



## **«Gjør det vondt, lille venn?»**

Bruk av smertevurderingsverktøy til barn

## **“Does it hurt, little one?”**

The use of pain assessment tools for children

Kandidatnummer: 26

VID vitenskapelig høgskole

Haraldsplass

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i akuttmedisinsk sykepleie

Kull: 2018

Antall ord: 4396

Dato: 17.04.2020

# Sammendrag

**Innledning:** Smerter er et vanlig symptom hos akutt syke barn. Smerte er en fysiologisk stressreaksjon som krever mye energi. God smertelindring bidrar til å redusere barnets ubehag, raskere mobilisering og kortere sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Smertevurdering innebærer å bedømme om: Barnet har smerter eller om det er andre årsaker til ubehag, hvor på kroppen smertene sitter, hvor intensive smertene er og hvordan smerten oppleves. Erfaring fra praksis har gitt uttrykk for at smerter hos barn ofte ikke blir vurdert og behandlet prehospitalt, noe som underbygges av aktuell forskning som sier at smertevurdering hos barn ofte er fraværende.

**Problemstilling:** «Kan bruk av smertevurderingsverktøy gi bedre smertelindring til barn med akutte smerter i ambulansen?»

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Nyere forskning ble innhentet etter å ha gjort systematiske søk i databaser som Cinahl, SweMed+ og PubMed.

**Resultat:** Totalt 5 artikler ble inkludert i oppgaven. Alle artiklene er enkeltstudier. Artiklene er relevant og belyser temaet for oppgaven. Resultatene fra studiene presenteres etter hva de sier om de ulike temaene.

**Konklusjon:** God smertevurdering er viktig for å kartlegge smerter. Å bruke et smertevurderingsverktøy tilpasset barnets alder er viktig, og kunnskap om verktøyet er avgjørende for å oppnå best resultat. Korrekt og regelmessig bruk av smertevurderingsverktøy i ambulansen, gir bedre smertelindring til akutt syke barn i form av at smerter blir lettere vurdert, utvikling av smertene er under kontroll og man har en indikasjon på når smertelindring skal gis.

**Nøkkelord:** barn, akutte smerter, ambulanse, smertevurdering.

# Abstract

**Background:** Pain is a common symptom in acutely ill children. Pain is a physiological stress response that requires a lot of energy. Good pain relief helps to reduce the child's discomfort, quicker mobilization and shorter hospital stays (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Pain assessment involves judging whether: The child is in pain, if there are other causes of discomfort, where the pain is located, how intense the pain is and how the pain is experienced. Experience from practice have expressed that pain in children is often not assessed and treated prehospital, something that is supported by current research which states that pain assessment in children is often absent.

**Question:** «Does the use of pain assessment tools give better pain relief for children with acute pain in the ambulance?»

**Method:** This study is a literature review. Systematic searches have been done to find newer researches on the subject in databases like Cinahl, SweMed+ and PubMed.

**Results:** A total of 5 articles were included in the study. All the articles are individual studies. The articles are relevant and highlights the topic of the study. The results are presented according to what they say about the various topics.

**Conclusion:** Good pain relief is important for charting pain. Using a pain assessment tool that is adapted to the child's age is decisive, and the knowledge of the tool helps to achieve the best results. Proper and regular use of pain assessment tools in the ambulance provides better pain relief to acutely ill children in the form of pain assessment, pain development is under control and there is an indication of when pain relief should be given.

**Key words:** pediatrics, acute pain, ambulance, pain assessment.

## Innholdsliste

1.0	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Hensikt med oppgaven .....	2
2.0	Metode.....	2
2.1	Litteratursøk .....	3
2.2	Utvelgelse av artikler .....	3
2.3	Analyse av artikler .....	4
3.0	Resultat.....	5
3.1	Resultattabell .....	5
3.2	Bruk av smertevurderingsverktøy .....	7
3.3	Mangel på kunnskap.....	8
3.4	Smertelindring .....	9
4.0	Diskusjon.....	10
4.1	Bruk av smertevurderingsverktøy .....	10
4.2	Mangel på kunnskap.....	12
4.3	Smertelindring.....	13
5.0	Konklusjon .....	14
6.0	Litteraturliste .....	15

Vedlegg 1 – PICO skjema

Vedlegg 2 – Søkehistorikk skjema

## 1.0 Innledning

Smarter er et vanlig symptom hos barn. Smerte er en fysiologisk stressreaksjon som krever mye energi. God smertelindring bidrar til å redusere barnets ubehag, raskere mobilisering og kortere sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). utfordringen er at barn har begrenset evne til å meddele og uttrykke smerteopplevelsene sine, noe som gjør at smertevurdering og smertelindring hos barn kan være svært utfordrende (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Systematisk vurdering av smerter danner grunnlag for god smertebehandling, og hjelpemidler for å vurdere barns smerter er effektive og gir bedre smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166).

Smertevurdering innebærer å bedømme om: Barnet har smerter eller om det er andre årsaker til ubehag, hvor på kroppen smertene sitter, hvor intensive smertene er og hvordan smerten oppleves. Det finnes mange ulike smertevurderingsverktøy, og det er per i dag ikke et felles smertevurderingsverktøy til barn i Norge. Det er store forskjeller på hvilke smertevurderingsverktøy som blir brukt innad i sykehusavdelinger, i ambulansen og på legevakt. Dette kan føre til at barnets smerter blir undervurdert eller oversett. Hvilket smertevurderingsverktøy som skal brukes må vurderes ut ifra barnets alder, utviklingstrinn og verbalt språk (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168). De smertevurderingsverktøyene som jeg har valgt å fokusere på i denne oppgaven er FPS-R ansiktskala (Face Pain Scale – Revised) og NRS (Numeric Rating Scale). FPS-R ansiktskala er bilder av ulike ansiktsuttrykk, der barnet peker på det ansiktet som viser hvor vondt barnet har det (Grønseth & Markestad, 2017, s. 171). NRS er et vurderingsverktøy hvor barnet vurderer hvor sterk smertene er utfra en skala fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 171). Grunnen til at jeg ønsker å se på ambulansens rolle i dette er at ambulansen er et viktig førsteledd i den akuttmedisinske kjede, og ambulanspersonellet er ofte de første til å vurdere og behandle akutte smerter hos barn.

## 1.1 Problemstilling

**«Kan bruk av smertevurderingsverktøy gi bedre smertelindring til barn med akutte smerter i ambulansen?».**

## 1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven var å få økt innsikt i hvordan man vurderer smerter hos barn. Erfaringsmessig er dette noe som ofte kan være utfordrende, ettersom barn er en helt spesiell pasientgruppe. Det krever kunnskap og erfaring for å kunne vurdere smerter hos barn, og hensikten med denne oppgaven er å finne ut om man ved hjelp av smertevurderingsverktøy lettere kan fange opp, vurdere og behandle smerter hos akutt syke barn.

## 2.0 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie vil si å beskrive og vurdere de studier som allerede finnes om et gitt tema. Metoden i en litteraturstudie er å søke, kritisk vurdere og drøfte litteraturen som finnes innen et valgt tema (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30). For å gjøre en god litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelige studier av god kvalitet (Forsberg & Wengström, 2013, s.30). Hvor mange studier som skal med i en litteraturstudie er opp til hver enkelt å vurdere, men av praktiske og økonomiske årsaker er det lurt å ha et begrenset antall (Forsberg & Wengström, 2013, s.30), samtidig som at antallet må være stort nok til å belyse temaet på en bred nok måte. Hensikten med en litteraturstudie er å samle inn informasjon om et tema, og drøfte dette for å formidle ny kunnskap.

## 2.1 Litteratursøk

I mitt litteratursøk søkte jeg i databasene Cinahl, PubMed og SweMed+ . Dette er databaser som jeg tidligere har god erfaring med og jeg anså det som en klar fordel å bruke databaser som er kjent for meg. Før jeg startet å søke etter litteratur noterte jeg ned noen søkeord som jeg fant aktuell for min problemstilling. Ettersom barn er i stadig utvikling og det er store forskjeller både i og mellom de ulike alderstrinnene, har jeg valgt å avgrense oppgaven til å omhandle barn i alderen 2-5 år. For å finne den nyeste forskningen søkte jeg i hovedsak etter artikler som var publisert mellom 2010-2020. Når jeg startet å gjøre litteratursøk oppdaget jeg at det var litt utfordrende. Jeg startet med søkeord som «pediatric», «pain measurement», «acute pain» og «ambulance». Dette ga få resultater, og det var nødvendig å finne nye søkeord og kombinasjoner. Når søkeord som «children», «pain» og «prehospital» ble brukt, ga det fort flere resultater, og jeg fant flere relevante artikler for min oppgave. Jeg brukte boolske operatører som «AND» og «OR», for å få flere resultater. Jeg fant totalt 5 artikler som virket relevant for min oppgave. Se fullstendig søketabell i vedlegg 2.

## 2.2 Utvelgelse av artikler

Etter at jeg hadde gjennomført litteratursøk og funnet et utvalg av artikler, måtte jeg vurdere om de var relevant for min oppgave. Det første jeg så på var overskriften, og allerede her kunne jeg ofte se om artikkelen var relevant for oppgaven min. For å kritisk vurdere artiklene brukte jeg sjekklister fra helsebiblioteket.no. Dalland (2017, s. 158) beskriver kildekritikk som å vurdere og karakterisere den litteraturen som du har funnet. Han sier videre at kildekritikk brukes for at du skal kunne vurdere i hvilken grad litteraturen du har funnet er relevant og belyser din problemstilling (Dalland, 2017, s. 158). Jeg brukte sjekklister fra helsebiblioteket.no som et hjelpemiddel for å kritisk vurdere artiklene. Sjekklisterne ble ikke fylt ut punktvis, men jeg brukte spørsmålene i sjekklisterne og vurderte artiklene opp mot de. Jeg tok utgangspunkt i utgivelses år, aldersgruppe og etisk godkjenning av studien. Jeg leste gjennom artiklene, og satt dem opp mot sjekklisterne fra helsebiblioteket.no, og fant da ut at de 5 studiene som jeg valgte ut i litteratursøk delen var

relevant for min oppgave. I alle de 5 studiene som jeg har tatt med i min oppgave var det skrevet at de hadde søkt til forskningsetisk komite, og alle studiene var godkjent av komiteen. Videre fulgte studiene etiske retningslinjer med at de blant annet informerte deltakerne i studien om hva studien gikk ut på, og data ble anonymisert slik at ingen av deltakerne kan bli gjenkjent i ettertid. Det ble stilt krav om samtykke, og deltakerne måtte samtykke på deltakelse i studiene. Det er viktig å være litt kritisk til medisinsk forskning hva etiske standarder angår, ikke minst i forhold til barn som forskningsobjekter. Så det at etisk komite har godkjent alle studiene var for meg veldig positivt, og man vet da at forskningen har gått for seg på en ordentlig måte.

## 2.3 Analyse av artikler

For å analysere artiklene som jeg har valgt ut for min oppgave, måtte jeg lese gjennom dem. Først brukte jeg mye tid på å lese gjennom artiklene, for å få en oversikt over hva de ulike artiklene handlet om. Deretter leste jeg gjennom de en gang til, og markerte underveis med farger. Jeg kodet temaene med ulike farger, for at jeg lettere skulle kunne organisere de ulike temaene. De hovedtemaene som jeg valgte ut under kodingen var smertevurderingsverktøy, kunnskap, smerter og smertelindring. Det som var felles for artiklene var at alle hadde brukt en form for smertevurderingsverktøy, og jeg markerte her forskjeller og likheter i hvilken type smertevurderingsverktøy som ble brukt i hver enkelt studie. Videre var det fellestrekk med at alle handlet om barn, smerter og prehospitalt arbeid. Flere av studiene hadde fellestrekk med at de så på smertevurdering hos barn som utfordrende. Forskjeller i studiene var måten de innhentet data på. I en studie intervjuet de paramedisinere, der de selv fortalte og svarte på spørsmål rundt sine opplevelser av barn med smerter og smertevurdering. Andre studier samlet inn data via registrerte oppdrag, der de hadde registrert hvilke ulike smertevurderingsverktøy som ble brukt for å kartlegge smerter hos barna, og nytteverdien av dem. Det var også forskjeller i kunnskapen ambulanspersonellet hadde om akutt syke barn. Alle studiene som jeg har inkludert i min oppgave hadde en tydelig hensikt, godt forklart metode del og en tydelig resultatdel. Utvalget av deltakere var også representativt, og jeg vurderte derfor studiene til å være egnet for min oppgave.



### 3.0 Resultat

Totalt 5 enkeltstudier ble inkludert i denne litteraturstudien. I resultattabellen under har jeg presentert en oversikt over karakteristikker av de inkluderte studiene. Videre vil resultatene fra artiklene bli presentert på bakgrunn av hva studiene forteller om de ulike temaene jeg har valgt.

#### 3.1 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<b>«Out-of-hospital emergency medicine in pediatric patients: prevalence and management of pain»</b>  Av Galinski et. al (2010).	Kartlegge hyppigheten av smerter hos barn i en akutt, prehospital setting, og identifisere faktorer som var assosiert med lindring av smertene.	Prospektiv kohort studie.  Data ble samlet inn ved at akuttlege fylte ut et skjema med informasjon om alder, kjønn, smerte og smertevurderingsverktøy.	Barn under 15 år som kom til sykehus med ambulanse fra januar- desember 2005.  258 barn ble inkludert.	Kartlegging av smerter hos barn er vanskelig på grunn av mangel av passende smertevurderingsverktøy.
<b>«A qualitative study of the barriers to</b>	Identifisere og beskrive barrierer for	Kvalitativ studie der data ble	16 paramedisinere	Mangel på kunnskap og trening på smertelindring hos

<p><b>prehospital management of acute pain in children”</b></p> <p>Av Murphy et.al (2014).</p>	<p>å oppnå optimal prehospital håndtering av akutt smerter hos barn.</p>	<p>samlet inn gjennom to fokusgruppe intervjuer.</p>	<p>deltok i intervjuene.</p>	<p>barn, og problemer med å bruke smertevurderingsverktøy.</p>
<p><b>«The epidemiology of pain in children treated by paramedics”</b></p> <p>Av Lord et.al (2016).</p>	<p>Beskrive paramedisine re sin vurdering og håndtering av smerter hos barn.</p>	<p>Retrospektiv kohort studie.  Data ble samlet inn via et elektronisk datasystem.</p>	<p>Paramedisinere som har behandlet barn med smerter i alderen 0-15 år som ble transportert med ambulanse i Australia fra 1.januar 2008 – 31.Desember 2011.</p>	<p>Paramedisinere trenger mer undervisning og kunnskap om smertevurdering og behandling til barn.</p>
<p><b>«A prevalence and management Study of Acute Pain in Children Attending Emergency Departments</b></p>	<p>Å kartlegge forekomsten av akutte smerter hos barn som kom til akuttmottak med</p>	<p>Prospektiv tverrsnitt studie.  Data ble samlet inn fra ambulanse journalen, og samlet i</p>	<p>Barn under 16 år som ble transportert med ambulanse til 4 forskjellige sykehus i løpet av 12 måneder.</p>	<p>41% av barna som kom til akuttmottak med ambulanse hadde smerter som hoved symptom, men bare 26% fikk smertelindring.</p>

<p><b>by Ambulance”</b></p> <p>Av Murphy et.al (2016).</p>	<p>ambulanse i Irland.</p>	<p>en felles rapport for studien.</p>		
<p><b>“Prehospital Pain Management: Disparity By Age and Race”</b></p> <p>Av Hewes et.al (2018).</p>	<p>Å analysere prehospital håndtering av smerte, og vurdere om variabler som alder, rase og etnisitet er assosiert med ulikheter i smertebehandlingen.</p>	<p>Retrospektiv studie fra 2012-2014. Data ble samlet inn fra en akuttmedisinsk database.</p>	<p>Barn med smerter som ble fraktet med ambulanse.</p>	<p>Smerter hos barn er i mindre grad dokumentert og behandlet prehospitalt enn hos voksne pasienter.</p>

### 3.2 Bruk av smertevurderingsverktøy

I studien til Galinski et.al (2011, s.1066) sier de at bruk av smertevurderingsverktøy kan være utfordrende på barn, spesielt nyfødte, for at det mangler passende smertevurderingsverktøy. I studien til Murphy et.al (2014, s. 494) kommer det frem at paramedisinerne bruker enten VAS eller ansiktsskala for å vurdere smerter hos barn. Paramedisinerne som blir intervjuet i studien til Murphy et.al (2014, s.495) forteller at de ser på smertevurdering til barn som utfordrende. En deltaker i studien sier at de ikke bruker smertevurderingsverktøy på barn under 3 år, for de opplever det som helt tilfeldig om smertene blir vurdert korrekt eller ikke. De sier at så lenge barna er for små til å forstå hva

som blir sagt til de, og de ikke kan uttrykke seg med ord har det ingen hensikt å bruke smertevurderingsverktøy på de barna. Murphy et.al (2016, s.55) kommer i sin studie frem til at hos flertallet av barn med smerter ble smertene ikke dokumentert og vurdert ved hjelp av smertevurderingsverktøy, og det var sjeldent at barn fikk smertestillende medikamenter i den prehospitalt fasen. I studien til Lord, Jennings & Smith (2016, s. 320) skriver de at en smertescore ble vurdert hos 81,2% av barn med smerter. Murphy et.al (2014, s. 497) hevder at ansiktsskala og analog smerteskala er de foretrukne smertevurderingsverktøy hos paramedisinere, men mangelen på et tilpasset smertevurderingsverktøy for å vurdere smerte intensitet hos preverbale, ikke samarbeidende og kognitivt svekkede barn, gjør det vanskelig å gjennomføre. Studien til Hewes, Dai, Mann, Baca & Taillac (2018, s. 194) understreker at ved bruk av smertevurderingsverktøy og god dokumentasjon så steg prosentandelen av pasienter som fikk smertelindring.

### 3.3 Mangel på kunnskap

Studien til Murphy et.al (2014) diskuterer kunnskapen blant de spurte paramedisinere, og paramedisinere generelt. Resultater fra studien viser at flere av deltakerne kjenner på manglende kunnskap om akutt syke barn. En deltaker i studien forteller at de fokuserer mest på voksne pasienter, og at de har for lite kunnskap om barn, smertevurdering og smertelindring. Studien til Hewes et.al (2018, s.194) støtter tidligere studier som er gjort innenfor emnet med at de hevder at barn blir sjeldnere smertevurdert og lindret prehospitalt, enn det voksne gjør. Resultatene i studien til Hewes et.al (2018, s. 194) viser at grunnen til dette er blant annet at ambulanspersonell er ukomfortable med å skulle vurdere smerter hos barn, de gruer seg for å regne ut medikamentdoser og har vansker med å etablere intravenøs tilgang på barn. Resultatene viser også at mangel på smertehåndtering hos barn ikke er spesielt i prehospital tjeneste, det er et problem også i sykehus. I studien til Murphy et.al (2014, s.495) sier de at de ikke har barn som pasienter så veldig ofte, og at de derfor burde hatt mer simulering og trening med barn, både medisinsk og traume, selv om det gjerne bare er en gang hver 6.mnd at de møter disse pasientene.

### 3.4 Smertelindring

Murphy et.al (2014, s. 496) viser til at mange paramedisinere ser på det som utfordrende å vurdere smerter hos barn, og gi smertelindring. En paramedisiner som ble intervjuet sier at han finner det vanskelig å vurdere når det er riktig tid for å gi smertelindring, og at det derfor er sjeldent at det blir gitt. I samme studien kommer det også frem at barn med mer alvorlige skader som en deformert arm har større sannsynlighet for å få smertelindring enn et barn med blindtarmsbetennelse. En annen paramedisiner i studien til Murphy et. al (2014, s. 496) sier at det ofte er vanskelig å få intravenøs tilgang på barn, og at det gjerne setter en stopper for å gi smertestillende medikamenter. Tid er også noe som spiller inn for om paramedisinerne i studien til Murphy et.al (2014, s. 496) velger å gi smertelindring til barn med smerter eller ikke. Dersom sykehuset er nært ved hendelsesstedet blir transport prioritert foran smertelindring. I studien til Galinski et.al (2011, s. 1064) var det 96 av 258 deltakere som hadde smerter, der smertene ble vurdert til sterke smerter i 67% av tilfellene. 92% av barna som hadde smerter fikk minst et smertestillende medikament. Lord et.al (2016, s. 321) fant de ut at pasienter over 9 år hadde mer sannsynlighet for å få smertestillende medikamenter enn pasienter under 3 år, og at spedbarn var de som sjeldnest fikk smertestillende medikament. Av de 2635 barna som hadde dokumentert smerter som symptomer i studien til Murphy et.al (2016, s. 55) var det bare 689 (26%) som fikk smertelindring. I den samme studien viser de til at barn med sterke smerter (smertescore 7-10) har større sannsynlighet for å få smertelindring prehospitalt enn barn med milde smerter (smertescore 1-3) eller moderate smerter (smertescore 4-6).

## 4.0 Diskusjon

Fra teorien vet vi at smerter er et vanlig symptom, også hos barn. Smerte er en fysiologisk stressreaksjon som krever mye energi. God smertelindring bidrar til å redusere barnets ubehag, raskere mobilisering og kortere sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Derfor er det viktig å kunne vurdere og behandle smerter hos barn. Spørsmålet er om bruk av smertevurderingsverktøy kan gi bedre smertelindring til barn med akutte smerter i ambulansen?

### 4.1 Bruk av smertevurderingsverktøy

Den største utfordringen når vi snakker om smertevurdering av barn er at barn har begrenset evne til å meddele og uttrykke smerteopplevelsene sine (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). En systematisk vurdering av smertene danner et grunnlag for god smertebehandling, og hjelpemidler for å vurdere barns smerter er effektive og gir bedre smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 166). Det finnes et hav av ulike smertevurderingsverktøy, og hvilket verktøy som blir brukt er helt individuelt. Noen arbeidssteder har prosedyrer på hvilket verktøy de skal bruke, mens andre ikke har det. Murphy et.al (2014, s. 497) hevder at ansiktsskala og analog smerteskala er de smertevurderingsverktøyene som paramedisinere foretrekker å bruke til barn. De forskjellige smertevurderingsverktøyene er tilpasset ulike aldersgrupper. NRS (Numeric rating scale) og ansiktsskala er de smertevurderingsverktøyene som jeg har mest erfaring med fra praksis, og foretrekker å bruke til barn i aldersgruppen 2-5 år. I Norge finnes det ikke et felles standardisert smertevurderingsverktøy som blir brukt på de ulike arenaer som jobber med akutt syke barn, og det er derfor mye forskjellig kunnskap og erfaring rundt temaet. Ambulansen er ofte den første til å møte akutt syke barn, og det er spesielt viktig at smerter blir vurdert og dokumentert i denne fasen. Av erfaring vet jeg at det noen ganger blir litt uoversiktlig i forhold til at ambulansen har brukt et verktøy for å vurdere smerte, og ved levering på sykehus bruker de et annet. Andre ganger har gjerne ikke barnet blitt smertevurdert prehospitalt, og ved ankomst i sykehus vet man ikke hvordan smertene har vært tidligere i forløpet. Dette gjør at man gjerne mister viktig informasjon om hvordan

smertene har utviklet seg, og det kan gjøre at barnet ikke får optimalt smertelindring. Galinski et.al (2011, s. 1066) viser i sin studie til at smertevurdering kan være utfordrende på barn, og spesielt på nyfødte, for det mangler passende smertevurderingsverktøy for den pasientgruppen. Murphy et.al (2014, s. 495) mener også at det er utfordrende med smertevurdering hos små barn, og sier at man like gjerne kan droppe det å vurdere smerter hos barn under 3 år for det er nesten umulig å få det til. Av erfaring vet jeg at små barn uttrykker smerte på en annen måte enn større barn, og det er ikke gråt som avgjør om barnet har det vondt eller ikke. Barn er utrolig forskjellig i de ulike alderstrinn, og i alderen 2-5 år som er den gruppen jeg i hovedsak diskuterer i denne oppgaven, er det også store individuelle forskjeller innad i alderstrinnene. Min erfaring fra praksis tilsier at barn i alderen 2-5 år kan si at de har vondt, men kan ha problemer med å si hvor det gjør vondt, hva som gjør vondt og hvor vondt det gjør. Måten de reagerer på smerte kan også være forskjellig fra barn til barn. Noen klarer man å score utfra ansiktsskalaer eller NRS, andre er det vanskeligere på. Å kunne vurdere smerte hos barn er viktig, uansett alder. Å redusere smerte hos akutt syke barn gjør at barnet får en bedre opplevelse og velvære i situasjonen, samt at det bidrar til raskere mobilisering etter sykdommen.

Smertevurderingsverktøy skal være et hjelpemiddel for helsepersonell for å lettere kunne følge utviklingen hos akutt syke barn. Smerter sier mye om en tilstand, og ved å jevnlig vurdere smerten får vi en oversikt over hvordan ting har utviklet seg fra vi først møtte pasienten. Det er viktig å ha kjennskap til det smertevurderingsverktøyet du velger å bruke, for å kunne forstå hva du skal se etter og hvordan du skal vurdere smerten. Min erfaring med bruk av smertevurderingsverktøy støtter opp under studiene til Murphy et.al (2014) og Galinski et.al (2011) med at det er utfordrende å vurdere smerter hos barn, både på grunn av at de har vansker med å uttrykke smerter, men også fordi at barn er så forskjellige og de utvikler seg så forskjellig. Et barn på 3 år kan gjerne være flink å prate, ha bedre forståelse og gjøre seg bedre forstått enn et barn på 5 år. Tillit og tilnærming til barnet er også viktig for å berolige barnet og klare å skille redsel fra smerte. Min erfaring er at bruk av smertevurderingsverktøy er utfordrende til tider, og blir ikke alltid brukt, men når det blir brukt så er det et godt hjelpemiddel for akutt syke barn med smerter.

## 4.2 Mangel på kunnskap

Murphy et.al (2014) diskuterer i sin studie kunnskapen blant paramedisinere. Resultater fra studien viser at flere av deltakerne kjenner på manglende kunnskap om akutt syke barn og bruk av smertevurderingsverktøy. Barn er en spesiell pasientgruppe som krever en viss kunnskap og erfaring for å kunne forstå seg på. Det at ambulanspersonell har lite kunnskap om barn er et kjent fenomen her til lands også. Barn er en pasientgruppe vi, heldigvis, ikke møter hver dag i ambulansen. I studien til Murphy et.al (2014) beskriver en paramedisiner at de sjeldent har barn som pasienter, men at de trenger mer trening på det slik at de er rustet til det skjer. I ambulansen i Norge er faglig trening en stor og viktig del av arbeidshverdagen, og vi vet aldri hva arbeidsdagen bringer. Det er et ordtak som sier: «Under pressure, you don't rise to the occasion, you sink to the level of your training». Dette understreker viktigheten av å være faglig oppdatert og trene jevnlig. Da blir man tryggere i de akutte situasjonene, og man blir bedre rustet for det som kommer. Selv om barn ikke er den pasientgruppen som ambulansen oftest har med å gjøre, så er det utrolig viktig å være forberedt til den dagen du møter et akutt sykt eller skadet barn. En viktig del av akuttmedisinen er å ligge et steg foran der man kan. Det gjelder også det å ha kunnskap om smertevurderingsverktøy, hvordan man bruker det og når man skal iverksette tiltak for å redusere smertene til barnet. Da er man forberedt til å gi akutt syke barn best mulig behandling den dagen de trenger det.

Studien til Hewes et.al (2018, s. 194) forklarer at grunnen til at mange ambulanspersonell er ukomfortable med å vurdere smerter hos barn er for at de gruer seg for å regne ut medikamentdoser og synes det er utfordrende å etablere intravenøs tilgang på barn. Det viser at ambulanspersonell i den studien har for lite kunnskap og trening på dette. Å regne medikamentdoser og trekke opp medikament er noe man gjør mye av i ambulansen, men barn skal ha andre doser enn voksne, og av erfaring vet jeg at det kan være litt skremmende for ambulanspersonell å skulle administrere medikamenter til små barn. Hovedgrunnen til at mange ser på det som utfordrende er nok fordi redselen for å gjøre noe feil er mer tilstede når det gjelder små barn enn når det gjelder voksne. Man tenker at barn tåler mindre, og at det potensielt skal mindre til for å gjøre skade på et barn kontra en voksen.



Med bedre kunnskap om smertevurdering, syke barn og behandling ville disse situasjonene blitt mindre skremmende.

### 4.3 Smertelindring

Studien til Murphy et.al (2014, s. 496) viser til at mange paramedisinere ser på det som utfordrende å vurdere smerter hos barn, og gi smertelindring. En deltaker i studien sier han finner det vanskelig å vurdere når det er riktig tid for å gi smertelindring, og at det derfor er sjeldent at det blir gitt. Dette tar oss tilbake til bruk av smertevurderingsverktøy og mangel på kunnskap. Ved korrekt bruk av et tilpasset smertevurderingsverktøy vil det bli lettere å vurdere smerten og vite når man skal gi smertelindring. Å smertelindre er noe som krever erfaring, og hvordan man velger å smertelindre er individuelt. I studien til Murphy et. al (2014, s. 496) sier at det ofte er vanskelig å få intravenøs tilgang på barn, og at det gjerne setter en stopper for å gi smertestillende medikamenter. Smertestillende medikament som blir gitt intravenøst har ofte bedre og raskere effekt enn smertestillende i form av tablett og stikkpiller, men erfaringsmessig er det den intravenøse administrasjonen som ofte er den ambulanspersonell kvir seg for å utføre. I studien til Lord et.al (2016) fant de ut at pasienter over 9 år har mer sannsynlighet for å få smertestillende medikamenter enn pasienter under 3 år. Spedbarn var de som sjeldnest fikk smertelindring. Da kan man jo gjerne spørre hvorfor det er slik. En forklaring kan være at barn over 9 år har lettere for å uttrykke smerte og si fra, enn yngre barn. Og dersom ambulanspersonellet som vurderer smertene ikke har erfaring eller kunnskap om det verktøyet som de bruker så kan det bli brukt feil, eller at de ikke bruker det i det hele tatt. Som det er nevnt tidligere ser ambulanspersonell på det som utfordrende og skremmende å smertelindre barn, og det kan være en av grunnene til at små barn ikke fikk like ofte smertelindring som større barn. Murphy et.al (2016) viser i sin studie til at barn med sterke smerter (smertescore 7-10) har større sannsynlighet for å få smertelindring prehospitalt enn barn med milde smerter (smertescore 1-3) eller moderate smerter (smertescore 4-6). Dette viser at bruk av smertevurderingsverktøy er hensiktsmessig for god smertelindring. Tid var også noe paramedisinerne i studien til Murphy et.al (2014) tok opp. De sa at dersom sykehuset er nærme hendelsesstedet så prioriterer de transport

foran smertelindring. Dette blir også gjort i ambulansen her til lands, men om det er det riktige kan man jo spørre om. Så lenge det ikke står om liv og død, og rask transport er helt avgjørende for om barnet overlever eller ikke, så er nok smertelindring et tiltak som burde bli iverksett så tidlig som mulig. Vi vet fra teorien at det er viktig å smertelindre barn, og dersom transport da blir prioritert foran smertelindring utsetter man den prosessen som er så viktig. Av erfaring vet jeg at smertelindring ikke er det første som blir prioritert i et akuttmottak, så om barnet da hadde fått smertelindring prehospitalt kan det gi barnet en bedre opplevelse i tiden fra barnet blir hentet i ambulanse til barnet er tatt imot i akuttmottak.

## 5.0 Konklusjon

Smertevurderingsverktøy er en god og trygg måte å vurdere smerter hos barn på. Å bruke et verktøy tilpasset barnets alder er viktig, og personen som skal bruke verktøyet må ha kjennskap til hvordan det brukes. Å lindre smerter hos akutt syke barn er viktig for barnets opplevelse av situasjonen. Bruk av smertevurderingsverktøy gir bedre smertelindring i ambulansen i form av at smerter blir lettere fanget opp og man får en indikasjon på når smertelindring bør gis. For å skape en felles forståelse på tvers av yrkesgruppene hadde det vært til det beste om det ble innført et felles smertevurderingsverktøy til barn i de ulike alderstrinnene, slik at alle snakker det samme språket og vet nøyaktig hvordan smertene til barnet er.

## 6.0 Litteraturliste

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Forsberg, C., & Y, Wengstöm. (2013).

*Att göra systematiska litteraturstudier – Värdeing, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Galinski, M., Picco, N., Hennequin, B., Raphael, V., Ayachi, A., Beruben, A., ... Adnet, F. (2011). Out-of-hospital emergency medicine in pediatric patients: prevalence and management of pain. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(9), 1062-1066. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.06.031>

Grønseth, R., Markestad, T., Steensæth, Y., Markestad, A. M. & De Gaust, D. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlag.

Helsebiblioteket (2020, 15.April). Sjekklister. Hentet fra:

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

Hewes, H. A., Dai, M., Mann, N. C., Baca, T. & Taillac, P. (2018). Prehospital Pain Management: Disparity By Age and Race. *Prehospital Emergency Care*, 22(2), 189-197. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1367444>

Lord, B., Jennings, P. A. & Smith, K. (2016). The epidemiology of pain in children treated by paramedics. *Emergency Medicine Australasia*, 28(3), 319-324.

<https://doi.org/10.1111/1742-6723.12586>

Murphy, A., Barrett, M., Cronin, J., McCoy, S., Larkin, P., Brenner, M., ... O'Sullivan, R. (2014). A qualitative study of the barriers to prehospital management of acute pain in children. *Emergency Medicine Journal*, 31(6), 493-498.

<https://doi.org/10.1136/emermed-2012-202166>

Murphy, A., McCoy, S., O'Reilly, K., Fogarty, E., Dietz, J., Crispino, G., ... O'Sullivan, R. (2016). A Prevalence and Management Study of Acute Pain in Children Attending Emergency Departments by Ambulance. *Prehosp Emerg Care*, 20(1), 52-58.

<https://doi.org/10.3109/10903127.2015.1037478>

## VEDLEGG 1

### PICO skjema

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Barn med akutte smerter	Bruk av smertevurderingsverktøy	Ikke bruk av smertevurderingsverktøy	Bedre smertelindring av barn i ambulansen

## Søkehistorikk skjema

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søke nr	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
PubMed 23.01.201	1	Pediatrics AND pain measurement AND acute pain AND ambulance	4	Blant de 4 treffene fant jeg en artikkel som var relevant for min oppgave. «A prevalence and Management Study of Acute Pain in Children Attending Emergency Department by Ambulance”.
	2	Pediatrics AND ambulance AND pain assessment	7	
SweMed+ 23.01.20	1	Pediatrics AND acute pain	3	
	2	Pediatrics AND pain measurement	14	

## VEDLEGG 2

<p>Cinahl 04.02.20</p>	1	Pediatrics OR children AND acute pain assessment	6	
	2	Children AND pain AND (ambulance or ambulance service or paramedic or emergency medical service or ems or pre- hospital or prehospital)	237	<p>Mange artikler innenfor emnet. Fant en artikkel som var interessant og relevant for min oppgave. «The epidemiology of pain in children treated by paramedics”.</p> <p>Avgrenset til alder 2-5 år i neste søk.</p>
	3	Children AND pain AND (ambulance or ambulance service or paramedic or emergency medical service or ems or pre- hospital or prehospital), age 2-5 years	89	<p>Fant flere overskrifter som virket interessante. Gikk inn i noen av de, og valgte ut to artikler til oppgaven.</p> <p>«A qualitative study of the barriers to prehospital management of acute pain in children” og “Out-of-hospital emergency medicine in</p>

## VEDLEGG 2

				pediatric patients: prevalence and management of pain”.
	4	Children AND pain assessment or pain scale or pain tool AND pre-hospital	4	
	5	Children AND prehospital AND pain	168	<p>Flere spennende og relevante overskrifter. Leste gjennom overskriftene, og fant en artikkel som var relevant for min oppgave.</p> <p>«Prehospital Pain Management: Disparity By Age and Race».</p>