



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2025-04-03

Sjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och hantera smärta hos barn inom slutenvården

En allmän litteraturstudie

Nurse's experiences of assessing and managing pain in children in inpatient care

A literature review

Författare: Anna Flores
Zuhur Ibrahim

Handledare: Magnus Frisk, Höskoleadjunkt

Examinerande lärare: Robert Ivic Morén, Höskolelektor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Smärta är ett vanligt folkhälsoproblem och den främsta orsaken till sjuklighet hos barn. Smärta är en subjektiv upplevelse som uppstår i samband med medicinska procedurer, vanligt förekommande hos barn under sjukhusvistelser. Fördjupad kunskap om sjuksköterskors erfarenheter kunde förbättra smärtbedömning och lindring.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och hantera smärta hos barn mellan 6-12 år inom slutenvården.

Metod: Studien genomfördes som en allmän litteraturöversikt med en kvalitativ design som omfattade tio vetenskapliga artiklar från databaserna PubMed och CINAHL. Dataanalysen grundar sig på Braun och Clarkes metod från 2006 med inlägg från 2019 samt 2021 för tematiska analyser.

Resultat: Temat organisatoriska hinder i slutenvården omfattas av subteman interna och externa faktorer. Nästa tema betonar behovet av goda vårdrelationer till föräldrar och barn omfattas av subteman främjandet föräldrars medverkan i omvårdnaden och främjandet av barns delaktighet vid bedömning samt hantering av smärta.

Slutsats: Sjuksköterskor är i behov utbildning, klinisk kompetens, adekvata smärtbedömningsverktyg och tydliga riktlinjer för att kunna bedöma och hantera barns smärta. Dessutom är interprofessionellt samarbete och barncentrerad vård avgörande för en säker och effektiv smärtlindring inom slutenvården.

Nyckelord: barn, erfarenheter, sjukhusvård, sjuksköterskor, smärta

ABSTRACT

Background: Pain is a common public health issue and the leading cause of morbidity in children. It is a subjective experience that could arise in connection with medical procedures and was frequently observed in children during hospital stays. In-depth knowledge of nurses' experiences could enhance pain assessment and relief.

Aim: This study aimed to describe nurse's experience of assessing and managing pain in children aged 6-12 years in inpatient care.

Method: The study was conducted as a general literature review with a qualitative design that included ten scientific articles from the databases PubMed and CINAHL. The data analysis was based on Braun and Clarke's 2006 method with contributions from 2019 and 2021 for thematic analysis.

Results: The theme of organizational barriers in inpatient care includes the subthemes such as internal and external factors. The next theme highlights the importance of strong care relationship with parents and children and includes the subthemes promoting parental involvement in care and encouraging children's participation in pain assessment and management.

Conclusions: Nurses require education, clinical competence, adequate pain assessment tools, and clear guidelines to assess and manage children's pain effectively. Additionally, collaboration within healthcare teams and child-centered care are essential for ensuring safe and effective pain relief in inpatient settings.

Keywords: child, experience, hospital care, nurse, pain

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|----|
| INTRODUKTION | 1 |
| BAKGRUND | 2 |
| Barns rätt till hälsa och vård | 2 |
| Barns utveckling i olika åldrar | 2 |
| Barns erfarenheter av slutenvården | 2 |
| Bedömning och hantering av smärta hos barn | 4 |
| Föräldrars erfarenheter av smärta hos barn..... | 5 |
| Sjuksköterskans kompetensområde..... | 5 |
| Barncentrerad vård..... | 6 |
| Bärande begrepp | 7 |
| Problemformulering..... | 8 |
| SYFTE | 9 |
| METOD | 10 |
| Design | 10 |
| Urval..... | 10 |
| Datainsamling..... | 10 |
| Dataanalys | 12 |
| Etiska aspekter..... | 13 |
| RESULTAT | 14 |
| Organisatoriska hinder i slutenvården..... | 14 |
| Behov av goda vårdrelationer till föräldrar och barn..... | 16 |
| DISKUSSION | 17 |
| Metoddiskussion..... | 18 |
| Resultatdiskussion..... | 21 |
| SLUTSATSER..... | 25 |
| REFERENSER..... | 26 |
| BILAGA 1. Artikelmatris | 1 |
| BILAGA 2. Sökmatrix PubMed..... | 7 |
| BILAGA 3. Sökmatrix CINAHL..... | 8 |
| BILAGA 4. SBU:s granskningsmall..... | 9 |
| BILAGA 5. Resultatmatris..... | 11 |

INTRODUKTION

Inom slutenvården utsätts barn ofta för intravenösa venpunktioner, medicinska behandlingar och kirurgiska ingrepp, vilket kan leda till återkommande och intensiva smärtupplevelser. Smärta hos barn är ofta underbehandlad eftersom den inte förstås tillräckligt väl, vilket gör det svårt att bedöma och hantera smärtan, särskilt i utvecklingsländer (Chen et al., 2021). Båda författarna har själva fått uppleva genom verksamhetsförberedande utbildning eller egna erfarenheter att barns smärta är en komplex upplevelse som kräver stort tålamod och förståelse. Under den verksamhetsförlagda utbildningen har en av författarna stött på utmaningar med att både försöka lindra smärta och samtidigt anpassa sig till att hantera den, vilket kräver mycket tid och uppmärksamhet vilket väckte ett intresse för ämnet. Den andra författaren, som själv har barn, har personliga erfarenheter av de svårigheter som barn kan uppleva i samband med smärta. Tänkbara förbättringsområden inom sjukvården har därmed uppmärksammats när det gäller smärtbedömning och hantering av barn. Detta ledde till ett växande intresse för att beskriva hur smärthantering för barn hanteras både globalt och lokalt.

BAKGRUND

Barns rätt till hälsa och vård

Smärta hos barn och ungdomar är ett allvarligt hälsoproblem, och prevalensen av smärta ökar med åldern. Den höga prevalensen tyder på att smärta i barndomen kan leda till långvarig smärta senare i livet. I vuxen ålder kan detta påverka hälsotillståndet och livskvaliteten, då det kan leda till sjukskrivningar och förtidspensionering, vilket belyser de negativa långtidseffekterna av smärta (Haraldtstad et al., 2017). World Health Organization beskriver långvarig eller återkommande smärta som ett allvarligt folkhälsoproblem och en av de främsta orsakerna till sjuklighet hos barn globalt. Smärta påverkar barns och ungas livskvalitet negativt, då den kan leda till följd tillstånd såsom fysisk funktionsnedsättning, depression, ångest, sömnproblem och försämrade akademiska prestationer (World Health Organization [WHO], 2021). Montrealdeklarationen från 2010 fastslår att smärtlindring är en grundläggande mänsklig rättighet, och att inte tillhandahålla sådan behandling utgör en kränkning av mänskliga rättigheter (Friedrichsdorf & Goubert, 2020). Barnkonventionen, Förenta nationernas (FN) konvention om barns rättigheter, består av 42 artiklar och gäller som lag i Sverige (SFS 2018:1197, 1 kap, 1 §). Enligt artikel 1 definieras ett barn som en individ under 18 år, om inte nationell lagstiftning anger en annan ålder för myndighetsförklaring. Artikel 24 i barnkonventionen fastslår att alla barn har rätt till den högsta möjliga hälsostandarden och tillgång till sjukvård vid behov. Stater har en skyldighet att säkerställa denna rättighet och vidta åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödlighet, tillhandahålla nödvändig medicinsk vård, bekämpa sjukdomar och undernäring samt säkerställa prenatal och postnatal vård för mödrar. Dessutom ska både barn och föräldrar ha tillgång till information och utbildning om barns hälsa, samtidigt som förebyggande hälsovård ska utvecklas och stärkas (SFS 2018:1197, 1 kap, 1 §). I Sverige är barns och ungas hälsa en prioriterad fråga inom folkhälsopolitiken, vilket även bidrar till att uppnå de globala målen för hållbar utveckling. Särskilt mål nummer tre, god hälsa och välbefinnande betonar vikten av att alla människor, både vuxna och barn, ska ha tillgång till god hälsa och välbefinnande. Genom att arbeta för barns rätt till vård och hälsa kan samhället bidra till en minskad barnadödlighet, mer jämlik vård globalt, förebygga smärta och negativa hälsokonsekvenser som smärta kan påverka senare i vuxen ålder (Förenta nationerna [FN], 2021).

Barns utveckling i olika åldrar

Piaget delar upp barns utveckling i olika stadier. Det sensorimotoriska stadiet innefattar spädbarn upp till två år. Barn i denna ålder har ingen verklig förståelse av smärta, men de kan minnas smärtsamma händelser. Optimal smärtlindring rekommenderas för att minska risken för negativa emotionella reaktioner i framtiden. Barnet lär sig genom sinnesintryck och rörelser, vid den här åldern utvecklar barnet förståelsen att föremål kan existera även när de inte är synliga. Det preoperationella stadiet omfattar barn mellan två och sju år. Vid denna ålder har barn ingen tydlig förståelse för orsak och verkan. Smärta kan upplevas som något magiskt för dem, vilket kan leda till att de har svårigheter med att förstå och förklara smärta eller dess behandling. Barnets språk och symboliskt tänkande börjar utvecklas. Det formella operationella stadiet inträffar vid ungdomen (12+). Här är det viktigt att involvera ungdomarna i beslut gällande deras behandling, här kan det även vara väsentligt att skapa förtroende och vara ärlig i kommunikationen. Barnets abstrakta tänkandet utvecklas och de kan använda sig utav logiska resonemang (Freund & Bolick, 2019; Safi et al., 2023).

I denna studie har författarna valt att fokusera på barn i åldern sex till tolv år även kallad det konkreta operationella stadiet enligt Piagets utvecklingsteori. Detta val grundar sig i den utvecklingsmässiga övergången från spädbarnstiden, till en fas där barnet börjar uttrycka egen vilja,

förmågan att kunna ifrågasätta, och utveckla nya uppfattningar om livet. Samt den bredda forskningen som finns tillgänglig för detta åldersspann bidrar till möjligheten att hitta relevant forskning. Här har barn utvecklat en förståelse och kan identifiera smärta samt förstå att behandling kan lindra den (Collins, 1984; Freund & Bolick, 2019). De utvecklar även en rädsla för döden och kroppsskador och är därför viktigt att ha en trygg kommunikation för att minska deras oro. Barnets logiska tänkandet börjar utvecklas vilket innebär de kan hantera begrepp som orsak, verkan och samband och har en mer logisk förståelse av världen dock kan det uppstå vissa svårigheter med abstrakta koncept. Deras medvetenhet och förståelse av de egna tankeprocesserna utvecklas barn kan reflektera, planera sitt lärande och använda strategier för problemlösning. Språket fortsätter utvecklas och deras förmåga på att uttrycka sig skriftligt och muntligt förbättras, även förmågan att tolka skriftlig information och delta samt resonera i mer avancerade samtal. Den emotionella och sociala utvecklingen sker genom att deras självbild blir mer nyanserad, skolan och sociala relationer formar självkänslan, empati och samarbetsförmågan. Könroller och gruppsytryck formar intressen och beteende. Deras finmotorik och kroppskontroll förbättras detta möjliggör mer avancerade rörelser. För vissa barn kan en tidig pubertal förändring ske i slutet av det konkreta operationella stadiet (Collins, 1984; Freund & Bolick, 2019).

Barns erfarenheter av slutenvården

För många barn och unga är sjukhusmiljön en obekant och obehaglig plats. I många fall kan tydlig information och en känsla av kontroll vara avgörande, både för barnet och dess anhöriga. Hur ett barn reagerar på en sjukhusvistelse beror på faktorer såsom ålder, utvecklingsnivå och tidigare erfarenheter. Oro inför framtida vårdbehandlingar kan också skapas av tidigare sjukhusvistelser (Cartland et al, 2018; Coyne & Galagher, 2011). Smärta är ett vanligt symptom hos barn som blir inlagda på sjukhus. Denna smärta kan uppkomma i samband med kirurgi eller medicinska procedurer, som till exempel vid införande av perifer intravenös kateter (Andersson et al., 2022; Dezfouli & Khosravi, 2020). Utöver smärta kan sjukhusmiljön upplevas som känslomässigt påfrestande för barn, särskilt för svårt sjuka barn eller de som regelbundet var i behov av vård (Ramdaniati et al., 2023). Barn i slutenvården upplever känslor som är svåra att hantera, de kan känna sig begränsade och ha en upplevelse av att behöva visa sig starka. Begränsningarna upplevs framför allt vid minskad fysisk aktivitet och kostrestriktioner, faktorer som kunde påverka barns självbild och deras känsla av autonomi. Barn med livshotande sjukdomar kan rädslan för behandlingar, medicinska ingrepp och döden bli övermäktig. Oro för döden tillsammans med ovisshet kring framtiden och deras sjukdom samt dess utveckling kan påverka barnet negativt. I vissa fall upplever barn skuld, vilket kan leda till att de distanserade sig från vänner, familj och skola. Långvariga sjukhusvistelser kan bidra till en känsla av maktlöshet och isolering hos barn, särskilt i de fall där sjukdomen begränsar den fysiska förmågan och hindrar dem från att delta i lek eller andra vardagliga aktiviteter. Symtom och psykologiska konsekvenser som barn kan uppleva efter utskrivning kan vara ökad smärtekänslighet, separationsångest, posttraumatisk stress, oro, sömnproblem, nedstämdhet, rädsla för sjukdom och döden samt misstro för vården. För att minimera riskerna för detta är det viktigt att det finns en stöttande och trygg vårdmiljö, samt att barnets emotionella behov och upplevelser tas i beaktande vid beslut gällande deras vård (Dinc et al., 2024; Stevens, 2021).

Kortvariga sjukhusvistelser kan också påverka barnens psykiska hälsa och leda till rädsla och smärtsamma upplevelser. Procedurer som att få en PVK eller dricka kontrastvätska kan vara både fysiskt och känslomässigt krävande. Brist på information och ångest förstärker obehaget och smärtintensiteten, vilket kan försvåra samarbetet. Trots att copingstrategier kan minska stress behöver barnen en anpassad vård. En utmaning var balansen med de medicinska kraven och barnens rätt till trygghet och delaktighet (McGuirt, 2016; Heiney, 1991). Även om vården lägger stor vikt vid barnens

fysiska hälsa får deras psykiska behov inte samma uppmärksamhet. Lekaktiviteter används allt oftare som ett verktyg för att hjälpa barn att hantera stressen av medicinska behandlingar (Li et al., 2011). Ramdaniati et al. (2023) beskriver lek som en primär, central och betydelsefull aktivitet i barndomen. Lek är en generell och universell företeelse som kan ske i alla typer av miljöer. Den har dessutom stor betydelse för barnets utveckling och kan bidra till fysiska, känslomässiga, kognitiva och sociala fördelar.

Bedömning och hantering av smärta hos barn

När det gäller smärtbedömning hos barn är det en invecklad process som påverkas av flera faktorer, såsom kognitiv utveckling, ålder samt tidigare smärtupplevelser. En felaktig bedömning kan få allvarliga påföljder, såsom medicinskt trauma samt kronisk smärta. Barns intryck och känsla av smärta formas av en kombination av psykologiska, biologiska och sociala faktorer, exempelvis föräldrars reaktioner och samhällsnormer (Brand & Thorpe, 2016). Det finns många olika smärtskattningsverktyg som kan användas för att bedöma smärta hos barn i olika åldrar och utefter deras utvecklingsnivå. För spädbarn och barn upp till två år är FLACC-skalan (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) lämplig. Smärtbedömningen utgår från observationer av ansiktsuttryck, berörelser, aktivitet, gråt och tröstbarhet. För barn i åldern två till fem år kan man använda sig av Wong-Baker FACES Pain Rating Scale, som består av sex ansikten med olika uttryck, från "ingen smärta" till "värsta möjliga smärta". Skalan är smidig att använda, men uttrycken kan ibland blandas ihop med känslor av glädje eller sorg i stället för smärta (Brand & Thorpe, 2016; Freund & Bolick, 2019). Barn i åldern sex år och äldre kan man använda sig av Numerisk Analog Skala. Barnet uppskattar sin smärta på en skala från 0 till 10, vilket kräver att barnet har förståelse för siffror och deras ordning, vilket gör det lämpligt för barn mellan sex och tolv år. Barn mellan sex och tolv år har en kognitiv utveckling där de förstår siffror och skillnader i deras smärtintensitet de kan uppleva därav kan de uttrycka sin smärta mer nyanserat jämfört med yngre barn. Vid användning av en numerisk smärtskala kan barnet vara delaktig och bedöma sin smärta själv, vilket kan bidra med en mer tillförlitlig smärtbedömning och minskar risken för underbehandlad smärta och därmed minska risken för barnet att utveckla negativa associationer till vården (Brand & Thorpe, 2016; Freund & Bolick, 2019).

WHO har uppdaterat sina riktlinjer globalt för hantering av smärta hos barn och rekommenderar en kombination av fysiska, psykologiska och farmakologiska insatser för barn i åldern 0–19 år. De nya riktlinjerna stödjer även utvecklingen och implementeringen av nationella och lokala policys, smärthanteringsprotokoll, förordningar och evidensbaserade metoder för smärtlindring (WHO, 2021). Smärtbehandling kan delas in i farmakologiska och icke-farmakologiska metoder. Farmakologiska metoder innebär främst användning av smärtlindrande läkemedel, såsom analgetika eller opioider. I vissa fall är farmakologiska metoder otillräckliga och behöver kompletteras med icke-farmakologiska metoder för att ge optimal smärtlindring hos barn (Friedrichsdorf & Goubert, 2020). För det bästa resultatet behövs en kombination av både farmakologiska och icke farmakologiska behandlingar hos barnen (Moran & Wilson, 2024). Vid smärtsamma ingrepp hos barn spelar föräldrarnas närvaro en viktig roll, och den mest gynnsamma effekten uppnås när de är närvarande, vilket är till en stor fördel för smärthanteringen. Inom icke-farmakologiska metoder för smärthantering finns flera kompletterande strategier där distraktion, förberedande information och fysisk beröring har visat sig vara särskilt effektiva (Smetland et al., 2017). Vanliga distraktionsmetoder inom vården inkluderar lek, leksaker, musik, film och virtual reality, vilka har en bevisad smärtlindrande effekt, särskilt vid procedurer som blodprov och vaccinationer. Fysisk beröring kan också minska smärta och ångest samt skapa en lugnande atmosfär för barnet (Moran & Wilson, 2024). Genom lek kunde barnet utforska sin fysiska och sociala omgivning samt utveckla ett intresse för att interagera med andra, vilket i sin tur främjade den sociala och kognitiva utvecklingen. Sjukhusmiljön kan vara känslomässigt laddat för barn och kan

vanligtvis förknippas med negativa tankar och känslor. Lek i sjukhusmiljö främjar det sjuka barnets totala fysiska och känslomässiga välbefinnande (Ramdaniati et al. 2023). Genom att kombinera farmakologiska och icke-farmakologiska metoder kan vårdpersonal erbjuda en mer individanpassad och effektiv smärtlindring. Detta kan minska barnets rädsla, främja återhämtning och på lång sikt förbättra vårdresultaten (Moran & Wilson, 2024).

Föräldrars erfarenheter av smärta hos barn

Föräldrar kan uppleva en stor känslomässig belastning när de ser sitt barn vara sjukt och uppleva smärta. Detta kan leda till en intensiv och påfrestande känsloreaktion, där de drabbas av en våg av hopplöshet, oro, överväldigande känslor, ilska, frustration, hjälplöshet, desperation och skuld. Skuld-känslorna kan särskilt uppstå när föräldrar känner att de saknar möjligheten och verktygen för att lindra sitt barns smärta (Le et al., 2018). Som vuxen är det vanligt att uthärda smärta, och denna inställning och okunskap kan även påverka hur föräldrar bedömer sina barns smärta och smärttolerans (Ndengeyingoma et al., 2023). Därför betonar föräldrar vikten av att respektera barnets röst och att barn som kan uttrycka sig själva bör uppmuntras att rapportera sin egen smärta, även i närvaro av sina föräldrar (Stevens, 2021). Samtidigt upplever föräldrar att det finns en tendens att deras röst ibland får större genomslag än barnets, vilket kan leda till att barnets egna smärtrapporter undervärderas (Ndengeyingoma et al., 2023). På grund av otillräcklig kunskap och osäkerhet kring smärthantering kan föräldrar vid många fall ifrågasätta vissa smärthanteringsmetoder, vilket kan leda till att barnet inte får adekvat smärtlindring (Chng et al., 2015). För att effektivt smärthantera barn behöver föräldrar mycket stöd från vårdpersonal, där tydlig information och en öppen dialog är avgörande. För att underlätta smärthantering hos barn är det till stor fördel om framför allt sjuksköterskor kan vägleda föräldrarna genom att stegvis demonstrera smärthanteringsmetoder, vilket inte bara stärker föräldrarnas förmåga att stödja sitt barn utan även kan ge barnet en känsla av trygghet och kontroll (Chng et al., 2015; Shave et al., 2018).

Sjuksköterskans kompetensområde

International Council of Nurses (ICN) förklarar att grunden för omvårdnad byggs på respekt för mänskliga rättigheter oavsett kultur, ålder, kön eller social bakgrund. Sjuksköterskor värnar om principer som respekt, empati, rättvisa samt medkänsla. Deras arbete uppskattas globalt för deras bidrag till individens och samhällets hälsa. De arbetar även tvärprofessionellt med andra yrken för att kunna ge den bästa möjliga vården. Den första globala etiska koden för sjuksköterskor antogs år 1953 av ICN. Sedan dess har flera revideringar gjorts och den senaste omfattande uppdateringen genomfördes 2021. Den svenska versionen har anpassats till svenska förhållanden och dess lagar som färdigställdes 2022. ICNs etiska kod omfattar fyra centrala delar som ska vara vägledande när det gäller etiska beslut och handlingar. Det första är sjuksköterskors ansvar gentemot personer i behov av vård, vilket innebär att arbeta på ett personcentrerat, respektfullt, konfidentiellt, evidensbaserat och likvärdigt sätt, både utifrån individens och samhällets behov. Det andra handlar om sjuksköterskors yrkesutövning, vilket innefattar större delar av professionell kompetens, etiskt förhållningssätt, delning av kunskap och ansvar för att säkerställa en god och säker vård. Det tredje handlar om sjuksköterskors roll inom professionen, vilket innebär ansvar för professionell påverkan, bidragande till forskningsarbete, ifrågasättande av oetiska arbetssätt och förhållanden, samt ett ledande ansvar för hälso- och sjukvårdsorganisationen vid nödsituationer och kriser. Det fjärde handlar om sjuksköterskors förhållningssätt som bidrar till bättre global hälsa, arbeta för att minska hälsoklyftor, samt främja principer om mänsklig värdighet och rättigheter. Sjuksköterskor arbetar också för att förbättra folkhälsan och stödja de globala målen för hållbar utveckling (International Council of Nurses [ICN], 2021, s. 5-6).

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning är en riktlinje som har utarbetats för legitimerade sjuksköterskor att följa i sitt yrkesutövande. Omvårdnaden är sjuksköterskans kärnkompetens och kompetensbeskrivningen bygger på omvårdnadens som dess kärna då de omfattar vetenskapliga kunskapsområden och patientnära arbete. Den består av åtta centrala kompetensområden: omvårdnadsprocessen, personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård, informatik, ledarskap och pedagogik. Dessa kärnkompetenser är samtliga avgörande för att säkerställa en god och säker vård, eftersom det bidrar till att arbetet görs patientsäkert, proaktivt, riskmedvetet och följer gällande regelverk. Sjuksköterskans etiska kod kan även den användas som ett komplement för kompetensbeskrivningen. Genom att integrera dem i sitt arbete bidrar sjuksköterskan till en högkvalitativ, säker och patientcentrerad vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 4-10). Personcentrerad vård är något som går att hitta i både kompetensbeskrivningen samt de etiska koderna och innebär att sjuksköterskor arbetar för att förstå och se patienten i sitt unika sammanhang. Det handlar om att skapa ett ömsesidigt samarbete mellan båda parter, där patientens individuella behov och perspektiv sätts i centrum (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 4-10). Detta arbetssätt har dock visat sig vara svårare att tillämpa inom barnsjukvård. Detta eftersom barn inte anses vara vuxen och kan inte uttrycka sina tankar eller förstå sin situation på samma sätt som en vuxen, vilket kan försvåra delaktigheten i vårdprocessen. Detta gör att den personcentrerade vården kan rubbas eller inte tillämpas på samma sätt som hos vuxna patienter (Ford et al., 2018). Vid senare tid har det uppkommit två nya vårdmodeller dessa är familjecentrerad vård och barncentrerad vård. Konceptet familjecentrerad vård har länge funnits inom vårdfilosofin, men på grund av begreppets komplexitet och missförståelse om vad det egentligen innebär har denna filosofi varit svår att tillämpa och implementeras inom vården. Båda teorier har likheter men det som skiljer av barncentrerad vård är fokuset på det enskilda barnet, barnet ses som egen men med fortfarande nära kopplingar till familjen (Coyne et al., 2018).

Barncentrerad vård

Denna vårdmodell bygger på ett holistiskt synsätt, där barn och unga placeras i centrum och vården utformas utifrån deras individuella behov, intressen och rättigheter. Barnet ses i nära samverkan med sin familj i ett vårdssammanhang, och har ofta ett behov av stöd för att kunna uttrycka sina önskemål och upplevelser. Därför betonas även familjens erfarenheter och perspektiv, vilket innebär att deras behov och upplevelser ska tas i beaktande vid vårdplanering och vårdinsatser. Utifrån detta arbetssätt bör sjuksköterskan anpassa vården både efter barnets och familjens behov, vilket kräver en lyhörd och individanpassad vårdstrategi. Detta innebär ett förändrat arbetssätt för sjuksköterskor, där barns och ungas perspektiv och intressen blir en central del av vårdplaneringen och beslutsfattandet (Ford et al., 2018). Denna vårdmodell kan också kopplas till ICN:s etiska kod 1.3, som betonar vikten av att säkerställa att information ges utifrån patientens individuella behov. Det innebär att informationen ska anpassas efter patientens språkliga och kognitiva förmåga, vilket är en avgörande aspekt inom barncentrerad vårdpraxis (ICN, 2021, s. 8). Den barncentrerade vårdmodellen går också att koppla till fyra komponenter till sjuksköterskans kompetensbeskrivning för en säker vård. Personcentrerad och evidensbaserad vård samt förbättringskunskap för kvalitetsutveckling är avgörande kompetenser som understryker vikten av regelbunden utbildning, särskilt inom barnsjukvård. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening är barnsjuksköterskor avgörande för vården av barn, både vid akuta och kroniska sjukdomar. De arbetar i flertals olika vårdavdelningar som intensivvård, palliativ vård samt rehabiliteringsvård. I samband med den tekniska utvecklingen som sker i vården ställs det högre krav på barnsjuksköterskor kunskap när det kommer till medicinsk teknik och behandlingsmetoder.

Omvårdnaden de utför är anpassad till barnets utvecklingsfas, vilket gör att de kan erbjuda vård som tar hänsyn till barnets individuella behov. För att de ska kunna fortsätta ge trygg och kvalitativ vård som uppfyller barnets och familjens behov är regelbundna vidareutbildningar ett måste (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024b, s. 3-10).

Bärande begrepp

Vårdrelation

Vårdrelationen mellan sjuksköterskor och patienter är en dynamisk och komplex process som kan innebära utmaningar i arbetet. Begreppet vårdrelation syftar på interaktionen mellan sjuksköterskor och patienten inom en vårdkontext (Dinç & Gastmans, 2013). Bland vårdpersonal är det ofta sjuksköterskor som har den mest kontinuerliga kontakten med patienten, därav syftar sig begreppet vårdrelation mer mellan specifikt sjuksköterskor och patient. En väl fungerande vårdrelation är en avgörande del av omvårdnadsarbetet, där sjuksköterskan har ett ansvar att förutse, förstå och möta patientens behov och förväntningar. En central förutsättning för en förtroendefull vårdrelation är tillit, vilket inte enbart handlar om förtroende för sjuksköterskans kunskap och utbildning, utan även om hennes tillgänglighet, både fysisk och emotionell. Här är kommunikation, tillit, respekt och empati avgörande faktorer för att utveckla en stark vårdrelation, speciellt hos patienter som är barn (Sheehan & Fealy, 2020). Detta innefattar också sjuksköterskors förmåga att se patienter som en jämlik partner i vården och bygger på en ömsesidig professionell relation mellan patienter och sjuksköterskor. Barn som blir inlagda på sjukhus är redan utsatta för både fysiska och psykiska påfrestningar. Dessutom befinner de sig i en sårbar situation och förväntas hantera en situation med ojämna maktförhållanden med vårdpersonal (Dinç & Gastmans, 2013; Sheehan & Fealy, 2020). För att uppnå en god vårdrelation behöver sjuksköterskor lyssna aktivt, respekterar patientens autonomi samt skapa ett tryggt och förtroendefull miljö, detta genom att ge tillräcklig information, kommunicera respektfullt och skapa en öppen dialog (Dinç & Gastmans, 2013). Smärta och smärtsamma ingrepp kan påverka förtroendet i vårdrelationen negativt, vilket gör att relationen mellan sjuksköterskor och barnet kan försvagas (Sheehan & Fealy, 2020). Vidare förklarar Kiessling och Kjellgren (2004) vikten av kontinuitet i vårdrelationen. När patienter möter samma vårdpersonal över tid skapas en trygghet som främjar samarbete och delaktighet i vårdprocessen, vilket i sin tur främjar respekten för patientens självbestämmande och autonomi. För barn kan återkommande sjuksköterskor vara lättare att skapa en relation och bygga förtroende med, särskilt genom att främja lek, skratt och positiva upplevelser, vilket har visat sig stärka vårdrelationen (Sheehan & Fealy, 2020). En god vårdrelation bidrar också till bättre vårdresultat (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Att utveckla en stabil och tillitsfull vårdrelation kräver tid och ett medvetet engagemang. Enligt Dinç och Gastmans (2013) är en avgörande faktor för sjuksköterskor är att se människan bakom patientrollen. Genom ett holistiskt förhållningssätt kan sjuksköterskan arbeta för att bygga förtroende och stärka vårdrelationen.

Vårdmiljö

En väsentlig del inom hälso-och-sjukvården som kan ha en påverkan på personal och patienter är vårdmiljön. Faktorer såsom patientsäkerhet, stress, återhämtning och smärtupplevelser kan påverkas av den miljön patienter befinner sig i. Aspekter på en vårdavdelning såsom ljudnivå, ljusförhållande och rumsutformning har betydelse för patientens trivsel och hur de upplever sin vårdtid. Vårdmiljön kan även påverka faktorer såsom patienternas sömn, känsla av trygghet och bidra med att minska smittspridning. För sjuksköterskor kan en stödjande vårdmiljö innebära en bättre arbetsplats med minskad stress, bättre kommunikation som bidrar till ett bättre arbetsflöde aspekter som kan påverka och främja vårdkvaliteten. Hos barn kan smärtupplevelsen påverkas av diverse faktorer där den

omgivande miljön är en av de. En lugn och trygg vårdmiljö kan minska stress, rädsla och ångest (Ulrich et al., 2004). Omgivningen kan dessutom påverka vårdrelationen mellan sjuksköterskor och barn. Barnet kan misstro sjuksköterskorna på grund av den okända sjukhusmiljön (Sheehan & Fealy, 2020). För barn kan en kall vit och steril miljö upplevas som skrämmande medan en miljö med naturinslag och färgglada dekorationer kan skapa en tryggare atmosfär. Närhet till natur, grönområden och tillgång till en sjukhusträdgård kan minska känslan av isolering och instängdhet hos barn. Stora öppna ytor och möjligheten till lek och kunna röra sig fritt har en positiv påverkan. För barn med begränsad rörlighet är det viktigt med rum som är anpassad för deras behov och möjligheten att ha tillgång till aktiviteter som går att utföra vid sängkanten. Dessa komponenter betonar vikten av en god vårdmiljö som är anpassad till barn och främjar trygghet och minskar smärtintensitet. En evidensbaserad vårdmiljö är väsentlig för barnets återhämtning, hälsa och smärtvård (Lambert et al., 2013; Ulrich et al., 2004).

Problemformulering

Barn som vårdas på sjukhus utsätts ofta för smärtsamma behandlingar, vilket kan leda till psykiska påfrestningar som oro, rädsla och stress. Smärta kan uttryckas på olika sätt hos barn i olika åldrar vilket innebär att smärtbedömningen blir mer komplex. Smärthantering kan delas in i farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder och där en kombination av dessa kan ge god effekt på barnens välbefinnande på både kort och lång sikt. Sjuksköterskans kompetensområde går hand i hand med den kliniska erfarenhet som behövs för att smärtbedöma och smärthantera barn. Det är även nära kopplat till personcentrerad vård vilket i sin tur går att relatera till barncentrerad vård för att främja ett större fokus på barnet. Det är väsentligt att lyssna och ta hänsyn till barnet, särskilt eftersom de ofta känner rädsla och stressade i samband med vårdssituationer. Vården bör anpassas efter barnets behov, men det är inte alltid tydligt vilka utmaningar eller hinder som kan påverka sjuksköterskors möjligheter att genomföra en barncentrerad smärtbedömning och smärthantering. Genom att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av bedömning och hantering av smärta hos barn som vårdas inom slutenvården kan studiens resultat bidra med kunskapsläget om befintliga utmaningar och eventuella brister som kan finnas i omvårdnadsarbetet.

SYFTE

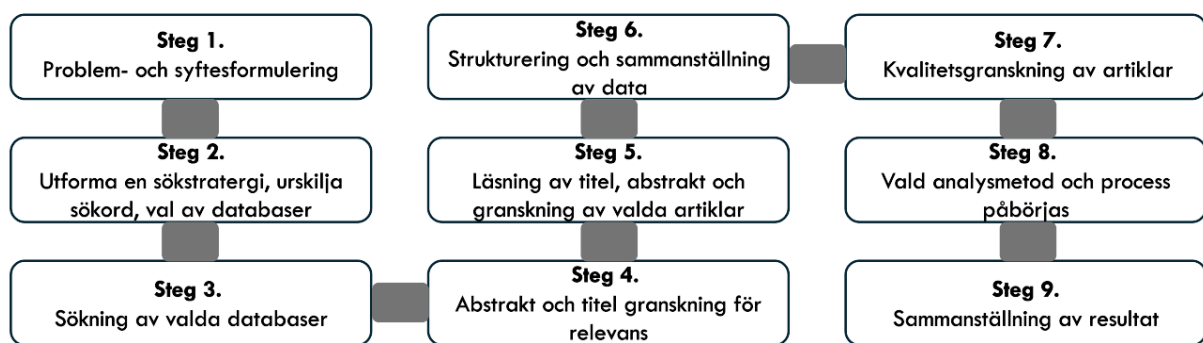
Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och hantera smärta hos barn mellan 6-12 år inom slutenvården.

METOD

Design

Denna studie var designad som en allmän litteraturoversikt med en kvalitativ ansats och baserades på befintlig forskning, denna design valdes eftersom den gav ett sammanställt kunskapsläge inom det valda området. Den kvalitativa metoden möjliggjorde en djupare analys av subjektiva upplevelser och erfarenheter, vilket bidrog till en bredare förståelse av studiens syfte (Polit & Beck, 2021, s. 55). Studien genomfördes enligt Polit och Becks niostegsmodell för att säkerställa en systematisk arbetsprocess samt en hög grad av noggrannhet och transparens i varje steg, se figur 1 (Polit & Beck, 2021, s. 85). **Steg 1** formulerades problemformuleringen i en promemoria (PM), vilken fungerade som ett stöd för att klargöra studiens syfte. Sedan användes PEO-modellen som står för populationen, exponering och utfall. Populationen studien valde att fokusera på var barn 6-12 år, exponeringen som innefattar erfarenheten fokuserades på att beskriva sjuksköterskors hantering och bedömning av smärta inom slutenvården och utfallet som valdes att beskriva var sjuksköterskors erfarenheter inom slutenvården. Detta säkerställde att syftet blev tydligt och att en grund lades för den fortsatta forskningsprocessen (Forsberg & Wengström, 2016, s. 61–63; Polit & Beck, 2021, s. 85).

Figur 1. Niostegsmodellen enligt Polit & Beck (2021, s. 85).



Urval

I **steg två** av Polit & Becks (2021, s. 85) niostegsmodell innefattade sökstrategi, sökord och val av databaser. För att strukturera sökningarna fastställdes tydliga inklusions- och exklusionskriterier samt begränsningar i sökprocessen (Polit & Beck, 2021, s. 88). Inklusionskriterierna valdes för att säkerställa att den insamlade datan var relevant för studiens syfte. Endast artiklar som omfattade sjuksköterskans perspektiv inkluderades. Vidare skulle artiklarna vara kvalitativa originalstudier, skrivna på engelska, peer-reviewed samt godkända av en etisk kommitté (Polit & Beck, 2021, s. 46-47). Endast kvalitativa originalartiklar valdes, eftersom en allmän litteraturstudie ska baseras på primärkällor och inte sekundärkällor (Polit & Beck, 2021, s. 109). Gemensamma begränsningar för databaserna PubMed och CINAHL var publiceringsår mellan 2015 och 2025 för att säkerställa aktuell forskning, fulltexttillgänglighet samt engelska som språk. I PubMed tillämpades en åldersbegränsning på sex till tolv år detta var inte tillämpligt i CINAHL eftersom åldersintervallet bidrog med artiklar som inte stämde överens med studien syfte.

Studiens exklusionskriterier omfattade artiklar som inte svarade på syftet, fokuserade på andra professioner än sjuksköterskor eller behandlade barn yngre än sex år eller äldre än tolv år som vårdades utanför slutenvården. Systematiska litteraturstudier exkluderades eftersom de inte tillhandahåller primärkällor. Totalt exkluderades 66 artiklar då de inte svarade på studiens syfte och

ytterligare 23 artiklar eftersom de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Slutligen exkluderades 16 artiklar enligt exklusionskriterierna, varav fyra var dubletter från PubMed.

Datainsamling

Steg tre i Polit & Becks (2021, s. 90-93) niostegsmodell bestod av systematiska sökningar av vetenskapliga artiklar. Databaserna för sökprocessen genomfördes i PubMed och CINAHL då dessa innehåller relevans för aktuell forskning och evidensbaserad praxis inom omvårdnad. De nyckelord som användes styrdes av det valda syftet och inkluderades av nurse, experience, pain, child och hospital care. Till följd av nyckelbegreppet användes synonymer för att få en mer omfattande sökning, se tabell 1. Vid varje databas användes följande booleska operatörer som "AND" för att sammanställa, kombinera och begränsa sökorden, "OR" för att kombinera och bredda sökningen, samt trunkering för nyckelbegreppet nurse* för en utbredd variation av innefattande sökord (Polit & Beck, 2021, s. 89). För att identifiera korrekta söktermer i de specifika databaserna användes CINAHL Headings i CINAHL och MeSH-termer i PubMed, vilket säkerställer för nyckelbegreppets korrekta term i sökningen (Polit & Beck, 2021, s. 90-93). Sökningen resulterade i totalt 115 artiklar, varav 27 hämtades från CINAHL och 88 från PubMed, se bilaga 2.

| Nyckelord | Nurse | Experience | Pain | Child | Hospital care |
|------------------|------------------|------------|-----------------|----------|----------------|
| Synonymer | Registered nurse | View | Pain management | Children | Inpatient care |
| | Pediatric nurse | Perception | Pain prevention | | Ward |
| | | | Pain assessment | | |
| | | | Analgesia | | |

Tabell 1. Studiens valda nyckelord och synonymer

I enlighet med **steg fyra** i Polit och Beck (2021, s. 85)) granskades först titlar och sedan abstrakt för att bedöma artiklarnas relevans. Urvalet inleddes med en genomgång av titlar för att identifiera artiklar som kan relateras till studiens syfte. Därefter granskades abstrakten för att få en tydligare bild av artiklarnas innehåll. Totalt bedömdes 49 artiklar som relevanta, varav 27 från PubMed och 22 från CINAHL. Dessa artiklars abstrakt lästes noggrant. I **steg fem** genomfördes en fulltextläsning av de artiklar vars abstrakt bedömdes vara relevanta för studien. Vid detta steg lästes totalt 30 artiklar från PubMed och CINAHL. Därefter valdes de artiklar ut som bäst besvarade studiens syfte, vilket resulterade i ett slutligt urval av sju artiklar från PubMed och tre artiklar från CINAHL. **Steg sex** innebar en sammanställning av de utvalda artiklarna, vilka sedan organiserades i en artikelmatris, se bilaga 1. Artikelmatrisen fungerade som ett systematiskt verktyg för att strukturera och jämföra de inkluderade artiklarna, vilket underlättade analysen och översikten av det insamlade materialet (Polit & Beck, 2021, s. 100-105).

Under **steg sju** för kvalitetsgranskningen användes SBU granskningsmall för kvalitativ studiedesign, se bilaga 3. SBUs granskningsmall ger författarna en etisk vägledning genom att ta ställningstagande i mallens frågor. Granskningsmallen fokuserar på fem områden som berör artikelns helhet och utgår från dess teori, deltagare, datainsamling, analys och forskarens information (Statens Berednings för medicinsk och social utvärdering, 2024). En systematisk bedömning av artiklarnas kvalitet genomfördes, detta genom läsning och svara på mallens frågor för att säkerställa studiens trovärdighet och relevans (SBU, 2024). Samtliga inkluderade artiklar uppfyllde författarnas kvalitetskrav, vilket var måttlig

kvalitet och ingen behövde exkluderas på grund av för låg kvalitet, som kan påverka resultatets utfall (Polit & Beck, 2021, s. 100-105).

Dataanalys

I **steg 8** presenterades resultatet i enlighet med den reflexiva tematiska analysmetoden enligt Braun och Clarke (2019), se figur 2. Denna analysmetod ansågs vara lämplig för att analysera större datamängder, då den möjliggjorde en systematisk och stegvis strukturering samt genomfördes på ett välorganiserat sätt (Braun & Clarke, 2006). Den reflexiva tematiska analysen grundar sig på en icke-positivistisk teori som ser kunskap som situationsbunden och tolkad. Detta innebär att författarnas subjektivitet i studien inte ses som ett hinder, utan som en värdefull resurs. Författarnas aktiva egna reflektioner och antaganden är en central del av den reflexiva tematisk analysen, som är en del av det kvalitativa paradigmet. På så sätt blir analysen en tolkande och dynamisk process snarare än en mekanisk och objektiv undersökning av fakta (Braun & Clarke, 2021).

Figur 2. Tematisk analysmetod av Braun och Clarke (2006).



Analysen av materialet genomfördes enligt den reflexiva tematiska analysmetoden av Braun och Clarke och följde sex steg (Braun & Clarke, 2021). I **steg ett** bekantade sig författarna med datamaterialet genom en noggrann genomläsning av varje artikel. Varje utvald artikel lästes flera gånger, först individuellt och sedan i jämförelse med varandra för att identifiera data och mönster. Dessa utvecklades därefter till meningsbärande enheter som relaterar till studiens syfte. I **steg två** genomfördes en kodning av artiklarnas resultat och meningsbärande enheter. Koderna identifierades utifrån deras väsentlighet och relevans i förhållande till dem meningsbärande enheterna. I **steg tre** organiserades och sammanställdes koderna i preliminära teman. De identifierade och preliminära koderna utvecklades sedan till övergripande teman och subteman. **Steg fyra** innebar en kritisk granskning av de potentiella teman som identifierats i föregående steg. Här utvärderades varje tema av båda författarna utifrån dess relevans, meningsfullhet och tydlighet. Därefter reviderades eller omformuleras potentiella teman för att stärka deras överensstämmelse med datamaterialet. **Steg fem** fokuserade författarna på en djupare analys och definition av varje tema. Vid detta steg klargjorde författarna temats kärninnehåll och dess relation till studiens syfte. Eventuella subteman förfinades och utvecklades för att skapa en mer nyanserad analys (Braun & Clarke, 2019). **Steg sex** innebar den slutgiltiga sammanställningen av analysen, vilket också är kopplat till det avslutande **steg nio**, där resultatet sammanfattades enligt niostegsmodellen (Polit & Beck, 2021, s. 85). Resultaten presenterades utifrån de tematiska mönster som författarna identifierade genom studiens valda dataanalys, vilket ledde till de slutgiltiga teman och subteman (Braun & Clarke, 2021).

| Meningsbärande enhet | Kod | Subtema | Tema |
|---|---|---|--|
| Participants also attributed their pain assessment inadequacies to their insufficient training in the area. | Otillräckligt med praktisk erfarenhet inom smärtbedömning | Interna faktorer | Organisatoriska hinder i slutenvården |
| They felt subordinate to doctors and often considered they were not heard and had no impact on decision-making. | Sjuksköterskans röst blev ej hörd av läkare och har ingen inverkan på beslutsfattanden | Interna faktorer | Organisatoriska hinder i slutenvården |
| ...noted that parents have confidence in the procedural setting, it helps the child more easily develop trust in their interactions with the HCP's. | Föräldrars förtroende för sjukvården skapar trygghet och tillit hos barnet i mötet med vården | Främja föräldrarnas medverkan i omvårdnaden | Behov av goda vårdrelationer till föräldrar och barn |

Tabell 2. Utdrag ur analysprocessen.

Etiska aspekter

Denna studies etiska ställningstaganden utgick från Helsingforsdeklarationen, som fastställer etiska principer för medicinsk forskning som involverar mänskliga deltagare samt hantering av mänskligt material eller data. Dessa principer upprätthålls genom etiska riktlinjer som är grundläggande för att säkerställa respekt och skydd för forskare och deltagare i forskningen (World Medical Association, 2024). För att säkerställa att litteraturstudien bygger på etiskt godkänd forskning i enlighet med Helsingforsdeklarationen, har endast artiklar som genomgått etisk granskning och godkänts av en etisk kommitté inkluderats. Författarna har även säkerställt att enbart vetenskapliga originalartiklar som är peer-reviewed och redovisar etiskt godkännande har använts (Polit & Beck, 2021, s. 137-139). I processen har författarna också reflekterat över sina egna förutfattade meningar och perspektiv, och aktivt strävat efter att förstå hur dessa kan påverka både valen av artiklar och tolkningen av resultaten. För att minimera risken för bias har vetenskapliga artiklar skrivna på engelska översatts på ett adekvat sätt genom webbaserade översättningsprogram, såsom Google Översätt, samt ordböcker, för att förhindra felöversättning eller missuppfattning av textinnehållet. Vid genomförandet av analysen arbetade författarna reflexivt och systematiskt och utgick från en medveten tolkning av materialet. De reflekterade över sina egna förhållningssätt och antaganden och hur dessa kan påverka den analytiska processen (Braun & Clarke, 2021). Detta utfördes genom att båda författarna läste allt material och sedan jämförde sina tankar tillsammans, målet med detta var också att minska risken för misstolkning eller förvanskning av resultaten. Denna process inkluderade också handledningstillfällen och kamratgranskning för att säkerställa en rättvisande bild av de analyserade artiklarna (Forsberg & Wengström, 2016, s. 59). En noggrann och medveten användning av referering har gjorts enligt American Psychological Association-systemet för att undvika risken för plagiering (Södertörns Högskola, 2021).

RESULTAT

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtbedömning och smärthantering hos barn i åldern 6–12 år inom slutenvården. Resultatet baserades på en analys av tio vetenskapliga artiklar från nio olika länder: Brasilien (1), Ghana (1), Kanada (1), Indonesien (1), Iran (1), Nederländerna (1), Papua Nya Guinea (1) och Storbritannien (3). Den reflexiva tematiska analysen resulterade i två huvudteman och sex subteman. Första temat som genererades var organisatoriska hinder i slutenvården och omfattar interna faktorer och externa faktorer. I andra temat genererades behovet av goda vårdrelationer till föräldrar och barn samt inkluderar att främja föräldrars medverkan i omvårdnaden och främja barnens delaktighet vid bedömning och hantering av smärta, se tabell 3.

| Tema | Subtema |
|---|--|
| Organisatoriska hinder i slutenvården | Interna faktorer |
| | Externa faktorer |
| Behov av goda vårdrelationer till föräldrar och barn | Främja föräldrars medverkan i omvårdnaden |
| | Främja barnens delaktighet vid bedömning och hantering av smärta |

Tabell 3. Redovisning av studiens teman och subteman

Organisatoriska hinder i slutenvården

Organisatoriska hinder framkom som ett genomgående tema i analysen och påverkade sjuksköterskors förutsättningar att ge en god och säker vård. Flera aspekter bidrog till detta, däribland interna faktorer som bristande utbildning och svagt samarbete inom vårdteamet samt externa faktorer som ottydliga riktlinjer och hög arbetsbelastning. Dessa faktorer skapade osäkerhet, minskad självständighet och svårigheter att tillämpa personcentrerad smärthantering i slutenvården.

Interna faktorer

De framträdande resultaten inom de interna faktorerna var sjuksköterskors behov av utbildning och kliniska erfarenheter (Choueiry et al., 2024; de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017; Nukpezah et al., 2021; Segers et al., 2024; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018). En av de mest avgörande bristerna var behovet av utbildning. Sjuksköterskor uttryckte en osäkerhet i att hantera smärtlindring i praktiken, vilket de kopplade till en bristande kunskap inom smärtvård (Choueiry et al., 2024; de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017; Segers et al., 2024; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018). Förutom teoretisk kunskap lyfte många även vikten av praktisk erfarenhet och hur avsaknaden av denna försvårade både smärtbedömning och smärthantering i klinisk verksamhet (Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017). Bristen på utbildning påverkade inte enbart den kliniska kompetensen utan skapade även känslomässiga utmaningar såsom osäkerhet i yrkesrollen, maktlöshet och bristande självförtroende. Flera sjuksköterskor menade att ökad kunskap skulle stärka deras trygghet i yrkesutövningen och förbättra relationen med både barn och deras föräldrar, vilket i sin tur skulle kunna bidra till en mer personcentrerad vård (Choueiry et al., 2024; de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Nukpezah et al., 2021; Segers et al., 2024; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018).

De interna faktorerna innefattade även sjuksköterskornas upplevelser av ett bristande samarbete i vårdteamet. Varje avdelnings samarbete spelade en avgörande roll för sjuksköterskornas möjligheter att genomföra en god smärtbedömning och smärthantering. Ett bristande samarbete inom vårdteamet, särskilt gällande kommunikationen mellan olika yrkesgrupper, maktbalansen mellan läkare och sjuksköterskor, försvårade arbetet och bidrog till att smärtuppföljning ofta blev eftersatt (de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017; Segers et al., 2024). Eftersom ett effektivt samarbete är en central del av sjuksköterskans professionella arbete, betonade alla sjuksköterskor vikten av samverkan inom vårdteamet. Trots detta upplevde många att samarbetet var bristfälligt och att kommunikationen mellan yrkesgrupper inte fungerade optimalt (de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Mediani et al., 2017). En av de främsta utmaningarna var att sjuksköterskor saknade befogenhet att ordinera smärtstillande läkemedel, vilket gjorde dem beroende av läkarens beslut. Detta förstärkte vikten av ett fungerande samarbete och ömsesidigt förtroende mellan professionerna (Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017). Vissa sjuksköterskor upplevde att deras professionella bedömningar inte togs på allvar av läkarna, som ensidigt fattade beslut kring smärthantering utan att inkludera sjuksköterskors perspektiv. Detta ledde till att självständigheten minskades och till en känsla av underordning, maktlöshet och osäkerhet, då sjuksköterskors smärtbedömningar ofta förbisågs (de Souza et al., 2024; Mediani et al., 2017). En annan utmaning var informationsöverföringen vid skiftbyten. Sjuksköterskor ansåg att viktiga uppgifter om smärthantering borde vidarebefordras för att underlätta nästa medicinska procedur, men trots att informationen förmedlades var det inte alla som tog till sig eller agerade utifrån den (de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Mediani et al., 2017; Segers et al., 2024).

Externa faktorer

Utöver utbildningsbristen var externa faktorer såsom avsaknaden av tydliga smärtbedömningsverktyg och riktlinjer ett återkommande problem (Choueiry et al., 2024; de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017; Nukpezah et al., 2021; Segers et al., 2024; Vasey et al., 2018; Watch et al., 2023). Sjuksköterskor upplevde att de saknade tillräckliga smärtskattningsverktyg för att bedöma och hantera barns smärta på ett effektivt sätt, vilket skapade osäkerhet i det kliniska arbetet. En ytterligare utmaning var bristen på strukturerade dokumentationsmallar, vilket innebar att smärtuppföljning ofta förbisågs eftersom sjuksköterskor kände sig osäkra på hur dokumentationen skulle genomföras (Choueiry et al., 2024; de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017; Nukpezah et al., 2021; Segers et al., 2024). Detta ledde även till att icke-farmakologiska metoder endast användes vid mild smärta, eftersom kunskapsbristen och de otydliga riktlinjerna gjorde att sjuksköterskor var osäkra på när dessa metoder var lämpliga att använda (de Souza et al., 2024; Kusi Amponash et al., 2020; Segers et al., 2024). Avsaknaden av tydliga riktlinjer och brist på prioritering från arbetsledningen gjorde att det saknades strukturer för en enhetlig smärthantering (de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021 & Mediani et al., 2017). På vissa avdelningar rådde även brister vid överföring av patientinformation där uppföljning av smärtbedömning och smärthantering inte prioriterades, eftersom det inte sågs som ett behov eller en förväntad del av arbetet. Uppföljning skedde därför enbart om barnet själv uttryckte smärta. Vidare förklarar vissa sjuksköterskor att trots att riktlinjer för smärtbedömning och smärthantering fanns, valde vissa kollegor att enbart utgå från egna erfarenheter och invanda rutiner, snarare än att följa evidensbaserade kliniska bedömningar. Detta ledde i vissa fall till att smärtåtgärder vidtogs innan barnet och föräldrarna fått tillräcklig information (de Souza et al., 2024; Vasey et al., 2018 & Watch et al., 2023).

Hög arbetsbelastning var också något som framträdde i resultaten och hör till dem externa faktorerna som påverkade sjuksköterskors möjlighet att hantera och lindra smärta hos barn (de Souza et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017; Nukpezah et al., 2021; Segers et al., 2024). Många sjuksköterskor upplevde en ständig konflikt mellan att arbeta effektivt för att spara tid och att tillhandahålla personcentrerad vård. Den bästa vården ansågs vara att tillgodose barnets och föräldrarnas önskemål, men tidsbrist gjorde detta svårt att genomföra. En obalans på arbetsplatsen identifierades där vissa sjuksköterskor använde icke farmakologiska interventioner, medan andra inte gjorde det. Den främsta anledningen till att dessa metoder bortprioriterades var sjuksköterskornas personliga uppfattningar om deras effektivitet och tidsåtgång (de Souza et al., 2024; Kusi Amponash et al., 2020; Segers et al., 2024). Prioriteringen i smärtlindringen påverkades även av sjuksköterskors fullspäckade arbetsscheman, vilka i stor utsträckning anpassades efter arbetsledningens krav. Många sjuksköterskor upplevde att tiden inte räckte till för både smärtlindring och andra omvårdnadsåtgärder, då flera arbetsuppgifter krävde deras uppmärksamhet (Nukpezah et al., 2021; Segers et al., 2024). Den bristande tillgången till resurser förstärktes ytterligare av en hög arbetsbelastning, vilket i sin tur påverkade smärthanteringen negativt. Sjuksköterskor upplevde att personalstyrkan ofta var otillräcklig i förhållande till patientbelastningen, vilket begränsade möjligheten att ge adekvat smärtlindring (Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Mediani et al., 2017; Nukpezah et al., 2021). Den höga personalomsättningen försvårade dessutom möjligheten till kontinuerlig utbildning och professionell utveckling, vilket ytterligare försvagade vårdens kvalitet. Som en konsekvens av underbemanning och arbetsbelastning upplevde många sjuksköterskor stress, utmattning och missnöje, vilket inte bara påverkade deras välmående utan även kvaliteten på den vård de kunde ge (Greenfield et al., 2021; Nukpezah et al., 2021).

Behov av goda vårdrelationer till föräldrar och barn

Behovet av goda vårdrelationer var centralt för att skapa trygghet och effektiv smärthantering enligt sjuksköterskor. Tillit och samarbete med både föräldrar och barn lyftes som avgörande för skapande av en god vårdrelation. Däremot kunde utmaningar uppstå i både kommunikation och delaktighet som ibland försvårade vårdrelationen och därmed samspelet. Individanpassat bemötande sågs som den primära byggstenen för att skapa en trygg vårdmiljö för barnet.

Främja föräldrars medverkan i omvårdnaden

Vikten av goda relationer och förtroende var en återkommande del i resultatet. Sjuksköterskor ansåg att föräldrar spelade en essentiell roll i att bedöma och hantera barns smärta inom slutenvården. Föräldrarnas medverkan ansågs som central del eftersom deras närvaro och stöd kunde hjälpa barnet att känna sig tryggt. Genom att skapa allians med föräldrarna skapades ett indirekt förtroende hos barnet för sjuksköterskorna. Barn var accepterande av smärtbehandling och medicinska procedurer om föräldrarna hade tillit till vårdpersonalen (Choueiry et al., 2024; Segers et al., 2024; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018). Betydelsen av utbildning och kommunikation för att stärka föräldrarnas roll i smärtvården uppmärksammades av sjuksköterskorna. Föräldrar uppmuntrades att ställa frågor om smärta och resonera kring olika behandlingsalternativ genom detta främjades deras delaktighet. Sjuksköterskor kunde uppleva att föräldrars deltagande varierade beroende på deras kunskap och syn på smärtbehandling. Föräldrars engagemang varierade, vissa var engagerade i samarbetet kring smärtlindring medan andra tvekade att be om hjälp eller ge uttryck för sina barns smärta (Choueiry et al., 2024; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018).

En utmaning som framkom var samarbetet med föräldrarna och hur det praktiserades. Sjuksköterskor återberättade svårigheter med att balansera föräldrarnas önskemål, barnets behov och de medicinska riktlinjerna. De tillfällen föräldrarna satte sig emot en viss behandlingsmetod och föredrog en annan kunde detta komplicera vårdprocessen och resultera i en mer utmanande upplevelse för barnet (Choueiry et al., 2024; Segers et al., 2024 & Vasey et al., 2018). Vidare visade det sig att vissa föräldrar kunde vara motstridiga när det gällde viss smärtlindring, till följd av missuppfattningar eller rädslor. En av rädslorna var att ökad smärtbehandling indikerade sjukdomsprogression. Denna kunskapsbrist kunde vara skadlig och leda till att barnet fick otillräcklig smärtbehandling. Barns inställning till smärtlindring påverkades också av läkemedlens biverkningar samt administrerings sättet, vilket kunde orsaka oro och leda till att de motsatte sig behandlingen (Greenfield et al., 2021; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018). Menings skilljaktigheter mellan sjuksköterskors och föräldrars bedömningar kunde leda till osäkerhet i sjuksköterskornas bedömning av barnets smärta. Sjuksköterskorna delade inte alltid föräldrarnas uppfattning om barnets smärta, men de diskuterade inte alltid med föräldrarna hur de kunde bli delaktiga i barnets smärtvård. Samtidigt betonades informationsgivning som en essentiell komponent för att engagera familjen i vården. Sådana oenigheter kunde komplicera samarbetet kring barnets smärtvård och påverka beslutsfattandet om behandling (Greenfield et al., 2021; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018). Oberoende av dessa utmaningar ansågs föräldrar vara en viktig tillgång inom smärtvården. Genom att lyssna på föräldrars erfarenheter av sitt barns smärta och samarbeta för att tänka ut effektiva smärtbehandlingsstrategier kunde sjuksköterskor främja en tryggare vårdmiljö och bättre smärthantering för barnet (Choueiry et al., 2024; Segers et al., 2024; Simons et al., 2020; Vasey et al., 2018).

Främja barnens delaktighet vid bedömning och hantering av smärta

Sjuksköterskor upplevde diverse utmaningar, men kommunikationen var ett återkommande hinder. En viktig aspekt var att göra barn delaktiga och anpassa vården efter deras behov av delaktighet och kontroll, vilket gjordes för att minimera risken för ångest. En balans behövde upprätthållas, då för lite eller för mycket kontroll av delaktighet kunde påverka barnets upplevelse av situationen negativt och därmed även smärthanteringen (Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020). Sjuksköterskorna beskrev även svårigheterna med att identifiera smärta hos barn med kommunikationssvårigheter, eftersom smärtindikationerna kunde vara svåra att upptäcka. Barns inställning till smärtlindring påverkades också av läkemedlens biverkningar samt administrerings sättet, vilket kunde orsaka oro och leda till att de motsatte sig behandlingen. Därav var det essentiellt att sjuksköterskorna bemötande var individuellt anpassad för varje barns nivå, ålder samt tidigare erfarenheter eftersom detta skapade trygghet och förtroende hos barnet (Greenfield et al., 2021; Segers et al., 2024).

Smärtbedömningen försvårades dessutom av att barn ibland underrapporterade sin smärta. Vissa barn hade svårigheter med att sätta ord på sin upplevelse, medan andra kunde vara blyga, vilket innebar att sjuksköterskorna behövde skapa en miljö där barn kunde känna sig trygga och få utrymme och tid att uttrycka sig. Trots detta kunde vissa sjuksköterskor ifrågasätta barns smärtupplevelser och misstänka att barnen överdrev eller inte var helt ärliga, något som kunde påverka den vård de fick (Choueiry et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Vasey et al., 2018). För barn med språkhinder var medverkan i deras smärtvård ofta begränsad. Sjuksköterskorna behövde då hitta andra tillvägagångssätt för att inkludera barnet. Förutom de fysiska och psykologiska perspektiven kunde barn vara i behov av andligt stöd, vilket kunde identifieras genom sjuksköterskornas observationer och dialog med barnet och dess familj (Choueiry et al., 2024; Greenfield et al., 2021; Kusi Amponash et al., 2020; Segers et al., 2024; Vasey et al., 2018; Watch et al., 2023).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att utvärdera studiens styrkor och svagheter tillämpades Lincoln & Gubas fyra kriterier: trovärdighet, tillförlitlighet, verifierbarhet, överförbarhet, samt autenticitet (Lincoln & Guba, 1985; 1994, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–570).

Trovärdighet, enligt Lincoln och Guba, är ett centralt mål inom kvalitativ forskning och ett viktigt kriterium i deras kvalitativa ramverk för kvalitetsgranskning. Begreppet innebär att både data och deras tolkningar måste vara tillförlitliga och trovärdiga. Lincoln och Guba förklarar att trovärdighet uppnås genom att genomföra studien på ett sätt som stärker resultatens trovärdighet, till exempel genom en tydlig och systematisk arbetsprocess. Dessutom är det avgörande att tydligt visa hur denna trovärdighet har säkerställts i forskningen (Lincoln och Guba, 1985; 1994, refererad i Polit och Beck, 2021, s. 569). Denna studie genomfördes som en allmän litteraturoversikt med en kvalitativ ansats för att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och hantera smärta hos barn mellan 6 och 12 år inom slutenvården. En kvalitativ ansats tillåter för en mer ingående förståelse av individers subjektiva upplevelser, vilket är väsentligt för att kunna beskriva sjuksköterskors upplevelser och diverse utmaningar när det kom till smärthanteringen hos denna patientgrupp (Polit & Beck, 2021, s. 471–473). En litteraturstudie samlar ihop existerande vetenskap och identifierar potentiella kunskapsbrister i forskningsområdet (Polit & Beck, 2021, s. 83). Metodens tillvägagångssätt genomfördes genom att använda och följa Polit och Becks nio-stegsmodell stärks studiens trovärdighet, eftersom modellen bygger på en systematisk arbetsprocess som gör det möjligt att tydligt redovisa varje steg i studiens genomförande (Polit & Beck, 2021, s. 85). Strukturen görs transparent och förklaras genom hela arbetsprocessen vilket ger en minskad bias (Polit & Beck, 2021, s. 154). Sökningen efter relevanta artiklar för att besvara studiens syfte genomfördes i två databaser, PubMed och CINAHL. Dessa databaser valdes eftersom de innehåller aktuell forskning med fokus på omvårdnadspraxis. Användningen av dessa databaser stärker studiens trovärdighet, då de säkerställer att den inkluderade forskningen är vetenskapligt granskad och uppdaterad inom omvårdnadsområdet, som utgör studiens kärna (Polit & Beck, 2021, 90-93). Att enbart använda två databaser kan ses som en svaghet, då fler databaser, såsom EBSCO Publication Finder eller MEDLINE, hade kunnat ge tillgång till fler relevanta artiklar och ett mer nyanserat resultat.

Sökningen baserades på nyckelord som motsvarade de sökord som användes under den systematiska artikelsökningen, samt på val av synonymer och trunkering för att bredda sökningen. Under studiens gång stötte författarna på utmaningar i att hitta artiklar som motsvarade studiens syfte. Därför testades flera söksträngar med olika kombinationer av sökord, synonymer och trunkering, både med och utan MeSH-termer eller CINAHL Subject Headings. Detta resulterade i studiens nuvarande val av sökord, MeSH-termer eller CINAHL Subejct Headings, synonymer och trunkeringar som valdes ut, se bilaga 2 och 3. Trots denna strategi är det oklart om de mest relevanta termer, då författarna saknade tidigare erfarenhet av att genomföra litteraturstudier. Författarna saknade erfarenhet med att identifiera sökord och synonymer, vilket kan ha påverkat den systematiska sökningen.

Studien baseras på tio originalartiklar, samtliga med en kvalitativ design. Genom att enbart inkludera kvalitativa studier och primärkällor där data samlats in via semistrukturerade intervjuer, möjliggörs en tydlig och nyanserad redovisning av resultaten samt minskad bias, vilket också redovisats i artikelmatrisen, se bilaga 1 (Polit & Beck, 2021, s. 109). Detta stärker studiens förmåga att besvara syftet, att beskriva sjuksköterskors erfarenheter eftersom kvalitativ forskning lämpar sig särskilt väl för att utforska och förstå upplevelser, vilket också ökar trovärdigheten i resultatet (Polit & Beck, 2021, s.

471-473). En potentiell svaghet är att endast tio originalartiklar inkluderades i studien. Om fler originalartiklar hade inkluderats, skulle studien kunna ha gett ett mer omfattande resultat. Studiens val av dataanalysmetod, en reflexiv tematisk analys, gjordes med avsikt att säkerställa en rättvis och korrekt presentation av resultaten (Braun & Clarke, 2019). Denna analysmetod betonar vikten av att resultaten presenteras på ett systematiskt sätt, där varje steg i processen är tydligt och öppet för kontinuerlig reflektion. Följande analysmetod gjorde det lätt att påbörja och följa analysprocessen ständigt, där kodningen och skapandet av teman växte fram, detta möjliggör noggranna justeringar och ökar transparensen, se tabell 2. Däremot kan detta ses som en svaghet, eftersom analysprocessen genomfördes inom en kort tidsram och författarna saknar tidigare erfarenheter av att genomföra tematiska analyser. Detta kan ha påverkat kvaliteten på det slutgiltiga resultatet och kan i stället ha haft ett annat utfall.

Enligt Lincoln och Gubas kriterier för trovärdighet avser tillförlitlighet resultatens stabilitet och pålitlighet över tid och under olika förhållanden. Tillförlitlighet innebär en strävan efter att kunna uppnå samma eller liknande resultat om studien skulle genomföras igen i en liknande kontext (Lincoln och Guba, 1985; 1994, refererad i Polit och Beck, 2021, s. 569). För att säkerställa pålitlighet för att öka trovärdigheten ännu mer i studien var valet att inkludera endast artiklar publicerade mellan 2015 och 2025. Urvalet resulterade i tio artiklar, varav de äldsta publicerades 2017 och 2018. Övriga artiklar var publicerade från och med decennieskiftet 2020 och framåt. Detta indikerar en hög grad av aktuell kunskap och utövande inom nuvarande vårdpraxis, då majoriteten av artiklarna presenterade de senaste forskningsresultaten från 2024 (Polit & Beck, 2021, s. 778). Detta kan dock även ses som en svaghet, eftersom tidigare forskning som uteblev på grund av denna studies inklusionskriterier kan leda till att viktig information saknas eller att viss kunskap förbises över tid, särskilt om fenomenets utvecklingsprocess inte följs kontinuerligt. För att säkerställa kvaliteten och tillförlitligheten i de inkluderade artiklarna genomförde författarna en systematisk kvalitetsgranskning. Ett av exklusionskriterierna var att utesluta artiklar med låg kvalitet. Majoriteten av artiklarna bedömdes ha hög kvalitet, men fyra artiklar klassificerades som måttliga till medelhöga i kvalitet, se bilaga 1. Detta berodde på att alternativa tolkningar från forskarna inte redovisades eller att analysprocessen inte redovisades tillräckligt tydligt, vilket påverkade bedömningen av deras kvalitet. Trots detta inkluderades de, eftersom de fortfarande ansågs relevanta och uppfyllde studiens urvalskriterier. De valdes att behållas då vi hade svårt att hitta relevanta artiklar, vilket ledde till att författarna fick använda de artiklar som de kunde hitta, trots att deras kvalitet inte var så hög som författarna hade hoppats på. Genom att använda SBUs granskningsmall kan varje forskares förhållningssätt under studiens genomförande identifieras, eftersom bedömningen baseras på objektiva kriterier för att bedöma kvalitén, se bilaga 4 (SBU, 2024).

För att uppnå trovärdighet förklarar Lincoln och Guba att verifierbarhet är ett viktigt kriterium, eftersom det betonar forskarens objektivitet. För att stärka verifierbarheten måste forskaren göra ansträngningar för att säkerställa att de data som presenteras reflekterar deltagarnas synpunkter och inte är baserade på forskarens förutfattade meningar, förväntningar eller personliga idéer (Lincoln och Guba, 1985; 1994, refererad i Polit och Beck, 2021, s. 570). Detta kriterium kan dock vara svårt att tillämpa inom en icke-positivistisk teori, där subjektiviteten snarare ses som en fördel än en nackdel. Författarna hade redan innan studien förkunskaper genom utbildning, uppfattningar och egna erfarenheter om fenomenet, men i stället för att se detta som en nackdel valdes analysmetoden strategiskt och användas till fördel. Genom att följa Braun och Clarke (2021) reflexiva tematiska analys innebar det att författarna kontinuerligt fick reflektera över hur deras egna förutfattade meningar och perspektiv kunde ha påverkat tolkningen och utvecklingen av teman. Med detta i åtanke har författarna strävat efter att undvika förvrängning av resultaten och att subjektiviteten inte ska

dominera. Målet har varit att inte presentera en färdig tolkning av fenomenet i resultatdelen, utan en tolkning som har utvecklats i samspel med teori och data. Genom att noggrant beskriva den valda dataanalysen, förklara varför den valdes, och tydligt ange att den baseras på en icke-positivistisk teori, stärker denna studie sin verifierbarhet. Författarna är medvetna om sin subjektivitet och är konsekventa i sin process, vilket presenteras öppet och transparent. För att stärka trovärdigheten genom verifierbarhet ännu mer har arbetet granskats genom handledning och kamratgranskning. Genom att låta andra kritiskt granska studien har det funnits möjlighet att återigen reflektera över författarnas egna förutfattade meningar genom att involvera andra i denna process (Lincoln & Guba, 1985, s. 300-308).

Överförbarheten stärktes genom att detaljerat och tydligt redogöra för de omständigheter som resulterade i de observerade resultaten. En sådan detaljerad beskrivning underlättar för andra att implementera motsvarande studier och undersöka om resultaten kan återskapas under andra förhållanden (Lincoln & Guba, 1985, s. 316). Överförbarhet innebär även möjligheten att generalisera resultaten till andra grupper eller situationer (Lincoln och Guba, 1985; 1994, refererad i Polit och Beck, 2021, s. 570). Författarna inkluderade i studien artiklarna från Choueiry et al. (2024), Nukpezah et al. (2021) och Watch et al. (2023) som omfattade barn med diverse tillstånd, såsom kognitiva funktionshinder och cancersjukdomar, vilket kunde begränsa förutsättningarna för överförbarhet. Dessa specifika patientgrupper innebär unika utmaningar, såsom svårigheter i kommunikation och smärtuttryck, vilket gör att resultaten kan vara svåra att direkt tillämpa på andra patientgrupper med olika sjukdomstillstånd eller i andra vårdmiljöer. Ytterligare en faktor som har kunnat påverka överförbarheten var skillnader i resurser, vårdkulturer, organisatoriska förutsättningar och länder. Kontrasten mellan hög, medel och låginkomstländer kan ha en väsentlig påverkan på överförbarheten av resultatet från artiklarna, framför allt när det gäller tillgången till utbildning och resurser. Artiklar med i studiens resultat såsom Kanada och länder i Europa räknas som medel-höginkomstländer och har tillgång till bättre finansiella resurser och därmed bättre sjukvård eftersom dessa länder har tillgång till mer avancerad medicinsk teknologi och högre utbildningsnivåer för sjuksköterskor. Resultatet från dessa länder kan vara svåra att tillämpa i länder med sämre resurser. I låginkomstländer såsom Ghana kan sjukvården vara mer grundläggande med brister inom sjuksköterskors utbildning och medicinsk utrustning, vilket påverkar deras möjligheter för att ge adekvat vård och smärthantering. Överförbarheten av resultatet blir därför svår att tillämpa och är en svaghet, detta på grund av stora skillnader i resurstillgång och behandlingsmetoder mellan artiklarna. De artiklar som valdes i studiens resultat omfattade dessutom olika typer av vårdavdelningar inom slutenvården, dessa var allmänna pediatrika vårdavdelningar samt palliativa vårdavdelningar. Detta kan ha påverkat överförbarheten och kan därmed ses som en svaghet. Författarna är medvetna om att sjuksköterskors erfarenheter av smärta kan variera beroende på vilken avdelning de arbetar på. Sjuksköterskor som arbetar inom palliativ barnsmärta kan ha en mer omfattande och djupgående förståelse för smärta, eftersom smärtbehandling är en central och ofta förekommande åtgärd på palliativa avdelningar. I jämförelse med sjuksköterskor på en allmän barnavdelning, där smärthantering inte alltid är lika frekvent eller intensiv. Detta kan begränsa överförbarheten av studiens resultat, eftersom den inte täcker alla typer av smärthantering inom pediatrik sjukvård. Exempelvis kunde resultat från en onkologisk barnavdelning med goda resurser och hög kompetens vara problematiskt att direkt föra över till en allmän pediatrik avdelning med mer begränsade resurser. Skillnader mellan erfarenheter, kunskap, resurser och patientgrupper kunde bidra med svårigheter att tillämpa överförbarhet, överförbarhet tillämpas bäst på likvärdiga premisser som har tillgång till likvärdiga resurser. Resultatet blir därmed blir svårt att generalisera till alla sjuksköterskor inom barnsjukvård. Trots en noggrann redogörelse av kontexten som kunde minimera osäkerheten, kan den aldrig helt eliminera utmaningar med att överföra resultat mellan olika miljöer. Denna studie inkluderade artiklar genomförda i flera olika länder, med

undantag för tre studier från Storbritannien, vilket är en fördel ur ett globalt perspektiv. Detta bidrar till en bredare förståelse av forskningsfrågan ur ett internationellt perspektiv och går även att relatera till mål nummer tre i agenda 2030 (FN, 2021). Med hjälp av inkluderingen av studier från olika geografiska områden kunde denna studie tillföra en mer nyanserad bild av sjuksköterskors erfarenheter och hur det kunde variera utifrån organisatoriska aspekter. Däremot kan denna bredd innebära en utmaning när det gäller att generalisera och specificera resultaten för enskilda kontexter. Varje vårdmiljö hade faktorer som var unika och kunde påverka resultaten på varierande sätt. Detta innebär att författarna ständigt behövde vara försiktig och kritisk vid tolkning och applicering av resultaten i nya sammanhang.

Enligt Lincoln och Guba innebär autenticitet om forskarens förmåga att på ett objektiva och troget sätt kunna beskriva olika verkligheter. När en artikel förmedlar den känslomässiga tonen i deltagarnas liv, såsom de hade upplevt den, och därigenom gav läsarna möjlighet att utveckla en djupare förståelse för de aktuella frågorna, anses den vara autentisk (Lincoln och Guba, 1985; 1994, refererad i Polit och Beck, 2021, s. 570). Autenticitet kan ses i denna studie eftersom resultaten förmedlade känslotonen och utmaningarna i sjuksköterskornas arbetsmiljö samt deras samverkan med barn och deras familjer. I artiklarna uppmärksammades sjuksköterskornas utmaningar i samband med bristande resurser, i form av bristfällig utbildning och tidsbrist som komplicerade den individanpassade vården. Ytterligare framkom det problem med arbetskultur och bristande samarbete mellan olika yrkesgrupper. Autenticitet illustrerades genom dessa realistiska scenarier som kunde spegla den praktiska verkligheten som sjuksköterskor upplevde, vilket underlättade för författarna att känna igen sig och att kunna förstå deras utmaningar. Enligt reflexiv tematisk analys, som beskrivs av Braun & Clarke (2021), var det också viktigt att författarna reflekterade över sina egna förutfattade meningar och erfarenheter och hur dessa kan ha påverkat tolkningen av data. Reflexivitet innebär att författarna är medveten om sin egen subjektivitet och aktivt granskar sina egna antaganden, vilket i detta fall var en svaghet eftersom autenticitet handlar om objektiva framföra sjuksköterskors erfarenheter och känslor. Eftersom under denna studie använde sig utav denna typ av analys kan det ha försvagat autenticiteten i resultatet. Artiklarna var skrivna på engelska vilket betydde att författarna använde webbaserade översättningsprogram samt ordböcker för att översätta dessa, även detta kan försvåra överförbarheten eftersom översättningar inte alltid är korrekta och kan innebära att viss information kan ha missförstått. Författarna hade heller inte tillgång till intervjustudiernas rådata och därmed inte själva kunde tolka det, vilket var något som kunde begränsa djupet utav studiens autenticitet och kunna anses som en svaghet som kan ha påverkat autenticiteten. Författarna diskuterade sinsemellan för att minska möjligheten till bias. För att stärka autenticiteten ännu mer var det väsentligt att vara medveten om potentiella bias samt att en bred mångfald av erfarenheter representerades och kritiskt analyserades.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att sjuksköterskor upplevde att den befintliga utbildningen, smärtbedömningsverktygen och riktlinjerna på avdelningen var otillräckliga. Detta ledde till brister i smärthanteringen, där smärta riskerade att felbedömas, hanteras ineffektivt och skapade osäkerhet för sjuksköterskor. Skog et al. (2020) stödjer dessa utmaningar och har lyft särskilt svårigheterna med att använda smärtskalor vid smärtbedömning. Dels har det funnits ett överflöd av olika skalor att välja mellan, vilket har skapat osäkerhet, och sjuksköterskors erfarenheter av att använda dessa har varit begränsade. Smeland et al. (2018) och Sabeti et al. (2021) stödjer att smärtskattningsverktyg inte alltid har använts korrekt, trots att det har funnits tydliga riktlinjer. Ibland har sjuksköterskor anpassat skattningsverktyget utifrån vad de har bedömt passar bäst för barnet i den aktuella situationen, och ibland har verktygen inte använts alls, då sjuksköterskor har känt att de inte har haft tillräcklig tilltro till smärtskalan. Detta har kunnat

leda till både missbedömningar och felaktiga antaganden om vilket smärtskattningsverktyg som har varit mest lämpligt, vilket också har påverkat smärthanteringen och lett till underbehandlad smärta (Sabeti et al., 2021; Skog et al., 2020; Smeland et al., 2018). Det stora antalet smärtskattningsskalor att välja mellan har kunnat leda till inkonsekvent användning och förvirring. Detta har försvårat jämförelser mellan skalorna och kan ha haft en negativ inverkan på behandlingar (Brand & Thorpe, 2016; Freund & Bolick, 2019; Skog et al., 2021). För att kunna bedöma barns smärta på ett tillförlitligt sätt krävs det en tillräcklig kompetens och användning av evidensbaserade metoder (Skog et al., 2020; Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 7). Detta går att tillämpa till bärande begreppet vårdrelationen och spelar en avgörande roll, där tillit och förtroende för sjuksköterskor grundas främst på deras utbildning och kompetens (Dinç & Gastmans, 2013). Denna tillit ges initialt automatiskt, men om sjuksköterskor upplever osäkerhet i sin förmåga att korrekt bedöma och hantera smärta, kan deras självförtroende i vårdrelationen påverkas negativt. Resultatet visar att bristande kunskap och kompetens hos sjuksköterskor kan leda till att patientens förtroende och tillit minskar, vilket i sin tur kan ha försämrar vårdrelationen (Dinç & Gastmans, 2013; Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Det har därför viktigt att poängtera att sjuksköterskor har en skyldighet att kontinuerligt upprätthålla och utveckla sin kompetens genom fortlöpande professionell utveckling, enligt ICN:s etiska kod 2.1 och sjuksköterskors kompetensbeskrivning. Detta ansvar är särskilt viktigt vid användning av smärtskattningsverktyg för barn, där bristande riktlinjer och begränsad praktisk erfarenhet har kunnat hindra en korrekt smärtbedömning. Det är därför avgörande att sjuksköterskor kontinuerligt utvecklar sina kunskaper och färdigheter inom smärtomvårdnad. Genom att förbättra sin kompetens kan de erbjuda en mer effektiv och individanpassad smärtbehandling för barn (ICN, 2021, s. 5–10; Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 7-10). Detta stärker även sjuksköterskornas självförtroende, vilket i sin tur kan förbättra vårdrelationen. En sådan utveckling skapar bättre förutsättningar för ett konstruktivt samarbete när det gäller bedömning och hantering av smärta hos barn (ICN, 2021, s. 5–10; Ndengeyingoma et al., 2023; Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 7-10).

Resultaten visar att ett återkommande hinder för sjuksköterskor i smärthantering är otydliga riktlinjer, vilket leder till en begränsad användning av icke-farmakologiska metoder. He et al. (2010) och Sabati et al. (2021) påpekar att bristen på tydliga rutiner och smärthanteringspolicys begränsar användningen av dessa interventioner. Om riktlinjer var mer konkreta skulle sjuksköterskor kunna känna större stöd att använda icke-farmakologiska metoder för att lindra barns smärta (Skog et al., 2020). Det är också avgörande att dessa metoder implementeras och erbjudas inom vården för att effektivt lindra smärta hos barn (Moran & Wilson, 2024). Genom att använda icke-farmakologiska interventioner, såsom lek eller TV som distraktion, bidrar sjuksköterskor inte bara till bättre smärthantering, utan stärker även barnets tillit och samarbetsvilja inför framtida procedurer (Dinç & Gastmans, 2013; Sabeti et al., 2021). Den fysiska och psykosociala vårdmiljön påverkar i hög grad hur barnet upplever både smärta och slutenvård. Genom att använda icke-farmakologiska metoder kan man förbättra barnets upplevelse av vårdmiljön och samtidigt minska smärtan. En strukturerad och välfungerande vårdmiljö kan även bidra till en bättre patientupplevelse med införande av icke farmakologiska metoder för att lindra smärta (Díaz-Rodríguez et al., 2021; Larsson & Persson, 2015; Ramdaniati et al., 2023). Genom att främja vardagliga aktiviteter som lek eller en lugnande omgivning skapas en tryggare och mer positiv vårdmiljö, vilket kan minska ångest och förbättra barnets upplevelse av vården (Díaz-Rodríguez et al., 2021; Goštautaitė et al., 2017; Ramdaniati et al., 2023). Om dessa insatser uteblir kan det leda till negativa konsekvenser, såsom ökad ångest, depression och förstärkt smärtupplevelse (Ulrich et al., 2004; Ramdaniati et al., 2023). För att säkerställa en effektiv smärthantering är det avgörande att sjuksköterskor aktivt arbetar för att skapa en vårdmiljö som främjar trygghet och delaktighet (Díaz-Rodríguez et al., 2021; Goštautaitė et al., 2017; Ramdaniati et al., 2023; Ulrich et al., 2004). Sjuksköterskor är legitimerade för sin omvårdnadsexpertis, förväntas

arbeta enligt kompetensbeskrivningar och använda ett kritiskt reflekterande förhållningssätt för att hantera utmaningar inom smärtvård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a). Detta kräver en anpassad smärtbehandling som bygger på personcentrerad vård och evidensbaserad praxis (ICN, 2021; Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a).

I resultatet framkommer hur en god relation med föräldrar och barn främjar samarbetet och underlättar sjuksköterskors smärtbedömning och hantering. Föräldrar spelar en central roll i att minska barnets ångest och förbättra smärthanteringen. Eull et al. (2023) samt Yoo och Cho (2020) stödjer detta och betonar att barns vilja till att medverka under medicinska procedurer minskar om förtroendet för sjuksköterskorna inte fanns där. Detta påverkar sjuksköterskors möjlighet till att kunna ge en adekvat bedömning och hantering av smärta, vilket kan resultera i att vårdkvaliteten försämras (Eull et al., 2023; Yoo & Cho, 2020). Informationen som ges ska främst fokusera på barnet, eftersom barn och deras föräldrar hamnar i en sårbar position när de vårdas inom slutenvården. Fall där föräldrar inte blir involverade, kunde bero på att vissa sjuksköterskor ser föräldrarnas roll som passiv snarare än aktiv och medbestämmande. Sjuksköterskor anser att det är svårt att ingå i ett jämställt partnerskap med föräldrar, eftersom det primärt är sjuksköterskors vårdansvar (Coyne & Cowley, 2007; Shave et al., 2018; Ndengeyingoma et al., 2022). Samtidigt kan balansen mellan föräldrars önskemål och barnets behov skapa utmaningar för sjuksköterskor som påverkar vårdkvaliteten. För att förbättra vården för patienterna är förtroende en viktig del, vilket går att tillämpa till bärande begreppet vårdrelation. Vårdrelationen innebär den professionella relation som skapas mellan sjuksköterska, barnet och dess föräldrar och där grunden bygger på tillit, respekt och trygghet. En välfungerande vårdrelation underlättar inte bara kommunikationen utan bidrar till att barnet vågar uttrycka sin smärta och att föräldrarna känner sig delaktiga och trygga i vårdsituationen. Vårdrelationen blir därmed inte bara en komponent i bemötandet utan en aktiv del i själva smärtlindringen. Förtroende och samverkan utgör grunden för ett välfungerande samarbete som i sin tur gynnar barns läkning och återhämtning (Dinç & Gastman, 2011; Mackay et al., 2024; Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Sjuksköterskan kan möta utmaningar när det gäller att vinna barnets och dess föräldrars förtroende i samband med vården. För ett barn kan medicinska procedurer under sjukhusvistelsen eller den okända omgivningen i den nya vårdmiljön ofta vara skrämmande. Detta kan leda till att barnet upplever rädsla och tveksamhet att sätta sitt förtroende för sjuksköterskor som de uppfattar som en del av det obehagliga. I dessa situationer blir en välfungerande vårdrelation avgörande för att minska barnets rädsla och öka dess delaktighet i smärtbedömningen. Genom en empatiskt bemötande och lyhördhet kan sjuksköterskor främja en trygg atmosfär för barnet samtidigt och samtidigt stärka föräldrarnas känsla av delaktighet (Mackay et al., 2024; Sheehan & Fealy, 2020). Svensk Sjuksköterskeförening är tydlig med att det är sjuksköterskors ansvar att involvera föräldrarna. Patientsäkerhet ingår i sjuksköterskors kompetensområde, och för att kunna arbeta patientsäkert med barn måste föräldrarna involveras. Föräldrar kan observera och rapportera förändringar till sjuksköterskor, vilket kan bidra till att identifiera och minska vårdrelaterade skador. Att involvera föräldrar innebär också att förmedla och anpassa information till dem samt att handleda dem i vissa praktiska moment, då sjuksköterskorna har ett pedagogiskt ansvar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 4–10). Enligt Patientlagen ska patienter få information om sin vård och ges möjlighet att medverka i och utforma den. När patienten är ett barn faller detta ansvar på föräldrarna, som ska få information och möjlighet att medverka i vården (SFS 2014:821, 3 kap. 4 §).

Resultatet visar hur vikten utav god kommunikation mellan sjuksköterskor och barn för att kunna få adekvata smärtbedömningar. Enligt Brand och Thorpe (2016) samt Freund och Bolick (2019) är smärta en subjektiv upplevelse, och om barnet inte inkluderas i bedömningen finns en risk att smärtan underskattas. Deldar et al. (2018) och Stevens (2021) stödjer detta och påpekar att sjuksköterskor

upplever svårigheter med att bedöma smärta hos barn som har svårt att kommunicera. Dessa utmaningar förvärras av bristen på adekvata verktyg för att hjälpa barn att uttrycka sin smärtupplevelse, vilket också leder till att smärtbedömningar inte utföras rutinmässigt hos dessa barn med kommunikationssvårigheter. Smärtskattningsverktyg som är skapade för barn som har det svårt att kommunicera smärta ger inte heller korrekta resultat. Detta tydliggör varför det är viktigt att sjuksköterskor hjälper barnet att på bästa sätt försöka uttrycka sig. Basem Naser et al. (2020), Stevens (2021) och Zeliński et al. (2020) nämner att smärtbedömningar ska göras regelbundet och rutinmässigt för att nå en optimal smärtlindring, den behövs också anpassas för varje enskilt barn. Brist på verbal kommunikation bör inte vara avgörande för smärtbedömningen. I stället bör sjuksköterskor uppmuntra barnet att själv rapportera sin smärta. Heiney (1999), Kiessling och Kjellgren (2004) samt McGuirt (2016) stödjer detta, kommunikation är avgörande, eftersom brist på information kan öka barnets ångest, obehag, vilket i sin tur kan förvärra barnets smärta och försvåra samarbetet. Att kunna balansera medicinska krav med barns delaktighet är en återkommande utmaning för sjuksköterskor. Här har vårdrelationen en stor betydelse, då detta kan underlättas genom att stärka tillit och kontinuitet i vårdkontakten, vilket i sin tur förbättrar samarbetet och delaktigheten. En god vårdrelation möjliggör dessutom att sjuksköterskorna får en djupare förståelse för barnets personlighet, tidigare erfarenheter och copingstrategier, vilket är avgörande för att kunna individualisera smärtbedömning och smärthantering. Trygghet och förtroende i relationen till barnet inte bara påverkade barnets upplevelse, utan också gav värdefull information som annars riskerade att förbises i en stressig vårdmiljö. Genom en god vårdrelation kan sjuksköterskorna lättare tolka subtila uttryck för smärta, identifiera barnets behov och anpassa omvårdnaden utifrån dessa. Zeliński et al. (2020) förklarar vidare att smärtbedömningen bör anpassas efter barnets ålder, språk, etnicitet och kognitiva förmåga. Att använda ett enskilt bedömningsverktyg är inte optimalt och inte tillräckligt, flera verktyg bör kombineras för att säkerställa en så korrekt smärtskattning som möjligt. Sjuksköterskor kan främja barnets hälsa genom att tillämpa barncentrerad vård, där barnet ses som en egen individ och smärtvården anpassas utifrån dess behov, samtidigt som familjen involveras (Coyne et al., 2018; Ford et al., 2018). Genom att sätta barnets intresse i fokus involveras barnet i vårdplaneringen, beslutsfattandet och informationsdelningen. Detta går även att koppla till sjuksköterskors omvårdnadsansvar gällande ICN:s etiska kod 1.3 vilket innebär att all vård behöver anpassas detta inkluderar även kommunikationen mellan barn och sjuksköterskor (ICN, 2021, s. 8). Även om en välfungerande vårdrelation har en avgörande betydelse, har sjuksköterskor fortfarande ett professionellt ansvar för sitt praktiska utförande gentemot patienten (ICN, 2021, s. 5-10; Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 4-10). Patientlagen (SFS 2014:821, 3 kap. 6 §) och (SFS 2014:821, 5 kap. 1 §) betonar även vikten att patienten har rätt till att vara delaktiga och få tillgång till information och att denna information ska ges på ett sådant sätt som är förstäligt för patienten, vid behov ska informationen anpassas efter barnets kognitiva förmåga.

SLUTSATSER

Denna studie har belyst sjuksköterskors behov av utbildning, klinisk kompetens, adekvata smärtbedömningsverktyg och tydliga riktlinjer för att effektivt kunna bedöma och hantera smärta hos barn i åldern 6–12 år inom slutenvården. Dessutom behövs det ett gott samarbete i vårdteamet och tidsmöjlighet för att sjuksköterskor ska kunna ge en effektiv smärtlindring ska kunna ges och inte underbehandlas. För att säkerställa en god smärtlindring krävs även en barncentrerad vård, där sjuksköterskor aktivt anpassar vården efter barnets individuella behov och förutsättningar. Barns smärta är komplex och resultatet påvisar en rekommendation att sjuksköterskor bör göra professionella bedömningar samtidigt som de upprättar ett nära samarbete med barnet och dess föräldrar för att skapa en helhetsförståelse och optimera smärthanteringen. Bristande utbildning, otillräckliga resurser och organisatoriska utmaningar påverkar sjuksköterskors förmåga att bedöma och hantera smärta, vilket kan resultera i otillfredsställande smärtlindring. Att bedriva vård som är personcentrerad och anpassad till barnet individuellt, samt säker och evidensbaserad, är ett ansvar som ligger på sjuksköterskor. Detta ansvar inkluderar att främja barns hälsa, säkerställa adekvat smärtbedömning och lindring, förebygga lidande genom professionell kompetens, samverkan med familj och andra vårdprofessioner samt tydliga riktlinjer. Detta är inte bara avgörande för sjuksköterskans yrkesutövning, utan har också stor samhällsrelevans genom att minska barns lidande, förkorta sjukhusvistelser och förebygga långsiktiga negativa hälsoeffekter, vilket i sin tur kan bidra till bättre folkhälsa. Vidare forskning bör fokusera på hur tillgången till adekvata smärtskattningsverktyg påverkar sjuksköterskors förmåga att bedöma smärta hos barn inom slutenvården. En mixed-method studiedesign skulle vara lämplig för att besvara forskningsfrågan, då den kvalitativa delen kan fånga sjuksköterskornas erfarenheter samtidigt som den kvantitativa delen kan mäta effektiviteten och tillförlitligheten hos de använda smärtskattningsverktygen.

REFERENSER

Artiklar markerade med en asterisk (*) ingår i studiens resultat

Andersson, V., Bergman, S., Henoch, I., Simonssons, H. & Ahlberg, K. (2022). Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care: a cross-sectional study from Sweden. *BMC Pediatrics*, 22(252). <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-022-03319-w>

Basem-Naser, N. G. Hanley, J. Peliowski, A. Hayes, J. & Aoyama, K. (2020). A practical guide to acute pain management in children. *Journal of Anesthesia*, 34, 421-433. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02767-x>

Brand, K & Thorpe, B. (2016). Pain assessment in children. *Anesthesia & Intensive Care Medicine*, (17), 270-273. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.03.007>

Braun, V. & Clarke, V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport. Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?. *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

Cartland, J., Ruch-Ross, H. S., Carr, L., Hall, A., Olsen, R., Rosendale, E & Ruehonen, S. (2018) The role of hospital design in reducing anxiety for pediatric patients. *Health Environments Research & Design Journal*, 11, 66-79. <https://doi.org/10.1177/1937586718779219>

Cascella, M. Bimonte, S. Saettini, F. & Rosararia-Muzio, M. (2018). The challenge of pain assesment in children with cognitive disabilities: Features and clinical applicability of different observational tools. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(2), 129-135. <https://doi.org/10.1111/jpc.14230>

Chen, Y., Min, C., Wang, Q., Zhou, J., Xie, A., Shen, L., Chen, M. & Li, X. (2021). Procedural Pain in Hospitalized Children in a Chinese Children's Hospital. *Pain Management Nursing*, 22(3), 414-422.

Chng, H. Y., He, H-G., Chan, S. W-C., Liam, J. L. W., Zhu, L. & Cheng, K. K. F. (2015). Parents' knowledge, attitudes, use of pain relief methods and satisfaction related to their children's postoperative pain management: a descriptive correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1630-1642. <https://onlinelibrary-wiley-com.till.biblextern.sh.se/doi/epdf/10.1111/jocn.12764>

*Choueiry, J., Chartrand, J., Harrison, D. & Don, A. (2024). Pain care for children with cognitive impairment: A parent-nurse relationship. *Journal of Pediatric Nursing*, 77, 139-149. <https://www-sciencedirect-com.till.biblextern.sh.se/science/article/pii/S0882596324001209?via%3Dihub>

Collins, A. W. (1984). *Development During Middle Childhood: The Years From Six to Twelve*. National Institutes of Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216773/>

Coombes, L., Braybook, D., Roach, A., Scott, H., Harðardóttir, D., Bristowe, K., Ellis-Smith, C., Bluebond-Langner, M., Fraser, L. K., Downing, J., Farsides, B., Murtagh, F. E. M. & Harding, R. (2022). Achieving child-centered care for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a

qualitative interview study. *European Journal of Pediatrics*, 181, 3739-3752.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-022-04566-w>

Coyne, I & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: Children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2334-2343.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03582.x>

Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A concept Syntheses of Family-Centered Care, Person-Centered Care and Child-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>

Coyne, I. & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 893-904.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.002>

*de Souza, D-M., Sanches Lesting, G., Aparecida Carvalho, J. & Mariano Rossato, L. (2024). Pain management in hospitalized children: unveiling barriers from the nursing perspective. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SnBmsPh4pL9MzBVryZbVh9j/?lang=en#>

Deldar, K. Froutan, R. & Ebade, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. *BMC nurs*, 17(11), 2-8.

<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0281-3>

Dezfouli, S. M. M. & Khosravi, S. (2020). Pain in child patients: A review on managements. *European journal of translational myology*, 30(2), 8712. <https://doi.org/10.4081/ejtm.2019.8712>

Díaz-Rodríguez, M., Alcántara-Rubio, L., Aguilar-García, D., Pérez-Muñoz, C., Carretero-Bravo, J. & Puertas-Cristóbal, E. (2021). [The Effect of Play on Pain and Anxiety in Children in the Field of Nursing: A Systematic Review](#). *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 15-22.

Dinç, L. & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships. *Nursing Ethics*, 20(5) 499-612.

<https://journals-sagepub-com.till.biblextern.sh.se/doi/epub/10.1177/0969733012468463>

Dinc, F., Kurt, A., Yildiz, D. & Fidanci, B-E. (2024). A qualitative study on the perceptions of illness and hospitalization of school age children with cancer. *Children and Youth Services Review*, 160, 45-56.

<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107602>

Eull, D., Looman, W. & O'Connor-Von, S. (2023). Transforming acute pain management in children: A concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 5230-5240. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16625>

Ford, K., Dickinson, A., Water, R., Campbell, S., Bary, L. & Carter, B. (2018). Child Centered Care: Challenging Assumptions and Repositioning Children and Young People. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.012>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur Akademisk.

Freund, D. & Bolick, B. N. (2019). CE:Assessing a child's pain. *American Journal of Nursing*, 119(5), 34-41.

https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2019/05000/CE_Assessing_a_Child_s_Pain.25.aspx

- Friedrichsdorf, S. J., & Goubert, L. (2020). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *PAIN Reports*, 5(1), 804.
https://journals.lww.com/painrpts/fulltext/2020/02000/pediatric_pain_treatment_and_prevention_for.9.aspx
- Förenta nationerna. (2021). Mål 3: God hälsa och välbefinnande. <https://fn.se/wp-content/uploads/2023/02/Ma%CC%8A-3-God-ha%CC%88sa-och-va%CC%88lbeffinnande.pdf>
- Goštautaitė, S., Piščalkienė, V., Laanterä, S. & Uosukainen, L. (2017). NON - PHARMACOLOGICAL PAIN MANAGEMENT IN POSTOPERATIVE CARE OF SCHOOL - AGE CHILDREN. *Health Sciences*, 27, 71-79. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.099>
- *Greenfield, K., Carter, B., Harrop, E., Howard, R-F., Johnson, M. & Liossi, C. (2021). Healthcare Professionals' Experiences of the Barriers and Facilitators to Pediatric Pain Management in the Community at End-of-Life: A Qualitative Interview Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66, 98-105. [https://www.ipsmjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00427-9/fulltext](https://www.ipsmjournal.com/article/S0885-3924(21)00427-9/fulltext)
- Haraldstad, K., Christophersen, KA. & Helseth, S. (2017). Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey. *BMC Pediatrics* 17(174). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0927-4>
- He, H-G., Jahja, R., Lee, T-L, Ang, E. N. K., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Chan, M. F. (2010). Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal of Advanced Nursing* 66(11), 2398–2409. <https://onlinelibrary-wiley-com.till.biblextern.sh.se/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2010.05402.x>
- Heiney, S. P. (1991). Helping children through painful procedures. *The American Journal of Nursing*, 91, 20-24. <https://doi.org/10.2307/3426789>
- Kiessling, T. & Kjellgren, K. I. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24(4) 3-51. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/010740830402400407>
- Koch, A., Kozhumam, A., Albrecht, T., Son, H., Brandon, D. & Docherty, S. (2022). Parental Decision-making: Intersections of Hope, Communication, Relationships, and Emotions. *Journal of pediatric health care*, 36(2), 210.
- *Kusi Amponsah, A., Frimpong Kyei, E., Bright Agyemang, J., Boakye, H., Kyei-Dompim, J., Kwadwo Ahoto, J. & Oduro, E. (2020). Nursing-Related Barriers to Children's Pain Management at Selected Hospitals in Ghana: A Descriptive Qualitative Study. *Pain Research and Management*, 20. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2020/7125060>
- International Council of Nurses. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (International Council of Nurses). International Council of Nurses.
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P. & Glacken. M. (2003). Young children's perspective of ideal physical design features for hospital-built environments. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 57–71.
<https://doi.org/10.1177/1367493512473852>

Larsson, M. & Persson, E. (2015). *Sjuksköterskors erfarenhet av att använda icke-farmakologisk behandling vid procedurmärta hos barn: En litteraturstudie*. (Examensarbete, Högskolan i Gävle, Digitala Vetenskapliga Arkivet). <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:878528/FULLTEXT01.pdf>

Le, A., Dick, B. R., Spiers, J., Reid, K. & Scott, S. D. (2018). Parents' experiences with pediatric chronic pain. *Canadian Journal of Pain*, 3, 20-32. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24740527.2019.1577679?scroll=top&needAccess=true#abstract>

Li, W. H. C., Chung, J. O. K. & Ho, E. K. Y. (2011). Effectiveness and feasibility of using the computerized interactive virtual space in reducing depressive symptoms of Hong Kong chinese children hospitalized with cancer. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 16(3). 190-198. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00288.x>

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. SAGE. <https://ethnographyworkshop.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/11/lincoln-guba-1985-establishing-trustworthiness-naturalistic-inquiry.pdf>

Mackay, L. H., Chang, U., Kreiter, E., Nickel, E., Kamke, J., Bahia, R., Shantz, S. & Meyerhoff, H. (2024). Exploration of trust between pediatric nurses and children with medical diagnosis and their caregivers on inpatient care units: A scoping review. *Journal of Pediatric Nursing* 78, 1-30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.05.030>

McGuirt, D. (2016). Alternatives to Sedation and General Anesthesia in Pediatric Magnetic Resonance Imaging: A literature Review. *Radiologic Technology*, 88(1), 18-26. <https://web-p-ebscobhost-com.till.biblextern.sh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5b25d983-7fda-4d2a-a232-d41e5ef84baa%40redis>

*Mediani, H-S., Duggan, R., Chapman, R., Hutton, A. & Shields, L. (2017). An exploration of Indonesian nurses' perceptions of barriers to paediatric pain management. *Journal of Child Health Care*, 21, 273-282. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493517715146>

Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>

Moran, H. & Wilson, D. R. (2024). Complementary approaches to pain for children. *Journal of Pediatric Surgical Nursing*, 13(3), 86–94. <https://doi.org/10.1177/23320249241246791>

Ndengeyngoma, A., Lebel, V. & Alvarez, S. B. (2023). Children and pain: Assessment and management according to parents' perspective. *Research in nursing & health*, 46, 93-100. <https://onlinelibrary-wiley-com.till.biblextern.sh.se/doi/epdf/10.1002/nvr.22271>

*Nukpezah, R. N., Khoshnavay Fomani, F., Hasanpour, M., & Nikbakht Nasrabadi, A. (2021). A qualitative study of Ghanaian pediatric oncology nurses' care practice challenges. *BMC Nursing*, 20. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00538-x>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. uppl.). Wolters Kluwer.

Ramdaniati, S., Lismidiati, W., Haryanti, F. & Neni Sitaresmi, M. (2023). The effectiveness of play therapy in children with leukemia: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 7-21. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.08.003>

Sabeti, F., Mohammadpour, M., Pouraboli, B., Tahmasebi, M. & Hasanpour, M. (2021). Health Care Providers' Experiences of the Non-Pharmacological Pain and Anxiety Management and Its Barriers in the Pediatric Intensive Care Units. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 110-116.

Safi, A.B., Banouri, S.Z.U.R. & Atifnigar, H. (2023). Exploring Children's Developmental Stages and Preparation of a Framework for Comprehensive and Creative Curriculum. *European Journal of Theoretical and Applied Sciences*, 1(5), 1025-1032. <https://ejtas.com/index.php/journal/article/view/366/301>

*Segers, E. W., van den Hoogen, A., Schoonhoven, L., van de Putte, E-M. & Ketelaar, M. (2024). How to meet coping strategies and preferences of children during invasive medical procedures: perspectives of health care professionals. *European Journal of Pediatrics*, 183, 5291-5301. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-024-05802-1>

SFS 2014:82. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/

SFS 2018:1197. *Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197/

Shave, K., Ali, S., Scott, S. D. & Hartling, L. (2018) Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experience and information needs. *BMC Pediatrics*, 18. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12887-018-1300-y>

Sheehan, R. & Fealy, G. (2020). Trust in the nurse: Findings from a survey of hospitalised children. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4289-4299. <https://onlinelibrary-wiley-com.till.biblextern.sh.se/doi/epdf/10.1111/jocn.15466>

*Simons, J., Carter, B. & Craske, J. (2020). Developing a Framework to Support the Delivery of Effective Pain Management for Children: An Exploratory Qualitative Study. *Pain Research and Management*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2020/5476425>

Skog, N., Mesic Mårtensson, M., Dykes, A-K. & Vejzovic, V. (2020), Pain assessment from Swedish nurses' perspective. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 26(3), e12317. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jspn.12317>

Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg, S. & Rustøen, T. (2018). Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management. *Pain Management Nursing*, 19(6), 585-598.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2024). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

- Stevens, B. (2021). Revisions to the IASP definition of pain—What does this mean for children?. *Paediatric and Neonatal Pain*, 21(3), 101-105. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pne2.12047>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2024a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2024b). *Riksföreningen för barnsjuksköterskor: Kompetensbeskrivning avancerad nivå, specialistsjuksköterska med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. <https://swenurse.se/download/18.76fb1c4618df2d412d721e69/1709536186255/Kompetensbeskrivning%20specialistsjuksk%C3%B6terska%20med%20inriktning%20mot%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd%20f%C3%B6r%20barn%20och%20ungdomar.pdf>
- Södertörns Högskola (2021). Referenser enligt APA-systemet: Guide för Röda Korsets Högskola och Södertörns Högskola. Hämtad 3 mars 2025 från https://www.sh.se/download/18.55720cd517dc29e7e71954d3/1642604491348/APAguide_HT21_V2.pdf
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A. & Choudhary, R. (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime opportunity. *Designing the 21st century hospital project*. <https://healingphotoart.org/wp-content/uploads/2012/11/UlrichPhyEnviron.pdf>
- *Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N. & Chirema, K. (2018). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of Clinical Nursing*, 1491-1505. <https://onlinelibrary-wiley-com.till.biblextern.sh.se/doi/epdf/10.1111/jocn.14747>
- *Watch, V., Anga, G., Kilalang, C., Pulsan, F., Vince, J. D. & Duke, T. (2023). Children with palliative care needs in Papua New Guinea, and perspectives from their parents and health care workers: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 22. <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-023-01177-6>
- World Health Organization (2021). *WHO issues new guidelines on the management of chronic pain in children*. Hämtad 4 mars 2025 från <https://www.who.int/news/item/01-02-2021-who-issues-new-guidelines-on-the-management-of-chronic-pain-in-children>
- World Medical Association (2024). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN PARTICIPANTS*. Hämtad 13 februari 2025 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Yoo, S. Y., & Cho, H. (2020). Exploring the Influences of Nurses' Partnership with Parents, Attitude to Families' Importance in Nursing Care, and Professional Self-Efficacy on Quality of Pediatric Nursing Care: A Path Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5452. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5452>
- Zeliński, J., Morawska-Kochman, M. & Zatoński, T. (2020). Pain assessment and management in children in the postoperative period: A review of the most commonly used postoperative pain assessment tools, new diagnostic methods and the latest guidelines for postoperative pain therapy in children. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 29(3), 365-374. <https://advances.umw.edu.pl/en/article/2020/29/3/365/>

BILAGA 1. Artikelmatris

| Författare, årtal, tidskrift, land | Titel | Syfte | Metod (Design, urval, datainsamling, analys) | Resultat | Kvalitet |
|---|---|--|--|--|---------------------|
| <p>#1 Kusi Amponash, Frimpong Kyei, Bright Agyemang, Boakye, Kyei-Dompim, Kwadwo Ahoto & Oduro (2020).</p> <p>Pain Research and Management</p> <p>Ghana</p> | <p>Nursing-Related Barriers to Children's Pain Management at Selected Hospitals in Ghana: A Descriptive Qualitative Study</p> | <p>Att utforska omvårdnadsbarriärer som uppkommer i samband med barns smärthantering i Ghana</p> | <p><i>Design:</i> Kvalitativ deskriptiv design.</p> <p><i>Urval:</i> 28 sjuksköterskor</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Tematisk analys med deduktiv ansats</p> | <p>Sjuksköterskor upplevde flera hinder i bedömning och hantering av barns smärta. Dessa var kommunikationssvårigheter mellan sjuksköterskorna och barn samt inom vårdteamet. Bristande utbildning och missuppfattningar om barns smärta, avsaknad av bedömningsverktyg, personalbrist och begränsad befogenhet att ordinera smärtstillande läkemedel.</p> | <p>Hög kvalitet</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---------------------|
| <p>#2 Mediani, Duggan, Chapman, Hutton & Shields (2017).</p> <p>Journal of Child Health Care</p> <p>Indonesien</p> | <p>An exploration of Indonesian nurses' perceptions of barriers to paediatric pain management</p> | <p>Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtbehandling och hinder för smärtbehandling hos barn inlagda på sjukhus</p> | <p><i>Design:</i> Kvalitativ design.</p> <p><i>Urval:</i> 12 sjuksköterskor</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Grundad teori</p> | <p>Fem huvudsakliga kategorier identifierades, bristande jämvikt i fördelning av många patienter och för få sjuksköterskor som resulterade i sämre möjligheter till effektiv smärtvård. Brist på utbildning då de sakna otillräcklig kunskap om smärtbedömning och smärt hantering. Brist på organisatoriskt stöd, då de avsaknad resurser som smärtbedömningsverktyg och riktlinjer för smärtvård. Brist på professionell autonomi då deras åsikter förbisågs av läkare vilket resulterade till att de inte hade någon inflytande över smärtvårdsbeslut. Detta resulterade även känsla av maktlöshet på grund av auktoritet från läkare vilket gjorde att självständigheten minskades och osäkerheter i sjuksköterskerollen ökades.</p> | <p>Hög kvalitet</p> |
| <p>#3 Segers, van den Hoogen, Schoonhoven, van de Putte & Ketelaar (2024).</p> <p>European Journal of Pediatrics</p> <p>Nederländerna</p> | <p>How to meet coping strategies and preferences of children during invasive medical procedures: perspectives of health care professionals</p> | <p>Att utforska vårdpersonals erfarenheter och behov för att stödja barn som genomgår mindre invasiva medicinska ingrepp</p> | <p><i>Design:</i> Kvalitativ design.</p> <p><i>Urval:</i> 32 deltagare, varav 13 sjuksköterskor</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Tematisk analys med induktiv ansats.</p> | <p>Sjuksköterskor upplevde att tidsbrist kan vara ett hinder som gör det svårt att fullt ut stödja barn som är rädda och anpassa sig efter föräldrars önskemål. Dem upplevde även att genom att skapa förtroende, anpassa bemötandet individuellt hos varje patient och att vara förutsägbar genom att vara tydlig med vad som kommer att hända kan vara grund för att skapa trygghet. Sjuksköterskor upplevde även att föräldrarna är samarbetspartners där det är en</p> | <p>Hög kvalitet</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|-------------------|
| | | | | fördel till att ha en enad front med föräldrar var också avgörande för barnets trygghet. Samarbetet mellan kollegor ska ha varit ett hinder för att kunna ge så bra stöd som möjligt för barnet. | |
| #4 Simons, Carter & Craske (2020). Pain Research and Management Storbritannien | Developing a Framework to Support the Delivery of Effective Pain Management for Children: An Exploratory Qualitative Study | Att utforska utövares syn på fem nyckelelement i smärthantering och deras relevans för barns smärthantering | <i>Design:</i> Kvalitativ design <i>Urval:</i> 22 deltagare, varav 5 sjuksköterskor <i>Datainsmning:</i> Semistrukturerade intervjuer <i>Analys:</i> Tematisk analys | Fem teman identifierades i studien, varav två upplevdes som särskilt framträdande av sjuksköterskorna. För det första ansågs erfarenhet inom smärthantering bidra till ökat självförtroende i sjuksköterskans yrkesroll. För det andra betonades föräldrarnas betydelse som ett viktigt stöd för barnet i att uttrycka smärta. Samtidigt upplevde sjuksköterskorna att alla föräldrar inte hade en korrekt förståelse av smärta, vilket kunde leda till otydlig eller osäker kommunikation och därmed en mindre effektiv smärthantering. Därför framhölls vikten av att upplysa föräldrar samt att aktivt undersöka och tydliggöra deras kunskap och förväntningar kring smärthantering. | Hög kvalitet |
| #5 de Souza, Sanches Lestinge, Aparecida Carvalho & Mariano Rossato (2024). Revista Gaúcha de Enfermagem Brasilien | Pain management in hospitalized children: unveiling barriers from the nursing perspective | Att förstå vårdteamets uppfattningar om barriärer som hindrar en bra smärtbehandling hos barn inlagda på sjukhus | <i>Design:</i> Kvalitativ design <i>Urval:</i> 15 deltagare, varav 5 sjuksköterskor <i>Datainsmning:</i> Semistrukturerade intervjuer | Sjuksköterskorna upplevde att smärthanteringen påverkades av etablerade arbetsrutiner samt individuella attityder inom personalgruppen. Smärtbedömning genomfördes ofta intuitivt, särskilt vid smärtsamma ingrepp, medan hög arbetsbelastning inom intensivvården begränsade möjligheten till personcentrerad | Medelhög kvalitet |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------------|
| | | | <i>Analys:</i> Tematisk analys | smärthantering. Vidare noterades att lång yrkeserfarenhet ibland utgjorde ett hinder för förändring, då vissa sjuksköterskor förlitade sig på invanda arbetssätt och var motvilliga att ändra sina metoder. För att förbättra smärthanteringen föreslogs åtgärder såsom kontinuerlig utbildning. | |
| #6 Greenfield, Carter, Harrop, Jassal, Bayliss, Renton, Holley, Howard, Johnson & Lioffi (2021). Journal of Pain and Symptom Management Storbritannien | Healthcare Professional' Experiences of the Barriers and Facilitators to Pediatric Pain Management in the Community at End-of-Life: A Qualitative Interview Study | Att beskriva och identifiera, forska kring hinder samt faktorer som är underlättande enligt hälso-sjukvårdspersonalen för smärtbehandling inom palliativ vård. | <i>Design:</i> Kvalitativ design <i>Urval:</i> 29 deltagare, varav 12 sjuksköterskor <i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer <i>Analys:</i> Tematisk analys | God kommunikation mellan vårdnadshavarna och sjuksköterskor var avgörande för en effektiv smärtlindring. Brist på resurser och utbildning när det kommer till pediatrik smärtlindring är ett hinder. Sjuksköterskor har en avgörande nyckelroll när det kommer att skapa förtroende och driva utbildning och därmed kunna säkerställa bra smärthantering för barn. | Hög kvalitet |
| #7 Vasey, Smith, Kirshbaum & Chirema (2018). Journal of Clinical Nursing Storbritannien | Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care | Att utforska föräldrarnas engagemang i barnets akuta smärtvård | <i>Design:</i> Kvalitativ design. <i>Urval:</i> 88 deltagare, varav 14 sjuksköterskor <i>Datainsamling:</i> Observation och semistrukturerade intervjuer <i>Analys:</i> Tematisk analys | Sjuksköterskor upplevde att föräldrar kunde bidra med värdefull information om barnets smärta. Sjuksköterskorna ansåg att deras egen roll var att fatta beslut om smärtlindring och även om de lyssnade på föräldrarna kunde det uppstå meningskiljaktigheter. | Medelhög kvalitet |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|-------------------------|
| <p>#8 Nukpezah, Khoshnavay, Hasanpour & Nasranadi (2021).</p> <p>BMC Nursing</p> <p>Iran</p> | <p>A qualitative study of Ghanaian pediatric oncology nurses' care practice challenges</p> | <p>Att undersöka och förstå de utmaningar som sjuksköterskor inom pediatrik onkologi kan möta vid vård av barn med cancer.</p> | <p><i>Design:</i> Kvalitativ design.</p> <p><i>Urval:</i> 14 sjuksköterskor</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Elo & Kynges innehållsanalys</p> | <p>Resultatet identifierade två huvudkategorier. Under de administrativa begränsningarna framkom det brist på smärtskattningsverktyg, hög arbetsbelastning och underbemanning, vilket sammanlagt utgjorde betydande hinder för en effektiv och säker vård. Ytterligare identifierades att vården av dessa patienter är tidskrävande, vilket också försvårar sjuksköterskornas arbete. Bland de personliga begränsningarna framkom brist på tillräcklig utbildning.</p> | <p>Måttlig kvalitet</p> |
| <p>#9 Choueiry, Chartrand, Harrison & Don (2024).</p> <p>BMC Palliative Care</p> <p>Kanada</p> | <p>Pain care for children with cognitive impairment: A parent-nurse partnership</p> | <p>Att utforska sjuksköterskors erfarenheter av samarbete med föräldrar kring smärtlindring för barn med kognitiv funktionsnedsättning och faktorer som hindrar eller främjar samarbetet.</p> | <p><i>Design:</i> Kvalitativ deskriptiv design.</p> <p><i>Urval:</i> 10 sjuksköterskor</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Reflexiv tematisk analys</p> | <p>Individanpassad vård var central, där föräldrars delaktighet och samarbete mellan olika professioner ansågs vara avgörande för att förbättra barnets vårdupplevelse. Sjuksköterskor betraktade föräldrar som barnets främsta förespråkare och betonade vikten av att aktivt lyssna och stödja dem i denna roll. De största identifierade hindren inkluderade bristande dokumentation, otillräcklig utbildning och ineffektiva smärtbedömningsverktyg.</p> | <p>Hög kvalitet</p> |
| <p>#10 Watch, Gwenda, Kilalang, Pulsan, Vince & Duke (2023).</p> <p>BMC Palliative Care</p> <p>Papua New Guinea</p> | <p>Children with palliative care needs in Papua New Guinea, and perspective from their parents and health care workers: A qualitative study</p> | <p>Att beskriva egenskaperna hos barn med palliativa behov som var inlagda, samt att utvärdera föräldrars perspektiv på palliativ vård. Samt</p> | <p><i>Design:</i> Kvalitativ deskriptiv design.</p> <p><i>Urval:</i> 30 deltagare, varav 10 sjuksköterskor</p> | <p>Det som identifierades var att kunskapen om smärtlindring var begränsad. Det framkom också att föräldrar hade missuppfattat information om vissa smärtlindringsmetoder, vilket ledde</p> | <p>Måttlig kvalitet</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | att utvärdera vårdpersonalens förmåga att ge palliativ vård. | <i>Datainsmning:</i> Semistrukturerade intervjuer <i>Analys:</i> Reflexiv tematisk analys | till att de valde att inte delta i sitt barns vård. | |
|--|--|---|---|--|--|

BILAGA 2. Sökmatrix PubMed

| Databas, datum, sökning | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Antal lästa titlar | Antal lästa abstract | Antal lästa artiklar | Antal valda artiklar | Artikel # |
|----------------------------|--|--|---------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| PubMed 11/2-2025 S1 | nurse*[Mesh] OR registered nurse* OR pediatric nurse[Mesh] | Inga | 367,109 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| PubMed 11/2-2025 S2 | experience* OR attitude* OR perception* OR view | Inga | 2,706,183 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| PubMed 11/2-2025 S3 | pain OR pain management*[Mesh] OR pain prevention* OR pain assessment*[Mesh] OR analgesia[Mesh] | Inga | 1,131,401 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| PubMed 11/2-2025 S4 | child*[Mesh] OR children | Inga | 366,767 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| PubMed 11/2-2025 S5 | hospital care OR inpatient care OR ward | Inga | 1,865,174 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| PubMed 11/2-2025 S6 | S1 AND S2 AND S3 AND 4 AND 5 | - Tillgängligt i fulltext - Publicerade mellan 2015-2025 - Skrivna på Engelska - Child: 6-12 years | 88 | 88 | 27* | 15** | 7*** | #1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 |

*61 antal artiklar exkluderades bort då titeln inte relaterade till syftet.

**12 antal artiklar exkluderades eftersom de inte uppfyllde kraven för inklusionskriterierna.

*** 8 antal artiklar exkluderades då de inte uppnådde tillräckligt med hög kvalitet efter kvalitetsgranskning eller omfattade resultat som inte beskrev sjuksköterskors erfarenheter.

BILAGA 3. Sökmatrix CINAHL

| Databas, datum, sökning | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Antal lästa titlar | Antal lästa abstract | Antal lästa artiklar | Antal valda artiklar | Artikel # |
|---------------------------|--|---|---------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| CINAHL 12/2-2025 S1 | nurse*[SH] OR registered nurse OR pediatric nurse[SH] | Inga | 546,417 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| CINAHL 12/2-2025 S2 | experience* OR view*OR perception* | Inga | 854,529 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| CINAHL 12/2-2025 S3 | pain OR pain management[SH] OR pain prevention OR pain assessment[SH] OR analgesia[SH] | Inga | 383,933 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| CINAHL 12/2-2025 S4 | child[SH] OR children | Inga | 869,875 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| CINAHL 12/2-2025 S5 | hospital care OR inpatient care OR ward | Inga | 62,950 | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| CINAHL 12/2-2025 S6 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 | - Tillgängligt i fulltext - Publicerade mellan 2015-2025 - Skrivna på Engelska - Peer reviewed | 27 | 27 | 22* | 15** | 3*** | #8 #9 #10 |

*5 antal artiklar exkluderades bort då titeln inte relaterade till syftet.

**11 antal artiklar exkluderades eftersom de inte uppfyllde kraven för inklusionskriterier.

***8 antal artiklar exkluderades då de inte uppnådde tillräckligt hög kvalitet efter kvalitetsgranskning, omfattade resultat som inte beskrev sjuksköterskors erfarenheter och varav 4 antal artiklar dubletter från pubmed

[SH] = CINAHL Subject Headings

BILAGA 4. SBU:s granskningsmall

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien!

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

| | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Oklart <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet: | Ja | Nej | Oklart |
| Är urvalet lämpligt för att besvara frågan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Finns det allvariga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Oklart <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|

Kommentarer:

2

SBU – STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget: | Ja | Nej | Oklart |
| Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var forskarna reflexiva vid tolkning av data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Validerades tolkningarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stödfrågor för bedömning av brister: | Ja | Nej | Oklart |
| Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

BEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METODIK

3

BILAGA 5. Resultatmatris

| Tema | Organisatoriska hinder i slutenvården | | Behov av goda vårdrelationer till föräldrar och barn | |
|---------------------------------|--|------------------|---|--|
| Subtema | Interna faktorer | Externa faktorer | Främja föräldrars medverkan i omvårdnaden | Främja barnens delaktighet vid bedömning och hantering av smärta |
| #1 Kusi Amponash et al. (2020). | X | X | | X |
| #2 Mediani et al. (2017). | X | X | | |
| #3 Segers et al. (2024). | X | X | X | X |
| #4 Simons et al. (2020). | X | | X | |
| #5 de Souza et al. (2024). | X | X | | |
| #6 Greenfield et al. (2021). | X | X | X | X |
| #7 Vasey et al. (2018). | X | X | X | X |
| #8 Nukpezah et al. (2021). | X | X | | |
| #9 Choueiry et al. (2024). | X | X | X | X |
| #10 Watch et al. (2023). | | X | | X |



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besøksadress Hølsøvøgen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se