan forstås som en relasjon preget av forståelse og harmoni, hvor man oppfatter hverandres følelser og perspektiver. I dette siste stadiet i utviklingen av en menneske-til-menneske-relasjon beskriver Travelbee som en vesentlig og meningsfylt prosess og dynamisk utvikling basert på gjensidig tillit og forutsetningen for å kunne oppnå formålet med sykepleien (Ibid).

3.4.3 Kommunikasjon og samhandling med barn

Barns tankesett er svært konkret og skiller seg tydelig fra voksne. Et barn behersker sjelden abstrakt tenkning før det nærmer seg tenårene. Dette legger store føringer for muligheten til å oppnå en gjensidig forståelse i den kommunikative samhandlingen (Eide og Eide 2007:362). For helt små barn mellom 0 og 2 år er det non-verbal formidling og emosjonell dialog som utgjør den viktigste kommunikasjonen (Ibid). Smerteevaluering er svært viktig og for å klare å kartlegge og forstå barnets smerter på best mulig måte er det avhengig av en god kommunikasjon mellom sykepleier, barnet og foreldrene (Garland og Kenny 2006).

Bjørg Rød Hansen (2002) har utviklet en god modell over elementer i kommunikasjon mellom barn og voksne. Denne modellen hjelper oss til å bli bevisst på hvordan de enkelte elementene i kommunikasjonen forholder seg innbyrdes. Inndelingen skiller overordnet mellom rammebetingelser og kommunikasjonsformer. Rammebetingelsene utgjør de ytre rammene for samtalen slik som tid, sted, hvem, hva, hvorfor og formål.

Kommunikasjonsformene omfatter dialogen, både ikke-verbal og verbal i form av tonefall, samtale, lytting og andre former for samhandling og kommunikasjon for eksempel i form av lek og spill (Bjørg Rød Hansen gjengitt fra Eide og Eide 2007:360).

Kommunikasjon og relasjonsbygging er sentralt i et etisk perspektiv på sykepleie. Dette bygger på forutsetningen om at etisk praksis er knyttet til en relasjon. Denne innfallsvinkelen er betydningsfull når man skal forstå barnets lidelse og handle med et etisk perspektiv. Barn har rett til å slippe unødvendig smerte og på bakgrunn av dette har sykepleiere en etisk og moralsk plikt til å involvere seg i barns smerte (Olmstead m.fl. 2010). Barns rett til evidensbasert smertelindring er etterhvert bredt anerkjent, men dette har likevel ikke ført til nødvendige endringer i barns smertelindring, til tross for fremveksten av spesialiserte smerteteam for barn, spesialiserte, pедиатriske smertesykepleiere og pasientkontrollert analgetika (Ibid).

4.0 Funn

Her presenteres en kort oppsummering av de utvalgte forskningsartiklene jeg har funnet mest relevante for min problemstilling. Jeg henviser til artiklene en rekke ganger i teksten. Jeg har også benyttet andre kilder i noe mindre grad, disse henvises det til i teksten og litteraturlisten. Artiklene er presentert i alfabetisk rekkefølge.

4.1 Presentasjon av funn

Tittel: As required versus fixed schedule analgesic administration for postoperative pain in children (Review)

Forfattere: Anna Hobson, Philip J Wiffen og Joy A Conlon (2015).

Hensikt: Studien har til hensikt å avdekke mulige forskjeller i administrasjon av analgetika postoperativt til barn under 16 år, avhengig av om medikamentene er foreskrevet regelmessig (ATC) eller «etter behov» (PRN) uavhengig av smertenivået ved utdelingstidspunktet.

Utvalg: Studien baserer seg på randomiserte og kontrollerte undersøkelser som sammenligner ATC og PRN i administrasjon av analgetika postoperativt til barn under 16 år. Undersøkelsen omfatter fire forskningsrapporter med til sammen 246 barn under 16 år som hadde gjennomgått tonsillektomi og som ble gitt smertestillende av foreldre eller annen omsorgsperson i sitt hjemmemiljø i inntil fire dager etter inngrepet.

Metode: Studien er oversiktsartikkel der forfatterne gjennomgikk the Cochrane Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE OG CINAHL databaser på den 2. juli 2014. Herfra plukket de ut randomiserte kontrollerte studier som sammenligner administrasjon av ATC og PRN analgetika til barn under 16 år, som hadde gjennomgått et kirurgisk inngrep som krevde postoperativ smertelindring. Dataene ble behandlet ved hjelp av The Cochrane Collaborational Statistical software Review Manager.

Hovedfunn: Undersøkelsen viste at gjennomsnittlig smertenivå og medikamentinntak falt i løpet av tiden som gikk etter inngrepet, men at ingen av foreskrivningsmetodene (ATC og PRN) ga tilstrekkelig smertelindring i prosessen. Forfatterne fant ikke statistisk signifikante forskjeller mellom de to foreskrivningsmetodene til tross for at man kunne forventet en noe bedre smertelindring hos de barna som fikk regelmessig, (ATC) og som derved hadde et

høyere medikamentinntak, enn de som fikk medikamentene etter behov, dvs. PRN. Studien konkluderer med at barn fortsatt rapporterte om smerter avsluttende vurderingen og at ingen av de to administreringsmetodene ga adekvat smertelindring.

Smertelindrende tiltak som blir omtalt i studiene omfatter: alderstilpassede selvevalueringstøytøyer for smerteevaluering (PCT og NRS), medikamentell intervensjon i form av ATC og PRN.

Relevans for oppgaven: Studien konkluderer med at postoperativ smertelindring for barn er mangelfull. Smertelindring med regelmessig administrasjon (ATC) viste en svakt bedre effekt enn PRN, men dette var ikke statistisk signifikant. Studien omhandler smertelindrende tiltak i form av kartleggingsverktøy for smertelindring og medikamentell intervensjon.

Tittel: Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study

Forfattere: Hong-Gu He, Riawati Jahja, Tat-Leang Lee, Emily Neo Kim Ang, Rajammal Sinnappan, Katri Vehviläinen-Julkunen og Moon Fai Chan (2010).

Hensikt: Undersøkelsens hensikt er å studere om etterutdannelse/kurs innen smertelindring innvirker på sykepleieres selv-rapporterte bruk av ikke-medikamentelle metoder for barns postoperative smertelindring, og mulige hindringer for bruk av disse metodene.

Utvalg: Studien er kvantitativ og utvalget består av 108 sykepleiere ved to offentlige sykehus i Singapore.

Metode: En kvasi-eksperimentell metode ble benyttet med en spørreundersøkelse før og en tre måneder etter kursgjennomføring. Spørreundersøkelsens form baserte seg på tidligere tilsvarende undersøkelser, med noen tilpasninger. Dataene ble analysert ved hjelp av Wilcoxon Signed Rank test.

Hovedfunn: Det ble funnet en økt hyppighet i bruk av ikke-medikamentelle smertelindrende metoder, særlig for de metodene som var lite i bruk før kurset. En av barrierene før kursgjennomføring var mangel på kunnskap om ikke-medikamentelle metoder for postoperativ smertelindring for barn, mens etterpå ble det rapportert at hindringene for bruk av metodene var for stor arbeidsbyrde, for lite tid og barnas

manglende evne til samarbeid. Ikke-medikamentelle tiltak som omtales i studien omfatter: avslapning, pusteteknikker, hjelp til daglige aktiviteter, fantasiflukt, oppmuntring, temperaturregulering, massasje, endre stilling.

Relevans for oppgaven: Ikke-medikamentelle metoder har vist seg effektive innen smertelindring og studien peker på hvilke hindringer som gjør at metodene brukes i for liten grad. Det pekes også på hvordan mer kunnskap og organisatoriske faktorer kan påvirke bruk av metodene.

Tittel: Pediatric nurses' postoperative pain management practices: An observational study

Forfattere: Alison Twycoss, G. Allen Finley og Margot Latimer (2013).

Hensikt: Studiens hensikt er å foreta en dybde- undersøkelse av pediatrik postoperative smertelindring.

Utvalg/metode: Undersøkelsen er kvalitativ og omfatter postoperativ pleie av 10 barn. Det ble fokusert spesielt på smertenivåer høyere en 5 på en skala fra 0-10 og forholdet mellom smertenivå og administrasjon av analgetika. Dataene ble innsamlet ved hjelp av observasjon av helsepersonell, barna og foreldrene, samtaler ble dokumentert sammen med generell informasjon om hvert barns smertelindring. Observasjonen ble gjennomført i de første 72 timene etter operasjon. Dataene ble transkribert fortløpende etter hver observasjonsperiode. Analyse av dataene ble gjennomført ved hjelp av innholdsanalyse og kategorisert i syv temaer.

Hovedfunn: Studien er den første i sitt slag med fokus på pleiemetoder for barn etter kirurgi. Undersøkelsen konkluderer med at sykepleiere anser smertelindring som synonymt med administrasjon av analgetika. Smerteevalueringen ble ikke nødvendigvis brukt som en guide til hvilken medisiner som ble gjennomført. Ansvar for ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder ble hovedsakelig overlatt til foreldrene. Smertelindrende tiltak som omtales i studien omfatter: alderstilpassede kartleggingsverktøy for smerteevaluering, administrasjon av medikamenter, mobilisering og isposer.

Relevans for oppgaven: Studien peker på manglende sammenheng mellom kartlegging av barnas smerter og smertelindrende tiltak sykepleier iverksetter. Bruk av ikke-

medikamentelle smertelindrende tiltak kan med fordel brukes i tillegg til medikamenter.

Tittel: Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study

Forfattere: Qian Wen Sng, Beverley Taylor, Joanne LW Liam, Piyanee Klainin-Yobas, Wenru Wang og Hong-Gu He (2012).

Hensikt: På bakgrunn av at flere undersøkelser gjennom kvantitative studier har vist mangler i postoperativ smertelindring ønsker forfatterne å undersøke barnas egne erfaringer med postoperativ smertelindring hos barn i skolealder.

Utvalg: Studien omfatter data fra intervjuer med 15 barn i skolealder. Barna var innlagt på sykehus i Singapore.

Metode: Studien baserer seg på en kvalitativ metode med intervjuer av hvert enkelt barn. Intervjuene ble gjennomført i perioden nov 2010 til januar 2011. Dataene ble analysert i etterkant ved hjelp av tematisk analyse.

Hovedfunn: Undersøkelsen omfatter både medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder/tiltak for smertelindring. Forfatterne identifiserte fem temaer som kunne føre til smertelindring:

- Selvstyrte metoder for å oppnå smertelindring (distraksjon og fantasiflukt, skifte av stilling, søvn eller drikke, søke hjelp fra andre ved å informere foreldre, gråte eller bruke smertestillende medikamenter).
- Foreldrenes inngripen for å lindre smertene (vurdering av smertenivå, bistand med smertelindrende medikamenter, bruk av fysiske og følelsesmessige støttestrategier, hjelp til aktivitet og varsling av helsepersonell).
- Sykepleiernes aktive inngripen for å lindre de postoperative smertene (administrasjon av smertestillende, bruk av kognitive adferdsmetoder, strategier for støtte og hjelp med aktiviteter som en del av dagliglivet).
- Forslag til foreldrene om hvordan de kunne bidra til smertelindring gjennom tilstedeværelse og distraksjon.
- Forslag til sykepleierne om hvordan de kunne bidra til smertelindring gjennom tildeling av medikamenter, liggestilling og distraksjon.

Relevans for oppgaven: Studien bygger på barnas egen oppfatning av smertelindringen og støtter tidligere undersøkelser som indikerer at sykepleiere bør vurdere å bruke et større spekter av vurderingsmetoder og smertelindrende tiltak i sin postoperative pleie av barn.

Tittel: Post-operative pain: the impact of prescribing patterns on nurses' administration of analgesia

Forfattere: Joan Simons og Laurence Moseley (2008).

Hensikt: Studien tar sikte på å måle forskjellen mellom faktisk foreskrevet analgetika postoperativt til barn, hva som faktisk administreres i de første 24 timene og i hvilken grad mengden administrerte medikamenter varierer utfra om de er foreskrevet regelmessig eller «etter behov».

Utvalg: Utvalget omfatter 175 barn og ble gjennomført på to steder; i barneavdelingen på et større universitetssykehus og en avdeling i et barnesykehus i Storbritannia. Utvalget omfattet barn som hadde gjennomgått en operasjon og var innlagt på avdelingen for minimum 24 timer etter operasjonen.

Metode: Studien er kvantitativ og det er brukt et oppsummerende skjema ved gjennomgang av barnas medikamentjournal for å registrere administrasjon av medikamenter i de første 24 timer etter operasjon. Administrerte analgetika omfattet morfin, kodein, diclofenac, ibuprofen og paracetamol. Dataene ble anonymisert og presentert i en statistisk form.

Hovedfunn: Det mest brukte preparatet var paracetamol. Når dette var foreskrevet (ATC), dvs regelmessig, ble dette administrert av sykepleierne med en oppfylleelsesgrad på 88%.

Når paracetamol var foreskrevet (PRN) «etter behov» var oppfylleelsesgraden 77%.

De foreskrevne analgetika ble gitt omvendt proporsjonalt med styrkegraden av preparatet.

Det var en betydelig større sjanse for at barna fikk analgetika når dette var foreskrevet regelmessig (ATC). Det konkluderes med at sykepleiere må bli bedre til å vurdere barns smerte og administrere tilstrekkelig smertestillende, men at sykepleierne ved barnesykehuset, som hadde støtte av en smertekontroll-gruppe, hadde større tiltro til sin administrasjon av smertelindrende til barn.

Smertelindrende tiltak som blir omtalt i studiene omfatter: medikamentell intervensjon.

Relevans for oppgaven: Studien konkluderer med at det er et klart forbedringspotensiale med hensyn til hvordan sykepleiere tolker og handler på bakgrunn av PRN-foreskrivning av analgetika til barn. Det påpekes også at bruk av kartleggingsverktøy kan forbedre sykepleieres tiltro til å administrere analgetika til barn.

Utvalget består av artikler som omhandler barns smertelindring. Artiklene har forskjellig fokus og drøfter relevante temaer for min problemstilling som: medikamentell smertelindring, ikke-medikamentell smertelindring, foreldrenes rolle, kommunikasjon og smerteevaluering.

5.0 Hvilke faktorer har innvirkning på sykepleierens mulighet til å lindre postoperative smerter hos barn

I dette kapittelet vil jeg diskutere problemstillingen sett opp mot teorien fra lærebøker, litteratur, funnene fra de utvalgte forskningsartiklene og øvrige kilder. Forskning og artiklene som omhandler postoperativ smertelindring for barn har ulike innfallsvinkler som ikke nødvendigvis kun berører intervensjoner ledet av sykepleier, men jeg opplever disse likevel som relevante da studiene belyser en bredde i tiltak som sykepleier kan velge fra, i sin sentrale rolle i behandlingen. I drøftingen vil jeg gå nærmere inn på hvordan ulike tiltak og intervensjoner fra forskningen kan overføres til praksis.

Forskning og litteratur viser til at manglende smertelindring er et problem i helsevesenet (Wadensten m.fl. 2010; Hobson m.fl. 2015; Almås m.fl. 2010). Forskning viser at 30-50% av pasientene rapporterer om sterke smerter (Almås m.fl. 2010:355). Som sykepleiestudent må jeg si det er overraskende og bekymringsfullt hvordan forskning har fokusert på et problem som mangelfull smertelindring og dokumentert ulike sider av dette gjennom de siste ti-år, men at forskningsresultatene likevel ikke ser ut til å ha påvirket klinisk praksis i særlig grad.

Mangelfull smertelindring ved sterke smerter kan gi negative fysiologiske konsekvenser, det kan føre til komplikasjoner og forlenget sykdomsforløp (Almås m.fl. 2010:368). Slik jeg ser det står man her ovenfor en vinn-vinn-situasjon dersom helsevesenet evner å forbedre smertelindringen i klinisk praksis. Pasientene vil oppleve mindre smerter og lidelse og man må kunne forvente at antall komplikasjoner og forlengede sykdomsforløp minker, med færre liggedøgn som resultat. Ubehandlete postoperative smerter er altså et problem, og gjennom problemstillingen: «Hvilke faktorer har innvirkning på sykepleierens mulighet til å lindre postoperative smerter hos barn?» ønsker jeg å belyse hvilke faktorer som kan virke hemmende, og hvilke sykepleieintervensjoner og tiltak som kan virke fremmende, for å oppnå dette målet.

5.1 Kartlegging av smerter

Forskning viser at sykepleiere har tendens til å stole på egen oppfatning av smertenivå fremfor å bruke kartleggingsverktøy (Schafheutle m.fl. 2001; Dihle m.fl. 2006 gjengitt fra Wadensten 2010). Sett sammen med at en overvekt av sykepleierne i en studie av Hovde m.fl.

(2011) vurderte pasientens smerter lavere enn pasientens egen evaluering viser dette noe av bakgrunnen til at ubehandlede smerter er et problem. Sykepleiere har den teoretiske bakgrunnen om postoperativ smertelindring, men anvender ikke denne kunnskapen i tilstrekkelig grad stilt ovenfor pasienten, og sykepleier kan derved bli et hinder for god smertehåndtering (Ibid). En årsak til avviket mellom forskning og praksis kan ligge i sykepleiers manglende relasjon og involvering i barnets smerte, og derved utgjøre en hemmende faktor i form av mangelfull kartlegging.

5.2 Bruk av kartleggingsverktøy i vurdering av smerte hos barn

Smerteevaluering og kartleggingsverktøy kan inndeles i ulike kategorier som observasjon, illustrasjoner av ansiktsuttrykk og numeriske skalaer. I tillegg bør man være oppmerksom på fysiologiske parametere som kan gi utslag ved sterke, akutte smerter (Almås 2010:362). WHO (2012:31) understreker at valg av kartleggingsverktøy må tilpasses barnets alder og utvikling. Det er viktig å være klar over at ingen av smerteverktøyene er universelle i den grad at de passer til alle aldersgrupper og smertetyper. Hovedvekten av smerteevalueringverktøyene er beregnet på akutte smerter (Ibid).

Faces pain scale (FPS) er rask og enkel i bruk. Dersom sykepleiere skal øke sin bruk av kartleggingsverktøy i smerteevaluering vil det være svært viktig at disse er enkle og raske i daglig bruk. FPS har disse kvalitetene og jeg anser dette som det enkleste og beste verktøyet til bruk med de mindre barna som ikke nødvendigvis kan forholde seg til mengdebegreper eller abstraksjon. Visual analog scale (VAS) er rask og svært enkel i bruk, men forutsetter at barnet kan tenke abstrakt for å kunne indikere sitt smertenivå på en linje mellom de to punktene ingen smerte og verst mulig smerte. Pieces of Hurt tool (Poker Chip tool) forutsetter at barnet er fortrolig med mengde- og størrelsesbegreper. Ulempen er at materiellet krever noe mer tilrettelegging da brikkene må desinfiseres mellom hver bruk. Fordelen er at selve kartleggingen kan oppleves mer som en lek mellom sykepleier og barn og på den måten bidra til å opprette og vedlikeholde en god relasjon. Metoder som FLACC (face, legs, activity, cry and consolability) kan gi verdifull tilleggsinformasjon ved bruk sammen med et annet kartleggingsverktøy eller alene for ikke-verbale barn. The Oucher Photographic scale har de samme fordelene som FPS, men ulempen er at materiellet må fargekopieres og muligens også lagerføres i forskjellige utgaver av etnisitet. På grunn av disse ulempene mener jeg FPS er et

bedre valg.

WHO (2012) fremhever viktigheten av at man bruker samme kartleggingsverktøy hver gang man evaluerer det samme barnet for å få sammenlignbare resultater (WHO 2012:34). Som Almås m.fl. (2010) understreker så er smerteopplevelsen subjektiv og det er bare den som kjenner smerten som kan karakterisere intensiteten og varigheten (Almås m.fl. 2010:357). En god kartlegging bør derfor, slik jeg ser det, fortrinnsvis basere seg på en kommunikativ metode der barnet selv kan gi uttrykk for hvilket smertenivå han eller hun kjenner akkurat nå. Riktig bruk av kartleggingsverktøy vil være en fremmede faktor for adekvat smertelindring.

5.3 Medikamentell smertelindring

Twycross og Finley (2013) fant i sin undersøkelse en del avvik i administrasjon av analgetika. Ikke-opioide medikamenter ble administrert regelmessig til tross for at de var foreskrevet etter behov og det ble dokumentert en tilbakeholdenhet hos sykepleierne i administrasjon av opioider. Sykepleierne foretrakk å avvente for å se om barnet trengte morfin heller enn å administrere det regelmessig. Morfin som var foreskrevet med 2-3 timers intervaller ble gitt hver fjerde time og barna fikk ikke nødvendigvis tilleggsdoser til tross for smertenivåer over 5 på en skala fra 0-10 (Twycross og Finley 2013). Tilsvarende fant Simons og Moseley (2008) at sykepleiere hadde tendens til å avvente barnets smertesignaler før de administrerte analgetika (Simons og Moseley 2008). De to studiene som undersøkte hvordan foreskrivningsmetode påvirket faktisk administrasjon av analgetika fant at foreskrivningsmetoden etter behov (Pro Re Nata), resulterte i lavere mengde administrerte analgetika enn når foreskrivningen ble administrert med regelmessige intervaller (Around The Clock), (Hobson m.fl. 2015; Simons og Moseley 2008). Olmstead m.fl (2010) avdekket i sin studie at sykepleierne tolket PRN i betydningen "så lite som mulig". Jeg mener at et slikt forskningsresultat understreker behovet for bedre rutiner og opplæring innen smertelindring for helsepersonell i institusjonene. Det er klart at en slik tilnærming til foreskrivningsmetoden PRN må innvirke på kvaliteten på barnets smertelindring. Simons og Moseley (2008) konkluderer med at når administrasjon av analgetika er avhengig av sykepleiers evne til å evaluere barnets smerter så er det mindre sannsynlig at analgetika gis (Simons og Moseley, 2008).

I Simons og Moseleys (2008) undersøkelse som ble gjennomført på to forskjellige steder; en barneavdeling ved et universitetssykehus og et barnesykehus med eget smerteteam. Av alle analgetika som ble foreskrevet ble en høyere prosent av medikamentene faktisk administrert ved barnesykehuset, med ett unntak for kodein. I studien understrekes det at tilgjengeligheten av et smerteteam syntes å innvirke positivt på sykepleierne ved barnesykehuset og deres trygghet med hensyn til sin smertelindringspraksis. Dette viser hvordan faglig støtte i avdelingen bistår sykepleier i hennes beslutninger og øker kvaliteten i smertelindringen (Simons og Moseley, 2008).

Usikkerhet og overdreven aktsomhet hos sykepleier er faktorer som kan virke hemmende på god smertelindring, mens opplæring og faglig støtte ved institusjonen vil ha fremmende virkning for å oppnå tilstrekkelig smertelindring.

5.4 Ikke-medikamentell smertelindring

Ikke-medikamentelle metoder har også effekt som smertelindring. Sng m.fl. (2012) undersøkte barns erfaringer med postoperativ smertelindring i en kvalitativ studie og fant at bruk av medikamentell smertelindring var den mest vanlige strategien for smertelindring, men at også ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder ble brukt av både barn, foreldre og sykepleiere. Barna kom selv med forslag til foreldre og sykepleiere om hvordan smertene best kunne lindres (Sng m.fl. 2012). Metodene omfattet tilstedeværelse og distraksjon fra foreldrene og distraksjon og bytte av stilling fra sykepleierne (Ibid).

Almås m.fl. (2010) fremholder at effekten av kognitiv adferdsterapi og avspenning er godt dokumentert, mens en del andre metoder som massasje, fysioterapi og akupunktur erfaringsmessig har en positiv virkning, men ikke er tilsvarende kartlagt (Almås m.fl. 2010:365). He m.fl. (2010) undersøkte hvordan etterutdannelse innen ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder for sykepleiere innvirket på bruken av disse metodene i klinisk praksis. Studien viste signifikant økning i sykepleiernes bruk av metoder som temperaturregulering, positiv forsterkning, massasje, endring av stilling og fantasiflukt for å lette postoperative smerter hos barn (Ibid). Etterutdannelse og økt fokus på ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder øker altså bruken, men He m.fl. (2010) påpeker at

også at ansvarlige myndigheter må ta ansvar for å identifisere hindringer som vanskeliggjør bruken av disse metodene i klinisk praksis (Ibid).

Man kan benytte en rekke ulike ikke-medikamentelle tiltak. Distraksjon er en metode hvor barnet flytter oppmerksomheten bort fra smertene og over på noe annet som for eksempel: hjelp til daglige aktiviteter, drikke, sove, spise, fantasiflukt og aktiviteter som lese, se TV eller spille spill. Andre tiltak kan øke avspenning, avslapning og velvære ved hjelp av temperaturregulering, bytte av leie, pusteteknikker og massasje.

En rekke ikke-medikamentelle tiltak kan initieres og organiseres av sykepleier, og hvor barnet selv eller foreldrene kan følge opp i gjennomføringen eller praktisere på eget initiativ ved en senere anledning. Eksempler på distraksjonsaktiviteter kan være lese, se TV eller spille spill. Bruk av fantasiflukt og endring i leie kan også anees for å være en avspenning eller avslapningsmetode. Ved bruk av disse metodene kan sykepleiere igjen oppnå mye ved å initiere tiltaket. Massasje er et tiltak som kan ha god virkning, men som er forholdsvis tidkrevende. Massasje som tiltak kan være egnet som en foreldreaktivitet og kan gi forelder en konkret, meningsfylt oppgave som pårørende.

Almås m.fl. (2010) og Sng m.fl. (2012) nevner kognitiv atferdsterapi som et mulig ikke-medikamentell smertelindringstiltak (Almås m.fl. 2010:365; Sng m.fl. 2012). Kognitiv atferdsterapi vil ikke ha som målsetting å fjerne smerten, men å hjelpe pasienten å tilegne seg formålstjenlige strategier for å takle smerten (Lunde og Nordhus 2006). I sammenheng med postoperativ smertelindring for barn anser jeg dette for et tiltak som må komme i tillegg til andre medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder. Kognitiv atferdsterapi kan eventuelt komme til nytte ved sterke gjennombruddssmerter ikke lar seg lindre tilstrekkelig ved hjelp av analgetika assistert av ikke-medikamentelle tiltak. Forskning viser at ikke-medikamentelle metoder lindrer smerter og bruk av disse metodene vil derved være en fremmede faktor. I en postoperativ fase brukes disse metodene i tillegg til medikamentell smertelindring.

5.5 Kommunikasjon som påvirkende faktor i lindring av smerte

Olmstead m.fl. (2010) understreker at det å involvere seg i en relasjon med barn som har smerter krever evne til å dele deres smerteopplevelse til tross for de utfordringer dette utgjør

for sykepleier (Olmstead m.fl. 2010). Gjennom en relasjon til barnet vil det være lettere å forstå barnets smerter med bakgrunn i de faktorer som WHO påpeker; smerteopplevelse er et resultat av biologiske, psykologiske, kulturelle, sosiologiske og åndelige faktorer og smertevurdering må inngå som en integrert del av all klinisk pleie (WHO 2012:27).

Hvert barn er unikt, men også preget av miljøet og familien de vokser opp i. Ved å opprette en menneske-til-menneskerelasjon til barnet vil man etablere et tillitsforhold og du som sykepleier vil lære barnet og familien bedre å kjenne. Da vil det være lettere å forstå hvert enkelt barn og se hvilke individuelle tiltak dette barnet har behov for.

Bruk av kartleggingsverktøy gir en dokumenterbar vurdering av smertenivå hos barnet, men iverksetting av smertelindrende tiltak hviler på en grunnleggende forutsetning om gjensidig tillit mellom pasienten og helsepersonellet og at disse stoler på pasientens formidling av sin smerteopplevelse slik det fremholdes av Almås m.fl. (2010:362). Twycross og Finley (2013) viser i sin studie at til tross for at smertenivå ble målt så førte dette ikke nødvendigvis til bruk av passende smertelindrende intervensjoner.

Dette indikerer at sykepleier, som påpekt hos Travelbee og Olmstead m.fl., må bruke seg selv terapeutisk (Travelbee 1999) og dele forståelsen av smerteopplevelsen og hvordan denne påvirker barnet (Olmstead m.fl. 2010). Smerteopplevelsen beskrives som høyst subjektiv og kun den som selv opplever smerten, kjenner intensiteten og varigheten og kan vite hvordan det føles (Almås m.fl. 2010:357). Å forsøke å beskrive sine smerter er vanskelig og kan bli ufullstendig (Ibid). Da kan tilleggsinformasjon innhentes slik Garland henviser til i sin studie at sykepleiere bør bruke mer tid på det enkelte barn for å observere smertesignaler, iverksette distraksjon, evaluere effekten av analgetika, dokumentere kartlegging og diskutere smertelindring med barn og foreldre (Doorbar og McCLeary 1999 og Polkki m.fl. 2003 gjengitt fra Garland og Kenny 2006). En mangelfull relasjon til barnet kan gjøre at sykepleier ikke fullt ut tar innover seg barnets smerter. Dette kan virke hemmende på iverksetting av adekvate smertelindrende tiltak.

5.6 Bruk av foreldre som en ressurs i smertelindring til barn

I en undersøkelse av Twycross og Finley (2013) kom det frem funn som tyder på at sykepleierne anså sin rolle til å være synonymt med administrasjon av smertestillende medikamenter og at de betraktet ikke-medikamentelle metoder som et foreldresansvar (Twycross og Finley 2013). Foreldre kan oppleve stor usikkerhet ved sin rolle når barnet er

innlagt på sykehus. Sykepleier kan medvirke til en god rolleavklaring når hun bruker seg selv terapeutisk og inngår en menneske-til-menneskerelasjon til barnet. Det vil være naturlig også å inkludere foreldrene i en del av kommunikasjonen med barnet. Sykepleier kan hjelpe foreldrene til å definere sin rolle. Nærliggende oppgaver for foreldre kan være å hjelpe sykepleier å tolke barnets smerter og kommunikasjon, bistå med ikke-medikamentelle tiltak, varsle sykepleier ved endringer eller behov for justeringer av både medikamentell og ikke-medikamentell natur. Ved å involvere foreldrene og definere deres rolle ligger det godt til rette for et konstruktivt samarbeid mellom barnet, sykepleier og foreldre til barnets beste. Foreldre er en ressurs som kan utgjøre en fremmede faktor for barnets smertelindring.

5.7 Øvrige påvirkende faktorer i lindring av smerte

Olmstead m.fl. (2010) fremhever i sin artikkel at smerte forårsaket av sykdom eller skade er et naturlig eller fysisk fenomen, men understreker samtidig at smerte som er foranlediget eller aksepteres utfra menneskelige holdninger, praksis eller verdier er et etisk spørsmål.

Sykepleiere har som kjent en etisk og moralsk plikt til å optimalisere smertelindring og dette er nedfelt i etiske koder som stadfester pasientenes krav på kunnskapsbasert, optimal og medfølende pleie og Olmstead m.fl. (2010) konkludere derfor med at sykepleiere utfører ”uetisk” pleie ved å la barns smerter passere uten tilstrekkelig lindring (Ibid).

Sykepleiere har det etiske ansvaret og kompetansen som er knyttet til barns rettigheter. Den verdi eller betydning sykepleieren legger i barns rett til effektiv smertelindring vil gi seg utslag i de beslutningene man tar for å lindre smerte og reflekteres i de påfølgende tiltak som iverksettes (Olmstead m.fl. 2010). Det er identifisert en rekke faktorer som bidrar til barns mangelfulle smertelindring. Disse favner myter og misforståelser om behandling av barns smerter, helsepersonellens holdninger og forestillinger om barns smerter og manglende kunnskap om smertelindring for barn både når det gjelder medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder. Manglende kartlegging av barns smertenivå, sykepleiers forventninger til utfallet av barnas smertelindring og om målsettingen er å eliminere eller lette smertene vil påvirke gjennomføringen. Innen organisasjonen kan det være en manglende kultur for å innarbeide forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis (Ibid).

Nyere forskning viser at sykepleieres holdninger og forestillinger om effektiv smertelindring er i endring, men forbedringene reflekteres foreløpig ikke i klinisk praksis (Olmstead m.fl. 2010). Konsekvensen er at så lenge dette gapet mellom forskning og praksis eksisterer, vil barn lide unødvendig i hendene på sine sykepleiere (Ibid).

Tiden kan virke overmoden for endringer i klinisk smertelindringspraksis for barn og det er mitt håp at dette snart vil bli gjenstand for prosjekter for kvalitetsforbedringer i helsevesenet.

6.0 Avslutning

Status innen postoperativ smertelindring for barn er at denne fortsatt er mangelfull, til tross for at det foreligger bred dokumentasjon på at barn gjennomlever moderate til sterke smerter etter operasjon. Det er utviklet en rekke metoder for kartlegging og evaluering av smertenivå som er tilpasset både de minste, ikke-verbale barna og større barn. Travelbee (1999) har påpekt hvordan sykepleier bør bruke seg selv terapeutisk for å opprette en menneske-til-menneskerelasjon som er grunnlaget for god kommunikasjon og forståelse av barnets/pasientens smerter. Forskning har gitt oss mye kunnskap om smerter og smertelindrende metoder, både i form av medikamenter og ikke-medikamentelle tiltak og behandling.

Når postoperativ smertelindring for barn fortsatt er mangelfull må man evaluere om overordnede, strukturelle forhold er til hinder for god smertelindring. Resultatene fra denne studien påpeker noen forhold som kan bidra til en bedre klinisk praksis; mer fokus på smerter, kartlegging og smertelindrende metoder i sykepleierutdannelsen. Dernest må smertelindring løftes frem innen institusjonene i form av retningslinjer, standarder for sykepleien, kultur i avdelingen og rutiner som gjør smertelindring enkelt å gjennomføre.

I siste instans kan likevel de beste intensjoner for god smertelindring hindres i gjennomføringen av forhold som stort arbeidspress, for lite tid og manglende samarbeid fra barn og foreldre.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg lært mer om det forskning har avdekket om postoperativ smertelindring for barn og hvilke tiltak som kan og bør gjennomføres i praksis i avdelingene. Jeg håper dette vil gjøre meg i stand til å utføre en mest mulig optimal jobb innenfor fagfeltet når jeg begynner i jobb som sykepleier.

Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D. og Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

EBSCO Health (2015). *CINAHL Database*. Hentet 5. August 2015 fra:
<https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Garland, L. og Kenny, G. (2006). Family nursing and the management of pain in children. *Paediatric nursing*, 18 (6):18-20. Hentet fra Cinahl.

He, H.G. m.fl. (2010). Nurses' use of non-pharmalogical methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal of advanced nursing*, 66 (11):2398-2409. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05402.x

Hobson, A., Wiffen, P.J. og Conlon, J.A. (2015). As Required versus fixed schedule analgesic administration for postoperative pain in children (Review). *The Cochrane Library*, (2):1-12. Hentet fra Cinahl.

Hovde, K.R., Granheim, T.H., Christophersen, K.A. og Dihle, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. *Sykepleien forskning*, 6 (4):332-338. doi: 104220/sykepleienf.2011.0191

International Association for the Study of Pain (IASP). *Faces Pain Scale – Revised Home*. Hentet 24. August 2015 fra: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519>

Lunde, L.H., Nordhus, I.H. (2006). *Kognitiv atferdsterapi i gruppe ved kroniske smertetilstander: Erfaringer fra en smerteklinikk*. Hentet 25. August 2015 fra:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=2065&a=2

- Madsen, K. og Winther, B. (2005). *Lindrende sygepleje 1. I: J. Bydam. Og J. M. Hansen (red). Sygeplejens fundament*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S
- Magnus, P. Og Bakketeig, L. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nordeng, H. og Spigseth, O. (2007) *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Norsk barnesmerteforening (2011). *Face, leg, activity, cry, consolability*. Hentet 14. Juni 2015 fra: <http://www.norskbarnesmerteforening.no/smertevurderingsverktøy-kategori/flacc>
- Olmstead, D.B., Scott, S.D. og Austin, W.J. (2010). Unresolved pain in children: A relational ethics perspective. *Nursing ethics*, 17 (6):695-704. doi: 10.1177/0969733010378932
- Simons, J. og Moseley, L. (2008). Post-operative pain: the impact of prescribing patterns on nurses' administration of analgesia. *Paediatric nursing*, 20 (8):14-19. Hentet fra Cinahl.
- Sng, Q.W. m.fl. (2012). Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 22 (1):958-968. doi: 10.1111/jocn.12052
- Statens legemiddelverk (2015). *Kodeinholdige preparater anbefales ikke til barn under 12 år*. Hentet 23. Juli 2015 fra: <http://www.legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Sider/Kodeinholdige-preparater-anbefales-ikke-til-barn-under-12-aar.aspx>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Twycross, A., Finley, A.G og Latimer, M. (2013). Pediatric nurses' postoperative pain management practices: An observational study. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 18 (1):189-201. doi: 10.1111/jspn.12026
- Wadensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. og Gunningberg, L. (2010). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *Journal of clinical nursing*, 20 (1):624-634. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03482.x

World health organization (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Hentet 12. Mai 2015 fra:

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/children_persisting_pain/en/