

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2021:60

Barnets upplevelser av smärta och prehospital smärtlindring

En intervjustudie ur barnets perspektiv

Mårten Dahlgren
Denise Rosalm



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Barnets upplevelser av smärta och prehospital smärtlindring
En intervjustudie ur barnets perspektiv

Författare: Mårten Dahlgren och Denise Rosalm

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård

Handledare: Gabriella Norberg Boysen

Examinator: Johan Herlitz

SAMMANFATTNING

Ambulanssjukvården är i ständig utveckling. Det som en gång var taxiverksamhet är idag en avancerad akutsjukvård som bedrivs utanför sjukhusen. Ambulanspersonal möter dagligen olika utmaningar och svårigheter i sitt yrke. En särskild utmaning är då de ställs inför att möta barn. År 2020 blev barnkonventionen lag i Sverige. Denna stärker barnets rättigheter, inte bara i samhället utan även i sjukvården. Smärtlindring för barn fortsätter att vara undermålig. Tidigare forskning har främst fokuserat på föräldrars eller ambulanspersonalens upplevelse vid omhändertagandet av barn. Därigenom uteblir barnets egna unika perspektiv och berättelser. Syftet är att belysa barnets upplevelser av smärta och smärtlindring i en prehospital kontext. En kvalitativ design användes och tio ostrukturerade narrativa intervjuer med barn genomfördes. Dessa analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Analysen genererade en huvudkategori, tre generiska kategorier och sju subkategorier. Essensen av resultatet är *den smärtsamma händelsens aspekter*. Det är en mångfacetterad upplevelse att för barn drabbas av smärta. Negativa känslor skapas av smärtan och gör att barnet upplever ett lidande. Smärtlindringen upplever barnet är effektiv och baseras både på omvårdnad och farmakologi. Barnets strategier vid smärtlindring prehospitalt liknar de som används av barn intrahospitalt. Upplevelsen av mötet med ambulanspersonal har även likheter med hur vuxna patienter beskriver fenomenet. Det behövs mer forskning på barn avseende det prehospitalla omhändertagandet, främst kvalitativ för att få mer nyanser av deras upplevelse. Genom en ökad förståelse om barnets smärtupplevelse och dess syn på smärtlindring kan omhändertagandet av smärtpåverkade barn förbättras. Ambulanssjuksköterskan bör fokusera på att inge trygghet i situationer då barnet upplever smärta för att skapa förutsättningar för en effektiv smärtlindring.

Nyckelord: Barn, smärta, smärtlindring, prehospital sjukvård, ambulanssjuksköterska, kvalitativ intervjustudie

FÖRORD

Vi vill härmed tacka våra deltagare och akutmottagning barn vid Drottning Silvias barnsjukhus. utan er hade detta arbete aldrig varit möjligt. Vi vill även förmedla vår uppskattning till vår handledare Gabriella Norberg Boysen för stöd och engagemang under studiens gång.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Ambulanssjukvårdens uppdrag	1
Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige	1
Organisation och funktion	1
Ambulanssjuksköterskans roll	2
Barnet som patient	2
Barnets rättigheter i sjukvården	2
Barnet och forskning	2
Skillnader mellan barn och vuxna	3
Att möta barn prehospitalt	3
Smärta	4
Definition	4
Smärta och lidande	4
Barnet och smärta	4
Att lindra barnets smärta	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Urval	6
Deltagare	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Förberedelsefasen	9
Organiseringsfasen	9
Förförståelse	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	11
Rapporteringsfasen	11
Den smärtsamma händelsens aspekter	12
Reaktioner på smärta	12
Att uppleva smärta	12
En önskan om att få hjälp	13
Ett vårdmöte som berör	13
Inför det första mötet	13
Att bli bemött av ambulanspersonal	14
Att känna trygghet	14
Perspektiv på smärtlindring	15

Att få omvårdnad som lindrar smärta	15
Att uppleva farmakologisk smärtlindring	15
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Hållbar utveckling	22
SLUTSATSER	23
KLINISKA IMPLIKATIONER	23
REFERENSER	24
Bilaga 1 - Informationsbrev till verksamhetschef	33
Bilaga 2 - Informationsbrev till deltagare	34

INLEDNING

Prehospital sjukvård präglas av att möta det okända. Ambulanssjuksköterskor vårdar individer som de saknar tidigare sjukvårdshistoria kring och tvingas fatta beslut utifrån egen erfarenhet och kunskap. Vårdmötet med barnet och dennes föräldrar har tidigare identifierats som något som överlag väcker osäkerhet hos ambulanspersonal. Barn är inte små vuxna och kräver ett särskilt förhållningssätt för att skapa det bästa möjliga omhändertagandet av det sjuka barnet. Med denna studie ämnar författarna att belysa barnets upplevelse av ambulanssjukvård då de har drabbats av smärta. Att möta smärtpåverkade barn och smärtlindra dessa har i forskning lyfts fram som ett särskilt svårt moment enligt ambulanspersonal. Som blivande specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård anses det av författarna viktigt att få med sig barnets perspektiv av prehospital smärtlindring i den kommande professionen. Med grund i detta hoppas författarna till studien att barnets perspektiv och upplevelser kan skänka ett unikt perspektiv på fenomenet. I förlängningen kan detta leda till förbättringar i omhändertagandet av det smärtpåverkade barnet, och även bidra med ökad kunskap till ambulanspersonal och den prehospitala disciplinen.

BAKGRUND

Ambulanssjukvårdens uppdrag

Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige

Sjukvården och ambulanssjukvården är båda områden som är i ständig utveckling. Den verksamhet som en gång bedrevs likt en taxiverksamhet med blåljus (Gårdelöv, 2016, s. 41) har idag utvecklats till att ge en högkvalificerad akutsjukvård prehospitalt (Bremer, 2016, s. 48). I Sverige togs de första stegen i utvecklingen mot dagens ambulanssjukvård under 1980-talet. Successivt höjdes den medicinska kompetensen genom att bemanna ambulanser med undersköterskeutbildad personal. På ledningsnivå tillsattes ambulansöverläkare och heltidstjänster inrättades (Gårdelöv, 2016, s. 43). En brytpunkt inom den svenska ambulanssjukvården kom hösten 2005, då socialstyrelsen krävde att endast sjuksköterskor skulle få hantera läkemedel inom ambulansverksamheten. Därigenom skapades omgående ett stort behov av sjuksköterskor inom den prehospitala sjukvården (Gårdelöv, 2016, s. 44). Idag skall ambulansfordon bemannas med personal som inte bara kan iordningställa och administrera läkemedel, utan även ge prehospital akutsjukvård såväl i som utanför en ambulans på ett säkert sätt (SOSFS 2009:10 kap 6).

Organisation och funktion

Hälso- och sjukvård skall enligt lag ges så att den med störst behov skall erhålla vård först. Därtill skall hälso- och sjukvård ges utifrån en grundläggande hänsyn för alla människors lika värde och respekt för den enskilda människans värdighet (SFS 2017:30, kap 3. § 1). Utifrån denna lag styrs även ambulanssjukvården på ett övergripande sätt (Bremer, 2016, s. 48). I regel styrs ambulansverksamhet runt om i Sverige genom respektive landstings egen regi, där vissa verksamheter fungerar via privata aktörer genom en offentlig upphandling (Kongstad, 2016, s. 149). Genom de förändringar som skett, och andra krav från samhället, har ambulanssjukvårdens uppdrag skiftat i

karaktär. En utveckling har skett från att ambulanser endast tillkallats vid allvarliga skador eller olyckor och till svårt sjuka individer, till att i dagsläget bedöma patienter med diffusa eller rentav oklara besvär (Kongstad, 2016, ss. 150-151). Att ge prehospita akutsjukvård till svårt sjuka patienter med stora medicinska behov är alltså dock ambulanssjukvårdens mest centrala uppgift som inte överlämnas till någon annan aktör (Bremer, 2016, s. 62).

Ambulanssjuksköterskans roll

Det prehospitala arbetet präglas av att ge avancerad omvårdnad i en föränderlig, komplex och ibland stressande, miljö. Rollen ställer krav på att agera strukturerat, professionellt och med hänsyn till patientens tillstånd och förmåga. Dessutom skall ambulanssjuksköterskan besitta medicinsk kunskap för att kunna omhänderta en patient enligt ABCDE¹-princip, identifiera risker för ohälsa samt att påbörja och sedermera utvärdera adekvat behandling (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2012, ss. 6-7). Tidigare forskning visar att ambulanssjuksköterskor själva menar att rollen är mångfacetterad och ställer krav på exempelvis professionella kunskaper, ledarskapsförmåga, pedagogik och kommunikationsförmåga (Wihlborg, Edgren, Johansson & Sivberg, 2014). Det prehospitala uppdraget är i sin kontext präglad av en önskan av att kontrollera situationer och vara effektiva i dessa, trots att det inför varje prehospitalt vårdmöte finns ett dilemma om att ha information om ett uppdrag utan att veta så mycket om vad som väntar framme hos patienten (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström, 2016, s. 179).

Barnet som patient

Barnets rättigheter i sjukvården

Barnkonventionen är sedan 1 januari 2020 lag i Sverige (Regeringen, 2020). Konventionen, även känd som FN:s konvention om barnets rättigheter definierar barn som alla individer under 18 år (UNICEF, 2019). Totalt innehåller barnkonventionen 54 olika artiklar, däribland att alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter, och att vid beslut som rör barn skall barnets bästa särskilt beaktas. Dessa två artiklar ses som grundprinciper för konventionen (UNICEF, 2019). Även svensk sjukvårdslagstiftning lyfter att barnets bästa skall beaktas (Hälso- och sjukvårdslag SFS 2017:30 Kap 5. §6; Patientlag SFS 2014:821 Kap 1. §8). Barnets åsikt om vård och behandling skall tas i beaktande med hänsyn till ålder och mognad enligt patientlagens bestämmelser om samtycke (SFS 2014:821 kap 4. §3).

Barnet och forskning

Kindblom, Kjellén, Finizia, Milsom och Mellgren (2020) beskriver att barn under 18 år tidigare utelämnats som deltagare i studier kring nya behandlingsmetoder samt att det finns ett behov av vidare forskning om behandlingsmetoder inom flera områden för barn och ungdomar. De lyfter även att flera andra Europeiska länder är mer

¹ Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure – ett strukturerat sätt att undersöka patienter på (Hagiwara Andersson & Wireklint Sundström, 2016, s. 185)

framgångsrika vad gäller finansiering och skapandet av nationell forskning på barn och ungdomar. I enlighet med FN:s konvention om barnets rättigheter (UNICEF, 2019) och den nya lagen Barnkonventionen (Regeringen, 2020) menar Kindblom et al. (2020) att det är barn och ungdomars rättighet att ha tillgång till moderna och väl beprövade behandlingsmetoder inom vården. Vidare menar Greene och Hogan (2005) att tidigare studier (socialvetenskapliga och empiriska studier) som genomförts syftat till att belysa barnet som objekt och inte subjekt. Greene och Hogan (2005, s. 1) menar att tidigare synsätt varit att barnets upplevelser varit intetsägande och oviktigt och att vuxna har en större förståelse om vad som är mest gynnsamt för barnet. Vuxna ansågs även ha en bättre förståelse för hur händelser påverkar barnet. Det krävs mer studier av barnets upplevelser för att öka förståelsen för hur barnet upplever sin omvärld. Detta är viktigt ur många aspekter såväl ur ett vetenskapligt som ett politiskt perspektiv (Greene & Hogan 2005, s. 18).

Skillnader mellan barn och vuxna

Barn är inte små vuxna. Det mindre barnet har inte en fullt utvecklad värmereglering och förlorar lättare värme vid en olycksplats. Lever och mjälte är större i förhållandet till vuxna, och är inte lika skyddade bakom revbenen. Vid trauma får barnets mindre kropp ta emot en relativt större energimängd, vilket kan leda till ökad risk för multiorganskada (Kendorf, 2016, s. 509). Det är dock värt att minnas att det även finns skillnader mellan olika åldersspann hos barn. Dessa kan delas in i sex olika grupper utifrån dess utveckling: Neonatala barn, spädbarn, barn i koltåldern, förskolebarn, skolbarn och tonåringar. De allra minsta barnen, de neonatala (de första fyra levnadsveckorna), har ett totalt beroende av andra i sin omgivning för sin överlevnad. Spädbarn som är upp till tolv månader är knutna till sina föräldrar för att känna trygghet, men tillåter i regel sjukvårdspersonal att undersöka och behandla dem. Barn i koltåldern, mellan ett och tre år, presenterar ofta en större utmaning: de vill exempelvis inte att främlingar skall ta på dem, få sitt ansikte övertäckt av syrgasmasker, och kan vara väldigt rädda för stick. Barn som är tre till sex år kallas förskolebarn. Dessa har en förmåga att tolka allting bokstavligt. De besitter en livlig fantasi och kan agera dramatiskt i mötet med sjukvården. För att kontra detta är det av vikt att sjukvårdspersonal är tydlig med vad som ska hända och att visa utrustningen innan den används. Även för dessa barn är föräldrarna en viktig källa till trygghet. Barn i skolåldern (sex till tolv år) kan förstå att ambulanspersonal finns där för att hjälpa dem, och är därför ofta samarbetsvilliga och nyfikna. Dessa barn är i behov av information som ska vara lugnande i sin natur, exempelvis att förklara fysiska skador för barnet. Tonåringar (tretton till arton år) kan ha en naiv inställning till situationer, det vill säga tro att de är immuna mot skador och att ingenting hemskt kan drabba dem. Detta leder till att åldersgruppen är risktagande och kan råka ut för trauma. Det är dock viktigt att minnas att barn som skadar sig kan upplevas som mindre emotionellt utvecklade än vad de egentligen är (Kendorf, 2016, ss. 507-508).

Att möta barn prehospitalt

Omhändertagande av barn för ambulanspersonal är i regel något som ses som en utmaning. Eftersom barn är relativt ovanliga att möta prehospitalt är det svårt för ambulanspersonal att få rutin i omhändertagandet av gruppen. Dessutom kan mötet även

innefatta oroliga föräldrar eller andra närstående (Kendorf, 2016, s. 507). Prehospitala uppdrag med barn väcker ofta känslor av stress hos ambulanssjuusköterskor vilket har resulterat i att dessa anser att de behöver mer utbildning i att vårda barnet (Nordén, Hult & Engström, 2014). Det finns även forskning som visar på att trots erfarenhet så är mötet med barnet förknippat med ångest och att det väcker en sårbarhet hos ambulanspersonal (Öberg, Vicente & Wahlberg, 2015).

Smärta

Definition

The international association for the Study of Pain (IASP) är en organisation som genom åren arbetat med att definiera vad smärta innebär. Deras definition av smärta har använts inom hälso- och sjukvård sedan 1979. Efter en revision år 2020 (Raja et al. 2020) lyder numera definitionen:

“Pain - An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.”

(Raja et al. 2020, s. 2).

Denna definition kan översättas till att smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förknippad med, eller liknar något förknippat med, reell eller möjlig vävnadsskada. Smärta är således en subjektiv upplevelse. Det är därför inte heller möjligt att jämföra smärta mellan individer (Blomberg, 2016, s. 470).

Smärta och lidande

Lidande och smärta går hand i hand. Även känslor såsom rädsla och ångest förstärker upplevelsen av smärta. Detta blir en negativ spiral där känslorna skapar mer smärta, och smärtan skapar mer känslor av ångest. I detta engageras hela individen, från det skadade området hela vägen till medvetande (Stening, 2016, s. 486). Rätten till att få uppleva lindring av smärta har på senare tid även förespråkats som en mänsklig rättighet, då det har en stark inverkan på livskvalité genom att påverka inte bara fysiska aspekter, utan även spirituella och psykosociala aspekter hos människan (Brennan, Lohman & Gwyther, 2019). Lindring av lidande är en av fyra ingående delar i den etiska kod för sjuusköterskor som författats av *International council of Nurses* (Svensk sjuusköterskeförening, 2017, s. 3).

Barnet och smärta

Även för barnet är smärta förknippat med känslor av obehag och en vilja att undvika det som leder till smärta. För barn kan smärta uttryckas på olika sätt beroende på barnets utvecklingsnivå, men även beroende på att smärta är en unik upplevelse. Barnet kan exempelvis gråta, te sig argt, eller sitta helt tyst vid upplevelsen av smärta. Om smärtan är stor kan barnet sitta tyst utan att vilja röra sig, vilket kan misstolkas som att barnet inte upplever någon smärta (Nilsson, 2015, ss. 143-144). Det finns dessutom sociala normer om smärta som kan leda till nålskräck och rädsla för sjukvården i det långa loppet, såsom att lite smärta får barnet tåla. Barnets smärta har dessutom visats vara underbehandlad, dels på grund av bristande utbildning för sjukvårdspersonal i ämnet,

men även för att ämnet tidigare inte varit helt förstått (Eccleston et al. 2021). Prehospitalt finns det forskning som visar att en minoritet av barn som får diagnosen fraktur eller brännskada erhåller smärtlindring, i dessa fall hade bara 22 procent erhållit smärtlindring prehospitalt (Swor, McEachin, Seguin & Grall, 2005). Generellt så är förekomsten av smärtlindring för barnet låg (Samuel, Steiner & Shavit, 2015). Såväl interna faktorer, exempelvis bristande erfarenhet och utbildning, som externa faktorer, som kollegor och närståendes uppfattning om barnets smärta, påverkar ambulanspersonalens bedömning och beslut rörande smärtlindring (Whitley et al. 2020).

Att lindra barnets smärta

Det finns i vissa fall oro hos ambulanspersonal när det gäller att ge smärtlindring till barn, exempelvis hur det finns stor skillnad i dosering och annan oro om läkemedlens potens. Intranasal administration har av yrkesverksamma föredragits, och resulterat i att vissa av de hinder med smärtlindring som uppfattats kan undvikas, framför allt hos yngre barn (Whitley et al. 2020). Utöver farmakologiska metoder är det viktigt att förmedla trygghet för barnet, vilket kan göras på flera sätt utifrån barnets utvecklingsnivå och intressen. Målet är att barnet ska fokusera på något annat än smärtan, exempelvis genom avledning (Nilsson, 2015, ss 148-149). Det kan vara av vinst att låta föräldrar hjälpa till med detta, dels för barnet, men även för barnets föräldrar (Ygge, 2015, s. 124). McGrath et al. (2017) lyfter att det idag inte finns ett bra instrument för att skatta barnets smärta och eller upplevelse av smärtlindring, men att det finns evidens för att det engelska begreppet *satisfaction* är positivt bland vuxna för att avgöra om smärtlindring haft bra effekt. I studien fick barn skatta sin *satisfaction* av smärtlindring men det som framgick var att barnen inte förstod begreppet och en del barn använde begreppet utan att förstå innebörden. Istället använde barnen mindre vida beskrivningar så som bra, bättre eller glad för att beskriva känslan då smärtan försvunnit. Ord som användes av barnen för att beskriva att de inte var nöjda med smärtlindringen var exempelvis dåligt, ledsen eller inte bra.

PROBLEMFORMULERING

I Sverige idag skall det enligt lag finnas personal i ambulansen som på ett säkert sätt kan administrera och hantera läkemedel och ge prehospital akutsjukvård. Enligt studier framkommer det dock att sjuksköterskor inom den prehospitala vården upplever en oro i samband med läkemedelsadministrering till barn då doserna inte är samma som för vuxna. Att vårda barnet upplevs även av personal inom den prehospitala vården, enligt studier, som stressande, svårt och utmanande, då barn är underrepresenterade som patienter. Enligt lag skall alla patienter ses med lika värde och barnet skall ses som delaktig i sin vård. Enligt studier är smärta en subjektiv känsla som kan engagera andra negativa känslor vilka kan förstärka smärta. Barn i olika åldrar kräver olika bemötande och deras utvecklingsnivå styr hur de uttrycker smärta samt vilka ord de använder för att beskriva den. Utöver farmakologisk smärtlindring används ofta metoder för att distrahera barnet från att känna smärta. Vårdnadshavare har vid dessa metoder en betydande roll. Att barn ofta blivit exkluderade ur tidigare forskning har lett till att sjuksköterskor saknar utbildning inom området och detta har visat sig i studier genom att barns smärta är underbehandlad prehospitalt.

Att förstå barnets upplevelser av smärtlindring, och därigenom även smärta, är således ett perspektiv som är av vikt att belysa. Detta är viktigt dels för ambulanssjukvården i stort för att kunna förstå patientgruppen och skapa rutiner och riktlinjer, men även för den enskilda ambulanssjuksköterskan, för att på bästa sätt kunna bemöta denna utsatta patientgrupp. Tidigare forskning har i regel fokuserat på ambulanspersonalens upplevelser av att vårda barn, eller föräldrars perspektiv på omhändertagandet. I den aktuella studien ses barnet som kapabelt med det bästa perspektivet på sin egen upplevelse. Med detta som grund kommer studien att fokusera på barnets egen berättelse av att uppleva smärta och smärtlindring i en prehospital kontext.

SYFTE

Att belysa barns upplevelser av smärta och smärtlindring i en prehospital kontext

METOD

För att besvara syftet har författarna valt att använda en kvalitativ design med ostrukturerade narrativa intervjuer. Metoden som valts för att analysera intervjuerna är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Kvalitativ design hänför sig till att utforska människors kunskaper av ett fenomen och används då man avser att studera exempelvis upplevelser. Att använda sig av intervjuer där deltagaren själv får beskriva och berätta om den egna kunskapen är en styrka inom den kvalitativa forskningen (Henricson & Billhult 2012, s. 130). Av dessa anledningar sågs designen lämplig. Elo och Kyngäs (2008) menar att den kvalitativa innehållsanalysen lämpar sig till studier inom omvårdnad samt att metoden lämpar sig särskilt för att analysera olika texter, varför ansatsen valdes.

Urval

Ett strategiskt urval användes för att säkerställa att deltagarna hade upplevt det fenomen som efterlysts. Författarna eftersträvade att få variation i beskrivningen av fenomenet varför barn i olika åldrar, med olika kön och sökorsak inkluderades i studien (Henricson & Billhult 2012, s. 134). Kontexten där författarna är verksamma är inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Inom SU vårdas barn och ungdomar upp till sexton år på akutmottagningen vid Drottning Silvias Barn och ungdomssjukhus (DSBUS) (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018). För att kunna identifiera möjliga deltagare med hänsyn till tidsbegränsning och kontext valde författarna att rekrytera deltagare enbart via DSBUS, SU. En konsekvens av det är att endast barn och ungdomar upp till sexton år inkluderades.

Efter tillstånd från verksamhetschefen för barnmedicin vid SU (bilaga 1) identifierades deltagare till studien via akutmottagningen vid DSBUS, SU. Inklusionskriterier som användes för att identifiera deltagare var att de transporterats med ambulans eller helikopter till akutmottagningen vid DSBUS, SU för en sökorsak relaterad till smärta under perioden november 2020-februari 2021, att de var i åldrarna fem till sexton år samt att de hade förmågan att självständigt delge den egna berättelsen om upplevelsen av smärta och smärtlindring prehospitalt. Initialt identifierades barnen genom ELVIS,

ett patientadministrativt system som loggar varje person som registreras på akutmottagningen vid DSBUS, SU. En sökning gjordes där alla barn som kommit till akutmottagningen med ambulans eller helikopter, under perioden november 2020 - februari 2021 var tillgängliga för eventuell inklusion. Därefter valdes barn som var mellan 5 och 16 år samt hade en sökorsak relaterad till smärta ut. Dessa sökorsaker var: commotio, brännskada, bröstsmärta, buksmärta, extremitetssmärta, fallolycka, felställning, huvudvärk, klämskada, knä, luxation, nacke, ryggsmärta, skallskada, skrotalsmärta, sårskada, trafikolycka samt trauma².

Totalt identifierades 74 barn och av dessa fanns kontaktuppgifter till vårdnadshavare för 62 av barnen. Författarna lyckades komma i kontakt med 44 vårdnadshavare för att informera om studien. Därefter skickades ett informationsbrev (bilaga 2), med skriftlig information samt samtyckesformulär till 33 vårdnadshavare och barn, vilka uttryckt intresse att delta. Författarna krävde ingen anledning till att avböja intresse för att delta i studien och inget definitivt svar krävdes heller av vårdnadshavarna (Kjellström 2012, ss. 82.84). För att alla skulle få chans att delta skickades dock en påminnelse ut till de vårdnadshavare som inte återkopplat. Vårdnadshavare med barn som upplevde att de matchade inklusionskriterier och valt att delta lämnade medgivande genom att fylla i samtyckesformulär och skicka detta till studiens författare (figur 1). Utöver detta tillfrågades även sex barn med vårdnadshavare personligen om intresse fanns för deltagande. Detta skedde på akutmottagningen för barn- och ungdomar vid Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus, SU. Dessa lämnades informationsbrev och vårdnadshavare gav därefter medgivande enligt ovanstående beskriven process (figur 1).



Figur 1. Redovisning av urvalsprocessen

² Se nationella riktlinjer för traumalarm, <https://lof.se/filer/kort-s%C3%A4ker-trauma.pdf> (Trauma 3 är en lokal riktlinje för barnakuten)

Deltagare

Efter rekryteringsprocessen som är beskriven ovan tackade 10 barn med vårdnadshavare som matchade inklusionskriterierna ja till att delta i studien (tabell 1). Av de som tackade ja hörde tre av barnen till gruppen som fått en personlig förfrågan om att delta i studien. I den mån det var möjligt fick deltagarna komma med förslag på datum och tid för intervju.

Tabell. 1 Redovisning av deltagare

Deltagare	Sökorsak	Ålder	Kön	Deltagare	Sökorsak	Ålder	Kön
1	Fallolycka	10 år	Kille	6	Felställning	14 år	Kille
2	Trauma 3	10 år	Tjej	7	Extremitetssmärta	13 år	Tjej
3	Trauma 2	10 år	Kille	8	Trafikolycka	14 år	Tjej
4	Extremitetssmärta	11 år	Tjej	9	Trauma 1	15 år	Kille
5	Extremitetssmärta	6 år	Tjej	10	Trauma 2	11 år	Kille

Datainsamling

I studien omfattas datainsamlingen av intervjuer med barn som vårdats prehospitalt för en sökorsak som inneburit någon form av smärta för barnet. För att få deltagarnas egna berättelser valde författarna att använda sig av följande öppningsfråga *Berätta vad som hände när du åkte ambulans*. Att använda sig av en öppen fråga skapar möjligheter för deltagaren att själv berätta utan att ledas för mycket i ämnet (Danielson, 2012, 167). Författarna lät sedan deltagarna att i egen takt dela med sig av sina berättelser. Frågor av intresse antecknades under tiden och ställdes i ett senare skede i syfte att inte störa dem mitt i berättelsen (Danielson 2012, s. 167). Följdfrågor som *Vad kände du?*, *Vad tänkte du?*, *Vad minns du från/om?* eller *Hur var det att?* ställdes för att undvika ledande frågor. Totalt genomfördes 10 intervjuer som var mellan 13 och 34 minuter långa. Intervjuerna hölls på distans via Zoom, Google meet eller Skype. Båda författarna var med under alla intervjuer, en höll i intervjun medan den andre var passiv. Efter överenskommelse mellan barn och vårdnadshavare närvarade ett barn utan vårdnadshavare, i övrigt hade barnet minst en vårdnadshavare närvarande under intervjun. Ett rikt innehåll från fem till sex intervjuer ses som ett minimum för att det skall gå att genomföra en innehållsanalys (Danielson 2012, s. 335). Författarna hade därför som mål att rekrytera tio deltagare för att kunna ha marginal för bortfall och olika rikt innehåll. Intervjuerna spelades in antingen via digital plattform eller via datorns mikrofon och videofiler konverterades till ljudfiler som sparades så att obehöriga ej skulle nå dem. Intervjuerna avidentifieras för att värna om deltagarnas integritet och därefter transkriberades de av författarna. Författarna kontrollerade varandras transkriberingar mot ljudfilerna för att säkerställa att inget missats.

Dataanalys

Innehållet i studien har analyserats utifrån kvalitativ innehållsanalys genom tolkning av Elo och Kyngäs (2008) modell. Då tidigare forskning kring barnets upplevelser av smärta och smärtlindring prehospitalt är begränsad valdes en induktiv ansats (Elo & Kyngäs 2008).

Förberedelsefasen

Fasen handlar om att författarna väljer vilken data som skall ligga till grund för analysen samt att författarna skall lära känna och förstå sin data (Elo & Kyngäs 2008). För att få en förståelse för vad datan handlade om lästes transkriberingarna igenom i sin helhet ett flertal gånger enskilt av båda författarna. Författarna valde att fokusera på det manifesta innehållet i transkriberingarna, alltså att fokus låg på det som sades och inte exempelvis observationer såsom skratt eller ansiktsuttryck. Därefter markerades de meningsbärande enheter som av författarna ansågs svara till syftet med färg. De meningsbärande enheterna kunde bestå av frågor från författarna, deltagarnas svar och eventuella förtydliganden från deltagarnas föräldrar. Meningsbärande enheter kunde bestå av enskilda meningar eller ett flertal meningar. När relevanta meningsbärande enheter från alla transkriberingar var markerade med färg lästes de igenom av båda författarna. Efter detta fördes en diskussion mellan författarna för att säkerställa att alla meningsbärande enheter som var färgmarkerade var relevanta samt att inga meningsbärande enheter missats.

Organiseringsfasen

Syftet med denna fas är att minimera antalet kategorier genom att de som hör ihop grupperas och lyfts till en högre nivå. Detta medför att en förståelse för de fenomen som lyfts kan frambringa nya insikter (Elo & Kyngäs 2008). För att förenkla analysprocessen skapades ett dokument med en tabell som innehöll sex kolumner. Rubrikerna för kolumnerna var; meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter, kod, subkategori, generisk kategori och huvudkategori. Alla meningsbärande enheter från de enskilda transkriberingarna placerades in i samma kolumn. Författarna kondenserade sedan de meningsbärande enheterna för att förtydliga innehållet och bli av med ord eller meningar utan innehåll såsom talspråk, hummande eller utfyllnadsord. Därefter skapades koder av de kondenserade meningsenheterna för att få en förståelse för vad meningsenheterna handlade om. Koderna bestod av några ord signifikanta för den kondenserade meningsenheten. Ett antal kondenserade meningsenheter hade delade budskap varför dessa fick mer än en kod. Totalt skapades 30 olika koder. De koder som ansågs höra ihop bildade gemensamt en subkategori vars namns ursprung skapades av kodernas gemensamma budskap. Sju subkategorier identifierades och subkategorier med samhörighet bildade tillsammans de generiska kategorierna. Denna gruppering ledde till att tre generiska kategorier identifierades och de fick sina namn efter vad deras underkategorier hade gemensamt. Varje generisk kategori hade mellan två och tre subkategorier under sig. Slutligen identifierades en huvudkategori vilken fick sitt namn efter vad alla kategorier hade gemensamt (tabell 2 och figur 2).

Tabell 2. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Generisk kategori	Huvudkategori
F1: Och hur kändes det när ambulanspersonalen kom? 9: De...Kändes lite lättat. Men de var fortfarande väldigt jobbigt. F1: Vad var det som gjorde att du kände dig lättad? 9: Att nu får jag hjälp.	Jag kände mig lättad när ambulanspersonalen kom, även om det fortfarande var jobbigt. Det känns som att jag kommer få hjälp när jag ser ambulansen komma. (9)	Lättnad när ambulansen kom	Inför det första mötet	Ett vårdmöte som berör	Den smärtsamma Händelsens aspekter
Det var lite så här...Det var lite läskigt var det. ... Det..Asså..Det blev en sån chock, så jag kände inte att jag hade liksom ont, det var bara en chock. (4)	Det var lite läskigt det som hade hänt och chocken gjorde att jag inte kände att jag hade ont. (4)	Upplevelse av situationen	Att uppleva smärta	Reaktioner på smärta	

Förförståelse

Genom att diskutera och presentera förförståelsen stärks trovärdigheten i en kvalitativ studie. Detta sker för att läsaren skall ges en bild av hur materialet kan ha påverkats av författarnas egna upplevelser och inställning (Priebe & Landström, 2012, ss. 45-46). Båda författarna jobbar inom akutsjukvård på en akutmottagning, den ena författaren (DR) jobbar på en akutmottagning för vuxna (från 16 år) och den andre (MD) jobbar på en akutmottagning för barn (från nyfödd till 16 år). Ingen av författarna har egna barn. Båda författarna har över två års erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska samt inom akutsjukvård. Båda författarna har tidigare erfarenheter av att möta och prata med barn i olika åldrar. En av författarna har tidigare erfarenhet som sjukvårdare inom den prehospitla sjukvården och båda författarna har erfarenhet av den prehospitla sjukvården genom Verksamhetsförlagd utbildning (VFU). I dessa arbeten och utbildningar har patienter med smärta påträffats av båda författarna. Att möta människor med smärta är något som båda författarna upplever påverkar på olika sätt. En grundläggande förståelse hos båda författarna är att all smärta är någon form av lidande. MD har genom arbete på akutmottagningen vid DSBUS mött fler barn i olika åldrar, medan DR har mött barn som främst är mellan sexton och arton år. Författarna har fått en ökad kännedom kring den egna förförståelsen efter att den presenterats och diskuterats sinsemellan. Detta har möjliggjort för författarna att lyfta förförståelsen under analysprocessen i försök att den inte ska påverka studiens resultat (Henricson & Billhult 2012, s. 132).

Etiska överväganden

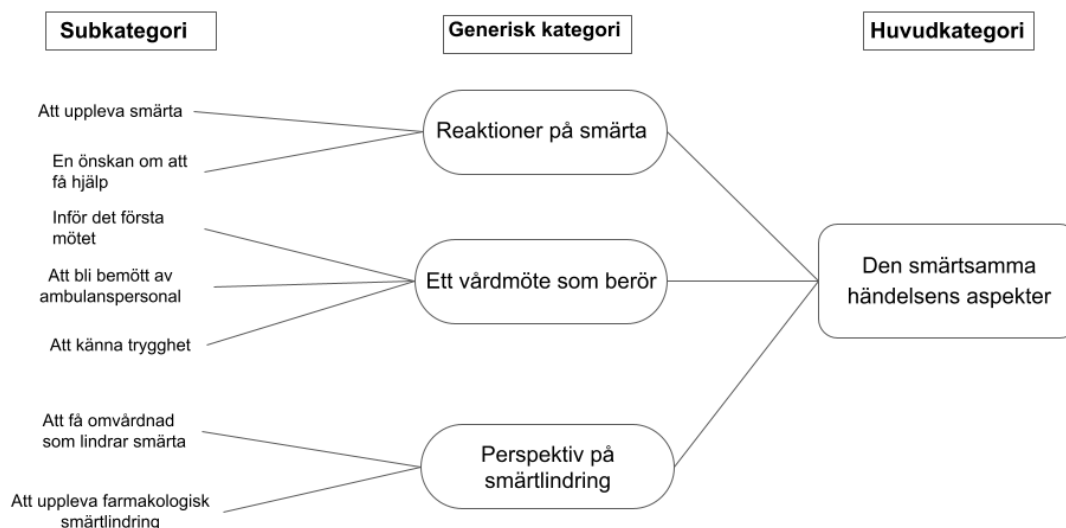
Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) styrker att ett etiskt godkännande krävs för att bedriva sådan forskning, dock ej när det gäller examensarbete på avancerad nivå. Vad gäller de uppgifter om information, samtycke, forskningspersoner under 18 år och återtagande av samtycke, som lagen (SFS 2003:460) definierar, så har dessa följts genom hela detta arbete.

Författarna förde diskussion kring etiska aspekter för att värna om det deltagande barnets sårbarhet. Författarna säkerställde under intervjuerna att deltagarna visste vad studien handlade om, vad som förväntades av dem samt att deltagandet var frivilligt. För att stötta deltagarna under intervjun önskade författarna att deras vårdnadshavare var närvarande. Sannolikheten att deltagarna skulle uppleva det jobbigt att prata om den upplevda smärtan och smärtlindringen prehospitalt gjorde att författarna under intervjun var följsamma till känslor och tankar, som uppkom och hade en beredskap att avbryta intervjun, om det fanns behov.

RESULTAT

Rapporteringsfasen

Studiens resultat är en transformation av de transkriberade intervjuerna vilket presenteras med en huvudkategori följt av tre generiska kategorier. Dessa består av mellan två till tre subkategorier och utgör en sammanställning av barnets upplevelser av smärta och smärtlindring prehospitalt (figur 2).



Figur 2. Abstraktion av analysprocessen

Den smärtsamma händelsens aspekter

När barnet drabbas av smärta är detta en mångfacetterad upplevelse. Samtliga delar lägger ett pussel som målar upp upplevelsen till en unik helhet. Den gemensamma nämnaren mellan dessa ingående delar är smärtans olika nyanser och konsekvenser. Smärtan ger upphov till negativa känslor och lidande hos barnet. Dessa känslor börjar lindras från stunden då ambulanspersonal anländer. Genom ett vårdande möte skapas förutsättningar för att uppnå smärtlindring hos barnet. Detta sker genom praktiska handlingar mellan ambulanspersonal och barnet som skapar känslomässiga svar. Genom att kombinera omvårdnad och medicinsk kompetens lindrar ambulanspersonal barnets smärta och därmed deras lidande. *Den smärtsamma händelsens aspekter* är således en syntes av samtliga dessa ingående delar som alla är beroende av och sammanflätade med varandra.

Reaktioner på smärta

När barnet drabbas av smärta väcker det negativa tankar och känslor. Detta sker i ögonblicket då barnet på något sätt drabbas av smärta och innefattar många olika komponenter. Reaktionerna är inte bara baserade på den fysiska smärtan, utan manifesterar sig dessutom på emotionella och existentiella plan. Barnet upplever att händelsen lämnar spår efter sig och får dem att ifrågasätta sin existens. *Att uppleva smärta* påverkar barnet och väcker inom dem *en önskan om att få hjälp*.

Att uppleva smärta

Barnet upplever smärta i varierande intensitet under vårdförloppet och att smärtan är oförutsägbar. Smärtan kan upplevas av barnet som överväldigande eftersom den inte går att koppla bort. Barnet som känner smärta beskriver ett förvrängt tidsperspektiv där väntan upplevs vara längre än den är. Det förvrängda tidsperspektivet är kopplat till att smärtan gör det svårt för barnet att tänka på något annat och på så vis förstärks även känslan av att ambulansen dröjer. Varje minut som ambulansen dröjer känns som en evighet för det smärtpåverkade barnet. Det kan vara svårt för barnet att förstå situationen eller varför ambulans måste tillkallas. Smärtan väcker även känslor som trötthet, yrsel eller dåsighet hos barnet vilket upplevs som negativt. Samtidigt kan chocken av att drabbas maskera smärtan initialt. Att ha ont för med sig att det är svårt för barnet att hitta en bekväm position men även att det är svårt att röra sig som vanligt. Barn som ådrar sig en skada eller skador som de förstår är i behov av åtgärd exempelvis med operation eller gips visar en förståelse att detta kommer innebära ett längre lidande. Detta leder till att barnet beskriver en känsla av hopplöshet som utlöstes av smärtan. Därigenom upplevs smärtan inte bara som en fysisk aspekt, utan även som en emotionell, ibland existentiell upplevelse.

“De gjorde jätteont när jag andades så jag ville nästan inte ens andas heller...Jag fick panik och typ trodde att jag...Jag trodde inte att jag skulle dö, men...Jag tänkte att jag skulle typ skulle behöva...Bli förlamad eller typ att jag hade brutit typ rygg eller någonting..kändes typ.. De var första tanken typ, eller att jag skulle behöva operera mig eller nånting...Och de är typ...Ah..De är...De vill man ju inte eller så”
(Deltagare 10)

Barnet upplever även att händelsen som ger upphov till smärta i efterhand leder till existentiella tankar och funderingar. Barnet som drabbas av smärta inser att odödlighet inte existerar utan att livet har ett slut vilket leder till en uppskattning av livet.

“De känns på ett sätt konstigt, asså att jag mår såpass bra efter det som hände. [...]Det känns ganska sjukt att det kunde hända liksom just mig, typ. Och eh.....Ah...Glad att jag lever, så klart.”

(Deltagare 3)

En önskan om att få hjälp

När barnet inser att smärtan inte kommer att gå över så väcker detta känslor av maktlöshet och uppgivenhet. Barnet upplever en brist av kontroll, eftersom det inte går att hantera smärtan. Detta väcker därigenom en stark önskan hos barnet att någon skall ta bort smärtan. Barnet uttrycker detta genom ett behov av och en önskan om att få hjälp av utomstående. Som en följd av smärtan och denna önskan gör sig barnet redo för att ta emot vård.

“det gjorde ganska ont också.[...] jag bara ville att det skulle gå över.”

(Deltagare 6)

Ett vårdmöte som berör

Mötet med ambulanspersonal sker genom en vårdrelation där barnet blir patient. Det smärtpåverkade barnet beskriver hur mötet berör utifrån flera aspekter. *Inför det första mötet*, det vill säga samtidigt som ambulans anländer så börjar ambulanspersonal genom att skapa trygghet lägga grunden för att kunna lindra smärtan. Tidigare erfarenheter är en komponent i vårdmötet där positiva upplevelser bidrar till en förväntan om att ambulans finns för att hjälpa till när smärtan är svår. *Att bli bemött av ambulanspersonal* är i regel en positiv upplevelse för barnet, även om det finns undantag. Framför allt handlar de negativa aspekterna om att inte vara förberedd på att ambulanspersonal skulle stå för omhändertagandet. Erfarenheten av att ha vårdats av ambulanspersonal och att få hjälp väcker känslor hos barnet. I vårdmötet är det för barnet viktigt *att känna trygghet* och de strävar efter att känna detta med stöd från föräldrar och ambulanspersonal.

Inför det första mötet

Barnet kan uppleva att en känsla av lättnad infinner sig då det uppfattar att ambulansen anländer. Barnet beskriver en förståelse och förväntan om att ambulanspersonalen kommer att hjälpa dem att lindra smärtan. I det här skedet har barnet ännu inte mött ambulanspersonal fysiskt, men redan här väcks känslor och tankar hos barnet.

“Alltså jag känner ändå en lättnad eller asså då är vi inte ensamma längre då är det någon som har kontroll”

(Deltagare 2)

Däremot finns en dualitet i mötet, där en känsla av att vara oförberedd för mötet infinner sig, framför allt om barnet saknar erfarenheter av att åka ambulans eller inte har insikt i vad som är på väg att hända.

“Det kändes konstigt, för jag har aldrig åkt ambulans innan. ...Jag är inte så van vid det. Jag var inte beredd på att ambulansen skulle komma.”

(Deltagare 1)

Att bli bemött av ambulanspersonal

Barnets möte med ambulanspersonal beskrivs som en övervägande positiv upplevelse. När ambulanspersonal möter barnet så ger detta upphov till känslor som är en del i att lindra lidandet som de upplever. Barnet upplever en känsla av säkerhet vilket leder till att det känner sig skyddat av ambulanspersonal då dessa utstrålar att de kan hantera den situation som barnet befinner sig i. Barnet upplever ofta att ambulanspersonal är snälla och trevliga, vilket är en del av vårdmötet som skapar positiva känslor. Att ambulanspersonal avvärper med humor och positivitet beskrivs i flera fall som något som hjälper barnet i den situation som det befinner sig i. Att ambulanspersonal försäkrar barnet om att det kommer gå bra uppskattas särskilt och förstärker deras välmående i vårdmötet.

“...någon av dem som sätter sig och börjar prata med mig...Så där att det kommer gå bra. De var lugnande...Skönt att...Få nån frid.”

(Deltagare 9)

Barnet beskriver att erfarenhet och positiva upplevelser av att tidigare mött ambulans i olika sammanhang skapar en förståelse om att ambulansen finns där för att hjälpa till när de drabbats av smärta. Barnet bär med sig dessa tidigare erfarenheter in i mötet med ambulanspersonal. Vårdmötet genererar även en känsla av uppskattning hos barnet, dels i den givna situationen, och dels i att ambulansen finns och att ambulanspersonalen gör ett viktigt jobb för alla barn som drabbas av smärta. Barnet uppskattar att ambulanspersonal tar initiativ genom en dialog för att säkerställa att de ger ett bra omhändertagande.

“Vissa andra kanske är mycket blygare än vad jag är typ så här, så de kanske inte vågade säga någonting och de...Då...Då tycker jag det är bra att de frågar så mycket. Så att..De får fram något också liksom”

(Deltagare 10)

Att känna trygghet

När barnet upplever smärta finns det ett behov av att få känna trygghet. Att bli omhändertagen av ambulanspersonal ger upphov till sådana känslor. Finns föräldrar närvarande vid händelsen så är de viktiga för att barnet ska känna trygghet. Att föräldrar tillåts vara närvarande för att trösta och förmedla stöd lyfter barnet som något positivt när de är smärtpåverkade. Föräldrars närvaro kan ibland räcka för att förmedla trygghet, utan att de gör något aktivt, genom att bara finns där för barnet. Särskilt då föräldrar inte

är med upplever barnet att ambulanspersonal bidrar till att förmedla en känsla av trygghet som är viktig då barnet upplever smärta.

*“jag kände väl att jag är trygg då, kände jag. Att jag är i trygga händer”
(Om hur det känns att bli omhändertagen av ambulanspersonal)
(Deltagare 2)*

Perspektiv på smärtlindring

Barn har en föreställning om att smärtlindring enbart handlar om att få läkemedel, det vill säga *att uppleva farmakologisk smärtlindring*. Det gör att det är läkemedel de i första hand förväntar sig få av ambulanspersonal för att bli av med sin smärta. Barnet beskriver dock *att få omvårdnad som lindrar smärta* är en metod som lindrar smärta. Tidigare erfarenheter hos barnet kopplat till smärtlindring eller “stick” påverkar deras hantering av känslor i samband med att ambulanspersonal administrerar läkemedel. Barnet visar att de har en förståelse för den eventuella smärtan som kan uppstå då de ska erhålla ett läkemedel eftersom de vet att läkemedlet kommer att hjälpa dem. Barnet som inte erhåller smärtlindring reagerar med att bli besviken. Barnet beskriver även att läkemedel som erhållits av ambulanspersonal även kan leda till upplevda biverkningar vilket de inte alltid är beredda på.

Att få omvårdnad som lindrar smärta

I barnets beskrivningar av den upplevda smärtlindringen nämns andra åtgärder än farmakologiska som lindrar smärta. Barnet beskriver då enkla åtgärder som till exempel att ambulanspersonalen använder filter och kuddar för att öka komforten i ambulansen eller att hjälpmedel använts för att hålla ett ben eller en arm stilla vilket upplevdes lindra smärta.

*“[...] De satte på någon sån här blå grej på benet, så låg de...rakt typ...men.. [...] Eh...De kändes ganska bra, för det gjorde inte så jätte jätteont då. De gjorde mer ont när jag låg på sidan på isen, och då visste jag inte, jag trodde det skulle göra mycket mera ont när jag la det rakt. För att jag försökte det, och de gick inte så bra..“
(Deltagare 7)*

Utöver dessa hjälpmedel beskriver barnet även att det upplever avslappning och en lindring av smärtan då ambulanspersonalen distraherar genom att prata om något annat än smärtan. Liknande resultat menar barnet kan uppnås genom att ambulanspersonal visar bilder på djur för att låta tankarna vandra. Barnet uttrycker även att det upplevs skönt att enbart lyssna till andras samtal då fokus riktas åt handlingen i samtalet istället för att tänka på den egna smärtan.

Att uppleva farmakologisk smärtlindring

Barn använder olika ord och formuleringar för att beskriva hur de får läkemedel, såsom att få en spruta i armen, en slang i ett kärl eller som nässpray. “Sticket” är alltså dock en central del av deras berättelse om smärtlindring. Att erhålla en perifer venkateter

(PVK) av ambulanspersonal för att möjliggöra administrering av läkemedel tycker barnet känns läskigt och lite smärtsamt men att få läkemedel i PVK gör inte ont. En förståelse för det nödvändiga framhålls av barnet som är i behov av ett "stick" för att erhålla läkemedel av ambulanspersonalen. Barnet beskriver då att vetskapen om att "sticket" kan komma, att det kan innebära obehag kan genomlidras då de förstår att "sticket" behövs för att på sikt ta bort smärtan.

*"Jag har väldig fobi för sprutor så...Jag skrek väldigt mycket.
[...]De var väl att jag visste att det skulle bli bättre" (Om hur
stickrädslan övervanns)*
(Deltagare 9)

Barnet minns tidigare erfarenheter av att exempelvis lämna blodprover eller få vaccin när det ska få "stick" av ambulanspersonal. Dessa tidigare erfarenheter som kan vara positiva eller negativa har en inverkan på hur barnet upplever sticket av ambulanspersonal. Detta blir tydligt då barnet berättar om att ambulanspersonal misslyckats med att administrera en PVK. Det andra försöket förknippas då med oro och ångest då erfarenhet lärt dem att saker kan gå fel. Misslyckandet leder till att barnet även blir misstänksamt mot att nya försök skall bli lyckade och en osäkerhet infinner sig. Dessa negativa känslor visas hos barnet även om första försöket inte innebar någon direkt smärta. Att se stickmaterial kan väcka en negativ känsla hos barnet då det blir medvetet om att det jobbiga kommer närmre. Barnet beskriver dock att en känsla av hopp finns om att "sticket" skall lyckas.

Att få läkemedel tidigt i händelseförloppet hjälper barnet att slappna av vilket skapar ett förtroende för ambulanspersonalen. Förtroendet ökar då ambulanspersonalen utvärderar barnets smärta och säkerställer effekten av läkemedlet. Barnet upplever att läkemedel mot smärta har både snabb och god effekt. När ambulanspersonalen däremot inte erbjuder läkemedel förknippas detta med stor besvikelse och en upplevelse av att situationen är jobbig. Barnet beskriver även en frustration kring att ambulanspersonalen inte lyckats lindra den upplevda smärtan trots att de uttalat att det gjorde ont.

*"men det gör ju fortfarande fruktansvärt ont [...] Det fanns inte så
mycket att göra [...] en typ smärtlindring som jag kanske egentligen hade
behövt."*
(Deltagare 2)

Att ambulanspersonal upplyser om eventuella biverkningar är uppskattat hos barnet, dock kan inte ambulanspersonal förbereda barnet på alla biverkningar som kan upplevas. Detta skapar en känsla av obehag då barnet förlorar kontrollen över sin kropp och vad som händer med den. Då ambulanspersonal frågar barnet om de upplever biverkningar får detta barnet att känna sig sedd och delaktig. Barn upplever att läkemedel gjort att de blivit illamående, trötta, svettats, fått huvudvärk eller gjort att det svartnat för ögonen på dem.

“...jag trodde bara att den skulle ta bort smärtan den, men den gjorde nästan som något som kändes som något helt annat. Det kändes som att jag var inne i en annan dimension, [...] jag kunde bara tänka och jag visste inte riktigt vad som hände med mig förutom när jag vaknade vissa gånger, ehm, jag vet inte om det var bra eller dåligt men jag tyckte bara det var väldigt konstigt [...] jag kunde inte kontrollera någonting och det kändes bara som att jag var en kropp typ och sen så kunde jag tänka utanför det [...] en känsla jag inte direkt känt innan”

(Deltagare 6)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Genom att författarna reflekterar och lyfter såväl styrkor som svagheter med studien ökar trovärdigheten för examensarbetet (Danielson 2012, s. 341). Båda författarna saknar erfarenhet av såväl kvalitativ forskning som kvalitativ intervjuteknik. Således anses detta vara en svaghet för denna studie då intervjuteknik och även tolkning av intervjuerna kan vara påverkade av den bristande erfarenheten hos författarna. Lärdomar uppmärksammades efterhand vilket kan ha medfört att intervjuerna har haft olika kvalitet. Författarna upplevde att det inom tidigare forskning saknas riktlinjer för att utforma intervjustudier med barn inom omvårdnad vilket försvårade intervjuerna ytterligare. Att båda författarna var närvarande under samtliga intervjuer möjliggjorde att en författare kunde föra anteckningar och exempelvis skriva upp frågor som kunde lyftas i ett senare skede. Genom att den ena alltid var passiv kunde konstruktiv feedback ges efter varje enskild intervju och på detta sätt kunde författarnas intervjutekniker förbättras efter hand. Något som förbättrades genom konstruktiv feedback var författarnas förmåga att förhålla sig neutrala under hela intervjun. Detta ledde till att författarna inte värderade barnets svar utan ställde följdfrågor kring både de negativa och de positiva upplevelserna som barnen berättade om. I de fall där vårdnadshavarna lyfte minnen av händelsen säkerställde författarna hur barnet hade upplevt situationen och på så sätt kunde barnets egna upplevelser av situationen fortfarande lyftas. Att genomföra intervjuer med barn och deras vårdnadshavare har varit en utmaning för författarna men samtidigt givande och viktigt för den kommande professionen.

Då författarna i första hand kom i kontakt med vårdnadshavare skapades ett informationsbrev riktat till dessa. En reflektion hos författarna är att ett informationsbrev riktat till barnet även borde ha skapats för att öka deras delaktighet. Ett riktat informationsbrev hade också underlättat för barnet att ta del av informationen om studien, hur denna skulle gå till samt att det var frivilligt att delta (Lambert & Glacken 2011). Författarna anser därför att ett kort möte innan intervjun för att lära känna barnet och skapa en relation hade varit önskvärt då Gibson (2012) menar att barn lättare delar med sig av tankar och känslor till någon som de känner tillit till och förtroende för. Barnet behöver även känna att det har kontroll över situationen och samtalet för att våga öppna upp sig. Vidare beskrivs att barn är uppfostrade till att inte prata eller lita på främlingar varför det kan vara svårt att enbart under ett möte bygga en tillitsfull och trygg relation med ett barn (Gibson, 2012).

Denna studie har använt videokonferensprogram för datainsamling som överlag varit en tillfredsställande metod. Att genomföra intervjuer över internet har flera fördelar, till exempel att deltagarna själva kan bestämma var de vill vara när intervjun genomförs, att det geografiska upptagningsområdet av deltagare i princip blir oändligt, och att en digital intervju ger samma berättelser som traditionella intervjuer som sker *face to face* (Nehls, Smith & Schneider, 2015). På grund av tidsbrist valde författarna dock att fokusera på deltagare som kunde rekryteras inom det geografiska närområdet. Detta kan ha lett till att perspektiv har gått förlorade, exempelvis om andra ambulansverksamheter har skilda riktlinjer för omhändertagandet av barn eller vid varierande transportsträckor till sjukhus med längre vårdmöte. Videokonferensprogram kräver dessutom att deltagare och forskare har internetuppkoppling, fungerande och modern teknisk utrustning, samt att bägge parter använder sig av samma programvara. Dessa olika delar kan leda till att potentiella deltagare exkluderas som en tänkbar konsekvens (Nehls, Smith & Schneider, 2015). I denna studie har det funnits tillfällen då video och ljud har dragits med problem i form av fördröjning och att ljud fallit bort. Detta är något som möjligtvis hade kunnat undvikas om intervjuerna skett i form av personliga möten. Fördröjningen av ljud och att ljud föll bort ledde till upprepning av uttalanden hos vissa deltagare, där innebörd kan ha förändrats utan att författarna kunnat uppfatta detta.

Kvalitativ innehållsanalys lämpar sig inom omvårdnadsforskning då fenomen som upplevelser skall studeras då dessa kan vara svåra att studera på andra sätt än kvalitativt (Elo och Kyngäs 2008). Författarna har utförligt presenterat analysprocessen och använt tabeller och figurer för att förenkla förståelsen för hur processen har gått till. I resultatet lyfts citat „från barn som deltagit i studien, för att läsaren skall få en inblick i var kategorierna har sitt ursprung. Författarna har även fört diskussioner mellan varandra och med utsedd handledare kring de olika kategorierna för att minska risken för att data hamnat fel eller att fel data presenterats i studien. Detta menar Elo och Kyngäs (2008) ökar studiens trovärdighet.

Om mer tid funnits hade författarna önskat att all rekrytering av deltagare skett genom personlig förfrågan för att minska att barnet påverkats negativt eller positivt av vårdnadshavarnas intresse till studien. Författarna valde ett strategiskt urval där det fanns variation mellan deltagarna vad gäller sökorsak, kön och ålder för att få olika perspektiv av upplevelsen. Av de deltagare som tackat ja fanns en viss variation avseende dessa variabler men det finns en möjlighet att resultatet sett annorlunda ut om en större variation varit representerad. Författarna krävde inget ställningstagande för deltagarna om varför intresse fanns eller inte fanns av att delta i studien med hänsyn till principer kring informerat samtycke (Kjellström 2012, ss. 82-84). Detta kan ha inneburit att enbart de som varit nöjda alternativt missnöjda med det prehospitaled omhändertagande valt att delta. Det finns på grund av detta risk för selektion i urvalet som kan ha påverkat resultatet. Även om barn från noll till fem samt barn sexton till arton år inkluderades hade resultatet kunnat vara annorlunda. En helt annan metod hade behövts för att kunna undersöka upplevelsen hos de yngsta barnen (Kutrovátz, 2017).

Priebe och Landström (2012) menar att forskaren har en betydande roll för forskningsprocessen på grund av dennes förförståelse. Författarna av denna studie menar att förförståelsen medfört ett antal styrkor till studien. Genom en kännedom om den prehospitaled sjukvården samt vilket material som inkluderas i en ambulans så

förstår författarna vad barnet syftar till i berättelsen om upplevelsen utan att använda korrekta termer. Barnet kan således använda egna ord för material eller tillvägagångssätt utan att det råder förvirring om vad som beskrivs. Erfarenhet av att möta och prata med barn gjorde att det upplevdes som enkelt att få kontakt med barnet. Författarna ställde frågor genom att använda sig av de begrepp som barnet själv använde i sina berättelser. Detta möjliggjorde för författarna att låta barnets berättelse stå i centrum. En medvetenhet finns om att förförståelsen även kan ha haft inverkan under intervjuerna såväl som i resultatet. Författarna anser att smärta är ett lidande och har egna erfarenheter från att vårda smärtpåverkade patienter, såväl vuxna som barn, varför det kan ha färgat resultatet och intervjufrågorna. Diskussioner har förts kring förförståelsen i ett försök att ha ett objektiva synsätt vilket kan ha minskat risken för att förförståelsen har påverkat intervjuerna eller resultatet (Henricson & Billhult, 2012, s. 132).

Vid studier med barn belyser Kutrovátz (2017) att det kan uppstå en ojämn maktbalans mellan barn och forskare. Detta beror på att barn är vana att vara vuxna till lags vilket kan påverka deras beslut om att delta i studien eller en önskan av att imponera på forskare och säga det som de tror vill höras. Andra aspekter som kan skapa en ojämn maktbalans är att barnet kan uppleva intervjun som ett förhör och att platsen för intervjun medför att barnet känner en maktlöshet. Sker intervjun i barnets hem kan det medföra att barnet ser forskaren som gäst och vill vara denna till lags. Författarna diskuterade kring dessa dilemman och vidtog åtgärder för att utjämna maktbalansen mellan deltagare och författare. Barnet fick exempelvis med egna ord berätta om vad studien handlade om och vad som förväntades av barnet Detta gjorde att författarna fick reda på vad barnet visste och vad som eventuellt behövde förtydligas. Valet att använda videokonferens som metod har till en del styrts av rådande Covid19-pandemi, med hänsyn till folkhälsomyndighetens riktlinjer (Folkhälsomyndigheten, 2021). Videokonferens ansågs samtidigt av författarna vara till fördel för barnet då det hade större kontroll över situationen. Barnet fick exempelvis välja om intervjun skulle ske både med video och ljud eller enbart med ljud. I den mån det var möjligt fick barnet även välja digital plattform, tid och dag för intervjun samt var intervjun skulle ske. Författarnas förhoppning med att barnet själv fick bestämma över dessa saker var att detta skulle innebära att barnet fick ett ökat förtroende för författarna som Kutrovátz (2017) menar kan öka validiteten och pålitligheten i barnets svar.

Resultatdiskussion

Barnets upplevelse av fenomenet smärta och smärtlindring i en prehospital kontext har flera ingående delar som tillsammans utgör en helhetsbeskrivning av fenomenet. Upplevelsen startar direkt i samband med att smärtan uppkommer, vilket väcker känslor och skapar en inre önskan om att få hjälp. Lindringen av smärtan börjar redan då barnet uppfattar att ambulansen anländer. När ambulanspersonalen bemöter barnet med positivitet och ett bra bemötande inger detta trygghet vilket minskar smärtupplevelsen. När barnet ges smärtlindring så har tidigare erfarenheter från vården inverkan på hur detta upplevs. Även om barnet kan uppleva att stick är obehagligt förstår det att det är till för att hjälpa och detta kan därför accepteras som ett nödvändigt ont. Att kombinera detta med att anpassa kroppsställningen vid transport och att använda avledning kan förbättra smärtlindringen ytterligare. Den farmakologiska smärtlindringen är i regel effektiv, men ibland upplever barnet biverkningar som det inte är beredd på.

Redan när barn uppmärksammar att ambulansen anländer till dem så upplever de en känsla av lättnad. Holmberg, Forslund, Wahlberg och Fagerberg (2014) lyfter liknande upplevelser från vuxna patienter. Denna studies resultat om upplevelsen hos barn sammanfaller även med det som Holmberg et al. (2014) vidare har lyft, att ambulanspersonalen använder humor och positivitet för att skapa ett bra vårdmöte, vilket leder till att en känsla av trygghet infinner sig hos patienten. Sjuksköterskor strävar även efter att skapa ett bra vårdmöte i situationer där barn är inblandade genom att försöka lugna föräldrarna (Holmberg & Fagerberg, 2010). Barn i denna studie lyfter att föräldrarna är en viktig komponent för att de själva ska känna trygghet, en trolig komponent i detta är att föräldrarna själva behöver känna sig trygga för att kunna förmedla detta vidare till sina barn. Jepsen, Rooth och Lindström (2019) har tidigare lyft vikten av att möta föräldrar och att involvera dem i det prehospitla vårdmötet, och att detta är något som skapar en känsla av trygghet hos föräldrarna. Därigenom skapas en positiv förstärkning genom att trygga föräldrar leder till trygga barn.

Resultatet i denna studie ger inte uttryck för att barnen skulle ha upplevt ambulanspersonalen som stressade eller på annat sätt blivit negativt påverkade av vårdmötet, utan snarare att de upplevt ambulanspersonalen som förmedlare av trygghet. Tidigare forskning visar att mötet med barnet kan väcka stress och ångest hos ambulanspersonal, vilket visar på en sårbarhet hos yrkesgruppen (Nordén, Hult & Engström, 2014; Öberg, Vicente & Wahlberg, 2015). Denna studies resultat visar likheter med hur vuxna patienter ser på ambulanspersonalen, att de upplever personalen som kunnig, kompetent och närvarande vilket skapar känslor av avslappning och ömsesidig respekt (Holmberg et al. 2014). Att ambulanspersonalen inte upplevs som stressade av barnet kan även vara en medveten strategi hos ambulanspersonalen, något som Holmström et al. (2019) tidigare har lyft. När de anländer till det sjuka barnet så har de förberett sig mentalt för att kunna gå in i en professionell roll för att kunna lugna barnet och barnets föräldrar (Holmström et al. 2019).

Föräldrar har positiv inverkan för att inge trygghet till barnet vid smärta och smärtsamma ingrepp vilket lyfts i denna studies resultat. Liknande upplevelser finns hos barn som vårdas på sjukhus som får ha sina föräldrar närvarande (Korteslouma, Nikkonen & Serlo, 2008). Även ambulanspersonal kan ha positiva effekter på den upplevda tryggheten enligt inestående studies resultat. Kortessluma, Nikkonen och Serlo (2008) lyfter även barnet som vårdas ineliggande kan uppleva en trygghet med hjälp av omvårdnadspersonal, men att det finns stora skillnader i hur bra dessa lyckas förmedla trygghet vid smärtsamma procedurer. Studiens resultat visar att när barnet upplever smärta så är upplevelse av trygghet en viktig komponent för att lindra detta lidande. Att om föräldrarna inte ger stöd till barnet vid smärtsamma procedurer, exempelvis vid venös provtagning och inläggning av PVK, har tidigare visats kunna förstärka smärtupplevelsen hos barnet (Sikorova & Hrazdilova, 2011). Således kan det därför vara av vikt för ambulanspersonal att dels själva försöka inge trygghet, men även att hjälpa föräldrar, om de finns närvarande, att förmedla trygghet till barnet, i syfte att förminska smärtupplevelsen. Att involvera närstående är dessutom ett krav för vården enligt patientlagen (SFS 2014:821 Kap 5. §3).

Att få prata om något annat kan lindra upplevelsen av smärta enligt barnet i innesående studie, vilket kan ses som en effektiv distrahering i den prehospitala kontexten. I en kanadensisk observationsstudie har det uppmärksammats att sjuksköterskor på en akutmottagning endast i 15 procent av fallen använder sig av distraktion för att smärtlindra barn (Abouzida, Bourgault & Lafrenaye, 2020). Även om denna studie är kvalitativ till sin karaktär, beskriver intervjuade barn att de i majoriteten av fallen erhållit någon form av icke-farmakologisk smärtlindring av ambulanspersonalen, genom att exempelvis få prata om något annat än smärtan med personalen. Det är möjligt att det prehospitala vårdmötet, som kännetecknas av en patient åt gången (Holmberg, 2016), ger bättre möjligheter att använda distraktion som intervention.

Tidigare forskning har visat att det finns en oro hos ambulanspersonal att administrera läkemedel till barn, och att de i regel väljer att avvika från behandling som annars hade varit standard för vuxna patienter (Cushman et al. 2010). Framför allt är det intranasal administration som föredras då yngre barn skall smärtlindras (Whitley et al. 2020). Resultatet i denna studie visar att intranasal administration används och upplevs som effektiv, men att intravenös injektion tycks vara förstahandsvalet hos ambulanspersonal. I relation till Whitley et al. (2020) så har barn i denna studie varit i skolålder, vilket kan ha influerat ambulanspersonal till att använda sig av intravenös administration i större utsträckning.

Att använda sig av omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta skulle kunna vara ett sätt för ambulanspersonalen att förbättra det prehospitala omhändertagandet av barnet. Barnet i denna studie belyser att immobilisering och ett vårdande bemötande är effektiva sätt att lindra smärtan och öka välmåendet vilket stämmer överens med vad vuxna patienter upplever. Iqbal, Spaight och Siriwardena (2013) menar att användningen av icke-farmakologisk smärtlindring är en strategi hos ambulanspersonal och som uppskattas av vuxna patienter.

Upplevelsen av att mötet och samtalet med ambulanspersonalen kan lindra smärta hos barn i denna studie kan tolkas som att samtalet är en del av att lindra lidande. Fredrikssons (2003) omvårdnadsteori om det vårdande samtalet beskriver hur vårdare och patient genom kommunikation om patientens lidande kan bidra till att minska denna upplevelse hos patienten. När barnet beskriver hur samtalet kan skapa trygghet och vara smärtlindrande även i en prehospital kontext visar det på att teorin (Fredriksson, 2003) även har förankring inom ambulanssjukvård. Trots detta beskriver ambulanssjuksköterskor att omvårdnad främst sker i sjukhusmiljö, och att ambulanssjukvård involverar en mindre komplex omvårdnad. Samtidigt menar specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvården att upprätta en vårdande relation med patienten är en förutsättning för att kunna ge vård. En vårdande relation innebär att lyssna på patienten, vara snäll och skapa trygghet (Forsell, Forsberg, Kisch & Rantalla, 2020). Denna studies resultat visar att barnet uppskattar den omvårdnad som ambulanspersonal ger dem, och att detta är en grundläggande del för att kunna lindra barnets smärta. I förlängningen styrker detta omvårdnadens plats i den prehospitala sjukvården.

Barnet i denna studie beskriver att förståelsen för varför något behöver göras kan göra att detta accepteras som ett nödvändigt ont för att i nästa steg kunna erhålla

smärtlindring. Detta kan ses som ett sätt för det smärtpåverkade barnet att försöka skapa kontroll över situationen. Liknande beskriver Sikorova och Hrazdilova (2011) där information inför ingreppet, distraktion under ingreppet och tröst efter ingreppet kan minska smärtan vid venösa ingrepp. Barnet i denna studie använder sig av strategier såsom reflektion vid smärtsamma procedurer i ett försök att skapa kontroll. En möjlig åtgärd för ambulanspersonalen skulle därför kunna vara att försöka skapa utrymme för den prehospitalede pediatrika patienten att använda sig av dessa strategier, genom att ge information och påminna barnet att tänka på något positivt för att förbättra vårdmötet. Detta då det i tidigare forskning har visats att barn på sjukhus har strategier för att minska rädsla vid nålrelaterade procedurer. Dessa strategier inbegreper att våga vara modig för att känna kontroll och att kontrollera rädslan genom att tänka positivt. Stöd från vuxna i deras omgivning att göra detta sågs även som en viktig komponent (Kleye, Hedén, Karlsson, Sundler & Darcy, 2020). Att involvera barnet i vårdmötet kan även leda till att delaktighet uppnås, vilket är ett uttryckt krav för vården (SFS 2014:821 Kap 5).

Barnet i denna studie ger uttryck för att uppleva olika former av smärtlindring, och att dessa upplevs som effektiva. Barnet har dessutom lyft hur de upplever att smärtlindringen från ambulanspersonalen sker tidigt i omhändertagandet, vilket har identifierats som en viktig komponent i effektiv smärtlindring enligt barn själva (Lima et al. 2018). Det är möjligt att då inkluderade barn som har varit i skolåldern och har förmåga att uttrycka sig och att detta har en inverkan på smärtbehandlingen som de erhållit. Att såväl prehospital som intrahospital smärtlindring för barn är bristfällig är tidigare konstaterat (Eccleston et al. 2021; Swor, McEachin, Seguin & Grall, 2005; Samuel, Steiner & Shavit, 2015). Murphy et al. (2014) lyfter att ambulanspersonalen framför allt har svårigheter att skatta och behandla smärta hos mindre barn, i synnerhet de som är tre år och under. Liknande ses hos barn som vårdas på sjukhus, där yngre barn i mindre utsträckning än de äldre smärtskattas och ges smärtlindring (Birnie et al. 2014).

Hållbar utveckling

Barnet i denna studie ger uttryck för att inte uppskatta nålar, men förstår barnet varför det behövs så kan behandlingen accepteras. Rädsla för nålar har visats vara en bidragande orsak till att inte ta influensavaccin, i 27 procent av fallen bland sjukhuspersonal och i 18 procent bland personal på äldreboende (McLenon & Rogers, 2019). Bland föräldrar och barn som tillfrågats i en icke-vårdrelaterad situation om deras uppfattning om nålrelaterade procedurer uppger 24 procent av de vuxna och 63 procent av barnen att de är rädda för nålar, och i sju respektive åtta procent av fallen är detta den främsta anledningen till att inte följa vaccinationsprogram (Taddio et al. 2012). Att säkerställa hälsa och främja välbefinnande för alla människor är ett av FN:s globala mål för hållbar utveckling. Detta inbegriper målet för sjukvård som skall hålla god kvalitet, och målet att förebygga dödsorsaker som kunnat undvikas för barn under fem år (Regeringskansliet, 2017). Ambulanssjukvården bör med grund i hållbar utveckling ge en god vård som leder till bättre förutsättningar för framtida hälsa hos befolkningen. Detta börjar med ett vårdmöte mellan ambulanspersonal och patient. Att bemöta barnet på ett sätt som skapar förutsättningar för detta blir således ett litet men viktigt steg mot ett hållbart samhälle, där nålrädsla inte övervinner exempelvis förståelsen för nyttan av att ta vaccinationer. Att använda intranasal smärtlindring vid de

tillfällen då stickrädslan är för stark skulle möjligtvis också vara en del i att skapa förtroende för vården. Anåker och Elf (2014) menar att genom att verka för framtida generationer och deras hälsa kan varje sjuksköterska ta ett ansvar för en hållbar framtid.

SLUTSATSER

Barn i denna studie upplever smärtlindring som effektiv, med flera ingående komponenter. Samtidigt som barn ger uttryck för att vara smärtpåverkade så erhåller de inte alltid smärtlindring. Att få smärtlindring kan ses som en mänsklig rättighet, vilket leder till insikten att det finns förbättringspotential rörande smärtlindring för barn i en prehospital kontext. Trots att barnets perspektiv på prehospital vård är unikt har inte någon tidigare forskning identifierats som belyser deras egen berättelse och upplevelse av prehospital vård. Således är en slutsats att barnets upplevelser av prehospital akutsjukvård behöver beforskas ytterligare, både vad det gäller kvantitativa och kvalitativa studier. Dels för att barnets rättigheter har stärkts och dels för att skapa förutsättningar att förbättra omhändertagandet av barn prehospitalt genom att ta del av deras unika upplevelser. Barnet som får stöd och får uppleva trygghet kan förstå och acceptera behandling som gör ont och är obehaglig. Det är således viktigt att ambulanssjuksköterskor förstår att barnet behöver stöd vid det prehospitala omhändertagandet och att de vet vilket stöd barnet behöver. Som kontrast till ambulanspersonalens upplevelser av att möta barn så upplever barn i denna studie ambulanspersonalen som lugna och ett stöd då de drabbas av smärta.

KLINISKA IMPLIKATIONER

- Ambulanssjuksköterskan bör sträva efter att skapa trygghet och delaktighet i vårdmötet med barnet som har drabbats av smärta. Finns föräldrar tillgängliga bör dessa ses som en resurs som kan användas för att förmedla trygghet.
- Omvårdnad och medicin bör kombineras för att nå bästa möjliga smärtlindring för barnet. Att använda sig av avledning genom att prata med barnet och skapa komfort är exempel på omvårdnad som smärtlindrar.
- Barnet uppskattar när ambulanssjuksköterskan försöker smärtlindra. Ett stick kan accepteras som ett nödvändigt ont, för att ta bort den smärta som barnet upplever.
- Det vårdande samtalet är något som skapar trygghet i det prehospitala vårdmötet med barnet som upplever smärta.

REFERENSER

Abouzida, S., Bourgault, P., & Lafrenaye, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given. *Pain Management Nursing*, 21(6), ss. 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>

Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28(2), ss. 381–389. <https://doi.org/10.1111/scs.12121>

Birnie, K., Chambers, C., Fernandez, C., Forgeron, P., Latimer, M., McGrath, P., Cummings, E., & Finley, G. (2014). Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Research & Management*, 19(4), ss. 198–204. <https://doi.org/10.1155/2014/614784>

Bremer, A. (2016). Dagens Ambulanssjukvård. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 48-64.

Brennan, F., Lohman, D., & Gwyther, L. (2019). Access to Pain Management as a Human Right. *American journal of public health*, 109(1), ss. 61–65. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304743>

Blomberg, H. (2016). Prehospital smärtlindring. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 470-488.

Cushman, J. T., Fairbanks, R. J., O'Gara, K. G., Crittenden, C. N., Pennington, E. C., Wilson, M. A., Chin, N. P., & Shah, M. N. (2010). Ambulance personnel perceptions of near misses and adverse events in pediatric patients. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National*

Association of State EMS Directors, 14(4), ss. 477–484.

<https://doi.org/10.3109/10903127.2010.497901>

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 163-176.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 329-344.

Eccleston, C. et al. (2021). 'Delivering transformative action in paediatric pain: a Lancet Child & Adolescent Health Commission', *The Lancet Child & Adolescent Health*.

[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30277-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30277-7)

Elo, S & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), ss. 107-115 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Nationella allmänna råd och rekommendationer för att minska spridningen av covid-19*. Tillgänglig:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/skydda-dig-och-andra/rekommendationer-for-att-minska-spridningen-av-covid-19/> (Hämtad 2021-03-09)

Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.

Tillgänglig:

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43659/FredrikssonLennart.pdf?sequence=3> (Hämtad 2021-03-11)

Forsell, L., Forsberg, A., Kisch, A., & Rantala, A. (2020). Specialist ambulance nurses' perceptions of nursing: A phenomenographic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), ss. 1–15.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17145018>

Gibson, J.E (2012) Interviews and Focus Groups With Children: Methods That Match Children's Developing Competencies. *Journal of family theory and review* 4(2), ss. 148-159 <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2012.00119.x>

Greene, S. & Hogan, D. (2005) Researching Children's Experience: Methods and Methodological Issues. *Researching Children's Experience*. London: SAGE, ss. 1-21.

<https://dx.doi.org/10.4135/9781849209823.n1>

Gårdelöv, B. (2016). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 40-47.

Hagiwara Andersson, M. & Wireklint Sundström, B. (2016). Vårdande och Systematisk bedömning. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 179-210.

Henricson, M och Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 129-138.

Holmberg, M. (2016). Överlämnande till nästa vårdenhet. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 172-175.

Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(2), ss. 5098–5099. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5098>

Holmberg, M., Forslund, K., Wahlberg, A., & Fagerberg, I. (2014). To surrender in dependence of another: the relationship with the ambulance clinicians as experienced by patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), ss. 544–551.

<https://doi.org/10.1111/scs.12079>

Holmström, M., Junehag, L., Velandar, S., Lundberg, S., Ek, B., & Häggström, M. (2019). Nurses' experiences of prehospital care encounters with children in pain. *International Emergency Nursing*, 43, ss. 23–28.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.004>

Iqbal, M., Spaight, P., & Siriwardena, A. (2013). Patients' and emergency clinicians' perceptions of improving pre-hospital pain management: a qualitative study. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 30(3), e18–e18. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-201111>

Jepsen, K., Rooth, K., & Lindström, V. (2019). Parents' experiences of the caring encounter in the ambulance service—*A qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), ss. 3660–3668. <https://doi.org/10.1111/jocn.14964>

Kendorf, G. (2016). Prehospitalt omhändertagande av barn. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 507-525.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 69-94.

Kleye, I., Heden, L., Karlsson, K., Sundler, A., & Darcy, L. (2020). Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

<https://doi.org/10.1111/scs.12865>

Kongstad, P. (2016). Ambulanssjukvårdens organisation. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 149-165.

Kortesluoma, R.-L., Nikkonen, M & Serlo, W. (2008) 'You Just Have to Make the Pain Go Away'—Children's Experiences of Pain Management. *Pain management nursing*. [Online] 9 (4), ss. 143–149.e5.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.07.002>

Kutrovátz, K (2017) Conducting qualitative interviews with children - Methodological and ethical challenges. *Journal of sociology and social policy* 8(2), ss. 65-88

<https://doi.org/10.14267/cjssp.2017.02.04>

Lambert, V., & Glacken, M. (2011). Engaging with children in research: Theoretical and practical implications of negotiating informed consent/assent. *Nursing Ethics* 18 (6), ss. 781-801

<https://doi.org/10.1177/0969733011401122>

Lima, D., Rossato, L., Guedes, D., Damião, E., Silva, L., & Szylit, R. (2018). Children's satisfaction and dissatisfaction with pain management in a Pediatric Emergency Department. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 52, e03373–e03373.

<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017044503373>

LÖF (u.å). *Nationella traumalarmskriterier*. Tillgänglig:

<https://lof.se/filer/kort-s%C3%A4ker-trauma.pdf> (Hämtad 2021-03-25)

McGrath, T., Ali, S., Dow, N., Aziz, S., Pilarski, M., och L. Drendel, A. (2017). A qualitative study of the language of satisfaction in children with pain. *Pediatrics & Child Health*, 2018 e62-e62. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx174>

McLenon, J. & Rogers, M. (2019). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), ss. 30–42.

<https://doi.org/10.1111/jan.13818>

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

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

Nehls, K., Smith, B. & Schneider, A. (2015). Video-Conferencing Interviews in Qualitative Research. I Hai-Jew, Shalin. (red.) *Enhancing Qualitative and Mixed Methods Research with Technology*. Pennsylvania: IGI-Global Publishing, ss. 140-157

DOI: 10.4018/978-1-4666-6493-7.ch006

Nilsson, S. (2015). Barn och smärta. I Hallström, Inger och Lindberg, Tor. (red.) *Pediatrik omvårdnad*. Stockholm: Liber AB ss. 143-149.

Nordén, H., Hult, K & Engström, Å . (2014) Ambulance nurses’ experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care.

International emergency nursing. [Online] 22 (2), ss. 75–80.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.003>

Regeringen. (2020). *Idag blir barnkonventionen svensk lag*. Tillgänglig:

<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/01/idag-blir-barnkonventionen-svensk-lag>

(Hämtad 2021-01-26)

Regeringskansliet. (2017). *Hälsa och välbefinnande*. Tillgänglig:

<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/> (Hämtad 2021-03-04).

Riksföreningen för Ambulanssjusköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för Ambulanssjusköterskor & Svensk sjuksköterskeförening.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2018). *Akutmottagning barn*. Tillgänglig: <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-1/medicin-barn/enheter/akutmottagning-barn/> (Hämtad 2021-03-02).

Samuel, S., Steiner, I.P. & Shavit, I. (2015). Prehospital pain management of injured children: a systematic review of current evidence. *The American journal of emergency medicine*. [Online] 33 (3), ss. 451–454. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.12.012>

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

Sikorova, L. & Hrazdilova, P. (2011) The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia*. [Online] 155 (2), ss. 149–154. <https://doi.org/10.5507/bp.2011.024>

SOSFS 2009:10 *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen

Stening, K. (2016). Prehospital Smärtlindring - Vårdvetenskaplig analys. I Suserud, Björn-Ove och Lundberg, Lars (red.). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 485-488.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf> (Hämtad 2021-03-08).

Swor, R., McEachin, C.M., Seguin, D. & Grall, K.H. (2005), "PREHOSPITAL PAIN MANAGEMENT IN CHILDREN SUFFERING TRAUMATIC INJURY", *Prehospital Emergency Care*, (9)1, ss. 40-43.

<https://doi.org/10.1080/10903120590891930>

Taddio, A., Ipp, M., Thivakaran, S., Jamal, A., Parikh, C., Smart, S., Sovran, J., Stephens, D., & Katz, J. (2012). Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*, 30(32), ss. 4807–4812. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.05.011>

UNICEF (2019). *Barnkonventionen – kort version*. Stockholm: UNICEF Sverige

Whitley, H. et al. (2020) The predictors, barriers and facilitators to effective management of acute pain in children by emergency medical services: A systematic mixed studies review. *Journal of child health care*. [Online] 136749352094942–1367493520949427. <https://doi.org/10.1177/1367493520949427>

Wihlborg, E., Edgren, G., Johansson, A. & Sivberg, B. (2014). The desired competence of the Swedish ambulance nurse according to the professionals – A Delphi study.

International emergency nursing. [Online] 22 (3), ss. 127–133.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.10.004>

Ygge, B-M. (2015). Barn på sjukhus: Att vårdas på sjukhus. I Hallström, Inger och Lindberg, Tor. (red.) *Pediatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB, ss. 117-128

Öberg, M., Vicente, V & Wahlberg, A.C. (2015) The Emergency Medical Service personnel's perception of the transportation of young children. *International emergency nursing*. [Online] 23 (2), ss. 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.192>

Bilaga 1 - Informationsbrev till verksamhetschef

Till verksamhetschef för godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor, Mårten Dahlgren och Denise Rosalm, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med examensarbetet är att belysa barns upplevelser av smärtlindring prehospitalt. Vi avser att undersöka vilka upplevelser barn har av att smärtlindras prehospitalt och hur denna upplevs av dessa. Förhoppningen är att tio till femton barn vill delta som Deltagareer.

Metoden i examensarbetet kommer att vara en kvalitativ intervjustudie baserad på öppna forskningsintervjuer. Datainsamling kommer att ske genom bandade intervjuer med barn och en av deras vårdnadshavare under våren 2021, v 4 - 10. Med hänsyn till rådande situation med Covid-19 kommer folkhälsomyndighetens rekommendationer följas vilket innebär att intervjuerna sker via digital plattform som exempelvis Google meet, FaceTime, Messenger, Zoom eller Skype. Tidsåtgången beräknas till omkring 30 - 60 minuter. Att medverka i studien är frivilligt och medverkandet kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt datamaterial hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

Vi ber härmed om ett godkännande för att få genomföra datainsamling genom barnakuten DSBUS till ovan nämnda studie om barns upplevelser av smärtlindring prehospitalt. Bifogat formulär om godkännande skickas till angivna adresser.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Hälsningar

Mårten Dahlgren

Leg. Sjuksköterska

s202323@student.hb.se

Denise Rosalm

Leg. sjuksköterska

s206721@student.hb.se

Handledare

Gabriella Norberg Boysen

gabriella.norberg_boysen@hb.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Mårten Dahlgren och Denise Rosalm genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Bilaga 2 - Informationsbrev till deltagare



HÖGSKOLAN I BORÅS

Information angående deltagande

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete. Syftet med examensarbetet är att belysa barns upplevelser av smärtlindring prehospitalt. Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård på Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Barn är inte små vuxna. Nyligen har barnkonventionen blivit lag i Sverige vilket stärker det enskilda barnets rättigheter. Inom ambulanssjukvården möter dess personal ständigt olika individer med olika sökorsaker i olika åldrar. Att möta barn har identifierats som en utmaning hos ambulanspersonal. Vårt mål är att undersöka hur barn upplever omhändertagandet i ambulans då de på något vis upplever smärta. Mer specifikt är vi ute efter att belysa smärtlindringen utifrån barnets perspektiv. Vi som författare anser att det är viktigt att ge röst åt barnens egna erfarenheter för att kunna förbättra det enskilda omhändertagandet och i förlängningen utveckla ambulanssjukvården. Ert deltagande är en viktig komponent i denna process.

Vi har fått tillgång till ditt namn via besökslista för barnakuten genom systemet ELVIS. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet.

Hur går examensarbetet till?

Studien kommer att genomföras som en kvalitativ intervjustudie. I vår studie har vi som önskemål att intervjua dig som upplevt smärta och i samband med detta fått åka ambulans till akutmottagning. Intervjuerna kommer att ske digitalt, via exempelvis Google meet, FaceTime, Messenger, Zoom eller Skype. Detta med anledning av Covid-19 och de rekommendationer som finns från folkhälsomyndigheten. Intervjuerna kommer äga rum mellan v. 4-10 (med inriktning v. 4/5/6) och beräknas ta omkring 30-60 minuter.

Vi ser gärna att du som vårdnadshavare är med som stöd under intervjun men det är ditt barns upplevelse vi vill undersöka. För att kunna genomföra intervjuerna utan att viktig information går till spillo behöver både du som vårdnadshavare och ditt barn ha svenska som modersmål. Dessutom behöver ditt barn kunna beskriva händelseförloppet utifrån egen uppfattning, och då även sina tankar och känslor av upplevelsen vi vill beskriva.

Om du och ditt barn önskar delta i denna studie fyller du som vårdnadshavare i det dokument för samtycke som är bifogat i detta brev. Ditt barn kommer få lämna ett muntligt samtycke i samband med intervjun och behöver därför inte skriva på bifogat dokument. Utifrån de som lämnar samtycke kommer ett urval göras. Om ni blir

inkluderade i studien kommer kontakt tas med er via författarna för tidsbokning av intervju.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan författarna tillhandahålla en digital kopia till dig via mail.

Deltagandet är frivilligt

Intervjuerna kommer att spelas in och sedan skrivas ut ordagrant. Att vara med på intervjun är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan anledning.

Vad händer med mina uppgifter?

Deltagandet är anonymt och vid publicering kommer allt material att avidentifieras och det inspelade samt skriftliga materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation och intervjuer, enkäter, fältanteckningar eller annat), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör. Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke).

Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall. Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Författare för examensarbetet är:

Mårten Dahlgren

E-mail: s202323@student.hb.se

Tfn: 0732-480391

Denise Rosalm

E-mail: s206721@student.hb.se

Tfn: 0708-216339

Examensarbetet handleds av Gabriella Norberg Boysen, vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor går det bra att kontakta henne:

E-mail: gabriella.norberg_boysen@hb.se

Tfn: 0790-664732

Samtycke om deltagande

Fylls i av vårdnadshavare

Jag och mitt barn har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen. Jag samtycker till att mitt barn deltar i examensarbetet med syfte att belysa barns upplevelser av smärtlindring prehospitalt och att uppgifter om mig och mitt barn samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.