EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013:8

Ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att bedöma akut smärta hos barn

Anna-Karin Göransson
Hanna Segerstedt

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att bedöma akut smärta hos barn
Författare:	Anna-Karin Göransson & Hanna Segerstedt
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård, 60 hp
Handledare:	Stefan Nilsson
Examinator:	Angela Bång

Sammanfattning

Smärta är en subjektiv upplevelse och barn uttrycker smärta på olika sätt beroende på utveckling, mognadsnivå och ålder. För att ge god vård och minska lidande är det viktigt att bedöma smärta hos barn. Det finns smärtbedömningsinstrument framtagna specifikt för användning på barn. Forskning om bedömning av smärta hos barn finns inom sjukhus men prehospitalt är området relativt outforskat. Syftet med studien var att få en uppfattning om ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att bedöma akut smärta hos barn. Studiens ansats var kvalitativ där semistrukturerade kvalitativa intervjuer genomfördes med sex ambulanssjuksköterskor. Insamlad data analyserades enligt Elo och Kyngäs (2008). Utifrån analysen framkom fyra kategorier och tio subkategorier. Kategorierna var *Perceptiva hjälpmedel, Individanpassning, Föräldrars delaktighet* och *Osäkerhet*. I dessa framkom att det finns stora svårigheter i att bedöma smärta hos barn prehospitalt, detta främst relaterat till brist på erfarenhet då ambulanssjuksköterskorna sällan vårdar barn. Ambulanssjuksköterskorna beskriver att de i stor utsträckning tar hjälp av föräldrarna för sin bedömning av smärta hos barn och att de för att utvecklas tar hjälp av kollegors erfarenheter och kunskaper. I diskussionen berörs att det finns för- och nackdelar med erfarenhetsbaserad kunskap och att det är viktigt att se till barnets perspektiv i en bedömningssituation. Utbildning är något som efterfrågas och tros kunna ge goda resultat om de genomförs regelbundet.

Nyckelord: *Bedömning, Barn, Smärta, Ambulanssjuksköterska*

Abstract

Pain is a subjective experience and children express pain in different ways depending on the development level of maturity and age. In order to provide good care and reduce suffering, it is important to assess pain in children. There are pain assessment

instruments designed specifically for use in children. Researches on assessment of pain in children are explored in hospital, but prehospital the area is relatively unexplored. The aim of the study was to gain an understanding of ambulance nurses experience in assessing acute pain in children. The study's approach was qualitative, semi-structured qualitative interviews were conducted with six ambulance nurses. Collected data were analyzed according to Elo and Kyngäs (2008). The analysis revealed four categories and ten subcategories. The categories were *Perceptive aids, Individual adjustment, Parental paticipation* and *Insecurity*. These showed that there are considerable difficulties in assessing pain in children prehospital, mainly because of lack of experience when they rarely care for children. Ambulance nurses often relay on help from parents in their assessment of pain in children. To develop, ambulance nurses takes help of colleagues' experiences and knowledge. The discussion concerns the benefits and cons of evidence-based knowledge and it is important to ensure the child's perspective in assessing the situation. Education is something that is in demand and can produce good results if implemented regularly.

Keywords: *Assessment, Child, Pain, Ambulance nurse*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Smärta 1

Smärta 1

Barn 2

Utveckling 2

Lidande 2

Smärta och smärtuttryck 3

Behandling av smärta 3

Smärtbedömningsinstrument 4

Bedömning av smärta 5

PROBLEMFORMULERING 5

SYFTE 6

METOD 6

Ansats 6

Deltagare 6

Datainsamling 6

Dataanalys 7

Etiska överväganden 7

Förförståelse 8

RESULTAT 8

Perceptiva hjälpmedel 8

Föräldraskap som referens 9

Tolka uttryck 9

Tolka synliga skador eller sjukdomstillstånd 10

Individanpassning 10

Anpassad kommunikation 10

Barnets villkor 10

Barnets erfarenhet 11

Föräldrars delaktighet 11

Föräldrar som förmedlare 11

Utmaning med föräldrar 11

Osäkerhet 12

Brist på individuell och organisatorisk beredskap 12

Behov av utbildning 12

DISKUSSION 13

Metoddiskussion 13

Resultatdiskussion 14

Slutsatser och kliniska implikationer 16

REFERENSER 18

BILAGOR

Bilaga 1 Smärtbedömningsinstrument
Bilaga 2 Brev till verksamhetschef
Bilaga 3 Informationsbrev till informant
Bilaga 4 Samtyckesformulär
Bilaga 5 Intervjuguide

INLEDNING

Alla barn råkar någon gång ut för något som orsakar dem smärta, sällan kräver skadorna ambulanssjukvård. Då behovet ändå uppstår är det av vikt att ambulanssjuksköterskan känner sig trygg i mötet med det smärtpåverkade barnet. Prehospitalt sker mötet med barn i en omgivning som på förhand inte är given. Ofta är det en offentlig plats med personer närvarande som har någon form av relation till barnet. En viktig uppgift för ambulanssjuksköterskan är att skapa ett vårdrum kring barnet med syfte att värna om dess integritet och centralt är att minska lidande genom att bedöma, behandla och lindra smärta. Barn har ett komplext sätt att uttrycka sig på vilket gör det till en utmaning för ambulanssjuksköterskan att bedöma smärta. Hur de uttrycker sig beror bland annat på utveckling, ålder och den situation de befinner sig i. För att ge barn god vård och minska lidande är det av vikt för ambulanssjuksköterskan att vara medveten om barns olikheter och ha god kunskap om smärta och smärtbedömning. Författarna har erfarenhet av att vårda barn på sjukhus och en nyfikenhet för studiens syfte väcktes under en diskussion om problematiken kring att bedöma smärta hos barn.

BAKGRUND

”Varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne/honom. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad.” (Barnkonventionen artikel 12).

Smärta

Smärta

Organisationen International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärta som: ”… *en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskrivs i termer av sådan skada”*. Vidare beskrivs smärta som en subjektiv upplevelse och varje individ lär sig använda ordet smärta genom upplevelser associerade till skada tidigt i livet (IASP 2012). Individer kan känna smärta trots oförmåga att uttrycka sin upplevelse av den (Jylli 2009, s. 127-128). Smärta delas in i akut smärta, långvarig smärta och procedursmärta (Olsson & Jylli 2001). Akut smärta är oftast nociceptiv (Jylli & Lundeberg 2001, s. 211). Vid akut smärta sker ett neuroendokrint stresspådrag med frisättning av stresshormoner vilket kan leda till cirkulatoriska, respiratoriska och metabola komplikationer (Werner 2010). Långvarig smärta kan vara relaterat till organisk sjukdom som exempelvis cancer eller något som uppstår i nervsystemet av okänd orsak som växtvärk eller fibromyalgi. Dessa tillstånd är långvariga men behöver inte vara kroniska (Olsson 2001, ss. 304-311). Procedursmärta är en typ av smärta som sjukvården orsakar, på barn kan det exempelvis vara vid insättning av perifer venkateter eller blodprovstagning (Olsson 2001, ss. 249-252).

Barn

Utveckling

Barnets utveckling är individuell men följer i stort sett samma turordning. Utvecklingsstadiet påverkar barnets förmåga att förstå och hantera smärtsamma situationer (Johansson 2007, ss. 353-372, Young 2005). Barn med kognitiv funktionsnedsättning följer inte samma mönster och de har svårare att uttrycka sig (Oberlander, Burkitt, Symons & Johnston 2012).

Bemötande och god kunskap i kommunikation är bland det viktigaste arbetsredskapet för ambulanssjuksköterskan. För att kunna bemöta barn är kunskap om dess utvecklingsnivå och mognad av stor vikt (Johansson 2007, ss. 353-372). Utvecklingspsykologen Jean Piaget (1896-1980) delar in den kognitiva utvecklingen i fyra huvudstadier. Det första stadiet benämns *senso-motoriska stadiet* och omfattar barn i åldrarna noll till två år. Barnet förstår och upplever sin omgivning med hjälp av sinnesintryck och motoriska färdigheter. De är beroende av vad sinnena kan ta in för stunden. Så småningom lär sig barnet att saker och personer kan existera även då de inte syns eller hörs för tillfället. Barnet börjar också använda sig av erfarenheter och fantasier. *Preoperationella stadiet* infaller då barnet är två till sex år och det symboliska tänkandet uttrycks tydligt i språk och fantasi. Tidigt i fasen ser barnet omvärlden enbart ur sitt eget perspektiv och har svårt att förstå hur andra tänker och känner. De har ingen möjlighet att samtidigt behålla två alternativa perspektiv om de inte har något mycket konkret att stödja sig på. Detta kan ge problem vid diskussioner om ett ämne då barnet enbart ser det ifrån en synvinkel. Barn i den här åldern lär sig normer genom imitation och den vuxne måste därför vara uppmärksam på sitt handlande och sina egna normer. I det *konkreta operationernas stadium* som omfattar barn sju till tolv år har barnet utvecklat ett inre logiskt tänkande och de kan sätta sig in i andra människors perspektiv. Barn kan i detta stadium tillämpa logiska resonemang. Ett abstrakt tänkande kommer först vid tolv års ålder, det Piaget benämner som *formella operationernas stadium.* Barnet/ungdomen kan nu se det möjliga i förhållande till det verkliga, kan värdera olika idéer och förstår att det ofta finns mer än ett svar på en fråga (Jerlang 2008, ss. 325-332).

Lidande

Minska lidande är ett av sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden (Svensk sjuksköterskeförening [SSF] 2007). Barn som är i behov av sjukvård befinner sig i underläge. Sjuksköterskan har övertag i egenskap av att vara vuxen och som professionell. Dessutom är barnet i underläge gentemot sina föräldrar, både emotionellt, praktiskt och juridiskt (Johansson 2007, ss. 353-372). För att minska det lidande som för ett barn kan uppstå i en ovan situation bör sjuksköterskan fokusera på att lindra lidandet genom att bedriva vården med ömhet, medlidande och genom att bekräfta (Arman 2012, ss. 186-196). Att inte se till barnets lidande gör att rätten till att ta en aktiv del i sin egen hälsoprocess fråntas. Detta leder till vårdlidande och det kan kännas förolämpande och förödmjukande att vara i behov av vård men att inte bli tagen på

allvar, sedd eller hörd. Detta ger även en känsla av maktlöshet (Dahlberg & Segersten 2010, ss. 215-219).

Smärta och smärtuttryck

Tidigt smärtsamma upplevelser sätter spår och påverkar smärtupplevelser senare i livet (Olsson 2010, s. 309). Barn har fler aktiva nociceptorer än vuxna och ju yngre barnet är desto lägre är aktiveringströskeln av dessa. Detta bidrar till att det nociceptiva inflödet blir kraftigare för samma skadliga stimuli och därmed blir smärtupplevelsen kraftigare. Den vanligaste typen av smärta hos barn är akut smärta och procedursmärta (Molin, Lund, Lundberg 2010, ss. 149-156).

Barn uttrycker smärta på olika sätt, dels beroende på utvecklingsnivå och dels beroende på att smärta är en subjektiv upplevelse (Jylli 2009, ss. 127-128). Uttrycket för smärta kan vara kontrollerat eller okontrollerat. Det kontrollerade uttrycket förknippas främst med den uttalade smärtan, ett verbalt uttryck. Det okontrollerade uttrycket förknippas främst med ansiktsuttryck eller ett avvaktande beteende, ett ickeverbalt uttryck. I vissa fall kan ett ickeverbalt uttryck vara mer trovärdigt då detta inte är lika beroende av utvecklingsnivå eller språk, dock har bedömarens egen uppfattning och tolkning av situationen en betydande roll. I grupper med för barn okända personer eller i kompiskretsen kan barn på ett omedvetet sätt kontrollera uttrycket om uttrycket för smärta kan få negativa konsekvenser (Craig, Versloot, Goubert, Vervoort & Crombez 2010). Barn kan också på egen hand minska sin upplevelse av smärta genom att bland annat ändra läge kroppsligt, sova eller genom avledande aktivitet (Wen Sng, Q., Beverley, T., Liam, LW, J., Klainin-Yobas, P., Wang, W. & He, H-G. 2013). Barn med kognitiv funktionsnedsättning har svårare att uttrycka smärta och har även större svårigheter att hantera smärta i relation till andra barn (Young 2005).

Behandling av smärta

Smärta kan behandlas på många olika sätt. De farmakologiska grundstenarna består i regionalanestesi, paracetamol, Non stereroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) och opioider (Molin, Lund & Lundberg 2010, s. 154). Icke farmakologiska metoder kan vara distraktion, avlastande läge, beröring eller kroppskontakt. Barn kan i många fall vara mer mottagliga för icke farmakologiska metoder jämfört med läkemedelsbehandling (Nilsson 2012, Twycross 2009, ss. 67-79).

Otillräcklig smärtbehandling får negativa fysiologiska och psykologiska effekter (Jylli 2009, s. 127). Sett ur ett internationellt perspektiv har svenska sjuksköterskor en mer positiv attityd till att behandla smärta och generellt högre kunskap om smärta. Däremot ses internationellt sett ingen signifikant skillnad vad gäller kunskap kring farmakologisk smärtlindring (Enskär, Ljusegren, Berglund, Eaton, Harding, Mokoena, Chauke & Moleki 2007). Internationellt sett ses ändå begränsningar i kunskap om farmakologisk smärtlindring och detta är en anledning till att barn får otillräckligt med smärtbehandling. En annan del är att sjuksköterskor menar att viss grad av smärta är att förvänta i vissa situationer (Twycross 2010).

Smärtbedömningsinstrument

Specifika tekniker för att mäta smärta finns inte. Detta innebär att det är omöjligt att jämföra smärtupplevelsen hos ett barn med upplevelsen hos ett annat (Molin, Lund & Lundberg 2010, ss. 11-15, Olsson 2010, s. 309). Att använda validerade bedömningsinstrument är av stor vikt vid bedömning och det finns bedömningsinstrument framtagna specifikt för bedömning av smärta hos barn, både självskattningsinstrument och observationsskattningsinstrument (Bilaga 1) (Stapelkamp, Carter, Gordon & Watts 2011, Von Baeyer & Spagrud 2007, Stanford, Chambers & Craig 2006, Young 2005).

Självskattningsinstrument

Det mest tillförlitliga sättet att bedöma smärta hos barn är att använda självskattningsinstrument. Detta förutsatt att barnet kan förstå begreppet smärta och kan gradera intensiteten av upplevd smärta (Jylli, 2001, ss. 119-124). FPS-R (Face Pain Scale – Revised) och CAS (Color Analog Scale) är de vanligast förkommande självskattningsinstrumenten och används på barn från omkring fem års ålder. FPS-R är en skala med sex olika ansikten där varje ansikte har olika uttryck, från glatt till jätteledset. Barnet får peka på det ansiktet som stämmer bäst överens med sin upplevelse. CAS är en linje som blir bredare och rödare vilket antyder ökad smärta, barnet får själv gradera smärtan genom att dra en markör och stanna där de anser sin smärta vara. Ett tredje självskattningsinstrument som används är VAS (Visual Analog Scale), en rak linje där början antyder ingen smärta och slutet mest tänkbara smärta. Barnet får själv dra en markör och stanna i det området som stämmer bäst överens med den upplevda smärtan. På baksidan finns en graderad skala från noll till tio som sjuksköterskan ser och har då en konkret siffra att utgå från. Det råder delade meningar om vid vilken ålder instrumentet kan börja användas för att ge en sann bild av barnets upplevda smärta (Stapelkamp, Carter, Gordon & Watts 2011, Von Baeyer & Spagrud 2007, Stanford, Chambers & Craig 2006, Young 2005). Mest effektiv anses VAS vara då den användas på barn från omkring fem år och uppåt (Shields, Palermo, Powers, Grewe & Smith 2003, Huget, Stinson & McGrath 2009).

Observationsskattningsinstrument

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) är det vanligast förekommenade observationsskattningsinstrumentet och kan användas på barn från noll till tretton år. Den innehåller fem kategorier där olika beteende graderas från 0-2 poäng beroende på grad av smärta. (Stapelkamp, Carter, Gordon & Watts 2011, Von Baeyer & Spagrud 2007, Stanford, Chambers & Craig 2006). Observationsskattningsinstrument är effektivt att använda på barn med kognitiv funktionsnedsättning som inte själva kan uttrycka sin smärta. Förutom FLACC kan NCCPC (Non-Communicative Childrens Pain Checklist) vara ett bra verktyg för att bedöma smärta (Oberlander, Burkitt, Symons & Johnston 2012). NCCPC är ett validerat bedömningsinstrument som består av sex kategorier och innehåller 27 bedömningspunkter. Kategorierna är ljud, socialt, ansiktsuttryck, aktivitet, kropp/extremitet och fysiologiska tecken. Observatören graderar alla punkter på en fem-gradig skala (Johansson, Carlberg & Jylli 2010).

By proxy
By proxy kommer från engelskan och betyder ombud eller fullmakt. Vid tillfällen då barn inte kan göra en egen bedömning av sin upplevda smärta kan självskattningsinstrument användas genom observation av föräldrar eller sjuksköterskor. Svårigheten med den typen av observationsskattning är att barn, föräldrar och sjuksköterskor bedömer smärta olika (Zhou, Roberts & Horgan 2008). Barn bedömer vanligen sin smärta högre vid en procedur än vad föräldern bedömer barnets smärta och än lägre bedöms smärtan av vårdpersonal (Olsson 2010, s. 310, Young 2005).

Bedömning av smärta

Barnets ålder har betydelse för förmågan att kunna bedöma graden av sin egen smärta, motsägelser finns kring vid vilken ålder detta är möjligt. En del sjuksköterskor menar att barn mellan tre och sju år kan göra en riktig bedömning och ju äldre barnet blir desto mer precis blir bedömningen (Stanford, Chambers & Craig 2006, Von Baeyer 2006, Von Baeyer, Uman, Chambers & Gouthro 2011). Andra menar att barn under sju år har svårt att göra en riktig bedömning (Tovar, Von Baeyer, Wood, Albieu, Houfani & Arvieux 2012). Föräldrar i sin tur upplever att barn från cirka fyra års ålder kan bedöma sin upplevda smärta (Von Baeyer, Uman, Chambers & Gouthro 2011). Forskning har visat att bedömning av smärta hos barn görs mindre frekvent än vad som är evidensbaserat. Då bedömning av smärta inte görs regelbundet är det svårt att veta om barnet behöver mer smärtlindring och inte sällan är smärtlindring ordinerad att ges vid behov vilket i sig leder till att mindre smärtlindring ges (Shrestha-Ranjit & Manias 2012).

Utöver de instrument där barnet själva graderar sin smärta finns andra metoder för sjuksköterskan att bedöma smärta, förändringar i vitala parametrar är ett sätt. Andra bedömningsbara tecken på smärta är variationer i ansiktsuttryck, kroppsrörelser, tonläge, gråt eller att barnet drar sig undan (Jylli 2009, s. 128, Mattsson, Forsner, Arman 2011).

PROBLEMFORMULERING

För att kunna ge det smärtpåverkade barnet rätt smärtbehandling är det viktigt att ambulanssjuksköterskan har kunskap kring bedömning av akut smärta hos barn. Utifrån en bedömning av barnets upplevelse av smärta har ambulanssjuksköterskan möjlighet att lindra smärta samt minska det lidande som smärta i sig kan orsaka barnet. Forskning gjord på sjukhus visar att bedömning av akut smärta hos barn görs mer sällan än vad som är evidensbaserat samt att barnen på grund av detta inte sällan får för lite smärtlindring. Prehospitalt är området akut smärta hos barn relativt outforskat. Genom att belysa ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att bedöma akut smärta hos barn kan förståelsen öka för vad som bidrar respektive hindrar att en bedömning görs.

SYFTE

Syftet med studien var att få en uppfattning om ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att bedöma akut smärta hos barn.

METOD

Ansats

Studien har en kvalitativ ansats och har genomförts med kvalitativa ostrukturerade intervjuer. Fördelen med intervjuer var att genom informantens egen livsvärld erhölls beskrivningar om världen som den påträffats och hur den upplevts, det gav även informanten möjlighet till fri tolkning av det beskrivda fenomenet (Kvale & Brinkamnn 2009, ss. 43-44). För att få en uppfattning av ambulanssjuksköterskans egen erfarenhet av att bedöma smärta på barn ansågs därmed denna intervjumetod lämpligast att använda för att nå upp till syftet.

Deltagare

Chefen för ambulanssjukvården i en västsvensk stad kontaktades via mail med förfrågan om att genomföra studien på arbetsplatsen (bilaga 2). Chefen gav sitt godkännande och bifogade mailet vidare till arbetsgruppen. Inklusionskriterier för medverkan i studien var sjuksköterskor verksamma inom ambulanssjukvården med erfarenhet av att ha vårdat barn med akut smärta. För att få en bred bild av fenomenet var det önskvärt att informanterna skulle ha olika bakgrund vad gäller kön, arbetslivserfarenhet samt om de hade barn eller inte. Informanter fick frivilligt anmäla sitt intresse att delta, då endast en informant anmälde sig som frivillig gjordes ett bekvämlighetsurval. Författarna tog kontakt med personer som de vet arbetar inom ambulanssjukvården och frågade dem personligen om de kunde tänka sig att delta. Utifrån det fick författarna ytterligare fem informanter. Informanterna som deltog i studien bestod av fyra män och två kvinnor. De hade arbetat inom ambulanssjukvården från ett till femton år. Fyra av dessa hade barn. Inget bortfall finns att redovisa då samtliga som var intresserade att delta i studien uppfyllde inklusionskriterierna och accepterade att delta.

Datainsamling

De informanter som var intresserade av att delta fick via mail ett informantbrev med ytterligare information om studien (bilaga 3). Därefter ringdes dessa upp och tid och plats för intervjun bestämdes då gemensamt mellan författare och informant. Vid samtliga intervjutillfällen fick informanterna underteckna sitt samtycke att delta i studien (bilaga 4). Alla intervjuer startade med samma ingångsfråga: *Kan du berätta om en situation där du vårdat ett barn med akut smärta prehospitalt?* Som stöd för författarna fanns ett antal sonderande frågor (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 150-151) (bilaga 4). Varje intervju avslutades med att informanterna tillfrågades om det fanns

något mer han/hon ville tillägga eller ta upp. Intervjuerna spelades in med digital ljudupptagning och transkriberades av författaren som genomfört intervjun. Transkriberingen gjordes ordagrant och för att få en känsla av sinnesstämningen togs även pauser och ljud som suckar och skratt med (Kvale & Brinkmann, 2009 ss. 193-204). Intervjuerna varade mellan 20- 30 min.

Dataanalys

Analysprocessen utgick från Elo och Kyngäs (2008). De delar in analysprocessen i tre faser; förberedelse, organisation och rapportering.

Förberedelsefasen handlade om att välja ut vad som skulle analyseras. I denna studie analyserades alla intervjuer i sin helhet. Författarna använde sig av kvalitativ innehållsanalys med ett induktivt förhållningssätt med öppen kodning, skapade kategorier och abstraherade. Genom det induktiva förhållningssättet gavs möjlighet att upptäcka likheter och skillnader i texten för att skapa en större helhet och slutsats. Analysprocessens organisations fas inleddes med att båda författarna läste igenom alla intervjuer upprepade gånger för att bekanta sig med texterna och för att få en helhet. Under genomgången av intervjuerna skrev författarna notiser i texten och läste dem igen, så kallad öppen kodning. Koderna togs sedan ut från texten och samlades ihop till tio subkategorier. Meningen med att skapa subkategorier var att beskriva det undersökta fenomenet och skapa kunskap. Subkategorierna abstraherades så långt som var möjligt och resulterade i fyra kategorier. Citat användes för att belysa de olika kategorierna utifrån originaldata samt för att öka förståelsen. Sista steget var rapportering, vilket bestod av redovisning av analysprocessen samt redogörelse av resultatet (Elo & Kyngäs 2008).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	*Kod*	*Subkategori*
Man förstod ju att han hade ont för man såg hur armen såg ut.	Antar att det gör ont.	Tolka synliga skador eller sjukdomstillstånd
Är man tio bast har man ju ändå lite perspektiv på saker och ting.	Ökat perspektiv med ålder.	Barnets erfarenhet
Mindre barn som man har haft, där har det blivit lättare sen man skaffade egna barn.	Lättare med de mindre barnen sedan man fick egna.	Föräldraskap som referens

Etiska överväganden

Informanterna i studien informerades enligt principen för informerat samtycke, vilket innebar att de fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte samt information om att deras medverkan var helt frivillig samt att de när som helst kunde avbryta sin

medverkan utan att behöva ange någon orsak. Informationen gällde även att intervjun spelas in med digital ljudupptagning samt att innehållet skulle komma att behandlas konfidentiellt och att ingen obehörig kommer åt materialet (Codex 2010, Kvale & Brinkmann 2009, ss. 77-96).

Förförståelse

Författarnas föreställning var att ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma akut smärta hos barn var begränsad och att detta till stor del var relaterat till att de sällan vårdar barn. Uppfattningen var att ambulanssjuksköterskor i mötet med ett akut smärtpåverkat barn fokuserar på att smärtlindra med läkemedel och att det inte läggs någon större vikt kring hur bedömningen i sig görs. De bedömningsinstrument som finns för bedömning av smärta hos barn tror författarna inte används prehospitalt. Innan studien startade diskuterade författarna sin förförståelse upprepade gånger för att minska risken att förförståelsen skulle komma att påverka resultatet.

RESULTAT

Resultatet presenteras i fyra kategorier och tio subkategorier.

Tabell 2 Kategori och subkategori

Kategori	**Subkategori**
Perceptiva hjälpmedel	Föräldraskap som referens
	Tolka uttryck
	Tolka synliga skador eller sjukdomstillstånd
Individanpassning	Anpassad kommunikation
	Barnets villkor
	Barnets erfarenhet
Föräldrars delaktighet	Föräldrar som förmedlare
	Utmaning med föräldrar
Osäkerhet	Brist på individuell och organisatorisk beredskap
	Behov av utbildning

Perceptiva hjälpmedel

Ambulanssjuksköterskorna upplever att med erfarenhet kommer kunskap. Detta bidrar till ökad trygghet vid bedömning av smärta hos barn. Detta beskrivs i subkategorierna

Föräldraskap som referens, Tolka uttryck och Tolka synliga skador eller sjukdomstillstånd.

Föräldraskap som referens

Analysen visar att ett steg i utvecklingen var när ambulanssjuksköterskorna fick egna barn. De upplever att det är en stor fördel vid vård av barn, speciellt då de vårdar mindre barn. De beskriver att de nu lättare kan tolka barnets kroppsspråk och hör skillnad på olika typer av gråt. Efter att de fått egna barn vågar de nu ta i barn på ett annat sätt samt att de förstår hur de ska närma sig barn. Med denna erfarenhet upplever de en ökad trygghet och de beskriver att ju fler barn med smärta de träffat ju lättare har det blivit att göra en bedömning. De har lärt sig vad de ska titta efter och vilka faktorer som är viktiga när det handlar om barn och smärta.

”Min säkerhet eller min rädsla för att hamna hos ett barn den finns inte där på det sättet som den fanns innan när man inte hade någon erfarenhet.”

Tolka uttryck

Ambulanssjuksköterskorna beskriver ett flertal sätt de kan se på ett barn om det har smärta, detta genom sin kliniska blick. Ambulanssjuksköterskorna försöker skapa sig ett helhetsintryck genom att känna av och bilda sig en uppfattning om situationen. De tittar på hur barnet ser ut att må och om det ter sig smärtpåverkat. För att se detta tittar de på barnets ansiktsuttryck där de utifrån mimik kan se tecken på smärta, tillexempel om barnet kniper med ögonen eller ser sammanbiten ut.

Ambulanssjuksköterskan upplever att barn reagerar på smärta på olika sätt. De beskriver att det kan vara svårt att avgöra om gråt och skrik beror på rädsla eller smärta. Vissa barn visar smärta genom att sluta sig och bli allvarliga medan andra skriker, gråter och blir mer utåtagerande. Deras upplevelse är att barn som är otröstliga ofta har ont. Ambulanssjuksköterskorna beskriver vidare att barn som ligger still och inte vill röra sig är tecken på att de har smärta. Ett annat tecken är att de drar sig undan om de har ont eftersom de inte vill att någon ska röra vid det onda och är rädda för att det ska göra mer ont.

”(…)den här klassiska, barn som inte skriker som sitter tyst har ont liksom. Men det är ju inte säkert. De kan ju vara, skriker dem så kan de ju också ha väldigt ont.”

Ambulanssjuksköterskornas erfarenhet är att barn som går att avleda inte har så ont och deras upplevelse är att barn som går att trösta ofta är mer rädda än vad de har ont. Ett barn som tyr sig till föräldrarna upplever ambulanssjuksköterskorna kan vara tecken på rädsla mot dem som personal eller gentemot situationen i sig.

Analysen visar att erfarenhet från den prehospitala vården samt erfarenhet av att ha arbetat med barn på andra ställen har hjälpt ambulanssjuksköterskorna i deras utveckling av att vårda och bedöma barn. Genom att ambulanssjuksköterskorna delar erfarenheter och kunskap med varandra har de utvecklats ytterligare.

Tolka synliga skador eller sjukdomstillstånd

Analysen visar att vid en bedömningssituation av smärta hos barn relaterar ambulanssjuksköterskorna ibland till egna erfarenheter av upplevd smärta. Samtidigt beskrivs att de egna referenserna inte alltid stämmer överens med barnets upplevelse, det kan dock ge en uppfattning om situationen. Ambulanssjuksköterskorna beskriver också att de vet att vissa tillstånd är förenade med smärta. En fraktur förväntar de sig ska göra ont och gör då sin bedömning utifrån det.

”Är det en fraktur som står liksom snett och vint, så kan man ju liksom lista ut att det här gör ont.”

Individanpassning

Ambulanssjuksköterskorna anpassar sitt bemötande beroende på den individ de möter, de anser att detta har betydelse för det vårdande mötet. I subkategorierna *Anpassad kommunikation, Barnets villkor* och *Barnets erfarenhet* beskrivs detta närmare.

Anpassad kommunikation

Analysen visar att ambulanssjuksköterskorna anpassar sitt sätt att uttrycka sig beroende på barnet de möter. Vid möte med barn försöker ambulanssjuksköterskorna vara tydliga och inte ställa flera frågor samtidigt då detta kan bli förvirrande för barnet. Hos äldre barn som kan prata ligger fokus på att fråga barnet om de har ont. Ambulanssjuksköterskorna ställer frågor om smärtan, var det gör ont och hur länge det gjort ont. Då ges barnet utrymme att själv berätta och förklara eftersom de flesta barn fortfarande kan prata även då de är sjuka eller har skadat sig. Det upplevs således lättare att bedöma smärta på äldre barn eftersom barnet då utvecklat språket och kan uttrycka sig på ett tydligare sätt. Ambulanssjuksköterskorna kan då diskutera med barnet och större vikt läggs vid vad barnet säger.

Barnets villkor

Ambulanssjuksköterskorna försöker alltid skapa trygghet i mötet med barn och deras föräldrar. De anser att det är en viktig del för att kunna göra en bedömning av barnets smärta på ett bra sätt. Ambulanssjuksköterskorna beskriver att de skapar trygghet genom att närma sig barnet försiktigt, vara lugna och arbeta på barnets villkor. Genom trygghet kan även en god relation uppstå vilket har betydelse för vårdsituationen. De beskriver att om de fått en dålig start med barnet får de backa och börja om för att försöka göra rätt och vinna tillbaka barnets förtroende. Det gäller att kunna läsa av barnet och förstå vad som är okej och inte.

”Så det gäller ju att gå en balansgång där emellan och försöka hantera, övervinna så att dem får ett förtroende för en, det är det handlar om.”

Barnets erfarenhet

Ambulanssjuksköterskornas erfarenhet är att barnets allmänna förståelse ökar med ålder och utveckling, de upplever att perspektivet på saker och ting också blir bättre. Ambulanssjuksköterskorna upplever att det är lättare att bedöma smärta på äldre barn då de oftast upplevt smärta vid tidigare tillfällen och kan då relatera smärtan till tidigare smärtupplevelse. Hos mindre barn som inte kommit så långt i sin utveckling upplever ambulanssjuksköterskorna att det är svårt att bedöma smärta hos, då de barnen inte har något att jämföra smärtan med eftersom de saknar tidigare upplevelser av smärta.

”Ju större de är desto mer förstår dem ju omvärlden och så har de kanske lite mer egna referenser av vad dem sett eller vad de varit med om själva.”

Ambulanssjuksköterskorna upplever att barn är ärliga när handlar om smärta. Har de ont så säger de det och har de inte ont så kommer de aldrig säga att de har det. Däremot upplever ambulanssjuksköterskorna att det kan vara svårt att få fram vilken typ av smärta det är.

Föräldrars delaktighet

Subkategorierna *Föräldrar som förmedlare* och *Utmaning med föräldrar* beskriver ambulanssjuksköterskornas upplevelse av föräldrarnas roll i den prehospitala vården och hur deras delaktighet påverkar situationen.

Föräldrar som förmedlare

Analysen visar att ambulanssjuksköterskorna ofta har stor hjälp av föräldrarna när de ska bedöma smärta hos barn samt att de förlitar sig mycket på deras uppgifter. Ambulanssjuksköterskorna upplever att föräldrarna ofta kan se och avgöra om barnet avviker från sitt normala beteende och de kan hjälpa till att ge orden, speciellt för de små barnen. Ambulanssjuksköterskorna beskriver att den upplevelsen de har av att möta föräldrar är att de oftast har lärt sig tyda sitt barns skrik, är barnet hungrig, behöver blöjan bytas eller om det handlar om smärta. Den information som fås underlättar för ambulanssjuksköterskan att skapa en helhetsuppfattning av situationen. Ambulanssjuksköterskorna har även hjälp av föräldrarna för att inge lugn hos barnet så länge de själva är trygga och lugna i situationen. Detta underlättar bedömningen och själva utförandet av vården.

Utmaning med föräldrar

Analysen visar att mötet med föräldrar till sjuka eller skadade barn prehospitalt kan vara en utmaning. De beskriver att i en stressad situation kan föräldrar upplevas ha svårt att hantera sin egen stress och för då över stressen till barnet. För ambulanssjuksköterskan blir det i de situationerna fler att ta hand om och de upplever att det finns risk att en del fokus flyttas från barnet till föräldern. Ambulanssjuksköterskorna upplever då att föräldrarnas närvaro i vårdsituationen istället stjälper.

”Problemet är ibland att vi inte kan hantera det eller vi kan inte hantera det på grund av att vissa föräldrar inte kan tillåta oss att arbeta professionellt.”

Osäkerhet

En osäkerhet finns hos ambulanssjuksköterskorna i mötet med barn och för att minska osäkerheten hos ambulanssjuksköterskorna finns ett behov av utbildning. Subkategorierna *Brist på individuell och organisatorisk beredskap* och *Behov av utbildning* beskriver var osäkerheten kommer från och hur den kan motverkas.

Brist på individuell och organisatorisk beredskap

Analysen visar att erfarenhet av att vårda barn med smärta prehospitalt är begränsad då ambulanssjuksköterskorna sällan får uppdrag gällande barn. I och med detta skapas en osäkerhet i mötet med barn och dess föräldrar. Ambulanssjuksköterskorna upplever att föräldrarna har höga förväntningar på deras kunskap vilket leder till en ökad press och osäkerhet då det finns brist på rutin av att vårda barn prehospitalt.

Ambulanssjuksköterskorna nämnde att de känner till att det finns bedömnings-instrument för att bedöma smärta hos barn. Det finns dock ingen rutin för att använda dessa i bedömningen vilket gör att de i princip inte används alls. De gånger ambulans-sjuksköterskorna provat att använda standardiserade instrument har det upplevs som svårt, då de inte vet säkert hur de ska använda dem på rätt sätt. Detta tror de beror på att de inte har någon utbildning eller erfarenhet av att använda dem samt att de sällan finns tillgängliga i ambulansen.

”De måste nästan finnas en eldsjäl på varje station, eller inom varje organisation som tar i det här.”

Ambulanssjuksköterskorna beskriver att det prehospitalt saknas utrustning anpassad för barn som kan hjälpa dem att kontrollera puls, syrgasmättnad och blodtryck. Det råder delade meningar om dessa parametrar är av värde i bedömning av smärta hos barn. De ambulanssjuksköterskor som inte har någon tidigare erfarenhet av att arbeta specifikt med barn använder sällan eller aldrig vitala parametrar i sin bedömning av smärta hos barn.

Behov av utbildning

Ambulanssjuksköterskorna anser att deras kunskap för att bedöma smärta hos barn är god men framhåller samtidigt att de sällan reflekterar kring själva bedömningen. De anser att de är i behov av att regelbundet träffa barn med smärta för att hålla kunskapen vid liv. Deras erfarenhet är att de aldrig kan bli fullärda och att återkommande utbildning, repetition och reflektion är av stor vikt för att behålla och fortsätta utveckla kunskapen om bedömning av smärta hos barn.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativ metod var väl lämpad för att uppnå studiens syfte som var att få en uppfattning om ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att bedöma akut smärta hos barn. Kvalitativa intervjuer genomfördes och fördelen med detta var att sjuksköterskorna fritt tilläts att reflektera och återge sina egna tankar om det valda området. Detta skapade varians i informationen och gav ett nyanserat resultat (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 43-44).

Författarna anser att urvalet genomfördes på ett korrekt sätt och gav önskad spridning av informanter vad gäller kön, ålder, utbildning och erfarenhet. En möjlig orsak till låg svarsfrekvens kan ha varit att det fanns fler bilagor bifogade utöver förfrågan att delta i vår studie. Risken att vårt brev blev ett i mängden är stor. En annan orsak kan ha varit att ämnet vi valt ansågs vara svårt då detta var något som de informanter som deltog i studien nämnde.

En svaghet i studien kan vara att det här var forskarnas första intervjustudie och de saknade därmed erfarenhet av intervjumetodik. Detta kan ha bidragit till att intervjuerna inte blivit så djupgående som vore önskvärt. Intervjuguiden som författarna använde gav trygghet och kunde hjälpa dem att föra intervjun vidare. Totalt genomfördes sex intervjuer vilket forskarna ansåg gav ett mättat resultat. Enligt Trost (2010, s. 143) är ett mindre material att föredra för att få en helhet och inte missa viktiga detaljer som förenar eller skiljer sig åt. Förhoppningen är att resultatet ger en fingervisning över hur ambulanssjuksköterskors erfarenhet av att bedöma akut smärta hos barn prehospitalt ser ut.

Sjuksköterskor har oftast god kunskap och en förförståelse för vad som är korrekt att göra i olika situationer. Risken finns då att de i en intervjusituation tar upp det som de vet är rätt och inte hur de faktiskt gör. Resultatet kan då bli missriktad och innehålla mer fakta från skolböckerna än hur de arbetar ute på fältet. Upplevelsen i den här studien är ändå att ambulanssjuksköterskorna beskrev hur de verkligen arbetar, vad de tittar på och hur deras bedömningar ser ut.

Genom diskussion med handledare och varandra har analysprocessen gått framåt och fördjupats till ett färdigt resultat. I enlighet med Trost (2010, ss. 131-137) såg intervjusituationen liknande ut för alla informanter. Intervjuerna genomfördes enskilt med en av författarna där samma ingångsfråga ställdes och sonderingsfrågorna följde samma mönster. Det är av värde att vara medveten om att processer hela tiden sker och därför kan det inte förväntas att samma svar ges vid olika tidpunkter och från olika informanter. Det är förändringarna och variansen som är intressant. I och med detta och att frågorna sedan redovisas ökar tillförlitligheten av studien.

Resultatdiskussion

En förutsättning för att lindra lidande är förmågan att kunna se och ge (Arman 2012, ss. 185-197). Resultatet beskriver att den kunskap ambulanssjuksköterskorna har av att bedöma smärta hos barn har de fått från erfarenhet av att vårda barn. Hur de anpassar sitt bemötande från barn till barn och vad föräldrarna har för roll i vårdsituationen. Här belyses även bristen i att de sällan vårdar barn samt avsaknaden av reflektion och att utbildning anses vara en förutsättning för att en bedömning av barnet ska bli så korrekt som möjligt.

Mest framträdande i resultatet var att de intervjuade ambulanssjuksköterskorna beskrev att ju mer erfarenhet de får desto tryggare känner de sig i mötet med barnet samt i bedömningen av smärta. De ser erfarenhetsbaserad kunskap som sitt främsta verktyg. Svensk sjuksköterskeförening (SSF) beskriver i *Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi det?* (2006) att erfarenhetsbaserad kunskap inte alltid behöver vara god kunskap eftersom det finns en risk att sjuksköterskorna då förlitar sig helt på sin inlärda kunskap och missar ny forskning. De intervjuade ambulanssjuksköterskorna ansåg att utbildning, återkoppling samt återkommande reflektion var något som de var i behov av för att behålla och utveckla sin kunskap vad gäller att bemöta barn och bedöma smärta. SSF (2006) menar att systematisk handledning kan vara en metod för att hjälpa sjuksköterskorna att medvetandegöra intuitionen som byggts upp av erfarenhet, den tysta kunskapen, vilket är en förutsättning för kritisk granskning av inlärd kunskap.

När ambulanssjuksköterskorna blev tillfrågade om hur de bedömer smärta hos barn var det oftast en tystnad innan svaret kom. De ansåg det vara svårt att sätta ord på vad det är de gör sin bedömning på och alla intervjuade ambulanssjuksköterskor beskrev att vissa saker vet de gör ont och kan då lättare göra en bedömning utifrån det. Även i en studie av Woodgate och Kristjanson (1996) framkommer det att sjuksköterskor har svårt att sätta ord på hur de bedömer smärta hos barn. I enlighet med forskning beskriver ändå ambulanssjuksköterskorna att de tittar på barnet och bedömer smärta utifrån olika tecken som ansiktsuttryck och kroppsspråk (Mattsson, Forsner, Arman 2011). Medlidande är ett sätt för ambulanssjuksköterskan att bidra till ett minskat lidande för barnet. Genom att gå till den egna erfarenheten av smärta kan det ge en ökad förståelse för hur barnet känner sig i situationen och ambulanssjuksköterskan kan då bekräfta barnet vilket också leder till minskat lidande (Arman 2012, ss. 185-197).

Att smärtbedömning görs mer sällan än vad som är evidensbaserat är ett känt fenomen. Inom den prehospitala vården är forskningen bristfällig men i en studie av Hennes, Kim och Pirrallo (2005) visar resultatet att smärtlindring till barn och ungdomar ges mer sällan eftersom en smärtbedömning inte är gjord. Det är stor skillnad på hur ofta vuxna bedöms i jämförelse med barn. Studien visar att endast ett fåtal procent av ungdomarna och barnen har en dokumenterad smärtbedömning.

I vårt resultat beskrivs en osäkerhet kring att möta och bedöma barn med smärta. Det finns risk att ambulanssjuksköterskan inte kan vidga sitt perspektiv i en stressad situation och det blir då svårt att göra en bedömning utifrån sin kliniska blick. Att använda smärtbedömningsinstrument kan då vara något att luta sig tillbaka på. Det framkommer i resultatet att smärtbedömningsinstrument för barn inte finns tillgängliga i ambulansen och att ambulanssjuksköterskorna inte fått någon utbildning i hur de ska användas. Enligt Scott, Crilly, Chaboyer och Jeesup (2012) ger utbildning av smärtbedömningsinstrument positiva resultat. Studiens resultat visade att dokumentationen av smärtbedömning ökade markant efter utbildning och utvärdering av smärta ökade med nästan dubbelt så mycket. Det är dock fortfarande låg användningsfrekvens av smärtbedömningsinstrument. Williams, Holzhauser, Bonney, Burmeister, Gilhotra, Oliver och Gordon (2012) visar också att utbildning av smärtbedömningsinstrument ger positiva resultat. Personalen fick svara på frågor före och efter utbildningen och resultatet visade att efter utbildningen svarade fler rätt på de allra flesta frågorna. De visade också att användningsfrekvensen av smärtbedömningsinstrument ökade och fler korrekta bedömningar gjordes. Om ambulanssjuksköterskorna utbildas om smärtbedömningsinstrument, hur de används och nyttan med dem tror forskarna, utifrån tidigare forskning, att detta skulle kunna bidra till en ökad trygghet för ambulanssjuksköterskan i mötet med det smärtpåverkade barnet.

Ambulanssjuksköterskorna beskrev att små barn inte har några tidigare erfarenheter av smärta och har därför inget att jämföra den aktuella smärtan med. Detta går emot forskning som visar att prematura barn går igenom många smärtsamma procedurer och att ett smärtminne utvecklas tidigt. Förut ansågs spädbarn inte känna någon smärta vilket gjorde att de inte erhöll någon smärtlindring vid olika procedurer som till exempel operationer. Forskning visar också att prematura barn som utsatts för smärtsamma procedurer tidigt i livet har en ökad känslighet för smärta senare i livet (Grunau, Holsti & Peters 2006). Att ambulanssjuksköterskorna endast relaterade tidigare upplevd smärta till ökad ålder visar på en okunskap om att prematura och spädbarn har ett smärtminne. En annan grupp som ofta drabbas av smärta och som inte följer samma utvecklingsmönster är barn med kognitiv funktionsnedsättning. Forskning visar att de har svårare att uttrycka och hantera smärta (Young 2005). En observationsstudie visar att barn med kognitiv funktionsnedsättning oftare har ont och att det kan ha smärta under en längre period (Stallard, Williams, Lenton & Velleman 2001). Ambulanssjuksköterskan bör ha vetskap om hur bedömning kan göras på dessa barn för att minska lidandet (Young 2005). Barn med funktionshinder har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv som möjliggör ett aktivt deltagande i samhället (Barnkonventionen artikel 23). Dessa båda aspekter visar att ambulanssjuksköterskornas önskan om utbildning om barn och smärta bör tillgodoses.

Det framkommer tydligt att de intervjuade ambulanssjuksköterskorna i stor utsträckning använder sig av föräldrarnas uppfattning vid sin bedömning av smärta hos barn. Ambulanssjuksköterskorna upplever att föräldrarna är de som känner barnet bäst men att endast utgå från föräldrarnas berättelse kan bidra till en felaktig bedömning. Enligt

barnkonventionen har alla barn rätt att utrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne/honom (Barnkonventionen Artikel 12). För ambulanssjuksköterskan är det således viktigt att låta barnet skapa sin egen berättelse utifrån sitt upplevda lidande, visa omtanke och vara närvarande i stunden så att barnets lidande minskar (Arman 2012, ss. 185-197). Det är viktigt att se till både barnets perspektiv och barnperspektivet. Ett litet barn kan ha svårt att uttrycka sig vilket kan göra det svårare för ambulanssjuksköterskan att se till barnets perspektiv. Genom att lyssna till barnets perspektiv erhålls en ökad förståelse för barnets upplevelse och behov. Om föräldrarna inte ser till barnets perspektiv utan gör vad de tror är bäst för barnet är risken att barnets egen upplevelse av situationen försvinner då föräldrarna tror sig ha bäst kunskap om hur barnet känner sig (Söderbäck, Coyne & Harder 2011). För ambulanssjuksköterskan är ett grundläggande ansvarsområde att minska lidande (SSF 2007). Genom att inte lyssna på barnet eller ta dem på allvar finns risken för ökat vårdlidande (Dahlberg & Segersten 2010, ss. 215-219). Det är därför viktigt för ambulanssjuksköterskan att lyssna på barnet och se till dess behov.

Enligt Zhou, Roberts och Horgan (2008) bedömer barn, föräldrar och sjuksköterskor smärta olika och vuxna bedömer ofta barnets smärta lägre än barnet själv. Detta kan orsaka felaktiga bedömningar om ambulanssjuksköterskan inte lyssnar till barnet utan går på föräldrarnas uppfattning. Forskning visar att hur föräldern bedömer barnets smärta beror till stor del på om de har några tidigare erfarenheter av att barnet haft ont. Har de inte det finns en svårighet även för dem att göra en bedömning då de inte vet hur barnet reagerar på smärta. Föräldrarna kan ändå oftast se om barnets beteende ändras och detta kan då vara tecken på smärta (Woodgate & Kristjanson 1996). Det är viktigt för ambulanssjuksköterskan att ha detta i beaktning, även om föräldrarna känner sina barn bäst kan situationen vara ny även för dem.

Den förförståelse forskarna hade innan studien startade bekräftades på många sätt i studiens resultat, det är svårt att bedöma smärta hos barn. Forskarna anser inte att deras egen förförståelse om ämnet påverkat informanterna i intervjusituationen och inte heller det slutgiltiga resultatet.

Slutsatser och kliniska implikationer

Ambulanssjuksköterskor tycker det är svårt att bedöma smärta hos barn. För att minska lidande hos smärtpåverkade barn anpassar ambulanssjuksköterskor sitt sätt att arbeta utifrån varje unik situation. I bedömningssituationen använder de sig av ett flertal olika metoder, en tydlig mall att gå efter finns inte. Detta bidrar till en osäkerhet och viss rädsla för att vårda barn prehospitalt. För att kunna ge barn bästa möjliga vård och minska dess lidande finns därmed ett stort behov av att ämnet uppmärksammas så att förändringar kan ske. Förändringarna måste starta på organisationsnivå och författarnas förslag till åtgärder är:

- Utbildning om akut smärta hos barn
- Utbildning om smärtbedömningsinstrument anpassade för barn

- Utrusta ambulanserna med smärtbedömningsinstrument
- Avsätt tid för reflektion
- Klinisk träning i bemötande av barn

REFERENSER

Arman, M. (2012). Lidande. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur AB.

Barnkonventionen artikel 12 (1990). [Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig: http://unicef.se/barnkonventionen [13-02-07].

Barnkonventionen artikel 23 (1990). [Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig: http://unicef.se/barnkonventionen [13-03-20].

Codex [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf [2013-02-20].

Craig, K. D., Versloot J., Goubert L., Vervoort T. & Crombez G. (2010). Perceiving Pain in Others: Automatic and Controlled Mechanisms. *The Journal of Pain,* Vol 11, nr 2: ss. 101-108.
Dahlberg. K. & Segersten, K. (2010). Hälsa och vårdande - i teori och praxis. Stockholm: Natur & Kultur.

Enskär, K., Ljusegren, G., Berglund, G., Eaton, N., Harding, R., Mokoena, J., Chauke, M. & Moleki, M. (2007). Attitudes to and knowledge about pain and pain management, of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden. *Journal of Research in Nursing.* Vol 12(5), ss. 501-515.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing.* 62(1), ss. 107-115.

Grunau, R. E., Holsti, L. & Peters, J. W. B. (2006). Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine.* 11, ss. 268-275.

Hennes, H., Kim, M. K. & Pirrallo, R. G. (2005). Prehospital pain management: A comparison of providers' perceptions and practices. *Prehospital Emergency Care.* Vol 9 Nr 1, ss. 32-39.

Huget, A., Stinson, N. J. & McGrath, J. P. (2009). Measurement of self-reported pain intesity in children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Reserch.* 68, ss. 329-336.

International Association for the Study of Pain [IASP] (2012), *Pain.* [Elektronisk]. Washington DC. Tillgänglig: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions [2013-01-05].

Jerlang, J. (2008). Jean Piagets teori om kunskapsprocessen. I Jerlang, E. (red.) *Utvecklingspsykologiska teorier*. Stockholm: Liber.

Johannson, A-K. (2007). Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation – samtal och bemötande i vården.* Lund: Studentlitteratur.

Johansson, M., Carlberg, E. B. & Jylli, L. (2010). Validity and reliability of a Swedish version of the Non-Communicating Children's Pain Checklist – Postoperative Version. *Acta Paediatrica.* 99, ss. 929–933.

Jylli, L. & Lundeberg, S. (2001). Postoperativ smärtbehandling. I Olsson, L. G. & Jylli, L. (red) *Smärta hos barn och ungdomar.* Lund: Studentlitteratur.

Jylli, L. (2009). Smärta hos barn. I Hallström, I & Lindberg, T (red.) *Pediatrisk omvårdnad.* Stockholm: Liber.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Mattsson. Y. J., Forsner, M. & Arman, M. (2011). Uncovering pain in critically ill non-verbal children: Nurses clinical experiences in the paediatric intensive care unit. *Journal of child health care.* 15(3), ss. 187-198.

Molin, B., Lund, I. & Lundberg, S. (2010). Smärta hos barn och ungdomar. I Norrbrink, C. & Lundberg, T. (red.) *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv.* Lund: Studentlitteratur.

Molin, B., Lund, I. & Lundberg, S. (2010). Om smärta. I Norrbrink, C. & Lundberg, T. (red.) *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv.* Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, S. (2012). Pain management during wound dressing in children. *Nursing Standard.* Vol 26 Nr 32, ss. 50-55.

Oberlander, T. F., Burkitt, C. C., Symons, F. J. & Johnston, C. (2012). Measures for Children with Developmental Disabilities - An ICF- CY approach. *Clinics in Developmental Medicine* ss. 194-195.

Olsson, L. G. (2001). Långvarig smärta hos barn. I Olsson, L. G. & Jylli, L. (red) *Smärta hos barn och ungdomar.* Lund: Studentlitteratur.

Olsson, L. G. (2001). Procedursmärta. I Olsson, L. G. & Jylli, L. (red) *Smärta hos barn och ungdomar.* Lund: Studentlitteratur.

Olsson, L. G. (2010). Akut smärta hos barn. I Leder & Werner (red.) *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Olsson, L. G. & Jylli, L. (2001). Smärta hos barn och ungdomar. Lund: Studentlitteratur.

Scott, L. E., Crilly, J., Chaboyer, W. och Jeesup, J. (2012). Pediatric pain assessment and management in the emergency setting: The impact of a peadiatric pain bundle. *International Emergency Nursing.*

Shrestha-Ranjit, J. M. & Manias, E. (2012). Pain assessement and management practices in children following surgery of the lower limb. *Journal of Clinical Nursing.* 19, ss. 118-128.

Shields, B. J., Palermo, T. M., Powers, J. D., Grewe, S. D. & Smith, G. A. (2003). Predictors of a child's ability to use a visual analogue scale. *Child: Care, Health & Development.* 29(4), ss. 281-290.

Stallard, P., Williams, L., Lenton, S. & Velleman, R. (2001). Pain in cognitively impaired, non-communicating children. *Archives of Disease in childhood.* 85, ss. 460-462.

Stanford, A. E., Chambers, T. C. & Craig, D. K. (2006). The role of developmental factors in predicting young children's use of a self-report scale for pain. *Pain.* 120, ss. 16-23.

Stapelkamp, C., Carter, B., Gordon, J. & Watts, C. (2011). Assessment of acute pain in children: development of evidence-based guidelines. *International Journal of Evidense-Based Healthcare.* 9, ss. 39–50.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap – Vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svenska sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Söderbäck, M., Coyne, I. & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care.* 15(2), ss. 99-106.

Tovar, C., Von Baeyer, C. L., Wood, C., Albieu, J-P., Houfani M. & Arvieux, C. (2012). Postoperative self-report of pain in children: Interscale agreement, response to analgesic and preference for faces scale and a visual analouge scale. *Pain Reserch and Management.* Vol. 15(3), ss. 163-168.

Trost, J. (2010). Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur.

Twycross, A. (2009). Non-drug methods of pain relief. I Twycross, A., Dowden, S. & Bruce, L. (red.) *Managing pain in children: a clinical guide.* Hoboken: Wiley-Blackwell.

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

Von Baeyer, CL. (2006). Children's self-reports of pain intensity: scale selection limitations and interpretation. *Pain Research and Managent.* 11, ss. 157-162.

Von Baeyer, C. L. & Spagrud, L. J. (2007). Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain.* 127, ss. 140-150.

Von Baeyer, C. L., Uman, L. S., Chambers, C. T. & Gouthro, A. (2011). Can we screen young children for thier ability to provide accurate self-reports of pain? *Pain.* 152, ss. 1327-1333.

Wen Sng, Q., Beverley, T., Liam, LW, J., Klainin-Yobas, P., Wang, W. & He, H-G. (2013). Postopertive pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing.*

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

Williams, S., Holzhauser, K., Bonney, D., Burmeister, E., Gilhotra, Y., Oliver, R. och Gordon, K. (2012). Improving pain management of abdominal pain in children presenting to the paediatric emergency department: A pre-post interventional study. *Australasian Emergency Nursing Journal.* 15, ss. 133-147.

Woodgate, R. & Kristjanson, J. K. (1996). A young child's pain: how parents and nurse 'take care'. *International Journal of Nursing Studies.* Vol 33 Nr 3, ss. 271-284.

Young, D. K. (2005). Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine.* Vol. 45(2).

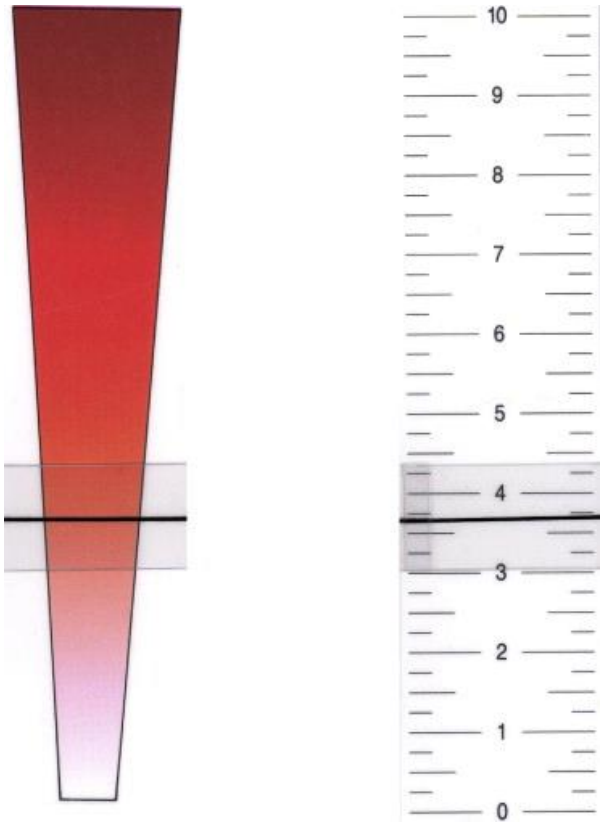
Zhou, H., Roberts, P. & Horgan, L. (2008). Association between self-report pain ratings of child and parent, child and nurse and parent and nurse dyads: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing.* Vol 63 Nr 4, ss. 334-342.

Bilaga 1

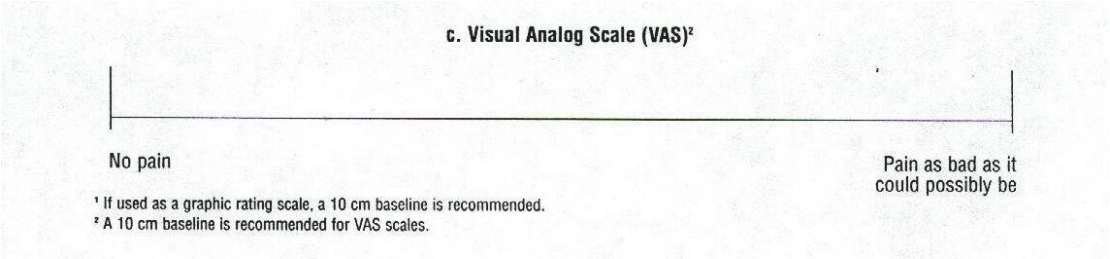
Smärtbedömningsinstrument

FPS-R

CAS



VAS



FLACC

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

NCCPC

Beteende Observation & Skattning av Smärta

för barn och ungdomar utan verbal kommunikationsförmåga och/eller omfattande funktionshinder

Barnets namn:_____ Barnets Födelsedata:_____ (år/mån/dag)

Observatör: _____ Observations Datum:_____ (år/mån/dag) Lugnt □ Smärta □

Hur ofta har barnet uppvisat dessa beteenden under en 5 minuter lång observation. Markera varje beteende med ett nummer. Om ett beteende inte är möjligt för barnet att uttrycka markeras detta med "inte tillämpbar".

0 = INTE ALLS 1 = NÅGON ENSTAKA GÅNG 2 = GANSKA OFTA 3 = MYCKET OFTA IT = INTE TILLÄMPBAR

I. Ljud

1.	Jämrar sig, gnäller, gnyr (tämligen tyst)	0	1	2	3	IT
2.	Gråter (någorlunda högt)	0	1	2	3	IT
3.	Skriker, gallskriker (mycket högt)	0	1	2	3	IT
4.	Ett specifikt ljud eller artikulation för smärta (t.ex ett ord, skrik eller typ av skratt)	0	1	2	3	IT

II. Socialt/personligt

5.	Medverkar ej, gnällig, lättretlig, ledsen	0	1	2	3	IT
6.	Mindre interaktion med andra, tillbakadragen	0	1	2	3	IT
7.	Söker tröst eller fysisk närhet	0	1	2	3	IT
8.	Svår att distrahera, går inte att tillfredställa eller trösta	0	1	2	3	IT

III. Ansiktsuttryck

9.	Rynkar pannan/ögonbrynen	0	1	2	3	IT
10.	Förändrat ögonuttryck, inkluderar att kisa eller vidöppna ögon eller ett ogillande/bistert ansiktsuttryck	0	1	2	3	IT
11.	Neddragna mungipor, ler ej	0	1	2	3	IT
12.	Putar med läpparna, sammandragna läppar, darrar på läppen	0	1	2	3	IT
13.	Biter ihop, tuggar, gnisslar tänder, trycker ut tungan	0	1	2	3	IT

IV. Aktivitet

14.	Stilla, mindre aktiv, tyst	0	1	2	3	IT
15.	Hoppar runt, rastlös, uppvarvad	0	1	2	3	IT

V. Kropp/extremitet

16.	Slapp	0	1	2	3	IT
17.	Stel, spastisk, spänd, rigid	0	1	2	3	IT
18.	Pekar mot eller berör den kroppsdel som smärtar	0	1	2	3	IT
19.	Skyddar eller skonar den kroppsdel som smärtar	0	1	2	3	IT
20.	Ryggar tillbaka eller drar undan den kroppsdel som smärtar, känslig för beröring	0	1	2	3	IT
21.	Rör sig på ett specifikt sätt för att visa smärta (t.ex huvudet bakåt, armar ner, drar ihop sig)	0	1	2	3	IT

VI. Fysiologiska tecken

22.	Huttrar	0	1	2	3	IT
23.	Förändrad hudfärg, blekhet	0	1	2	3	IT
24.	Kallsvettig, svettas	0	1	2	3	IT
25.	Tårar	0	1	2	3	IT
26.	Häftig inandning, flämtar	0	1	2	3	IT
27.	Håller andan	0	1	2	3	IT

Orginal: Non-Communicating Children's Pain Checklist - Postoperative Version (NCCPC-PV)

Till Verksamhetschef för ambulanssjukvården inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vi är två sjuksköterskor som studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulans, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att beskriva ambulanssjuksköterskans erfarenhet av att bedöma smärta hos barn.

Sjuksköterskor inom den prehospitala vården kommer då och då i kontakt med barn som av olika anledning råkat för en situation som orsakar smärta. Utifrån en bedömning av barnets upplevelse av smärta har sjuksköterskan möjlighet att lindra och minska smärtan. Då det är relativt få ambulansuppdrag som gäller barn tror vi att de finns en osäkerhet och en kunskapsbrist inom detta område. Genom vår studie vill vi få en uppfattning över hur ambulanssjuksköterskan bedömer smärta hos barn prehospitalt och vår förhoppning är att resultatet kan hjälpa oss att utveckla kunskapen kring smärta och smärtbehandling av barn prehospitalt.

Metoden i examensarbetet är kvalitativ. Datainsamling kommer att ske genom semistrukturerade intervjuer. Vi söker sex till åtta ambulanssjuksköterskor som vid något eller några tillfällen vårdat barn i åldrarna fyra till sju år prehospitalt. Intervjuerna kommer att äga rum vecka fem och sex. Plats för intervjuerna bestäms i samråd med informant.

Vi önskar din hjälp för att hitta lämpliga informanter till vår studie. De i sin tur kommer få ett brev med vidare information om studien.

Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Anna-Karin Göransson
Akgoransson@hotmail.com

Hanna Segerstedt
Hanna.segerstedt@hotmail.com

Handledare
Stefan Nilsson
Universitetslektor Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås.
Stefan_r.nilsson@hb.se
033-4354791

Informationsbrev till informant

Sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma akut smärta hos barn prehospitalt

Bakgrund och syfte
Studier visar att sjuksköterskor generellt har god kunskap kring smärta och smärtlindring men att bedömning av smärta hos barn kan vara svårt. Det är få barn som vårdas prehospitalt och det kan därför vara svårt att få in en god rutin vad gäller smärtbedömning på barn.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma akut smärta hos barn prehospitalt.

Förfrågan om deltagande
Vi vill intervjua Dig som sjuksköterska inom ambulansen för att få höra just Dina erfarenheter kring bedömning av akut smärta hos barn.

Hur går studien till?
Studien kommer att genomföras via intervjuer med digital ljudupptagning. Vi beräknar att intervjun kommer att vara max 60 minuter. Du kommer bli kontaktad via telefon efter att brevet skickats till Dig. Är Du fortfarande intresserad av att delta kommer vi tillsammans överens om tid och plats för intervju. Intervjun bör ej genomföras under larmtid. Du kommer få skriva under ett informerat samtycke där Du godkänner att ingå i studien.

Finns det några fördelar?
Genom att uppmärksamma smärta hos barn är vår förhoppning att kunskapen kring bedömning av smärta hos barn ska öka, och på så sätt förbättra barnets upplevelse och minska lidande i den prehospitala vårdmiljön.

Hantering av data och sekretess
Materialet kommer att avidentifieras och kodas och endast författarna har tillgång till råmaterialet.

Hur får jag information om studiens resultat?
Efter överenskommelse med verksamhetschefen kommer vi presentera resultatet i arbetsgruppen. Önskar Du ta del av den färdiga uppsatsen skickar vi den gärna till Dig.

Frivillighet
Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst under processen avbrytas utan förklaring.

Ansvariga

Anna-Karin Göransson
Tel: xxx
akgoransson@hotmail.com

Hanna Segerstedt
Tel: xxx
Hanna.segerstedt@hotmail.com

Samtyckesformulär

Jag har härmed tagit del av informationsbrev angående studien; Sjuksköterskans erfarenhet av att bedöma akut smärta hos barn prehospitalt. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag ger mitt samtycke till att delta i studien.

_____

Datum Ort Underskrift

_____

Namnförtydligande

Intervjuguide

Introduktionsfråga
Kan du berätta om en situation då du vårdat ett barn med smärta prehospitalt?

Sonderande frågor
Hur ser du på din kunskap på att bedöma smärta hos barn?
Vilka metoder använder du för att bedöma barns smärta?
Hur ser du på föräldrarna i bedömningssituationen av barnet?
Kan du berätta mer om hur du kunde se att barnet hade smärta?
Vad anser du att det finns för svårigheter i att bedöma barn med smärta?
Det du berättar nu, på vilket sätt har det betydelse för…
Hur tror du att bedömningen påverkas om man har barn eller inte har barn?