

**BARNETS UPPLEVELSER VID SMÄRTSAMMA PROCEDURER PÅ
AKUTMOTTAGNINGEN**

En litteraturstudie

How children experience painful procedures at the emergency department

A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2022-04-04

Kurs: Ht21

Författare:

Tove Nyberg

Hanna Athley

Handledare:

Taina Sormunen

Examinator:

Ann Charlotte Falk

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Barn som söker akutsjukvård utsätts ofta för smärtsamma procedurer, såsom blodprovstagning, suturering och reponering av fraktur. Historiskt sett har barnets smärtupplevelse inte tagits på allvar men nu finns flera metoder och alternativ för att underlätta barnets upplevelse. Sjuksköterskan har en viktig roll i att lindra lidandet för barnet.

Syfte

Syftet med arbetet var att belysa barns upplevelse av smärtsamma procedurer på akutmottagningen.

Metod

Metoden var en integrerad litteraturstudie där 19 originalartiklar ingick.

Resultat

Resultatet består av fyra kategorier: barnets smärtupplevelse vid procedurer, barnets upplevelse av distraktion vid smärtsam procedur, barnets upplevelse och önskan om delaktighet vid smärtsam procedur samt barnets upplevelse av teamarbete vid smärtsam procedur. Underkategorier som framkom var diskrepans i skattning av smärta, oro och ångest; skillnader i åldersgrupper; farmakologiska åtgärder för att underlätta smärtan; passiv distraktion; aktiv distraktion; vikten av medbestämmande; vikten av information; skapa säkerhet och främja tillit.

Slutsats

Slutsatsen blev att barnets upplevelser av smärtsamma procedurer på akutmottagningen kretsar kring smärta, upplevelsen av distraktion, vikten av att känna sig delaktig samt upplevelsen om vad som är viktigt i samspelet mellan sjuksköterskan, närstående och barnet själv. Utifrån dessa fynd kan sjuksköterskan inom akutsjukvården skaffa sig verktyg för att göra en potentiellt stressfull situation bra som möjligt för barnet, genom relativt enkla medel som finns att tillgå oavsett arbetsplats. Trots att det kan verka vara med enkla medel, så råder det idag stora utmaningar inom dagens akutsjukvård i form av överbelastade akutmottagningar, kunskapsbrist hos personalen och bristande organisatoriska förutsättningar för att kunna erbjuda barnen den bästa möjliga vård de har rätt till. Utifrån resultatet menar författarna att genom mer utbildning, standardiserade vårdförlopp och att organisationerna anpassas efter barn skulle således förutsättningar skapas så att barnen kan få den vård de har rätt till. Oavsett situation vi står inför inom akutsjukvården ska barnets bästa alltid komma i det första rummet.

Nyckelord: Akutmottagning, Barn, Smärtsamma procedurer, Upplevelser

ABSTRACT

Background

Children who need emergency care are often exposed to painful procedures, such as blood sampling, stitches and repairing of fractures. Historically children's pain has not been taken seriously but now there are several methods and options to ease the child's experience. The nurse has an important role in easing the suffering for the child.

Aim

The aim of this work was to illuminate children's experience of painful procedures at the emergency department.

Method

The method was an integrated literature review including 19 original articles.

Result

The result is consisting of four categories: the child's experience of pain during painful procedure, the child's experience of distraction during painful procedure, the child's experience of and wish to participate during painful procedure, the child's experience of teamwork during painful procedure. Subcategories that evolved were discrepancy in assessment of pain and anxiety; differences in age groups; pharmacological measurements to ease the pain; passive distraction; active distraction; the importance of co-determination; the importance of information; creating security and promoting trust.

Conclusion

The conclusion became that the child's experience of painful procedures at the emergency department is orbiting around pain, experiences of distraction, the importance to feel included and the experience of what's important in the interaction between the nurse, the relative and the child. Based on these findings the emergency room nurse can use tools to make a potentially stressful situation as good as possible for the child, with relatively easy measurements that are available no matter which workplace. Despite it might seem like easy measurements, there are great challenges in today's emergency care with crowded departments, knowledge gaps at the staff and lack of organizational conditions to be able to offer the best care that the children are entitled to. Based on the results the writers opine that through more education, standardized care processes and more child-adjusted organization, conditions would be created to be able to provide the care the children are entitled to. No matter what situation the emergency department is facing, the child's best shall always come first.

Keywords: Emergency Department, Child, Procedural pain, Experiences

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>INLEDNING</u>	1
<u>BAKGRUND</u>	1
<u>Akutsjukvård</u>	1
<u>Vad är ett barn och vad har de för rättigheter?</u>	2
<u>Barnets utvecklingsfaser</u>	2
<u>Barnets närstående</u>	3
<u>Smärta</u>	3
<u>Barn och smärta</u>	4
<u>Skattning av smärta, rädsla och ångest hos barn</u>	4
<u>Smärtsamma procedurer</u>	6
<u>Behandling av smärtsamma procedurer</u>	6
<u>Specialistsjuksköterskans roll</u>	7
<u>Teoretisk utgångspunkt</u>	7
<u>Problemformulering</u>	8
<u>SYFTE</u>	8
<u>METOD</u>	9
<u>Ansats och design</u>	9
<u>Urval</u>	9
<u>Inklusions- och exklusionskriterier</u>	9
<u>Datainsamling</u>	10
<u>Dataanalys</u>	13
<u>Kvalitetsgranskning</u>	13
<u>Integrativ analys</u>	13
<u>Forskningsetiska överväganden</u>	13
<u>Förförståelse</u>	14
<u>RESULTAT</u>	14
<u>Barns smärtupplevelse vid procedurer</u>	15
<u>Diskrepans i skattning av smärta, oro och ångest</u>	15
<u>Skillnader i åldersgrupper</u>	15
<u>Farmakologiska åtgärder för att underlätta smärtan</u>	16
<u>Barnets upplevelse av distraktion vid smärtsam procedur</u>	16
<u>Passiv distraktion</u>	16
<u>Aktiv distraktion</u>	17
<u>Barnets upplevelse och önskan om delaktighet vid smärtsam procedur</u>	17
<u>Vikten av medbestämmande</u>	17
<u>Vikten av information</u>	17
<u>Barnets upplevelse av teamarbete vid smärtsam procedur</u>	18
<u>Skapa säkerhet och främja tillit</u>	18
<u>DISKUSSION</u>	19
<u>Resultatdiskussion</u>	19

<u>Smärtupplevelsen</u>	19
<u>Vikten av delaktighet</u>	20
<u>Förutsättningar för att minska barnets lidande</u>	21
<u>Metoddiskussion</u>	23
<u>Ansats och design</u>	23
<u>Urval</u>	23
<u>Datainsamling</u>	25
<u>Dataanalys</u>	25
<u>Förförståelse</u>	25
<u>SLUTSATS</u>	26
<u>Klinisk tillämpbarhet</u>	26

Bilaga A- Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011

Bilaga B- Artikelmatris

INLEDNING

Alla dagar i veckan, alla dagar på året, alla tider på dygnet finns det barn på landets akutmottagningar. Vissa av akutmottagningarna är helt dedikerade till att ta hand om barn, andra är mer anpassade efter vuxna patienter. Framför allt på den senare sortens akutmottagning ställer det höga krav på personalen att bemöta och behandla barnet på ett adekvat sätt, oavsett ålder. Barn är barn, inte små vuxna.

På den akutmottagning som författarna arbetar på upplever vi att det finns en kunskapslucka när det kommer till barn, smärta i allmänhet, smärtsamma procedurer i synnerhet. Denna lucka resulterar i handfallen, frustrerad och i efterhand ledsen personal, att barn sövs i onödan samt får utstå mer smärta än vad situationen hade krävt om smärtlindringen skett på ett adekvat sätt. Upplevelsen är att AT-läkare, andra icke legitimerade läkare och läkare med liten erfarenhet som gör sin placering på akutmottagningen sällan har den kompetens det krävs avseende lämplig smärtlindring (Etoundi, 2019) vilket leder till att sjuksköterskorna som alltid arbetar på akutmottagningen har ett än större ansvar i att se till att barnet får god vård och omvårdnad.

BAKGRUND

För bara 30–40 år sedan rådde konsensus kring att barn inte kände smärta på samma sätt som vuxna för att deras smärtsensorer inte skulle vara fullt utvecklade. De senaste årens forskning har visat att detta inte stämmer. Det är nu vedertaget att barn känner smärta, kanske till och med mer då de ofta inte har samma kognitiva förmåga att förstå varför det gör ont. Trots detta får barn runt om på våra sjukhus alldeles för dålig smärtbehandling (Birnie et al, 2014; Wilson & Smith, 2011; Pancekauskaitė & Jankauskaitė, 2018; Cramton & Gruchala, 2012; Bice, 2018; Shave, 2018; Kennedy et al, 2008).

Utöver smärta finns det fler faktorer som påverkar barnets upplevelse vid ett besök på en akutmottagning och kan väcka många känslor beskriver Lima et al (2018). För barnet är det en ny och skrämmande miljö som är oförutsägbar. Detta tillsammans med det faktum att de barn som behöver besöka akutmottagningen ofta har ont och känner sig sköra skapar en utmanande situation. Barnet träffar flera olika nya människor under deras väg genom akutmottagningen, exempelvis i receptionen, triagen och därefter i samband med olika bedömningar och behandlingar. Miljön på akutmottagningen kan också väcka negativa känslor hos barnet genom att vara högljudd, att dela gemensamma utrymmen med andra människor som är sjuka och har ont (Lima et al., 2018).

Akutsjukvård

Socialstyrelsen (2014) definierar begreppet akutsjukvård som all typ vård som utförts vid plötslig påkommen sjukdom, sjukdom med snabbt förlopp eller en oväntad ådragen skada där akuta medicinska åtgärder inte kan vänta mer än timmar alternativt högst ett dygn. Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2017) ger ytterligare en definition av akutsjukvård till att vara den typ av vård som finns tillgänglig dygnets alla timmar och kunna tillgodose vårdbehoven för personen som

drabbats av plötslig ohälsa samtidigt som samhälleliga förväntningar på en god och säker vård uppfylls.

I Sverige finns det omkring 70 akutmottagningar (Socialstyrelsen, 2014). Det är vanligt med en uppdelning med akutmottagningen och barnakutmottagningen framförallt i de större städerna, men på en majoritet av akutmottagningarna i landet samvårdas vuxna och barn. Detta medför att patientklientelet aldrig är förbestämt utifrån ålder för en sjuksköterska arbetandes vid en samvårdande akutmottagning. Beredskap och kompetens ska finnas för att vårda alla som söker akutsjukvård, barn så väl som vuxna. Oavsett utformningen av akutmottagningen som barnet söker vård vid ska beredskap för finnas för att vårda akut sjuka och eller skadade barn (Wikström, 2018; Remick et al., 2013; Remick et al., 2018).

I Sverige beräknas 170 000 barn varje år besöka akutsjukvård samt jourcentral relaterat till en skada eller förgiftning (Socialstyrelsen, 2014). Detta är cirka nio procent av alla barn i Sverige. Av de barn som vårdats inlagda på sjukhus har 29,5 procent drabbats av fraktur och 6,6 procent av sårskada. Smärta är en av de vanligaste orsakerna till varför barn söker sig till akutsjukvården (Cordell et al., 2002; Shavit et al., 2006). Åldersmässigt är det de minsta barnen mellan 0-4 år som har flest vårdtillfällen per invånare, 100 per 1000 invånare. De små barnen söker akutsjukvården framförallt för sjukdom från andningsorganen eller symtomdiagnoser såsom kramper eller feber. De symtomdiagnoser som äldre barn framförallt söker för gäller framförallt smärta från buk eller bäcken (Socialstyrelsen, 2019).

Vad är ett barn och vad har de för rättigheter?

Enligt FN:s barnkonvention (UNICEF, 1989) anses alla människor under 18 års ålder vara barn, detta även enligt den svenska juridiska definitionen som också definierar barn mellan 13 till 19 år som tonåringar (SFS 2012:776, §2). Barn inkluderas på samma sätt som vuxna av hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30). I den står det bland annat att läsa om rätten till god vård, att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. I kapitel fem paragraf sex till åtta står det särskilt om barns rättigheter i vården. Där det är barnets bästa som alltid ska beaktas och att vårdgivare har ansvar att samarbeta med socialtjänsten om ett barn far illa.

Barnkonventionen (UNICEF, 1989) blev svensk lag år 2020, och framhåller att barn ska ses som fria individer och inte som ägodel till vuxen eller förälder. Vidare belyser barnkonventionen att barnets åsikter ska tas i beaktande utifrån ålder och mognad och att barnets bästa alltid ska komma i det första rummet och samtliga åtgärder som berör barnet ska göras med hänsyn till tidigare erfarenheter. För att kunna anpassa informationen och omvårdnaden till barnet ska hänsyn tas till barnets grad av utveckling, här är det viktigt att ha kunskap om barnens olika utvecklingsfaser.

Barnets utvecklingsfaser

Enskär och Golsäter (2014) beskriver att under barnets första tid i livet, från det att det föds till 18 månaders ålder ungefär, är det framförallt behovet av trygghet och tillit som präglar barnets behov, där föräldrarna är barnets främsta trygghet. När barnet är mellan ett och ett halvt år till tre års ålder är det en utforskande tid, då börjar det bli desto viktigare för barnet att klara av uppgifter på egen hand och att stärka självkänslan. Kommunikationen är under stor utveckling vid detta stadie, och de som förstår barnet

absolut bäst är föräldrarna och därmed av största vikt vid barnets kommunikation med sin omgivning, exempelvis vid sjukhusbesök.

Mellan tre och sex års ålder har barnet utvecklat egna förmågor och har ett behov av beröm vid avklarade uppgifter. Utöver vikten av att få beröm är det viktigt att vid denna ålder berätta för barnet som vad som kommer ske och förväntade beteenden för att främja trygghet. Från sex års ålder till ungefär tolv års ålder ligger fokus på inläring och arbetsglädje. Barnet kan nu också samspela med andra. Insikten om hälsa och sjukdom infinner sig vid denna ålder och därmed också en rädsla för detta. Barnets tonårstid är då det ska hitta sin identitet. Behovet av föräldrarna är fortfarande stort, även om vikten av vänskapsrelationer nu ökar i livet, därmed är det fortfarande viktigt för barnen att ha sina föräldrar eller annan viktigt vuxen närvarande vid sjukhusbesök. Vid denna ålder kan okunskap skapa stor osäkerhet, varför det är av vikt att barnet i tonåren informeras väl inför kommande händelser (Enskär & Golsäter, 2014).

Oavsett utvecklingsfas ska barnet uppmuntras till delaktighet i sin vård. Barnets åsikter och känslor ska tas till vara på för att främja en så god relation som möjligt mellan barnet och sjuksköterskan. (Coyne et al., 2014; Söderbäck et al., 2011; Pelander et al., 2010 & Salmela et al., 2010)

Barnets närstående

Barnet i behov av sjukvård har rätt till att ha med sig sin förälder eller annan närstående under hela sjukhusvistelsen (Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso-och sjukvård (NOBAB), 2017). Föräldern eller den närstående ska också uppmuntras och få hjälp till detta så att de kan vara hos sitt barn hela tiden. (O'Malley et al., 2008; Piira et al., 2005; Dudley et al., 2015; Brown et al., 2008; Salmela, 2010). Barnets närstående spelar en stor roll under barnets vistelse på sjukhus. Inte bara för att de skapar trygghet för barnet, utan är de som känner barnet absolut bäst, vet tidigare erfarenheter och reaktioner på smärta och stress.

Besöket på akutmottagningen kan vara skrämmande och ovant både för barnet och för den närstående. De är oftast inte bekant med omgivningen eller personalen. Här behöver sjuksköterskan främja en välfungerande interaktion med de närstående genom god kommunikation, lyhördhet och vara tillmötesgående (Grahn et al., 2016). Många sjuksköterskor upplever dock det svårt att få med den närstående (Mortensen et al., 2021) De flesta negativa upplevelser som närstående har är kopplade till verksamheter som inte är helt anpassade efter barn, såsom en akutmottagning som främst behandlar vuxna (Shave et al, 2018).

När det kommer till barnets smärta kan den närstående också verka som förespråkare. Det är inte alltid lätt för barnet att uttrycka sig och studier visar att bedömningen av barnets smärta skiljer sig markant åt mellan sjuksköterskan och den närstående. Detta i sin tur kan resultera i utebliven smärtlindring hos de barn som upplever allvarlig smärta (Rajasagaram et al., 2009; Brudvik et al., 2017)

Smärta

Smärta är ett brett område som alla människor har någon relation till. Det är vanligen ett obehagligt, högst subjektivt sinnesintryck som både innehåller själsliga och kroppsliga komponenter. Akut smärta är smärta som förekommer vid vävnadsskada, vanligen i samband med trauma eller operativa ingrepp. Sådan smärta är ofta relativt enkla att

bedöma, diagnostisera och behandla, behandlingen sker vanligtvis med hjälp av läkemedel (Werner & Strang, 2010).

Barn och smärta

Barn har historiskt sett inte fått adekvat smärtbehandling, det var länge en vedertagen sanning att de inte kände smärta såsom vuxna gör. Sedan detta förkastats har omfattande forskning gjorts. Forskning som bland annat visar att otillräcklig smärtlindring hos barn kan leda till negativa minnen och svårare smärta vid framtida smärttillstånd (Chen et al., 2000; Noel et al., 2010; Noel et al., 2012; Weisman et al., 1998). Detta i sin tur kan leda till utvecklandet av nålrädsla och ett beteende för att undvika söka medicinsk vård (Noel et al., 2012; Grunau et al., 2013, Weisman et al., 1998). Redan då barn är nyfödda kan de känna smärta och om de utsätts för mycket smärta skapas ett smärtminne som gör att framtida smärta känns mer och är mer svårhanterlig (Kennedy et al, 2008; Taddio et al., 2005; Taddio et al., 2002; Taddio et al., 1995).

Utöver de humanitära orsakerna som föreligger för att behandla smärta hos barn, som lindra lidande, beskriver Ljungman (2007) de medicinska skälen. Vid okontrollerad smärta frisätts både lokala stresshormoner i området och generella stresshormoner i hela kroppen. Denna frisättning kan leda till ett så kallat katabolt tillstånd med ökad vävnadsskada, försämrad sårhäkning, ökad infektionskänslighet relaterat till negativ påverkan på immunförsvaret, längre sjukdomstid och till och med ökad dödlighet. Det finns flera olika sätt att behandla och bemöta smärta. Pölkki et al (2003) menar att barn mellan åtta till tolv år själva kan beskriva hur smärtan är samt vad som skulle kunna hjälpa att lindra den och att det därför är av yttersta vikt att de involveras i behandlingen.

Skattning av smärta, rädsla och ångest hos barn

Användandet av smärtskalor är grunden i att kunna bedöma smärta hos ett barn (Manworren & Stinson, 2016). Det är viktigt att använda smärtskalor då barn inte alltid kan verbalisera vad de känner utan kan behöva hjälp för att få fram deras smärtupplevelse. Trots detta används smärtskalor på barn inom akutsjukvård relativt lite vilket kan leda till underbehandlad smärta (Yaffa Zisk-Rony et al., 2015; Karling et al., 2002). Smärtan hos barnet kan skattas på tre olika sätt, antingen genom självrapportering från barnet, beteendeobservation eller fysiologiska tecken (Manworren & Stinson, 2016). För att kunna använda självrapporteringsskalor krävs det att barnet är stort nog för att kunna förstå och tolka smärtskalan, inte vara för påverkad av sin smärta och inte heller kognitivt påverkad.

Rädsla och smärta är starkt förknippade med varandra när det kommer till barn och smärtsamma procedurer beskriver Hedén et al (2016) som vidare poängterar vikten av att inte enbart lägga fokus vid att skatta barnets smärta utan även värdera nivå av rädsla inför och under smärtsamma procedurer på sjukhus. För gradering av rädsla, oro och ångest finns ett flertal olika instrument. En sammanställning av vanligt förekommande skattningsskalor avseende smärta, ångest och rädsla hos barn finns sammanställda i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Skattningsskalor avseende smärta, ångest och rädsla hos barn.

Skala	Typ av skala	Kort beskrivning
Den numeriska skattningsskalan (NRS)	Självskattningsskala för smärta	Barnet uppger en siffra på sin smärta från noll till tio, där noll är ingen smärta alls och tio är den värsta tänkbara smärtan. Denna skala lämpar sig för barn äldre än åtta år (von Baeyer et al., 2009)
Den visuella analoga skalan (VAS)	Självskattningsskala för smärta	Barnet ombeds markera sin smärta genom att dra en markering på en 10 cm lång linje. Graderad mellan ingen smärta allt och värsta tänkbara smärta. Användbar från sju års ålder (Stinson et al., 2006)
Faces Pain Scale (FPS)	Självskattningsskala för smärta	En ansiktsskala med en gradering från nöjt och avslappnat ansiktsuttryck till mycket stressat och smärtpåverkat ansiktsuttryck. Användbar redan från tre års ålder (Goodenough et al., 1997).
Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBFPRS)	Självskattningsskala för smärta	En ansiktsskala med en gradering från nöjt och avslappnat ansiktsuttryck till mycket stressat och smärtpåverkat ansiktsuttryck. Användbar redan från tre års ålder (Garra et al., 2010).
Coloured Analogue Scale (CAS)	Självskattningsskala för smärta	Är som VAS-skalan fast översatt till färger och är giltig och användbar vid skattning av akut smärta hos barn från fem års ålder (Bulloch & Tennenbein, 2002).
Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)	Beteendeobservation för smärta	Observerar barnets ansiktsuttryck, benens positionering, beteende, gråt och tröstbarhet och utifrån dessa parametrar ger poäng 0 till 10 och kan användas hos barn noll till 18 år (Merkel et al., 1997; Voepel-Lewis et al., 2010)
Observational Scale of Behavioral Distress (OBSD)	Beteendeobservation för stress/obehag	Skalan bedömer åtta olika indikatorer på stress vilka är, informationssökande, gråt, skrik, om fysisk fasthållning krävs, verbal vägran, verbalt krävande av tröst och verbalt uttryckande av smärta (Elliot et al., 1984).
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Självskattningsskala för ångest och rädsla.	Barnen får gradera sin ångest utifrån sex olika påståenden representerande positiva och negativa känslor på en skala mellan sex till 24 poäng (Marteanu & Bekker, 1992)
Children's Fear Scale (CFS)	Självskattningsskala för ångest och rädsla.	Barnet får där skatta sin nivå av rädsla och ångest utifrån fem olika ansiktsuttryck. Passar barn mellan tre till 16 års ålder (McMurtry et al., 2011).
Facial Affective Scale (FAS)	Självskattningsskala för ångest och rädsla	Barnet uppger nivå av stress utifrån nio olika ansiktsuttryck med stigande gradering av stressat ansiktsuttryck (McGrath et al., 1996).

Smärtsamma procedurer

Wilson-Smith (2011) beskriver hur barn på sjukhus ofta behöver genomgå olika medicinska procedurer. Dessa procedurer är många gånger smärtsamma. Werner (2010) menar att barn och vuxna har helt olika upplevelser av smärtsamma procedurer, då vuxna kan sätta in smärtan i ett logiskt sammanhang, förstå att det inte är farligt samt vinningen med proceduren. Barn å andra sidan har inte hjälp av inhibitoriska system som blockerar vissa delar av smärtan utan kan uppleva den, till synes för utomstående, lilla proceduren som outhärdlig.

Den vanligaste medicinska proceduren som barn utsätts för är nålrelaterad, det vill säga exempelvis venprovtagning eller etablerandet av en perifer venkateter (PVK) (Blount et al., 2009; Leahy et al., 2008; Uman et al., 2006). En annan vanlig orsak till smärtsam procedur inom akutsjukvården är då barn ådragit sig en underarmsfraktur (Socialstyrelsen, 2014; Brown et al., 2003). Ibland behöver frakturen då reponeras, vilket innebär att frakturen dras till rätta och gipsas. Även här är smärtlindringen undermålig (Constantine et al, 2007). Andra exempel på smärtsamma procedurer är såromläggning, lumbalpunktion. Barn uppger att smärtsamma procedurer en av de saker som skapar mest oro under ett sjukhusbesök (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Birne et. al. (2014) understryker att smärta vid procedurer går att undvika genom utarbetade rutiner.

Behandling av smärtsamma procedurer

Det finns olika sätt att angripa procedursmärta bland barn. Wilson-Smith (2011) presenterar några grundprinciper: undvik proceduren om möjligt, undersök om mindre smärtsamma alternativ finns, se till att miljön är lämplig, att tillräckligt med personal finns på plats, gör upp en plan b samt kombinera farmakologiska och icke-farmakologiska interventioner. Walker et al (2019) förespråkar ett multimodalt förhållningssätt till akut smärtbehandling hos barn. Beroende på smärtans karaktär och intensitet så bör distraktion, NSAID, opioider, regional anestesi, klonidin och dexametason kombineras på olika sätt. Vid nålrelaterad smärta förespråkas lokal eller topikal anestesi.

Läkemedelsverket (2014) har utformat ett underlag för grundläggande behandling av barn som utsätts för smärtsamma procedurer. Där beskrivs distraktion som ett sätt att gå till väga. Barnet får fästa sin uppmärksamhet på annat håll än proceduren, till exempel blåsa såpbubblor, se på film, hålla handen. Vägledad dagdröm, guided imagery, lyfts som en bra distraktionsteknik där en kombination med relaxerande övningar, fantasi och ibland lustgasbehandling används.

Lustgasbehandling av barn som utsätts för smärtsamma procedurer har visat sig mycket effektivt (Hartling et al., 2016; Berg, 2014). Lustgas ges tillsammans med syrgas, vanligen 50 procent, och administreras genom inhalation. Lite större barn klarar själva av att hålla i masken. Sederling är också ett alternativ (Läkemedelsverket, 2014). Det finns olika grader av sederling: minimal, måttlig, djup och generell anestesi som alla används till olika sorters smärtsamma procedurer.

Trots flertalet vedertagna behandlingsalternativ till procedursmärta så beskriver Mortensen et al (2021) att det råder stora kunskapsluckor hos vårdpersonalen vilket skapar utmaningar i smärtbehandling hos barnet. Hos 58,9 procent av vårdpersonalen

finns det en rädsla att överdosera smärtlindringen, 56,7 procent känner inte till olika behandlingsalternativ samt 55 procent har svårigheter att få med barnet eller föräldrarna i proceduren.

Specialistsjuksköterskans roll

Riksföreningen för Akutsjuksköterskor (Swedish Emergency Nurses Association; (SENA), 2017) skriver att akutsjukvård är den vård och omvårdnad som en person får då denne drabbas av plötslig ohälsa. Akutsjuksköterskans ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande.

På en akutmottagning sker olika procedurer, för att utreda och behandla. Vissa av dem är smärtsamma och för barn inte logiska. Specialistsjuksköterskan har då ett stort ansvar i att se till att barnet smärtlindras på ett adekvat sätt innan, under och efteråt. Detta kräver kunskap, engagemang samt organisatoriska förutsättningar att kunna skapa ett förtroende hos barnet (Mortensen et al., 2021). Sjuksköterskan är den främsta att lyssna till barnets smärtupplevelse och också den som kan göra mest för att lindra smärtan (Birnie et al, 2014). Sjuksköterskan bör initiera smärtbehandling så snart som möjligt, det har visat sig både vara säkert samt gynna patienten (Cavilian & Boyde, 2017). Både Mortensen et al (2021) och Czarnecki et al (2010) lyfter svårigheter och utmaningar som råder för sjuksköterskorna för att uppnå god smärtlindring: tidsbrist, dålig kommunikation i teamet, att inte ha koll på riktlinjer som finns, rädsla för att överdosera samt att smärtlindringen sker för tätt in på proceduren.

För att skapa goda förutsättningar för barnet på akutmottagningen som ska genomgå smärtsamma procedurer krävs även att akutsjuksköterskan öppnar upp för delaktighet och partnerskap, både för barnet men också för dess närstående beskriver SENA (2017). Detta genom att akutsjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat sätt där möten och kommunikationen sker med respekt och på ett säkert sätt. Att se till särskilt sårbara grupper och bidra till minskandet av deras sårbarhet är akutsjuksköterskans ansvar, hen ska se till att patienten känner sig trygg och sedd.

Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland (APA) (2012) menar att alla i teamet har en viktig roll när det kommer till att ta hand om barn som ska genomgå en eller flera smärtsamma procedurer. Här belyser också SENA (2017) att teamarbete är av vikt inom akutsjukvård och något som akutsjuksköterskan ska främja så att barnet få ett gott tvärprofessionellt omhändertagande i rätt tid för bästa möjliga utfall.

Teoretisk utgångspunkt

Ett av akutsjuksköterskans ansvarsområden är att lindra lidande för patienten (SENA, 2014). Med detta i åtanke och tillsammans med problematiken kring underbehandlad smärta hos barn och ofrånkomliga smärtsamma procedurer som barn behöver genomgå på en akutmottagning tar denna studie sin teoretiska utgångspunkt i Katie Erikssons teori om att lindra lidande. Lidandet är det som motiverar all vård beskriver Eriksson (1994) och även om vården inte alltid kan ta bort all smärta ska ändå alltid arbetet inriktas på att lindra lidandet.

Eriksson (1994) beskriver hur människans lidande delas in i tre olika aspekter nämligen livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Med vårdlidande menas hur bristande

vårdhandlingar kan skapa ett lidande men också hur smärtsamma procedurer inom vården kan skapa ett vårdlidande för patienten. Barn är en utsatt och sårbar grupp och riskerar därmed att drabbas av vårdlidande. Vårdlidande är även det som uppstår vid frånvaro av god vård, det kan röra sig om då patienten inte känner sig sedd, respekterad eller lyssnad på. Även upplevelsen att inte bli taget på allvar på resulterar i ett vårdlidande.

Då barn på akutmottagningen behöver genomgå smärtsamma procedurer uppstår en form av vårdlidande för barnet då de inte tillåts vara delaktiga i att påverka situationen eller får bristande information inför proceduren. Detta resulterar inte bara att barnen upplever en kontrollförlust utan även att deras reaktioner inte är accepterade beskriver Salmela et al (2010). Både NOBAB (2017) och UNICEF (1989) fastställer att barnen har rätt till att få informationen till sig åldersanpassad och därigenom också ges möjlighet till delaktighet i sin vård. Genom att tillhandahålla detta till barnet på akutmottagningen som står inför en stundande smärtsam procedur tillsammans med bästa möjliga evidens för lämplig smärtlindring kan vi som akutsjuksköterska minska vårdlidandet för barnet.

Problemformulering

Problemområdet i föreliggande studie är hur barn som på akutmottagningen genomgår någon form av smärtsam procedur upplever denna. Det kan till exempel röra sig om en smärtsam gipsning, suturering, lumbalpunktion eller blodprovstagning. Det är en situation som inte bara berör barnet utan kan även vara traumatiserande för medföljande vuxen samt närvarande personal.

Flera kunskapsluckor finns hos vårdpersonal gällande smärtlindring till barn. Dels råder det en rädsla hos vårdpersonalen att överdosera smärtlindringen, personalen besitter bristande kunskap till olika behandlingsalternativ och vårdpersonal upplever svårigheter att få med sig barnet eller föräldrarna på banan. I Barnkonventionen, som numera är svensk lag, står det om barns rätt till vård, att barn ska få tillgång till bästa möjliga vård. Akutsjuksköterskan har här ett stort ansvar i att skapa bästa möjliga förutsättningar för barnet inför en stundande smärtsam procedur, detta genom adekvat smärtlindring, öppna upp för delaktighet och skapa trygghet samt att främja ett gott samarbete i hela teamet.

Kombinationen att barn erhåller för dålig smärtlindring tillsammans med att de oundvikligen kommer behöva genomgå smärtsamma procedurer vid besök på akutmottagningen skapar en utmanande situation. Med denna studie vill författarna belysa upplevelserna som barnen har när de genomgår smärtsamma procedurer och på så sätt, utifrån barnets perspektiv, göra en potentiellt stressfull situation så bra som möjligt för barnet.

SYFTE

Syftet var att belysa barnets upplevelser vid smärtsamma procedurer på akutmottagningen.

METOD

Den valda metoden för att besvara syftet är en litteraturöversikt med systematiskt ansats. Då det finns en stor mängd av vetenskapliga publikationer finns det ett intresse och behov av sammanställningar (Polit & Beck, 2017). Litteraturstudier presenterar en sammanfattning av aktuellt kunskapsläge, leder till en bredare förståelse av valt ämne samt identifierar luckor där evidens saknas. Det är viktigt att under arbetet med litteraturöversikten bibehålla ett kritiskt förhållningssätt och granska artiklarna noggrant. Forsberg och Wengström (2015) menar att en sådan noggrann och strukturerad granskning av artiklar är nödvändig för att inte dra felaktiga slutsatser.

Ansats och design

För att besvara syftet till föreliggande arbete har en allmän litteraturöversikt genomförts med integrativ design. Befintlig kunskap från publicerad forskning har sammanställts utifrån syftet för att beskriva kunskapsläget inom det specifika ämnet, detta genom en metodisk och systematisk sökning på vetenskapliga databaser (Polit & Beck, 2017). Genom litteraturöversikter skapas en god överblick gällande den befintliga kunskapen inom ämnet men identifierar även luckor i gällande evidens, kan leda till ökad problemförståelse och nya insikter inom ämnet beskriver Polit och Beck (2017).

Bettany-Saltikov och McSherry (2016) skriver om vikten av att inkludera alla artiklar som svarar till studiens syfte. En integrativ litteraturöversikt inkluderar både kvalitativ och kvantitativ forskning beskriver Polit och Beck (2017). Kvalitativ forskning fokuserar vanligtvis på att förstå och beskriva människans upplevelse av olika fenomen och situationer. Inom kvantitativ forskning fokuseras det främst på data som går att organisera i siffror och statistik. Båda dessa aspekter, kvalitativa och kvantitativa ansågs relevanta för att besvara arbetets syfte.

Urval

För att stärka trovärdigheten i studien har inklusions- och exklusionskriterier beskrivits innan databassökningen inleddes. Detta för att fokusera och begränsa sökprocessen utifrån arbetets syfte genom tydliga urvalskriterier (Polit & Beck, 2017; Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Genom användandet av arbetsteorimodellen PEO (Population, Exposure, Outcome) har det säkerställts att urvalskriterierna stämmer överens med arbetets syfte (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Se nedan i tabell 2.

Tabell 2. Studiens syfte utifrån PEO (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016)

Population	Exposure	Outcome
Pediatrika patienter	Smärtsamma procedurer på akutmottagningen	Belysa barnens upplevelser

Syftet var att belysa barnets upplevelser vid smärtsamma procedurer på akutmottagningen

Inklusions- och exklusionskriterier

För att få fram väsentlig information är det viktigt att avgränsa sökningen med inklusions- och exklusionskriterier (Friberg, 2017). Inklusionskriterier för artiklarna till

föreliggande litteraturöversikt var att de skulle vara vetenskapliga originalartiklar och vara peer-reviewed. Med peer-reviewed menas att artikeln granskats av en oberoende forskare inom samma ämnesområde (Polit & Beck, 2017; Östlundh, 2017). Artiklarna skulle finnas tillgängliga på engelska eller svenska för att författarna skulle kunna fullt ut förstå innehållet. För att erhålla aktuell forskning utifrån arbetets syfte avgränsas publikationsdatum för studierna till mellan år 2010 och 2021. Utöver dessa inklusionskriterier såg även författarna till att de artiklar som granskades hade erhållit ett etiskt godkännande. Artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext, antingen via Sophiahemmets eller Region Västerbotten. Endast de artiklar som klarat kvalitetsgranskningen inkluderades.

Artiklar som exkluderades var de som berörde vuxna patienter, det vill säga patienter över 18 års ålder samt neonatala barn då de ej vårdas på författarnas akutmottagning. Artiklar som handlade om Buzzy® samt virtuella verklighet-glasögon var fokuserade på specifika produkter, vilket författarna exkluderade efter granskning av abstraktet så de ej svarade uppenbart på syftet. Flera abstract samt vissa artiklar lästes innan det beslutades gemensamt av båda författarna att artiklarna skulle exkluderas. Ytterligare exklusionskriterium var forskning bedriven inom tandhälsovården.

Datainsamling

Initialt gjordes en testsökning på databaserna PubMed samt Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). PubMed är den största och mest använda databasen inriktad på medicin (Polit & Beck, 2017). CINAHL är huvudsakligen inriktad på artiklar med omvårdnadsfokus, som är publicerade efter 1981. Den täcker i princip alla engelskspråkiga tidskrifter som rör omvårdnad. Båda databaserna har olika styrkor och svagheter vilket gör det lämpligt att använda de båda då de till viss del kompletterar varandra. Ämnesord kallas för Medical Subject Headings (MeSH-term) i PubMed och Subject Headings i CINAHL. Att ha en väl definierad och avgränsad sökstrategi är av största vikt vid en litteraturöversikt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det är viktigt att sökningar genomförs på ett adekvat sätt och att alltid gå till primärkällan. Då studien syftar till att belysa upplevelser hos barn genomfördes även en sökning i databasen PsycINFO, en databas vars främsta forskning är inom psykologi.

Vid den första testsökningen i PubMed användes MeSH-termerna "Procedural pain" och "Child" tillsammans med sökord i fritext "experiences or views or feelings or perceptions", ord som exkluderades var "newborn or neonates or infants", detta gav 59 träffar. Ett flertal abstract lästes och kändes relevanta. Det beslutades således att det var relevant att fortsätta sökningarna. Vid första sökningen kartlades också ytterligare synonymer till smärtsamma procedurer vilka senare användes för att inte gå miste om relevanta artiklar. Fortsatta sökningar är redovisade nedan i tabell 3. Polit och Beck (2017) betonar vikten av ett kritiskt förhållningssätt vid insamling av data, så att data som ligger till grund för resultatet håller en hög akademisk kvalitet. Vid sökningar i olika databaser framkom flera dubletter.

Under arbetets gång fick författarna hjälp av Sophiahemmets högskolas bibliotekarier för att ytterligare förfina sökningen. Detta ledde till att författarna fick en förbättrad kunskap i att söka i databaserna med hjälp av dels ämnesord och användandet av att söka i titel och abstrakt. Vid denna träff insåg författarna även att ämnesordet "pain,

procedural” endast varit ämnesord sedan 2018. Vilket bidrog till att författarna alltid sökte ämnesordet samt i titel eller abstraktet för att ej gå miste om relevanta artiklar.

Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2010) är det bra att utöver databassökning använda sig av kompletterande söksätt, till exempel genom att gå genom referenslistan på systematiska översikter och primärstudier. Detta gjorde författarna och fann två artiklar som användes till resultatet.

Tabell 3. Databassökningar

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Artiklar till resultat
PubMed 20211130	Child OR Children OR Adolescents OR youth OR teenager (Titel/Abstract) OR Child (MeSH-term) AND Procedural pain OR Painful procedures (Titel/Abstract) OR Procedural pain (MeSH-term) AND Emergency care OR Emergency department (Titel/Abstract)	89	Publicerad mellan 2010-2021 Engelska, Svenska Fulltext Ej artiklar rörande enbart spädbarn	32	13	8
PubMed 20211130	Child OR Children OR Adolescents OR youth OR teenager (Titel/Abstract) OR Child (MeSH-term) AND Procedural pain OR Painful procedures (Titel/Abstract) OR Procedural pain (MeSH-term) AND Experiences OR Feelings OR Views OR Attitudes OR Perceptions (Titel/Abstract)	54	Publicerad mellan 2010-2021 Engelska, Svenska Fulltext Ej artiklar rörande enbart spädbarn	17	8	2
CINAHL 20211201	Child OR Children OR Adolescents OR youth OR teenager AND Procedural pain OR Painful procedures AND Emergency care OR Emergency department	58	Publicerad mellan 2010-2021 Engelska, Svenska Peer-reviewed	15	8	4
CINAHL 20211201	Child OR Children OR Adolescents OR Youth OR Teenager AND Procedural pain OR Painful procedures AND Experiences OR Feelings OR Views OR Attitudes OR Perceptions	120	Publicerad mellan 2010-2021 Engelska, Svenska Peer-reviewed	12	5	2
PsycINFO 20220103	Child OR Children OR Adolescents OR Youth OR Teenager AND Procedural pain OR Painful procedures AND Experiences OR Feelings OR Views OR Attitudes OR Perceptions	54	Publicerad mellan 2010-2021 Engelska, Svenska Peer-reviewed	4	1	1
Manuell sökning*						2
Totalt		375		80	35	19

* Ytterligare två artiklar hittades genom funktionen "similar articles" vid andra sökningen i PubMed som ej återfanns vid någon av de andra databassökningarna, dessa artiklar var Karlsson et al (2016) samt Sağlık & Çağlar (2019).

Dataanalys

Kvalitetsgranskning

Att göra en kvalitetsgranskning av inkluderade artiklar är en av de främsta kvalitetsfaktorerna i en litteraturstudie (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Artiklarna bedömdes med hjälp av ett modifierat underlag baserat på Caldwell et al (2011) (Bilaga A). Caldwell et al (2011) breddar synen på kvalitativ och kvantitativ forskning samt presenterar en modell för att kvalitetsbedöma båda sortens artiklar.

Originalartiklarna med både kvantitativ och kvalitativ ansats genomgick kvalitetsgranskningen utifrån bedömningsunderlaget vilket grundade sig på frågor med svarsalternativen ja (två poäng), delvis (ett poäng) eller nej (noll poäng). Utifrån detta erhöll artiklarna en totalpoäng där lägre än 20 poäng innebar låg kvalitet, 20–28 poäng god kvalitet och 29–36 stod för mycket god kvalitet. Författarna granskade varje artikel individuellt och oberoende av varandra för att sedan diskutera och säkerställa att varje enskild artikel fått rätt nivå av klassificering och därmed kunna användas som underlag till studiens resultat.

Tolv artiklar bedömdes hålla en mycket god kvalitet, sju artiklar en god kvalitet. Under granskningen uteslöts tre artiklar då de gemensamt inte bedömdes svara adekvat på syftet. Två artiklar uteslöts då de inte höll tillräckligt god kvalitet.

Integrativ analys

Att göra en integrerad litteraturöversikt möjliggör belysande av samma fenomen från olika vinklar, men försvårar analysen till viss del (Polit & Beck, 2017). Alla artiklar lästes flera gånger av författarna för att få en övergripande förståelse av innehållet. Dataanalysen skedde genom att följa Whittemore och Knafl (2005) metod för integrativ analys. Det är en analysmodell som bygger på data reduction, data display, data comparison, conclusion drawing och verification. Det är en analysmodell som används för att hantera data från olika metodologier.

Initialt gjordes en datareducering, där kvalitativ data kodades och kvantitativ data förklarades i ord. Vidare sammanfogades all data i en gemensam matris för att ge en överblick över likheter och skillnader där artiklarna presenterades utifrån syfte, metod, resultat och kvalitet (Bilaga B). Nästa steg var att jämföra data. Efter genomgång av all data flera gånger började olika teman och kategorier framkomma. Data jämfördes och sammanställdes till olika kategorier som presenteras under resultat.

Sista steget i analysen är verifikation, där författarna återgick till originalartiklarna för att kontrollera att kategorierna och resultatet stämde överens. De framkomna kategorierna stämmer väl överens med det som originalartiklarna presenterat.

Forskningsetiska överväganden

All forskning som bedrivs på människor ska innehålla noggranna etiska överväganden beskriver Polit och Beck (2017). Till denna integrativa litteraturstudie har enbart studier inkluderats som erhållit ett etiskt godkännande eller där noggranna etiska överväganden genomförts. Etiska principer som alltid ska följas beskrivs i Belmontrapporten (The Belmont Rapport, 1978), dessa principer är respekt för individen, göra-gott-principen samt rättvisepincipen. Under hela arbetets gång låg dessa principer till grund avseende

den etiska aspekten i de granskade studierna och då den aktuella studien avser granskning gällande forskning på barn, vilka är en extra sårbar grupp, var det ett av kraven för att inkluderas i studien att ett etiskt godkännande skulle föreligga.

Belmontrapporten (1978) beskriver även hur autonomin hos barn är begränsad och därmed är vikten att skydda barnets rättigheter desto viktigare. Vid forskning på barn under 15 års ålder ska vårdnadshavarna lämna ett informerat samtycke (SFS 2003:460) och barnet ska i största möjliga mån erhålla åldersanpassad information. I enlighet med SFS 2003:460 är det också av största vikt att ha i åtanke att om barnet skulle uttrycka motvilja till att delta i studien ska detta respekteras omedelbart. De studier som granskats med empirisk karaktär ska således erhållit ett informerat samtycke (Vetenskapsrådet, 2017).

Ytterligare etiska aspekter som tagit till hänsyn under studiens gång är att författande inte medvetet förvrängt eller manipulerat resultatet från de granskade artiklarna, avsiktligt plagierat eller fabricerat texten i arbetet (Polit & Beck, 2017). Detta motverkades dels genom att båda författarna läst samtliga granskade artiklar var för sig för att sedan diskutera dem gemensamt och därigenom minska risken för feltolkningar och upprätthålla objektivitet. För kvalitetssäkring avseende plagiat har arbetet granskats via datorprogrammet Ourginal.

Förförståelse

Alla människor besitter en viss form av förförståelse genom den kunskap, de värderingar och erfarenheter vi har. Det är viktigt att detta i åtanke då denna förförståelse kan ha en påverkan över studien menar Henricsson (2017). Författarna till studien besitter flera års yrkeserfarenhet som sjuksköterskor på en akutmottagning och har både positiva och negativa erfarenheter med att vårda barn i samband med smärtsamma procedurer. Dessa erfarenheter skulle kunna påverka urvalet av artiklar och tolkning av artiklarnas resultat (Polit & Beck, 2017).

Genom en medvetenhet angående förförståelse och kring det faktum att människan är begränsad till att tolka och presentera en absolut sanning kan studiens pålitlighet stärkas menar Henricsson (2017). Under dataanalysen är det viktigt att författarna är opartiska och framställer resultatet utifrån studiens syfte rent objektivt (Forsberg & Wengström, 2016).

RESULTAT

Till resultatet inkluderades 19 vetenskapliga artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Resultatet från dessa artiklar presenteras utifrån sex kategorier samt nio underkategorier, vilka presenteras nedan i tabell 4.

Tabell 4. Kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Barnets smärtupplevelse vid procedurer	- <i>Diskrepans i skattning av smärta, oro och ångest</i> - <i>Skillnader i åldersgrupper</i> - <i>Farmakologiska åtgärder för att underlätta smärtan</i>
Barnets upplevelse av distraktion vid smärtsam procedur	- <i>Passiv distraktion</i> - <i>Aktiv distraktion</i>
Barnets upplevelse och önskan om delaktighet vid smärtsam procedur	- <i>Vikten av medbestämmande</i> - <i>Vikten av information</i>
Barnets upplevelse av teamarbete vid smärtsam procedur	- <i>Skapa säkerhet och främja tillit</i>

Barns smärtupplevelse vid procedurer

Ortiz et al (2012) undersökte procedurrelaterad smärta och ångest hos 252 barn. Det visade sig att 80,4 procent av dessa ansågs vara smärtsamma och 77,4 procent som stressfulla. De smärtsamma procedurer som klassades högst var PVK-sättning, klinisk undersökning samt venprovtagning. Kornman et al (2020) visade på att samtliga barn upplevde procedurrelaterad smärta och den procedur som varit mest smärtsam var PVK-sättning. Även Rømsing et al (2014) har undersökt smärtsamma procedurer hos barn där det framkom att PVK och blodprovstagning var det mest smärtsamma. 72 procent upplevde mild smärta, 8,5 procent kraftig smärta. Smärtan upplevdes lägre hos barnet om hen hade genomgått proceduren förut.

Diskrepans i skattning av smärta, oro och ångest

Det fanns en betydande diskrepans i smärtskattningen beroende på vem som har genomfört den (Crumm et al., 2020; Kornman et al., 2020; Rømsing et al., 2014). Sjuksköterskor hade en tendens att underskatta barnets smärta. Närstående hade å andra sidan en tendens att överskatta hur ont barnet hade. Även vid oro och ångest skattade anhörig nivåerna högre än vad barnet gjorde (Crumm et al., 2020).

Skillnader i åldersgrupper

Tonåringar, mellan 13–17 år gamla, kände samma nivå av smärta som fyra till 12 åringar under smärtsamma procedurer (Cozzi et al., 2021). Även före proceduren hade de liknande nivåer av oro. Trots detta var andelen ungdomar som fick topikal bedövning signifikant lägre än hos de yngre barnen. Ungdomarna fick mindre fysisk och verbal tröst samt var fysiskt längre ifrån sina föräldrar under proceduren.

Yngre barn, mellan tre till sju år, skattades högre avseende rädsla och oro från sjuksköterskan i en studie av Gursky et al., (2010) i jämförelse med de äldre barnen. Dessa barn observerades även ha en signifikant högre nivå av stress under den smärtsamma proceduren.

Farmakologiska åtgärder för att underlätta smärtan

Karlsson et al (2016) skriver om hur barn uppskattar att bli omhändertagna inför sin smärtsamma procedur, till exempel med hjälp av olika läkemedel som gör att barnet slappnar av mer eller som smärtlindrar. Av de barn som Rømsing et al (2014) inkluderat hade 65 procent fått en farmakologisk intervention i samband med den smärtsamma proceduren. Av de 8,5 procent av barnen som klassade smärtan över VAS fem hade 52 procent fått smärtlindring.

I en jämförelse mellan att få lustgas i kombination med topikal- eller lokalbedövning tolererade 88 procent av barnen undersökningen väl, i kontrollgruppen 56 procent (Duchicela et al., 2017). Smärtan och oron upplevdes lägre hos barnet när de även fick använda lustgas under proceduren. Tre av 43 barn blev illamående eller upplevde hallucinationer. Att använda lustgas som smärtlindring ansågs effektivt av barnet, och även av föräldrarna och sjuksköterskorna (Duchicela et al., 2017; Kornman et al., 2020).

Barnets upplevelse av distraktion vid smärtsam procedur

Vid smärtsamma procedurer är distraktion av stor vikt för hur barnet hanterar smärtan där flera studier visade på en lägre smärtskattning hos de barn som fick distraktion (Nilsson et al., 2011; Gursky et al., 2010, Karlsson et al., 2016; Canbulat Sahiner & Demirgoz Bal, 2015, Nilsson et al., 2013; Gupta et al., 2014; Ballard et al., 2017, Antonelli et al., 2019; Arikan et al., 2020, Lilik Lestari et al., 2017; Garcia-Aracil et al., 2018).

Distraktion visade sig ha en positiv effekt på barnets nivå av rädsla, oro och ångest (Canbulat Sahiner & Demirgoz Bal., 2015; Gursky et al., 2010; Nilsson et al., 2013; Arikan et al., 2013). Nilsson et al (2011) menade på att distraktionen visade sig vara förebyggande för utvecklandet av rädsla och stress och barnen kunde fokusera på något annat än själva proceduren samt slappna av bättre. Om barnen ej blev erbjuden någon distraktion upplevdes det som att en viktig del i deras smärtbehandling föll bort.

För att distraktionen ska vara lyckad menar Karlsson et al (2016) att barnet måste vilja bli distraherad och även förstå sig på distraktion, annars kan det ha motsatt effekt på barnets upplevelse och bidra till en känsla av kontrollförlust. Med detta i åtanke är det viktigt att distraktion ska vara lätt att förstå för barnet och inte verka skrämmande på något sätt.

Genom att individualisera valet och förslag av distraktionsteknik kunde smärtan upplevas mindre (Ballard et al., 2017; Gursky et al., 2010; Nilsson et al., 2011). Antingen genom att fråga vilken distraktion som barnet ville använda sig av (Gursky et al., 2010), eller genom åldersanpassade distraktionskit (Ballard et al., 2017).

Passiv distraktion

Passiv distraktion i form av att titta på tecknade bilder (Lilik Lestari et al., 2017), leksaksarmband (Arikan et al., 2020), lyssna på musik (Antonelli et al., 2019; Canbulat Sahiner & Demirgoz Bal, 2015), titta på tecknat (Gupta et al., 2014) eller äta godisklubba (Nilsson et al., 2013) var typer av passiva distraktioner som visade hade en positiv effekt avseende smärtskattningen hos barnet i jämförelse med de som inte fick någon typ av distraktion. Effekter från dessa distraktioner kunde ses ha en lugnande påverkan för barnet, lägre nivåer av ångest och oro i jämförelse med kontrollgruppen

uppmättes (Antonelli et al., 2019; Arikian et al., 2013; Canbulat Şahiner & Demirgoz Bal, 2015; Lilik Lestari et al., 2017; Nilsson et al., 2013).

Aktiv distraktion

Blåsa ballong eller såpbubblor (Canbulat Sahiner & Demirgoz Bal, 2015; Ballard et al., 2017; Lilik Lestari et al., 2017), dataspelande (Cozzi et al., 202; Nilsson et al., 2013), underhållning av clown eller hund (Antonelli et al., 2019) eller interaktiv leksak (Arikian et al., 2020) var typer av aktiv distraktion som visade sig ha en positiv påverkan avseende smärtskattningen hos barnen.

I jämförelse med passiv distraktion hade aktiv distraktion en ofta bättre effekt avseende barnens smärtskattning (Canbulat Sahiner & Demirgoz Bal, 2015; Nilsson et al., 2013; Arikian et al., 2013; Lilik Lestari et al., 2017). Aktiv typ av distraktion visade sig även vara mest effektiv avseende nivå av rädsla och oro (Arikian et al., 2013). Canbulat Sahiner och Demirgoz Bal (2015) påvisade att även föräldrar skattat lägre smärta hos barn som får distraktion, där en positiv trend var tydligast vid aktiv typ av distraktion.

Barnets upplevelse och önskan om delaktighet vid smärtsam procedur

Att vara delaktig i vården beskrevs av flera barn som en viktig faktor för att få en bättre upplevelse av den smärtsamma proceduren (Bray et al., 2019; Karlsson et al., 2016; Nilsson et al., 2011).

Vikten av medbestämmande

Flera barn tar gärna emot distraktionshjälp från sjuksköterskan (Karlsson et al., 2016). Dock måste sjuksköterskan fråga och lyssna till barnet om hen hellre vill observera, i de fallen är inte distraktion en bra strategi. Bray et al (2019) visade på vikten av delaktighet vid distraktion för att stärka barnens känsla av självkontroll. Barnen ville ha hjälp med olika distraktionstekniker och det var även av stor vikt att barnen kunde få använda föräldrar och kära ägodelar under proceduren som hjälp till distraktion (Bray et al., 2019; Gursky et al., 2010).

När barnet upplevde kontroll över smärtan var de mer benägna att vara delaktiga i vården och vara med och ta olika beslut (Nilsson et al., 2011). Att som barn få spela huvudrollen i situationen underlättade möjligheten att låta den smärtsamma proceduren fortskrida påvisade Karlsson et al (2016). Delaktigheten kan också stärkas genom lek då upplever barnet större kontroll och har lättare att uttrycka sig.

Vikten av information

Förberedande information till barnet innan en smärtsam procedur som sker på ett åldersanpassad och individuellt vis hade en positiv effekt på barnen avseende nivå av rädsla och oro innan, under och efter en smärtsam procedur (Gursky et al., 2010; Karlsson et al., 2016; Nilsson et al., 2011). Det skapade delaktighet som gjorde att barnen kände sig involverade i proceduren som skulle ske. När barnet inte fick tillräckligt med information eller information på fel sätt minskade delaktigheten från barnet då fantasin hos barnet istället tog över vilket kunde leda till att proceduren upplevdes främmande, skrämmande samt att barnets fantasi lätt tog över.

Barn vill ha information om vad som ska hända (Bray et al., 2019; Karlsson et al., 2016; Nilsson et al., 2011). De vill veta varför de behöver genomföra proceduren, vem som

ska genomföra den och hur den går till. Barnet vill inte att sjuksköterskan ljuger. Bray et al (2019) klassificerade informationen som barn önskade till information gällande proceduren, sensorisk information samt information gällande självkontroll. De barn som genomgick mer invasiva smärtsamma procedurer önskade att få information och stöd kring coping-mekanismer samt veta att det fanns stöd att tillgå under den kommande proceduren, till exempel i form av en närstående eller leksak (Bray et al., 2019).

Det visade sig vara viktigt att kommunicera med barnet på hans nivå (Gursky et al., 2010; Karlsson et al., 2016; Nilsson et al., 2011). Bland yngre barn visade Karlsson et al (2016) att det var viktigt att informationen som riktades till barnet rörande proceduren var översatt med hjälp av metaforer eller referenser utifrån barnets egen värld för att öka förståelsen. Uppföljande frågor från sjuksköterskan visade på huruvida informationen har förståtts. Viktigt var också att ge barnet utrymme till att fråga frågor. Desto mer barnet visste och förstod desto mer vågade barnet berätta för sjuksköterskan hur de ville att proceduren skulle genomföras.

Barnets upplevelse av teamarbete vid smärtsam procedur

Under en procedur beskriver Karlsson et al (2016) att det är viktigt att barnet, den närstående och sjuksköterskan skapar tillit till varandra och har en gemensam förståelse för kommande procedur som ska ske. Alla tre har olika roller att fylla i teamet och det är viktigt att sjuksköterskan stödjer detta för bästa möjliga utfall.

Skapa säkerhet och främja tillit

Att ha en närvarande anhörig hjälper barnet vid den smärtsamma proceduren (Karlsson et al, 2016; Nilsson et al., 2011; Sağlık & Çağlar, 2018). Även att ha ett syskon i rummet kan fungera bra som distraktion. Att skämma bort barnet med kramar, tröst och ett försök att göra det så bra som möjligt för barnet upplevs bra och gör det enklare för det att gå igenom proceduren.

Barnet kände sig tryggare inför proceduren när en anhörig närvarade samt upplevde denne att vara en positiv länk till vårdpersonalen (Karlsson et al., 2016). Den anhöriga kunde användas som språkrör för barnet och det upplevdes bra att kunna visa något till sin anhöriga som denne sedan berättade för vårdpersonalen. Även att ibland tala för barnet upplevdes positivt från barnets sida, när det var en anhörig som känner barnet väl. Att bli lovad en present eller utflykt av en närstående kunde också hjälpa barnet att hårdna ut den smärtsamma proceduren.

Karlsson et al (2016) beskriver hur närstående kan hämma barnets nyfikenhet vid smärtsamma procedurer genom att påtvinga distraktion när barnet i själva verket vill observera vad som görs under proceduren. Detta i sin tur leder till en känsla av kontrollförlust och irritation hos barnet.

Barnet förväntar sig att sjuksköterskan ska vara duktig på sitt jobb (Nilsson et al., 2011). När sjuksköterskan genomför proceduren på ett professionellt sätt så minskar oron och smärtan hos barnet. Kompetensen förmedlades både på sättet sjuksköterskan utförde uppgiften men även sättet som hen kommunicerade. Sjuksköterskan bör försöka se till att barnet känner sig trygg och säker. Det kan göras genom att sjuksköterskan inte bara är uppgiftsfokuserad utan också ser till smärtan och oron. Genom att sjuksköterskan bekräftar besvärande känslor hos barnet, så som "Det är okej att vara ledsen och gråta" upplevs detta som ett stöd för barnet.

Om en relation är skapat med barnet kan det uppskattas att leka och skoja på ett sätt som barnet förstår (Karlsson et al., 2016). Det ledde till att barnet kunde slappna av och hänge sig till personalen. Om det däremot skojas på en nivå som barnet inte förstår eller om över dennes huvud kan barnet bli osäkert och ledset.

Karlsson et al (2016) visar på positiv effekt för barnet då den närstående gjorde barnet till dess huvudsakliga fokus och pratade med barnet på hans nivå. Stöttande kommentarer från närstående kunde vara "Du gör det så bra" och "Du är bäst i hela världen". Barnen upplever en känsla av stolthet och att vara viktig där de fick sådan typ av uppmuntran. När sjuksköterskan kommunicerar med barnet under proceduren samtidigt som barnet höll sin förälders hand tolkades som positiv distraktion (Nilsson et al., 2011). Icke-stöttande kommentarer, såsom att "Detta måste göras", "Det blir bara svårare om du fortsätter så där", gjorde att barnet fick en sämre upplevelse av proceduren (Karlsson et al., 2016). Att bli fasthållen var inget som barnet uppskattade. Om föräldern var orolig påverkade det barnets oro och smärta negativt både före och under proceduren (Sağlık & Çağlar, 2018).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa barnets upplevelser i samband med smärtsamma procedurer på akutmottagningen. Resultatet från studien kommer diskussionen ske utifrån vad författarna ansåg som huvudresultat, dessa benämns som smärtupplevelsen, vikten av delaktighet samt förutsättningar för att minska lidandet.

Smärtupplevelsen

Smärta upplevdes hos en majoritet av barnen i samband med procedurer. Den procedur som orsakade mest smärta var invasiva procedurer som PVK-sättning och venprovtagning (Ortiz et al., 2012; Kornman et al., 2020; Rømsing et al., 2014). Detta tillsammans med det faktum att just denna typ av procedur är den mest vanligaste förekommande i samband med besök på akutmottagningen (Blount et al., 2009; Leahy et al., 2008; Uman et al., 2006) bidrar till en förhoppning invasiva procedurer skulle kunna vara betydligt bättre hanterad avseende lindringen av smärta. Men Ortiz et al (2012) påvisade att 80,4 procent av barnen upplevde proceduren som smärtsam. Det finns idag flera vedertagna metoder att tillgå för att lindra procedurrelaterad smärta hos barn, både farmakologiska och icke-farmakologiska (Walker et al., 2019; Läkemedelsverket, 2014). Trots detta hade enbart 65 procent av barnen i studien av Rømsing et al (2014) fått en farmakologisk intervention, än mer anmärkningsvärt var att endast hälften av de barn som upplevt allvarlig smärta (VAS över fem) erhöll någon form av farmakologisk intervention.

Ytterligare resultat som visar på underbehandling av smärta hos barn i samband med procedurer var avseende att barn i tonåren erhöll topikal bedövning i signifikant lägre utsträckning i jämförelse med de yngre barnen (Cozzi et al., 2021). Detta trots att de hade samma nivå av smärta. Ett utav akutsjuksköterskans ansvarsområden är att lindra lidande för patienten precis som Eriksson (1994) beskriver. Att då inte erbjuda topikal bedövning till alla barn går emot detta samtidigt som också forskning visar tydligt på att otillräcklig smärtlindring hos alla barn kan leda till negativa minnen och svårare smärta vid framtida smärttillstånd. Vilket i sin tur kan leda till utvecklandet av nålrädsla och ett

undvikande beteende för att söka medicinsk vård (Noel et al., 2012; Grunau et al., 2013).

Utifrån resultatet i denna studie har författarna identifierat skillnaden i smärtskattningen beroende på vem som utfört den (Crumm et al, 2020; Kornman et al, 2020; Rømsing et al, 2014). Där den närstående ofta skattade barnets smärta högre än barnet och sjuksköterskan ofta skattade smärtan lägre än barnet. Detta visar på betydelsen av att använda vedertagna och åldersanpassade smärtskalor för att kunna bedöma smärta hos ett barn (Manworren & Stinson, 2016). Barn kan inte alltid verbalisera vad de känner utan kan behöva hjälp för att få fram deras smärtupplevelse. Och även om den närstående kan verka som en förespråkare för barnet är det ändå viktigt att barnet själv om möjligt får uttrycka sin egen smärta för att få bästa möjlighet till rimlig lindring och behandling för sin smärta. Detta har barnen också rätt till, direkt kopplat till barnkonventionen vilken påvisar barnets rätt till att tycka, tänka och uttrycka sina åsikter (UNICEF, 1989).

Att barnen inte blir korrekt smärtskattade och då inte heller erhåller rätt lindring går emot Katie Erikssons teori om att lindra lidandet. Även om vi som vårdpersonal inte alltid kan ta bort lidandet helt, så ska vården av barnet alltid inriktas på att lindra lidandet i största möjliga mån (Eriksson, 1994). Ett enkelt sätt för att göra detta är genom smärtskattning men trots detta visar forskning att det inom akutsjukvården används smärtskalor på barn relativt lite (Yaffa Zisk-Rony et al., 2015; Karling et al., 2002). Att smärtskatta barnen är en form av vårdhandling, och om denna uteblir, beskriver också Eriksson (1994) hur ett vårdlidande skapas för barnet. Underbehandlad smärta hos barnen menar även författarna går emot HSL (SFS 2017:30) om en jämlik vård av god kvalitet för samtliga. Underbehandlad smärta vid procedurer och en bristande kunskap kring de alternativ som finns menar även författarna många gånger kan leda till att barnen sövs i onödan, exempelvis vid frakturreponering. Att kunna undvika detta skulle minska barnets vårdtid och därmed minska samhällsekonomiska kostnader.

Vikten av delaktighet

Att vara delaktig och få information anpassad efter ålder upplevdes som positivt av barnet (Bray et al, 2019; Coyne, 2014; Gursky et al, 2010; Karlsson et al, 2016; Nilsson et al, 2011; Pelander, 2010; Salmela, 2010; Söderbäck 2011). Barnets rätt till autonomi och medbestämmande är även något som understryks i både HSL (SFS 2017:30) samt Barnkonventionen (UNICEF, 1989). Barn är en utsatt och sårbar grupp och riskerar därmed att drabbas av vårdlidande (Eriksson, 1994). Vårdlidande är även det som uppstår vid frånvaro av god vård, det kan röra sig om då barnet inte känner sig sedd, respekterad eller lyssnad på. Även upplevelsen att inte bli taget på allvar på resulterar i ett vårdlidande.

Ur perspektivet avseende vårdlidande som Eriksson (1994) beskriver, och allt vi kan för att minska ett potentiellt vårdlidande för barnet, visar resultatet från denna studie på vikten på att barnen tillåts att vara delaktiga i sin vård. Detta genom allt från val av distraktionsteknik, främja stöd från närstående, stötta medbestämmande, erhålla åldersanpassad information och uppmuntran till lek. På så sätt skapar vi också förutsättning för barnets vidare kontakt med sjukvården. En dålig erfarenhet av smärtsam procedur kan vara avgörande för barnets utvecklande av nålrädsla och skulle kunna skapa ett undvikande beteende att söka medicinsk vård menar Noel et al (2012)

och Grunau et al (2013). Att ha möjligheten att påverka till en hållbar relation gentemot vården för en individ redan under barndomen är ett stort ansvar för personalen som vårdar barnet och ska förvaltas även så genom att skapa bästa möjliga förutsättningar.

Barn kan ha svårare att hantera smärtsamma procedurer än vuxna då de inte alltid kan sätta in smärtan i ett logiskt sammanhang (Werner, 2010). Det är därför än viktigare att involvera barnet och ge det adekvat smärtlindring. Ett barn som upplever kontroll över smärtan hade mer kapacitet över för att delta i vården och vara med och ta olika beslut (Nilsson et al 2011). Hos ett barn som inte blir uppmärksammat och får beröm kan oro och osäkerhet uppstå (Enskär & Golsäter, 2014; Karlsson et al, 2016). Upplevelsen av smärta sågs vara lägre hos de barn som genomgått proceduren tidigare vilket skulle kunna indikera att vetskapen hos barnet om vad som komma skall minskade smärta, på samma sätt visar detta på vikten av individ- och åldersanpassad information. Att genom förberedelser kan smärtan minska hos barnet. Detta igen kan också kopplas direkt till barnets rättigheter och barnkonventionen (UNICEF, 1989), där barn har rätt till en jämlik vård genom åldersanpassad information och delaktighet är något vården är skyldiga att ge. Ser vi även till Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska vården jämlik och av god kvalitet till samtliga invånare.

Resultatet motstrider det faktum att vården ska vara jämlik dels i fyndet att tonåringarna erhöll också mindre tröst och stöttning under proceduren, de var också frånskilda från sin närstående under längre tid jämfört med de yngre barnen (Cozzi et al., 2021). Detta går emot det Enskär och Golsäter (2014) beskriver att tonåringar är i stort behov av att närstående med sig. Samt att okunskap skapa stor säkerhet under tonåren, varför det är av vikt att barnet i tonåren informeras väl inför kommande procedur.

Samtliga studier som undersökte distraktion vid smärtsamma procedurer visade på en positiv effekt, inte bara ur smärtlindrande syfte, utan verkade även stärkande för känslan av delaktighet visade Bray et al (2017). Distraktion upplevs som ett relativt enkelt och lättillgängligt sätt att göra en svår situation bättre för barnen när forskningen visar på så tydligt positiva effekter. Att använda distraktion och lek är stärkande för barnets känsla av kontroll och barnet har lättare att uttrycka sig genom lek, och förhoppningsvis kanske den skrämmande miljön på akutmottagningen och alla nya människor inte verkar lika främmande.

Förutsättningar för att minska barnets lidande

Inom akutsjukvård är teamarbete en stor grundsten och akutsjuksköterskan ska verka för att varje patient ska få ett gott tvärprofessionellt omhändertagande (SENA, 2017). Anhörig ska inkluderas i teamet, framförallt vid vård av barn (Enskär & Golsäter, 2014). Barnet upplever att en närvarande anhörig hjälper dem vid hanteringen av smärtsamma procedurer (Karlsson et al, 2016; Nilsson et al., 2011; Sağlık & Çağlar, 2018). Av sjuksköterskan förväntar sig barnet att hen är duktig på sitt jobb, desto mer professionellt sätt proceduren görs ju mer minskar oron och smärtan (Nilsson et al, 2011). Sjuksköterskan bör skapa ett förtroende hos barnet och inte bara vara uppgiftsfokuserad utan också se till smärtan och oron. Dessutom ska sjuksköterskan identifiera personer som är sårbara och/eller utsatta och bidra till att minska deras sårbarhet och utsatthet (SENA, 2017).

Trots kunskap kring detta så kan det vara svårt att praktisera i verkligheten.

Akutmottagningar idag är hårt belastade, att skapa ett förtroende hos barnet kräver kunskap, engagemang och organisatoriska förutsättningar (Mortensen et al., 2021).

Kunskapen saknas hos en stor del av personalen och 55 procent upplever att det är svårt att få med föräldrarna eller barnet på banan. Även Czarnecki et al (2010) lyfter svårigheter för att uppnå god smärtlindring: tidsbrist, dålig kommunikation i teamet, att inte ha koll på riktlinjer som finns samt att ge för lite smärtlindring för tätt inpå den smärtsamma proceduren.

Angående de organisatoriska förutsättningarna går det att anta att det är än svårare att uppnå en god vård för barn på en akutmottagning avsedd för vuxna. Personalen har ej fått verktyg för att klara av att hålla en hög klinisk kompetens, såsom barnen önskar. Att vårda barn ställer också helt andra krav på lokaler, medicinteknisk utrustning, kunskaper kring läkemedel och barnets vitalparametrar. På flera olika akutmottagningar i Kanada hade 86 procent inte ett specifikt behandlingsutrymme för barn, 53 procent saknade leksaker, 56 procent av personalen hade fått någon form av pediatrik utbildning och 94 procent önskade mer standardiserade vårdförlopp (Hamid et al., 2017). Det är svårt att distrahera ett barn inför en smärtsam procedur om inte en enda leksak finns.

Barnet har rätt till personal som besitter hög kompetens. För att uppnå den kliniska kompetens som barnet önskar menar Andersson och Nilsson (2009) att sjuksköterskor som arbetar med akutsjukvård behöver mer än grundutbildning. Ratnapalan et al (2019) hävdar att det behövs fler barnsjuksköterskor inom akutsjukvård. Utifrån sjuksköterskans perspektiv så påverkar barntrauman personalens mående negativt, framförallt om man är under 25 år och saknar bra copingmekanismer (McGarry et al., 2013).

Lösningar för att underlätta finns; mer utbildning, standardiserade vårdförlopp samt att anpassa organisationen mer efter barn (Czarnecki et al., 2010; Hamid et al., 2017; Mortensen et al., 2021; Karling et al., 2002; Ratnapalan et al., 2019). Genom att verkligen satsa på dessa lösningar så skulle det möjliggöra att sjuksköterskan inom akutsjukvården kan lägga den tid och engagemang på ålders- och individanpassade möten och förberedelser med barnet som krävs för skapandet av förtroende, tillit och säkerhet i annars till synes skrämmande miljö. Den närstående skulle kunna involveras som en medlem i teamet redan från start för att hjälpa barnet med hanteringen av smärtan på bästa möjliga sätt. Barnen skulle bli korrekt smärtskattade och möjligheten till att ge en korrekt smärtlindring träder fram. Slutligen att genom främjandet av delaktighet från barnet genom lek och distraktion under proceduren, tillsammans med bästa tänkbara farmakologiska smärtlindring, kan lidandet minska för barnet och bästa möjliga vård blir en möjlighet.

En ökad kompetens bland sjuksköterskor skulle inte bara bidra till ett minskat lidande och ökad patientsäkerhet för barnen i samband med smärtsamma procedurer utan skapa en jämlikare vård i enlighet med barnkonventionen (UNICEF, 1989) och HSL (SFS 2017:30). Författarna menar även på att en ökad kompetens skulle stärka tryggheten i sin yrkesroll som sjuksköterska och skapa förutsättningar för ett mer hållbart arbetsliv och därmed potentiellt kunna minska personalomsättningen som idag är ett stort problem på många akutmottagningar, vilket skulle påverka vården positivt även på samhällsnivå.

En jämlikare vård tror författarna även skulle främjas av organisatoriska anpassningar till barnen, framförallt på akutmottagningarna som vårdar både barn och vuxna, där tid och utrymme för barnen måste finnas. Barn kräver och har rätt till vård av god kvalitet. För att uppnå detta behöver vårdmiljön också anpassas efter barnen till att vara mer

inbjudande och stimulera till lek. Distraherande element krävs, som också är anpassade till olika åldersnivåer för att kunna erbjuda barnen vård av god kvalitet och är något författarna också tar med sig till sin egen arbetsplats.

Metoddiskussion

Ansats och design

Denna uppsats var en litteraturöversikt med integrativ design. Att använda både kvalitativ och kvantitativ forskning är omdiskuterat men, inget är bättre eller sämre än det andra (Whittemore & Knafl, 2005). En av anledningarna att det är omdiskuterat är att det är relativt nytt, det började diskuteras på bred front i början av 2000-talet. Diskussioner har även förts kring svårigheterna kring analysprocessen, att den försvåras då olika sorters data ska analyseras (Polit & Beck, 2017). Detta kan ses som en svaghet, men då granskningsmallen samt analysmallen var utformade för att analysera både kvalitativa och kvantitativa data bör stora bias ha undvikits. Polit och Beck (2017) hävdar också att en kombination av kvalitativa och kvantitativa artiklar kan ge en fördjupad och breddad förståelse för ett problem. Det kan således ses som en styrka att ha belyst frågeställningen både utifrån en kvalitativ och kvantitativ vinkel.

Den valda metoden har hjälpt till att svara till syftet då både de kvalitativa och kvantitativa artiklarna har bidragit till att uppmärksamma barnets upplevelse från olika perspektiv. En kombinerad intervju- och observationsstudie hade troligen kunnat ge ett liknande resultat. Under en tidsbegränsad period som uppsatsskrivande är möjliggör dock metoden litteraturstudie en bredare bild med mer data.

Urval

För att uppnå en hög kvalitet i sin studie är grundstenen att studien ska ha en systematiskt ansats (Polit & Beck, 2016/2017). Studien ska vara reproducerbar och ha tydliga både inklusions- och exklusionskriterier. Samtliga inkluderade studier var primärstudier som var peer-reviewed. Detta är en styrka (Polit & Beck, 2016/2017). Begränsningar i urvalet gjordes för att hitta artiklar som svarar till syftet. Artiklar publicerade 2010-2021 inkluderades. SBU (2017) hävdar att äldre artiklar kan ses som en svaghet då mycket kan hända inom forskningen. Artiklar på engelska och svenska inkluderades. Det går att argumentera för att andra relevanta artiklar på andra språk har missats. Polit och Beck (2016/2017) menar att de flesta artiklar med hög kvalitet publiceras gör det på engelska samt att det är viktigt att endast inkludera artiklar på språk som författarna behärskar väl. Dock är engelska är ingen av författarnas modersmål, vilket skulle kunna leda till att vissa saker misstolkas. Att inte ha tillgång till alla artiklar, då vissa kostade pengar, medförde också att relevant information kan ha missats.

Exklusionskriterier var bland annat artiklar som rörde neonatala barn, Buzzy® samt virtuella verklighet-glasögon. Att de exkluderades var dels på grund av att de inte var applicerbara på författarnas arbetsplats men även att de var fokuserade på en sorts produkt och inte på barnets upplevelse. Trots att flera abstract och artiklar lästes innan beslutet togs finns det en möjlighet att information kan ha missats.

Totalt inkluderades 19 artiklar som uppfyllde syftet. Enligt Polit och Beck (2017) är det en lagom mängd artiklar vid begränsad tid. Dock går det anta att fler artiklar hade gett ett än mer omfattande resultat. Artiklarna hade blandade ansatser. Randomiserad kontrollerad studie (RCT) anses vara den främsta sorten av forskning (Polit & Beck,

2017). I tabell 6 ses fördelningen av inkluderade artiklar. En majoritet av dem var randomiserade kontrollerade studier (RCT) vilket stärker trovärdigheten genom att de besitter ett högt bevisvärde, enligt Forsberg och Wengström (2010). Då syftet var att belysa upplevelser hade fler kvalitativa artiklar kunnat vara av intresse för att få en fördjupad förståelse av upplevelsen. Trots breda och många sökningar hittades inte fler kring barns upplevelser, de flesta rörde sjuksköterskans eller föräldrarnas upplevelse. Mer forskning hade således behövts från barnets perspektiv.

Författarna valde att inkludera nio artiklar som ej utspelade sig på akutmottagningar, Nilsson et al (2011), Karlsson et al (2016), Bray et al (2019), Canbulat et al (2015), Kornman et al (2010), Nilsson et al (2013), Duchella et al (2017), Römsing et al (2014) och Gupta et al (2014). Dessa artiklar berör såromläggningar, PVK-sättning, blodprovstagning samt andra vanligt förekommande procedurer som också genomförs på akutmottagningar. Författarna bedömde således att det som framkom kring barnets upplevelse var generaliserbart även till en akutmottagning. Detta är även något som diskuteras i ett antal av de granskade artiklarna som också menar att det råder en överförbarhet till annan kontext än akutmottagningen då dessa artiklar studerar barnens upplevelser (Karlsson et al, 2016).

Det kan dock ses som en svaghet att inte alla studier utförts på akutmottagningar och påverkar således studiens överförbarhet. Att enbart inkludera artiklar som undersökt barn på akutmottagningen hade bidragit till ett mer överförbart resultat. En intressant aspekt som författarna försökt att belysa men ej lyckats med relaterat till ej tillräcklig forskning på ämnet, var att studera barnens upplevelser i samband med smärtsamma procedurer på akutmottagning som vårdar både barn och vuxna, jämfört med upplevelserna barn har som vårdas på barnakutmottagning.

Tabell 6. Olika typer av studier inkluderade

Randomiserad kontrollerad studie	7
Kvalitativ studie	5
Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie	2
Kvasi-experimentell studie	4
Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie	1

Forskningen kommer från flera olika länder med stor geografisk spridning, var god se tabell 7. Samtliga land har olika sjukvårdssystem, ekonomiska samt kulturella skillnader. Trots detta framkommer liknande information i de olika resultaten vilket kan tolkas som en styrka, det går att argumentera för att resultaten har god extern validitet och är generaliserbara. Två av artiklarna har samma författare.

Tabell 7. Geografisk fördelning

Sverige	3	USA	3	Turkiet	3	Italien	2
Danmark	1	Kanada	1	Indien	1	Indonesien	1
Mexico	1	Spanien	1	Australien	1	Storbritannien	1

Att forskningen kommer från flera olika länder och världsdelar påverkar även studiens överförbarhet genom skillnader i sjukvårdssystem, ekonomi och kultur. Dock menar författarna att detta inte är en uppenbar svaghet då studien syftade till att undersöka barnens upplevelse vilken främst inte står i direkt koppling till dessa aspekter. En påverkan på överförbarheten finns då vården i granskade artiklarna kan skilja sig markant från svenska förhållanden, exempelvis avseende riktlinjer och vårdpolicys. Något som ytterligare stärker överförbarheten är att deltagarna i studien besitter en variation av socioekonomiska och kulturella förutsättningar, detta menar författarna gynnar generaliserbarheten i större utsträckning än att den geografiska spridningen skulle påverka negativt.

I de inkluderade artiklarna var 17-316 barn representerade, med ett medelvärde på 112. Barnen i de aktuella artiklarna är 0-18 år med en jämn spridning, jämn fördelning mellan kö och socioekonomiska förutsättningar.

Samtliga mätinstrument använda i de olika artiklarna är validerade för att mäta det som de ska. I enstaka fall har instrumentet översatts till det aktuella forskningsspråket för att barnet ska förstå. Det kan ses som både en svaghet och styrka. Svaghet då saker i instrumentet kan ha fallit bort i översättningen, styrka då barnet har fått svara på sitt eget språk.

Datainsamling

Mårtensson och Fridlund (2017) menar att en testsökning för att bekanta sig med ämnet förstärker trovärdigheten. Testsökningen gav en god inblick i vad som fanns skrivet i ämnet. Att använda sig av en bibliotekarie stärker datainsamlingen (Forsberg & Wengström, 2015).

Att använda minst två databaser ses som en styrka och kan ge högre trovärdighet (Henricson, 2017). Vidare menar Henricson (2017) att stöta på dubletter i de olika sökningarna och databaserna stärker trovärdigheten ytterligare. I detta arbete användes tre olika databaser, det finns många fler databaser och troligtvis hade fler artiklar hittats om fler databaser använts. I flera av sökningar uppkom dubletter.

Dataanalys

Att artiklarna granskats utefter en förutbestämd mall stärker trovärdigheten (Forsberg & Wengström, 2015; Henriksson, 2017). Etikprövningen som samtliga artiklar genomgått stärker även den trovärdigheten hävdar Henriksson (2017). Genom att först analysera texten individuellt för att sedan jämföra resultatet höjer reliabiliteten. De utvalda artiklarna lästes individuellt av båda författarna. Polit och Beck (2017) skriver att det är viktigt att läsa och analysera materialet flera gånger för att få fram lämpliga kategorier. Analysarbetet är tydligt beskrivet vilket ger en bekräftelsebarhet (Mårtensson och Fridlund, 2017). Denna stärks ytterligare då andra personer granskat arbetet, vilket skett flera gånger under vid handledning.

Förförståelse

I och med att författarna har flera års yrkeserfarenhet som sjuksköterskor och arbetar på en akutmottagning som vårdar barn som ska undergå smärtsamma procedurer, bidrar detta oundvikligen till att båda författarna besitter en förförståelse kring barnens upplevelser kring smärtsamma procedurer. Genom att författarna under arbetets gång

haft med denna förförståelse i åtanke har resultatet från samtliga studier presenterats utifrån att svara på studiens syfte och inte påverkats av författarna egna åsikter eller värderingar kring ämnet. Att författarna haft en förförståelse samt medvetenhet kring detta stärker studiens trovärdighet och pålitlighet (Mårtensson och Fridlund, 2015; Henriksson, 2017)

Även fast denna medvetenhet råder så är det möjligt att förförståelsen hade påverkan på analysen av artiklarna och studiens resultat, trots att det diskuterades mellan författarna menar Polit och Beck (2017). Objektivitet bör råda i en litteraturöversikt så långt som möjligt men förförståelsen kan ha en påverkan trots detta.

Under tiden för denna litteraturstudie skedde regelbundna handledarträffar tillsammans med lärare från universitetet samt studenter från samma kurs. Dessa handledarträffar bidrog till en opartisk granskning av studien då det kan vara svårt för de två författarna att hålla sig objektiva. Handledaren är inte bara en opartisk granskare utan besitter även en specifik kompetens för att kunna se och ge förslag till förbättring och identifiera eventuella risker i och med författarnas förförståelse. Polit och Beck (2016/2017) menar att det är en styrka med flera personer som läser och granskar materialet. Detta är även något som Solbue (2011) påvisar då framförallt oerfarna författare, så som författarna till denna studie, har stor nytta av handledning från en mer erfaren handledare som kan guida författarna genom arbetet och motverka eventuell påverkan av den förförståelse som råder. Således menar författarna i sin tur att detta stärker studiens pålitlighet och trovärdigheten.

SLUTSATS

Barnets upplevelser av smärtsamma procedurer på akutmottagningen kretsar kring smärta, upplevelsen av distraktion, vikten av att känna sig delaktig samt upplevelsen om vad som är viktigt i samspelet mellan sjuksköterskan, närstående och barnet själv. Utifrån dessa fynd kan sjuksköterskan inom akutsjukvården skaffa sig verktyg för att göra en potentiellt stressfull situation bra som möjligt för barnet. Detta genom relativt enkla medel som finns att tillgå oavsett arbetsplats.

Trots att det kan verka vara med enkla medel, så råder det idag stora utmaningar inom dagens akutsjukvård i form av överbelastade akutmottagningar, kunskapsbrist hos personalen och bristande organisatoriska förutsättningar för att kunna erbjuda barnen den bästa möjliga vård de har rätt till. Utifrån resultatet menar författarna att genom mer utbildning, standardiserade vårdförlopp och att organisationerna anpassas efter barn skulle således förutsättningar skapas så att barnen kan få den vård de har rätt till. Oavsett situation vi står inför inom akutsjukvården ska barnets bästa alltid komma i det första rummet.

Klinisk tillämpbarhet

Fyndet från detta arbete går direkt att applicera på det dagliga arbetet, om arbetet sker med barn som kommer att utsättas för potentiellt smärtsamma procedurer. Det är viktigt att vara medveten om att det sjuksköterskan gör till vardags kan vara nytt och skrämmande för barnet, oavsett ålder. Fyndet och de verktyg denna studie gett möjliggör för en förbättrad situation både för barnet, den närstående och sjuksköterskan

vid smärtsamma procedurer inom akutsjukvården genom att fokusera på barnets perspektiv.

Resultatdiskussionen pekar vidare på organisatoriska hinder som försvårar arbetet. Dessa hinder är vida kända för alla som arbetar och verkar inom sjukvården. Idag finns flera effektiva, välbeprövade metoder för att lindra barns smärta och oro vid potentiellt smärtsamma procedurer. Barn har rätt till bästa möjliga vård. Trots detta påvisar flera studier att barn får dålig smärtlindring, vilket är en bild författarna delar. För att komma till bukt med problemet behöver fortsatt kvalitetsutveckling inom akutsjukvården bedrivas, standardiserade behandlingsprotokoll bör införas och kontinuerlig utbildning av vårdpersonalen behöver bedrivas. På en akutmottagning som också vårdar barn bör arbetsgivaren satsa på att säkerställa kompetensen gällande barnsjukvård i arbetsgruppen, detta genom utbildning men också genom exempelvis auskulteringar på barnakutmottagning eller barnavdelningar för personalen. Det bör också finnas specialistsjuksköterskor inom barnsjukvård. En ökad kompetens bland sjuksköterskorna skulle leda till en minskat lidande för barnen. I större utsträckning kan barnen då undvika onödig anestesi i samband med smärtsamma procedurer, patientsäkerheten skulle öka och således kan även minskade samhällsekonomiska kostnader ses på lång sikt.

Vidare forskning behövs på gällande barnets upplevelse av akutmottagningsbesöket, både allmänt men även kring smärtsamma procedurer. Fler intervjustudier med barn inom akutsjukvården som genomgår smärtsamma procedurer hade varit av värde för att ge en djupare förståelse. Ytterligare intressant aspekt hade varit att jämföra barn som vistas på barnakutmottagning och barn som vårdas på akutmottagning för barn och vuxna för att kunna se en skillnad i upplevelsorna hos barnen. Genom detta då kunna rikta insatserna bättre på vad barnen upplever som främsta skillnaden och förhoppningsvis kunna ge barnet bästa tänkbara vistelse oavsett typ av akutmottagning. Båda författarna var i början av denna litteraturstudie intresserade av just kombinationen av vägledad dagdrömande tillsammans med administrering av lustgas hos barn vid smärtsamma procedurer, detta utifrån de positiva erfarenheterna författarna besatt. Dock saknades tillräckligt med forskning inom detta ämne vilket därmed är något författarna fortsättningsvis skulle vilja studera.

REFERENSER

*Antonelli, E., Vagnoli, L., Ciucci, E., Vernucci, C., Lachi, F., & Messeri, A. (2019). A Comparison of Nonpharmacologic Interventions on the Emotional State of Children in the Emergency Department. *Pediatric emergency care*, 35(2), 81–88.

<https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000900>

Andersson, H., & Nilsson, K. (2009). Questioning nursing competences in emergency health care. *Journal of emergency nursing*, 35(4), 305–311.

<https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.06.015>

*Arıkan, A., & Esenay, F. I. (2020). Active and Passive Distraction Interventions in a Pediatric Emergency Department to Reduce the Pain and Anxiety During Venous Blood Sampling: A Randomized Clinical Trial. *Journal of emergency nursing*, 46(6), 779–790.

<https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.05.004>

*Ballard, A., Le May, S., Khadra, C., Lachance Fiola, J., Charette, S., Charest, M. C., Gagnon, H., Bailey, B., Villeneuve, E., & Tsimicalis, A. (2017). Distraction Kits for Pain Management of Children Undergoing Painful Procedures in the Emergency Department: A Pilot Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 18(6), 418–426.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.08.001>

Bice A. A. (2018). Cognitive Dissonance and Pediatric Procedural Pain Management: A Concept Clarification. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 19(3), 230–237.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.07.005>

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

Benjamin J. Walker, David M. Polaner, Charles B. Berde, 44 - Acute Pain, Editor(s): Charles J. Coté, Jerrold Lerman, Brian J. Anderson, A Practice of Anesthesia for Infants and Children (Sixth Edition), Elsevier, 2019, pages 1023-1062.e15, ISBN 9780323429740, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-42974-0.00044-6>.

The Belmont Report. (1978). *Ethical principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects Research*, Department of Health, Education, and Welfare. Hämtad 18 November, 2021, från <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmontreport/index.html>

Blount, R. L., Zempsky, W. T., Jaaniste, T., Evans, S., Cohen, L. L., Devine, K. A., & Zeltzer, L. K. (2009). *Management of pediatric pain and distress due to medical procedures*. Roberts & R. G. Steele (Red), Handbook of pediatric psychology (ss. 171–188). The Guilford Press.

*Bray, L., Appleton, V., & Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay

calm?. *Child: care, health and development*, 45(5), 737–743.
<https://doi.org/10.1111/cch.12692>

Brown, K., Mace, S. E., Dietrich, A. M., Knazik, S., & Schamban, N. E. (2008). Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. *CJEM*, 10(1), 38–43. <https://doi.org/10.1017/s1481803500009994>

Brown, J. C., Klein, E. J., Lewis, C. W., Johnston, B. D., & Cummings, P. (2003). Emergency department analgesia for fracture pain. *Annals of emergency medicine*, 42(2), 197–205. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.275>

Brudvik, C., Moutte, S. D., Baste, V., & Morken, T. (2017). A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting. *Emergency medicine journal: EMJ*, 34(3), 138–144. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205825>

Bulloch, B., & Tenenbein, M. (2002). Validation of 2 pain scales for use in the pediatric emergency department. *Pediatrics*. 110(3), 33. <https://doi.org/10.1542/peds.110.3.e33>

Cabilan, C. J., & Boyde, M. (2017). A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. *Australasian emergency nursing journal:AENJ*, 20(2), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.04.001>

*Canbulat Sahiner, N., & Bal, M. D. (2016). The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *Journal of child health care:for professionals working with children in the hospital and community*, 20(3), 277–285.
<https://doi.org/10.1177/136749351558706>

Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G., Katz, E. R., Children's memories for painful cancer treatment procedures: implications for distress. *Child Dev.* 2000 Jul-Aug;71(4):933-47. doi: 10.1111/1467-8624.00200.

Constantine, E., Steele, D. W., Ebersson, C., Boutis, K., Amanullah, S., & Linakis, J. G. (2007). The use of local anesthetic techniques for closed forearm fracture reduction in children: a survey of academic pediatric emergency departments. *Pediatric emergency care*, 23(4), 209–211. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31803e1792>

Cordell, W. H., Keene, K. K., Giles, B. K., Jones, J. B., Jones, J. H., & Brizendine, E. J. (2002). The high prevalence of pain in emergency medical care. *The American journal of emergency medicine*, 20(3), 165–169. <https://doi.org/10.1053/ajem.2002.32643>

Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18(3), 273–280.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.006>

*Cozzi, G., Cognigni, M., Busatto, R., Grigoletto, V., Giangreco, M., Conte, M., & Barbi, E. (2022). Adolescents' pain and distress during peripheral intravenous cannulation in a paediatric emergency setting. *European journal of pediatrics*, 181(1), 125–131. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04169-x>

Cramton, R. E., & Gruchala, N. E. (2012). Managing procedural pain in pediatric patients. *Current opinion in pediatrics*, 24(4), 530–538. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328355b2c5>

*Crumm, C. E., Camp, E. A., Khalil, M., & Chumpitazi, C. E. (2020). Improving the Pediatric Procedural Experience: An Analysis of Pain, Anxiety, and Satisfaction. *Journal of patient experience*, 7(2), 232–237. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328355b2c5>

Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12(2), 95–111. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.02.003>

*Duchicela, S. I., Meltzer, J. A., & Cunningham, S. J. (2017). A randomized controlled study in reducing procedural pain and anxiety using high concentration nitrous oxide. *The American journal of emergency medicine*, 35(11), 1612–1616. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.04.076>

Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., Snow, S. K., American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee, & Emergency Nurses Association Pediatric Committee (2015). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), e255–e272. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>

Elliott, C. H., Jay, S. M., & Woody, P. (1987). An observation scale for measuring children's distress during medical procedures. *Journal of pediatric psychology*, 12(4), 543–551. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/12.4.543>

Enskär, K., & Golsäter, M. (2014). Från barndom till ungdom- den växande människans omvårdnadsbehov. I. F. Friberg., & I J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (2:a uppl., ss. 595-623). Lund: Studentlitteratur

Eriksson, K. (1994) Den lidande människan. Liber

Etoundi, P. O., Mbengono, J., Ntock, F. N., Tochie, J. N., Ndom, D., Angong, F., Beyiha, G., & Minkande, J. Z. (2019). Knowledge, attitudes, and practices of Cameroonian physicians with regards to acute pain management in the emergency department: a multicenter cross-sectional study. *BMC emergency medicine*, 19(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0260-3>

*García-Aracil, N., Ramos-Pichardo, J. D., Castejón-de la Encina, M. E., José-Alcaide, L., Juliá-Sanchís, R., & Sanjuan-Quiles, Á. (2018). Effectiveness of non-pharmacological measures for reducing pain and fear in children during venipuncture in the emergency department: a vibrating cold devices versus distraction. *Emergencias : revista de la Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*, 30(3), 182–185.

Garra, G., Singer, A. J., Taira, B. R., Chohan, J., Cardoz, H., Chisena, E., & Thode, H. C., Jr (2010). Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in pediatric emergency department patients. *Academic emergency medicine:official journal of the*

Society for Academic Emergency Medicine, 17(1), 50–54.
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00620.x>

Grahn, M., Olsson, E., & Edwinston Mansson, M. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 284–292.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

Grunau, R. (2013). *Long-term effects of pain in children*. In Oxford Textbook of Paediatric Pain. Oxford, UK: Oxford University Press. Hämtad 12 November från <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199642656.001.0001/med-9780199642656-chapter->

Goodenough, B., Addicoat, L., Champion, G. D., McInerney, M., Young, B., Juniper, K., & Ziegler, J. B. (1997). Pain in 4- to 6-year-old children receiving intramuscular injections: a comparison of the Faces Pain Scale with other self-report and behavioral measures. *The Clinical journal of pain*, 13(1), 60–73. <https://doi.org/10.1097/00002508-199703000-00009>

*Gupta, H. V., Gupta, V. V., Kaur, A., Singla, R., Chitkara, N., Bajaj, K. V., & Rawat, H. C. (2014). Comparison between the Analgesic Effect of two Techniques on the Level of Pain Perception During venipuncture in Children up to 7 Years of Age: A Quasi-Experimental Study. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 8(8), PC01–PC4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9731.4675>

*Gursky, B., Kestler, L. P., & Lewis, M. (2010). Psychosocial intervention on procedure-related distress in children being treated for laceration repair. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 31(3), 217–222.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181d5a33f>

Hamid, M. A., Siddiqui, S., Fayyaz, J., Chandna, A., Ariz, A., Butchey, J., Ambalavanar, E., Mistry, N., Azad, A. M., Bhatti, J. A., & Scolnik, D. (2017). Paediatric-appropriate facilities in emergency departments of community hospitals in Ontario: A cross-sectional study. *World journal of emergency medicine*, 8(4), 264–268.
<https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.04.003>

Hartling, L., Milne, A., Foisy, M., Lang, E. S., Sinclair, D., Klassen, T. P., & Evered, L. (2016). What Works and What's Safe in Pediatric Emergency Procedural Sedation: An Overview of Reviews. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 23(5), 519–530.
<https://doi.org/10.1111/acem.12938>

Hedén, L., von Essen, L., & Ljungman, G. (2016). The relationship between fear and pain levels during needle procedures in children from the parents' perspective. *European journal of pain* (London, England), 20(2), 223–230.
<https://doi.org/10.1002/ejp.711>

Karling, M., Renström, M., & Ljungman, G. (2002). Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway:1992), 91(6), 660–666. <https://doi.org/10.1080/080352502760069070>

- *Karlsson, K., Dalheim Englund, A. C., Enskär, K., Nyström, M., & Rydström, I. (2016). Experiencing Support During Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7Years). *Journal of pediatric nursing*, 31(6), 667–677. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.06.004>
- Kennedy R, Luhmann J., Zempsky W; Clinical Implications of Unmanaged Needle-Insertion Pain and Distress in Children. *Pediatrics* November 2008; 122 (Supplement_3): S130–S133. 10.1542/peds.2008-1055e
- *Kornman, K., Wilson, V., Tinsley, P., Watt, J., & Sheppard-Law, S. (2020). Improving the Utilisation of Nitrous Oxide in Paediatric Patients to Manage Procedural Pain and Procedural Anxiety. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 43(1), 22–34. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1528309>
- *Lilik Lestari, M. P., Wanda, D., & Hayati, H. (2017). The Effectiveness of Distraction (Cartoon-Patterned Clothes and Bubble-Blowing) on Pain and Anxiety in Preschool Children during Venipuncture in the Emergency Department. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 40(sup1), 22–28. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1386967>
- Leahy, S., Kennedy, R. M., Hesselgrave, J., Gurwitch, K., Barkey, M., & Millar, T. F. (2008). On the front lines: lessons learned in implementing multidisciplinary peripheral venous access pain-management programs in pediatric hospitals. *Pediatrics*, 122 Suppl 3, S161–S170. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1055i>
- Läkemedelsverket. (2014). *Behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer i hälso- och sjukvård – Kunskapsdokument*. Information från Läkemedelsverket 2014;25(3):9–22.
- Manworren, R. C., & Stinson, J. (2016). Pediatric Pain Measurement, Assessment, and Evaluation. *Seminars in pediatric neurology*, 23(3), 189–200. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2016.10.001>
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *The British journal of clinical psychology*, 31(3), 301–306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x>
- McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Lee, S. L., Blair, E., Wood, F., & Elliott, C. (2013). Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience and coping skills. *Journal of paediatrics and child health*, 49(9), 725–732.
- McGrath, P. A., Seifert, C. E., Speechley, K. N., Booth, J. C., Stitt, L., & Gibson, M. C. (1996). A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain*, 64(3), 435–443. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00171-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00171-9)
- McMurtry, C. M., Noel, M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2011). Children's fear during procedural pain: preliminary investigation of the Children's Fear Scale. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 30(6), 780–788. <https://doi.org/10.1037/a0024817>

Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric nursing*, 23(3), 293–297.

Mortensen, L. M., Ekelund, K., & Hallas, P. (2021). Barriers and facilitators among health care professionals in the Emergency Department for treating paediatric patients pain and anxiety. A qualitative survey study. *International emergency nursing*, 59, 101067. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101067>

*Nilsson, S., Enskär, K., Hallqvist, C., & Kokinsky, E. (2013). Active and passive distraction in children undergoing wound dressings. *Journal of pediatric nursing*, 28(2), 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.06.003>

*Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enskär, K. (2011). Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings. *Journal of advanced nursing*, 67(7), 1449–1457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05590.x>

Noel, M., McMurtry, C. M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2010). Children's memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of pediatric psychology*, 35(6), 626–636. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp096>

Noel, Melanica,*; Chambers, Christine T.a,b; McGrath, Patrick J.a,b,c,d; Klein, Raymond M.a; Stewart, Sherry H.a,c,e The influence of children's pain memories on subsequent pain experience, *Pain*: August 2012 - Volume 153 - Issue 8 - p 1563-1572 doi: 10.1016/j.pain.2012.02.020

NOBAB Sverige. (2017). NOBAB - Nordiskt nätverk för Barn och ungas rätt och Behov inom hälso-och sjukvård. http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation_NOBAB_2017.pdf

O'Malley, P.J., Brown, K., & Krug, S.E. (2008). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 122(2), 11-21. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1569>

Ortiz, M. I., López-Zarco, M., & Arreola-Bautista, E. J. (2012). Procedural pain and anxiety in paediatric patients in a Mexican emergency department. *Journal of advanced nursing*, 68(12), 2700–2709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05969.x>

Pancekauskaitė, G., & Jankauskaitė, L. (2018). Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain in Paediatric Emergency Room. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 54(6), 94. <https://doi.org/10.3390/medicina54060094>

Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(4), 726–733. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x>

Piira, T., Sugiura, T., Champion, G. D., Donnelly, N., & Cole, A. S. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child: care, health and development*, 31(2), 233–243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00466.x>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pölkki T., Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen, K (2003). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 40, Issue 1, [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00030-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00030-5)

Rajasagaram, U., Taylor, D. M., Braitberg, G., Pearsell, J. P., & Capp, B. A. (2009). Paediatric pain assessment: differences between triage nurse, child and parent. *Journal of paediatrics and child health*, 45(4), 199–203. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2008.01454.x>

Ratnapalan, S., Bennett, C., Dopson, S., & Darwent, M. (2019). Staff Perceptions of Improving Emergency Care for Children: A Qualitative Study. *The health care manager*, 38(1), 29–36. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000251>

Remick, K., Gausche-Hill, M., Joseph, M.M., Brown, K., Snow, S.K., & Wright, J.L. (2018). Pediatric Readiness in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 72(6), 123-136. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2459>

Remick, K., Snow, S., & Gausche-Hill, M. (2013). Emergency department readiness for pediatric illness and injury. *Pediatric emergency medicine practice*, 10(12), 1-13.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/legitimerad_sjukskoterska_med_specialistsjukskoterskeexamen_med_inriktning_mot_akutsjukvard.pdf

*Rømsing, J., Dremstrup Skovgaard, C., Friis, S. M., & Henneberg, S. W. (2014). Procedure-related pain in children in a Danish University Hospital. A qualitative study. *Paediatric anaesthesia*, 24(6), 602–607. <https://doi.org/10.1111/pan.12402>

Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of paediatrics and child health*, 46(3), 108–114. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x>

*Sağlık, D. S., & Çağlar, S. (2019). The Effect of Parental Presence on Pain and Anxiety Levels During Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 45(3), 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.003>

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 18 November, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Riksdagen.

Shavit, I., Kofman, M., Leder, M., Hod, T., & Kozer, E. (2008). Observational pain assessment versus self-report in paediatric triage. *Emergency medicine journal : EMJ*, 25(9), 552–555. <https://doi.org/10.1136/emj.2008.058297>

Shave, K., Ali, S., Scott, S. D., & Hartling, L. (2018). Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC pediatrics*, 18(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1300-y>

Socialstyrelsen. (2014). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*: Rapport december 2014. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2014-12-4.pdf>

Socialstyrelsen (2019). *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2019*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-9-6907.pdf>

Solbue, V. (2011). In search of my hidden preconceptions as a researcher. *Reflective Practice*, 12(6), 817-827, <http://doi.org/10.1080/14623943.2011.609248>

Stinson, J., Yamada, J., Dickson, A., Lamba, J., Stevens, B., "Review of Systematic Reviews on Acute Procedural Pain in Children in the Hospital Setting", *Pain Research and Management*, vol. 13, Article ID 465891, 7 pages, 2008. <https://doi.org/10.1155/2008/465891>

Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 15(2), 99–106. <https://doi.org/10.1177/1367493510397624>

Taddio, A., & Katz, J. The effects of early pain experience in neonates on pain responses in infancy and childhood. *Paediatr Drugs*. 2005;7(4):245-57. <http://doi:10.2165/00148581-200507040-00004>.

Taddio, A., Shah, V., Gilbert-MacLeod, C., & Katz, J. (2002). Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances. *JAMA*, 288(7), 857–861. <https://doi.org/10.1001/jama.288.7.857>

Taddio, A., Goldbach, M., Ipp, M., Stevens, B., & Koren, G. (1995). Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. *Lancet* (London, England), 345(8945), 291–292. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(95\)90278-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(95)90278-3)

Tomlinson, D., von Baeyer, C. L., Stinson, J. N., & Sung, L. (2010). A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*, 126(5), e1168–e1198. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1609>

Uman, L. S., Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. R. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD005179. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005179.pub3>

UNICEF Sverige. (1989). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige. Hämtad 11 November, 2021, från <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#hela-texten>

Van Cleve L, Johnson L, Pothier P. Pain responses of hospitalized infants and children to venipuncture and intravenous cannulation. *J Pediatr Nurs*. 1996 Jun;11(3):161-8. [http://doi.org/10.1016/S0882-5963\(96\)80049-2](http://doi.org/10.1016/S0882-5963(96)80049-2)

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/Godforskningssed_VR_2017.pdf

Voepel-Lewis, T., Zhanotti, J., Dammeyer, J. A., & Merkel, S. (2010). Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 19(1), 55–62. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010624>

von Baeyer, C. L., Spagrud, L. J., McCormick, J. C., Choo, E., Neville, K., & Connelly, M. A. (2009). Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-reports of pain intensity. *Pain*, 143(3), 223–227. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.03.002>

Wilson-Smith, E. M. (2011). Procedural Pain Management in Neonates, Infants and Children. *Reviews In Pain*, 5(3), 4-12. doi:10.1177/204946371100500303

Weisman SJ, Bernstein B, Schechter NL. Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998 Feb;152(2):147-9. doi:10.1001/archpedi.152.2.147

Yaffa Zisk-Rony R, Lev J, Haviv, H (2015) Nurses' Report of In-hospital Pediatric Pain Assessment: Examining Challenges and Perspectives, *Pain Management Nursing*, Volume 16, Issue 2, <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.003>

BILAGA A

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.

Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

<p>8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)</p>		

14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen ”objektiv”?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
Totalt (max 36 poäng)		

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

BILAGA B

Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet/ Poäng
Antonelli, E., Vagnoli, L., Ciucci, E., Vernucci, C., Lachi, F., & Messori, A. 2019 Italien	A Comparison of Nonpharmacologi c Interventions on the Emotional State of Children in the Emergency Department	Syftet var att jämföra hur effektiva tre olika distraktionsmetod er var hos barn som upplevd smärtsamma procedurer på en akut observationsavdel ning	Barnen randomiserades till två olika grupper, interventionsgrupp samt kontrollgrupp. Sedan randomiserades barnen i interventionsgruppen till en intervention: clown, musik eller hund. Barnen fick skatta sitt mående med hjälp av PANAS-C, SAM, VAS samt Wong-Baker Scale. Föräldrarna samt vårdpersonalen fyllde i ett formulär. Datan analyserades i SPSS.	N=105 3-16 år	Alla tre interventioner hade liknande påverkan på barnen, en positiv sådan. Även föräldrar och vårdpersonalen upplevde en positiv effekt på barnen. Ingen signifikant skillnad visades mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp relaterat till smärta.	RCT Mycket god kvalitet 31 poäng

<p>Arıkan, A., & Esenay, F. I.</p> <p>2020</p> <p>Turkiet</p>	<p>Active and Passive Distraction Interventions in a Pediatric Emergency Department to Reduce the Pain and Anxiety During Venous Blood Sampling: A Randomized Clinical Trial.</p>	<p>Syftet var att på en barnakutmottagning undersöka hur effektiva två olika distraktionsmetoder var, en passiv och en aktiv, för att minska smärtan vid smärtsamma procedurer, rädsla och oro hos barn som tar blodprover.</p>	<p>En randomiserad, kontrollerad, experimentell studie utförd på en barnakutmottagning.</p> <p>Barnen randomiserades till tre grupper: aktiv distraktion, passiv distraktion samt kontrollgrupp.</p> <p>Nivåerna av smärta och oro mättes före och efter proceduren av barnet, föräldern samt observatören. VAS-skalan, FACES Pain Rating Scale, samt the Children's Fear Scale användes.</p>	<p>N=216</p> <p>6-12 år</p>	<p>Samtliga grupper hade liknande bakgrund.</p> <p>Gruppen med aktiv distraktion skattade lägre oro, rädsla och smärta än de andra grupperna. En signifikant skillnad påvisades i graderingen mellan grupperna där gruppen som erhöll aktiv distraktion tydligt skattade både smärta, oro och rädsla klart lägst, följt av gruppen som fick passiv distraktion och därefter kontrollgruppen som skattade smärta, rädsla och oro högst i jämförelse.</p>	<p>RCT</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>33 poäng</p>
---	---	---	---	-----------------------------	---	---

<p>Ballard, A., Le May, S., Khadra, C., Lachance Fiola, J., Charette, S., Charest, M. C., Gagnon, H., Bailey, B., Villeneuve, E., & Tsimicalis, A.</p> <p>2017</p> <p>Kanada</p>	<p>Distraction Kits for Pain Management of Children Undergoing Painful Procedures in the Emergency Department: A Pilot Study</p>	<p>Syftet var att undersöka hur användbart distraktionskit är vid smärtsamma procedurer hos barn som besöker aktumottagningen</p>	<p>En pilotstudie som genomfördes på ett stort pediatriiskt sjukhus i Montreal, Quebec.</p> <p>De skapade två olika distraktionskit anpassade till barn i olika åldrar, de innehöll bla en pop-up bok, såpbubblor, klistermärken, bollar.</p> <p>FLACC-skalan användes för att mäta smärtan. Smärtan bedömdes innan, under och efter proceduren.</p> <p>Datan analyserades med hjälp av SPSS.</p>	<p>N=50 (2)</p> <p>3 månader - 5 år</p>	<p>Samtliga föräldrar vill använda kittet igen.</p> <p>Under den smärtsamma proceduren så sågs en signifikant lägre FLACC hos interventionsgruppen.</p>	<p>RCT</p> <p>God kvalitet</p> <p>26 poäng</p>
--	--	---	---	---	---	--

<p>Bray, L., Appelton, V., & Sharpe, A.</p> <p>2019</p> <p>Storbritannien</p>	<p>The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm?</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka behovet av information som barn har när de kommer till sjukhuset för planerade medicinska procedurer</p>	<p>Deltagarna i studien fick framställa ett så kallat aktivitetsblad genom att antingen rita eller skriva sina tankar, detta aktivitetsblad tillsammans med semi-strukturerade intervjuer genomfördes för att samla in data. Den insamlade datan analyserades därefter genom kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>N=106</p> <p>(7)</p> <p>8-12 år</p>	<p>Totalt framkom 616 bitar av information som barnen tyckte var viktigt att de skulle fått innan med medicinska proceduren.</p> <p>Dessa kodades ned till tre olika typer av information, nämligen:</p> <p>Information gällande proceduren: Barnen önskade att få så detaljerad information om proceduren som möjligt. Så som hur apparaten ser ut, hur lång tid det kommer att ta, hur undersökningsrummet kommer se ut.</p> <p>Sensorisk information: Information gällande om hur det kommer att kännas. Dels om det kommer att göra ont men även om något skulle kännas kallt eller lukta annorlunda. Hur det skulle kännas när huden är bedövad.</p> <p>Information gällande självkontroll: De barn som genomgått invasiva procedurer såsom blodprovstagning var det viktigt att få information kring hur de kunde del distrahera sig själv men också om föräldrarna eller kära ägodelar fick vara med under proceduren för att ge distraktion och tröst.</p>	<p>K</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>33 poäng</p>
---	--	---	--	--	--	---

<p>Canbulat Sahiner, N, Demirgoz Bal, M. 2015 Turkiet</p>	<p>The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children</p>	<p>Syftet var att undersöka tre olika distraktionsmetoder (distraktionskort, lyssna på musik samt blåsa ballong) inverkan på barns oro och smärta under blodprovstagning.</p>	<p>Studien genomfördes på ett provtagningslabb i Turkiet. Metoden som användes var prospektiv randomiserad klinisk prövning. En poweranalys gjordes för att bestämma urvalsstorleken. Barnen randomiserades in i grupper: en för varje distraktionsmetod samt en kontrollgrupp. Datainsamlingen skedde genom intervjuer med barnen, föräldrarna och observatören. 0-4 CFS användes för att mäta orosnivåer, 0-10 WB_FACES användes för att mäta smärtan. Dataanalys skedde med hjälp av SPSS.</p>	<p>N=120 6-12 år</p>	<p>Pre-procedur nivåerna av oro och smärta låg på samma nivå i alla grupper. Distraktionskorts-gruppen visade lägst rapporterad smärta. I alla interventionsgrupper var smärtan lägre än i kontrollgruppen. Orosnivåerna var lägre i samtliga interventionsgrupper, lägst i ballong-gruppen.</p>	<p>RCT God kvalitet 29 poäng</p>
---	---	---	---	--------------------------	--	--

<p>Cozzi, G, Cognigni, M, Busatto, R, Grigoletto, V, Giangregio, M, Conte, M, Barbi, E</p> <p>2021</p> <p>Italien</p>	<p>Adolescents' pain and distress during peripheral intravenous cannulation in a paediatric emergency setting</p>	<p>Syftet var att undersöka smärta och oro hos tonåringar och barn vid PVK- sättning på akutmottagningen .</p>	<p>Tvärsnittsstudie utförd nov-19- juni-20 på en pediatrik akutmottagning i Italien. Barnen och ungdomarna delades upp i tre grupper beroende på deras ålder.</p> <p>Data samlades in genom självskattning samt FPS-R. De olika åldersgruppernas smärta skattades med hjälp av olika instrument.</p> <p>Data analyserades med hjälp av SAS.</p>	<p>N=136 (28)</p> <p>4-17 år</p>	<p>Nivåerna av självrapporterad smärta och pre-procedur oro var lika hög i alla åldrar.</p> <p>Bland 4-7 åringar användes topikal- eller lokalbedövning hos 80 procent, hos 8-12 åringar 43,8 procent och hos 13-17 åringarna 3,2 procent.</p> <p>Föräldrarna gav mindre fysisk och verbal tröst till 13-17åringarna.</p>	<p>IE</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>30 poäng</p>
---	---	--	---	---	---	--

<p>Crumm, C. E., Camp, E. A., Khalil, M., & Chumpitazi, C. E. 2020 USA</p>	<p>Improving the Pediatric Procedural Experience: An Analysis of Pain, Anxiety, and Satisfaction</p>	<p>Syftet var att jämföra självrapporterad smärta och oro mellan patient, vårdnadshavare och vårdpersonal före, under och efter smärtsamma procedurer på akutmottagningen .</p>	<p>Detta var en prospektiv observationsstudie av barn som genomgick smärtsamma procedurer på en akutmottagning. Bekvämlighetsurval användes. Innan, under och efter procedurer fick barnen över tre års ålder gradera deras smärta och ångest. Samtidigt fick vårdnadshavaren och vårdgivaren också skatta barnets smärta, vårdnadshavaren fick också skatta barnets nivå av ångest. Efter proceduren fick även vårdnadshavaren och vårdgivaren skatta nöjsamhet. SPSS användes för analys av data.</p>	<p>N = 256 (17) 1-18 år</p>	<p>Resultatet från studien visade att vårdnadshavaren graderade nivån av smärta högre än vårdgivaren innan, under och efter proceduren. Vårdnadshavaren graderade även nivån av smärta högre än barnen innan och och under proceduren. Även nivå av ångest skiljde sig åt mellan grupperna, där vårdnadshavarna graderade det högre än barnen både innan, under och efter proceduren. När det kom till nöjsamhet visade resultatet på att vårdgivarna var minst nöjd med gruppen av barn mellan 1-2 år, även vårdnadshavarna skattade lägst nöjsamhet i denna åldersgrupp.</p>	<p>PO God kvalitet 24 poäng</p>
--	--	---	---	---	---	---

<p>Duchicela, S, Meltzer, J A, Cunningham, S J</p> <p>2017</p> <p>USA</p>	<p>A randomized controlled study in reducing procedural pain and anxiety using high concentration nitrous oxide</p>	<p>Syftet var att undersöka om lustgasbehandling i kombination med standardbehandling ökade komforten hos pediatriiska patienter som genomgår smärtsamma procedurer i jämförelse med enbart standardbehandling</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie som genomfördes i en innerstad på ett akademiskt barnakutsjukhus.</p> <p>Barn som skulle genomföra en mindre procedur på akuten inkluderades. Först bestämdes det om barnet skulle få topikal- eller lokalbedövning, sedan randomiserades användandet av lustgas. 39 barn hamnade i standardbehandlingsgruppen och 43 i lustgasgruppen. De vanligaste smärtsamma procedurerna var sy/limma sår samt PVK-sättning.</p> <p>Till datainsamlingen användes Modified-Yale Pre-operative Anxiety Scale samt FLACC.</p> <p>Dataanalysen genomfördes med hjälp av SPSS.</p>	<p>N=82</p> <p>3-12</p>	<p>Det var ingen skillnad mellan grupperna kring vilka procedurer som genomfördes.</p> <p>Samtliga faktorer mätta var högre i kontrollgruppen än hos de som fick lustgas.</p> <p>Tre patienter blev illamående/upplevde hallucinationer. 88 procent av barnen i interventionsgruppen tolererade proceduren väl, i standardgruppen 56 procent. Föräldrarna upplevde att barnen i interventionsgruppen var bekväma till 92 procent, vs 71 procent i kontrollgruppen.</p>	<p>RCT</p> <p>God kvalitet</p> <p>27 poäng</p>
---	---	--	---	-------------------------	--	--

<p>García-Aracil, N., Ramos-Pichardo, J. D., Castejón-de la Encina, M. E., José-Alcaide, L., Juliá-Sanchís, R., & Sanjuan-Quiles, Á.</p> <p>2018</p> <p>Spanien</p>	<p>Effectiveness of non-pharmacological measures for reducing pain and fear in children during venipuncture in the emergency department: a vibrating cold devices versus distraction</p>	<p>Syftet med studien var att vid venpunktion på akutmottagningen undersöka effektiviteten av en fysisk metod för att lindra smärta samt ångestnivå hos medföljande vuxen.</p>	<p>Kvasi-experimentell studie som delades in i tre grupper: en som erhöll vibration/kyla samt distraktion, en med bara distraktion och en kontrollgrupp.</p> <p>Smärtan mättes med hjälp av Wong-Baker skalan, rädslan med Children's Fear Scale och ångestnivåerna hos medföljande vuxen State Anxiety Questionnaire Trait.</p>	<p>N = 88 (10)</p> <p>4-10 år</p>	<p>Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de två olika interventionsgrupperna när det kom till smärta, men mindre smärta upplevdes än hos kontrollgruppen.</p> <p>Rädslan var samma i alla grupper.</p> <p>Föräldrarnas ångestnivåer korrelerade inte med barnets smärta eller oro men sjönk då de själva deltog i distraktionen.</p>	<p>KE</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>29 poäng</p>
---	--	--	--	---------------------------------------	--	--

<p>Gupta, H. V., Gupta, V. V., Kaur, A., Singla, R., Chitkara, N., Bajaj, K. V., & Rawat, H. C.</p> <p>2014</p> <p>Indien</p>	<p>Comparison between the Analgesic Effect of two Techniques on the Level of Pain Perception During venipuncture in Children up to 7 Years of Age: A Quasi-Experimental Study</p>	<p>Syftet var att jämföra den smärtlindrande effekten vid PVK-sättning om en familjemedlem enbart håller barnet i famnen eller tillsammans med att en familjemedlem håller barnet i famnen samt att barnet får titta på tecknad distraktion samtidigt</p>	<p>En kvasiexperimentell studie vid en pediatrik avdelning på ett sjukhus.</p> <p>Deltagarna valdes ut på ett icke-randomiserat vis. Deltagarna delades in i två grupper, grupp 1 som blir hållen i famnen av familjemedlem och grupp 2 där familjemedlem håller barnet i famnen samt att barnet får titta på tecknad distraktion samtidigt.</p> <p>Smärtskattning observerades med hjälp av FLACC. Datan analyserades med SPSS.</p>	<p>N=70</p> <p>0-7 år</p>	<p>Lägre gradering enligt FLACC såg i grupp 2 som fick titta på tecknat kombinerat med att sitta i familjemedlems knä.</p> <p>I grupp 1 fick 88,57 % allvarlig smärta i samband med nålstick, medan i grupp 2 fick 20 % allvarlig smärta, och 28,58 % medelsvår smärta och 25,71 % behöll sig lugna och ej smärtpåverkade.</p>	<p>KE</p> <p>God kvalitet</p> <p>26 poäng</p>
---	---	---	--	---------------------------	--	---

<p>Gursky, B., Kestler, L., & Lewis, M.</p> <p>2010</p> <p>USA</p>	<p>Psychosocial Intervention on Procedure-Related Distress in Children Being Treated for Laceration Repair</p>	<p>Syftet var att utvärdera effekt av individuell förberedelse och distraktion för barn som undergår suturering av sårskada på en akutmottagning gällande nivå av obehag.</p>	<p>Kvasi-experimentell studie. Bekvämlighetsurval användes. Barnen delades upp i interventionsgrupp och kontrollgrupp. Interventionsgruppen erhöll individanpassad förberedelse och distraktion medan kontrollgruppen erhöll sedvanlig standardiserad vård. Barnens nivå av stress och obehag observerades av närvarande sjuksköterska med hjälp av OSBD (Observational Scale of Behavioral Distress). OSBD rapporterades både innan, under och efter sutureringen. Efter suturing insamlades information från föräldern hur de uppfattat nivå av stress hos barnet samt hur nöjd de varit med vården deras barn fått.</p>	<p>N=24</p> <p>3-13 år</p>	<p>Resultatet visade på att barnen i interventionsgruppen hade lägre nivå av obehag under suturering än de barn som ingick i kontrollgruppen.</p> <p>Resultatet utifrån föräldrarnas uppfattning avseende obehag hos barnet visade också på lägre nivåer i interventionsgruppen. Föräldrarna till barnen i interventionsgruppen skattade nivån på den vård som deras barn fått högre än de i kontrollgruppen.</p>	<p>KE</p> <p>God kvalitet</p> <p>26 poäng</p>
--	--	---	--	----------------------------	---	---

<p>Karlsson, K., Dalheim-Englund, A-C., Enskär, K., Nyström, M., & Rydström, I.</p> <p>2016</p> <p>Sverige</p>	<p>Experiencing Support During Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7 Years).</p>	<p>Syftet var att förklara och förstå innebörden i stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer hos yngre barn (3-7 år)</p>	<p>Författarna använder sig av ett hermeneutiskt förfarande genom observationer och intervjuer med deltagarna i studien som är barn mellan 3 till 7 år som erfarit stöd vid nålrelaterade medicinska procedurer.</p> <p>Observationen genomfördes med hjälp av video och/eller fältanteckningar.</p> <p>Intervjuerna var menings orienterade och individanpassade efter barnets ålder. Intervjuerna spelades även in med video.</p> <p>Tolkningen av den insamlade datan gjordes utifrån livsvärlden med stöd av Dahlberg et al (2018)</p>	<p>N=21</p> <p>3-7 år</p>	<p>Utifrån observationerna och intervjuerna uppdagades sex teman som identifierades vara stöttande för barnen vid nålrelaterade procedurer. Dessa var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vara i händelsernas centrum - Få hjälp med distraktion - Bli bortskämd - Få vara delaktig - Tillit och trygghet till sig själv och de vuxna - Bli belönad 	<p>K</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>33 poäng</p>
--	--	---	--	---------------------------	---	---

<p>Kornman, K., Wilson, V., Tinsley, P., Watt, J., Sheppard-Law, S.</p> <p>2020</p> <p>Australien</p>	<p>Improving the Utilisation of Nitrous Oxide in Pediatric Patients to Manage Procedural Pain and Procedural Anxiety</p>	<p>Syftet var att förstå dagens användande av lustgas för att lindra procedurrelaterad smärta och ångest, identifiera barriärer för användandet samt förstå patienternas, närstående och sjuksköterskornas syn på lustgas i detta syfte.</p>	<p>Internetbaserade frågeformulär skickades till patienterna, föräldrarna och sjuksköterskorna. Barnen var mellan 7-18 år och fick behandling via onkologisk/hematologisk dagvårdsavdelning.</p> <p>Datan analyserades därefter med hjälp av SPSS</p>	<p>N=17</p> <p>1-18 år</p>	<p>Resultatet visade på att samtliga barn hade upplevt smärta i samband med den medicinska proceduren. Den procedur som var mest smärtsam enligt barnen var PVK-sättning.</p> <p>Både patienterna, föräldrarna och sjuksköterskorna ansåg lustgas som effektiv smärtlindring vid procedursmärta.</p> <p>När det kom till smärtskattning under proceduren skiljde det framförallt mellan föräldrarnas och barnens smärtskattning vid venpunktion och PVK-sättning.</p>	<p>K</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>31 poäng</p>
---	--	--	---	----------------------------	---	---

<p>Lilik Lestari, M. P., Wanda, D., & Hayati, H.</p> <p>2017</p> <p>Indonesien</p>	<p>The Effectiveness of Distraction (Cartoon-Patterned Clothes and Bubble-Blowing) on Pain and Anxiety in Preschool Children during Venipuncture in the Emergency Department.</p>	<p>Syftet var att undersöka hur väl en passiv och en aktiv distraktion hjälper barnet med smärta och oro vid smärtsamma procedurer utförda på akutmottagningen</p>	<p>Kvasiexperimentell studie med två interventionsgrupper, en med passiv distraktion (mönstrad tröja), en med aktiv distraktion (såpbubblor) samt en kontrollgrupp.</p> <p>Smärtan mättes i FLACC. Childrens Fear Scale mätte ångest och oro.</p> <p>ANOVA-analys.</p>	<p>N=57</p> <p>3-6 år</p>	<p>En lägre smärta uppmättes i gruppen med aktiv distraktion än i kontrollgruppen. I den passiva gruppen var det ingen signifikant skillnad i smärta.</p> <p>Oro/ångest var lägre i samtliga interventionsgrupper i jämförelse med kontrollgruppen.</p>	<p>KE</p> <p>God kvalitet</p> <p>26 poäng</p>
--	---	--	--	---------------------------	---	---

<p>Nilsson, S., Enskär, K., Hallqvist, C., & Kokinsky, E. 2013 Sverige</p>	<p>Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressnings</p>	<p>Syftet var att testa hur distraktion påverkar smärta, obehag och ångest hos barn under såromläggningar</p>	<p>Detta var en randomiserad kontrollerad studie vid ett universitetssjukhus. Deltagarna delades in i tre grupper: dataspelande, godisklubba och kontrollgrupp. Under såromläggningen observerades smärta från barnen med hjälp av beteendeskalan FLACC. Barnen självrapporerede smärta med hjälp av verktyget CAS. Obehag/stress rapporterades med skalan FAS och nivå av ångest rapporterades med hjälp av skalan STAI. Både Kruskal-Wallis test och Mann-Withney U-test användes sedan för att analysera datan.</p>	<p>N=60 (2) 5-12 år</p>	<p>Distraktionen dataspelande reducerade den observerade smärtan hos barnet och den självrapporerede nivån av obehag jämfört med andra grupper. Den självrapporerede nivån av ångest var lägre i grupperna som fick spela dataspel och äta godisklubba jämfört med kontrollgruppen.</p>	<p>RCT Mycket god kvalitet 31 poäng</p>
--	---	---	--	---	--	---

<p>Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enskär, K.</p> <p>2011</p> <p>Sverige</p>	<p>Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressing</p>	<p>Syftet var att rapportera upplevelserna barnen (mellan 5 till 10 års ålder) har avseende procedurrelaterad smärta i samband med såromläggning efter att ha ådragit sig traumatiska sårsador</p>	<p>Detta var en kvalitativ studie där semistrukturerade intervjuer genomfördes direkt efter såromläggningen. Intervjuerna transkriberades därefter och analyserades med kvalitativ innehållsanalys för att få fram gemensamma teman.</p>	<p>N=39 (2) 5-10 år</p>	<p>Utifrån intervjuerna fann författarna fyra olika teman, dessa var klinisk kompetens, distraktion, delaktighet och säkerhet. Klinisk kompetens var viktigt för att barnet då kunde känna tillit till sjuksköterskan som utförde såromläggningen.</p> <p>Distraktion hjälpte barnen att hantera smärtan under proceduren. Delaktighet, barnen uppskattade att få vara med att bestämna framförallt typ av distraktion som skulle användas. Medan det ej var viktigt att vara med att bestämma gällande såromläggningen. Säkerhet upplevdes hos barnen i form av att de kände sig trygga på sjukhuset och genom att sjuksköterskan lyssnade på dem och deras känslor skapade detta en känsla av säkerhet</p>	<p>K</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>34 poäng</p>
---	---	--	--	---	--	---

<p>Ortiz, M., Lopez-Zarco, M., & Arreola-Bautista, J. 2012 Mexico</p>	<p>Procedural pain and anxiety in paediatric patients in a Mexican emergency department</p>	<p>Syftet utvärdera förekomsten av procedurrelaterad smärta och ångest hos barn på en mexikansk akutmottagning för barn</p>	<p>Detta var en observationsstudie som både var prospektiv, deskriptiv och en tvärsnittsstudie. Både smärtan och ångest rapporterades med hjälp av VAS-skalan och därefter användes dataprogrammet SPSS för dataanalys.</p>	<p>N=252 (27) 8-16 år</p>	<p>Totalt genomfördes 459 procedurer. Av samtliga genomförda procedurer ansågs 80,4 % (369 stycken) av dessa vara smärtsamma och 77,4 % som stressfulla.</p> <p>Nio olika typer av procedurer identifierades, de som skattades högst både avseende smärta och stress var PVK-sättning, klinisk undersökning och venprovtagning.</p> <p>Totalt rapporterade 32,5 % allvarlig smärta, 32,0 % medelsvår smärta och 35,5 % lätt smärta. Avseende nivå av stress rapporterade 30 % allvarlig stress, 38,9 % medelsvår stress och 31 % lätt stress.</p>	<p>IE Mycket god kvalitet 31 poäng</p>
---	---	---	---	-----------------------------------	---	--

<p>Römsing, J, Dremstrup Skovgaard, C, Friis, S M, Henneberg, S W</p> <p>2014</p> <p>Danmark</p>	<p>Procedure-related pain in children in a Danish University Hospital. A qualitative study</p>	<p>Syftet var att undersöka frekvensen och intensiteten vid smärtsamma procedurer samt farmakologiska interventioner vid ett danskt universitetssjukhu s</p>	<p>En kvalitativ, prospektiv undersökning tre månader feb- maj 2013 på nio pediatriiska enheter i Danmark.</p> <p>Strukturerat frågeformulär, smärtan mättes med hjälp av FLACC samt VAS.</p> <p>Dataanalysen genomfördes med hjälp av Kruskal-Wallis analys, Wilcoxon samt Mann- Whitneys u-test.</p>	<p>N=316</p> <p>1 månad- 18 år</p>	<p>72 procent av barnen rapporterade VAS/FLACC <3, 8,5 procent >5. Av de som rapporterat över 5 hade 52% fått en farmakologisk intervention.</p> <p>Farmakologisk intervention skedde i 65 procent av fallen.</p> <p>Högre VAS rapporterades då barnet satt i en förälders knä.</p> <p>Sjuksköterskorna skattade barnets smärta lägre än vad barnet själv gjorde.</p> <p>70% av barnen hade upplevt proceduren förut och de hade lägre VAS.</p>	<p>K</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>31 poäng</p>
--	--	--	--	--	---	---

<p>Sağlık, D. S., & Çağlar, S.</p> <p>2019</p> <p>Turkiet</p>	<p>The Effect of Parental Presence on Pain and Anxiety Levels During Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department.</p>	<p>Syftet vara att undersöka hur föräldrars närvaro påverkar barnets smärta och oro vid smärtsamma procedurer på en barnakutmottagning</p>	<p>Randomiserad, kontrollerad studie utförd på en barnakutmottagning i Istanbul.</p> <p>Barnen randomiserades med hjälp av en dator, poweranalys genomfördes.</p> <p>Smärtan mättes i VAS, ångest och oro i STATI for children.</p> <p>Datan analyserades i SPSS.</p>	<p>N=111</p> <p>9-12 år</p>	<p>Interventions - samt kontrollgruppen var liknande i demografi.</p> <p>Den grupp som hade närvarande föräldrar upplevde lägre smärta under proceduren.</p> <p>Föräldrarnas ångestnivåer före proceduren påverkade barnets smärta både före och under proceduren.</p>	<p>RCT</p> <p>Mycket god kvalitet</p> <p>30 poäng</p>
---	---	--	---	-----------------------------	--	---