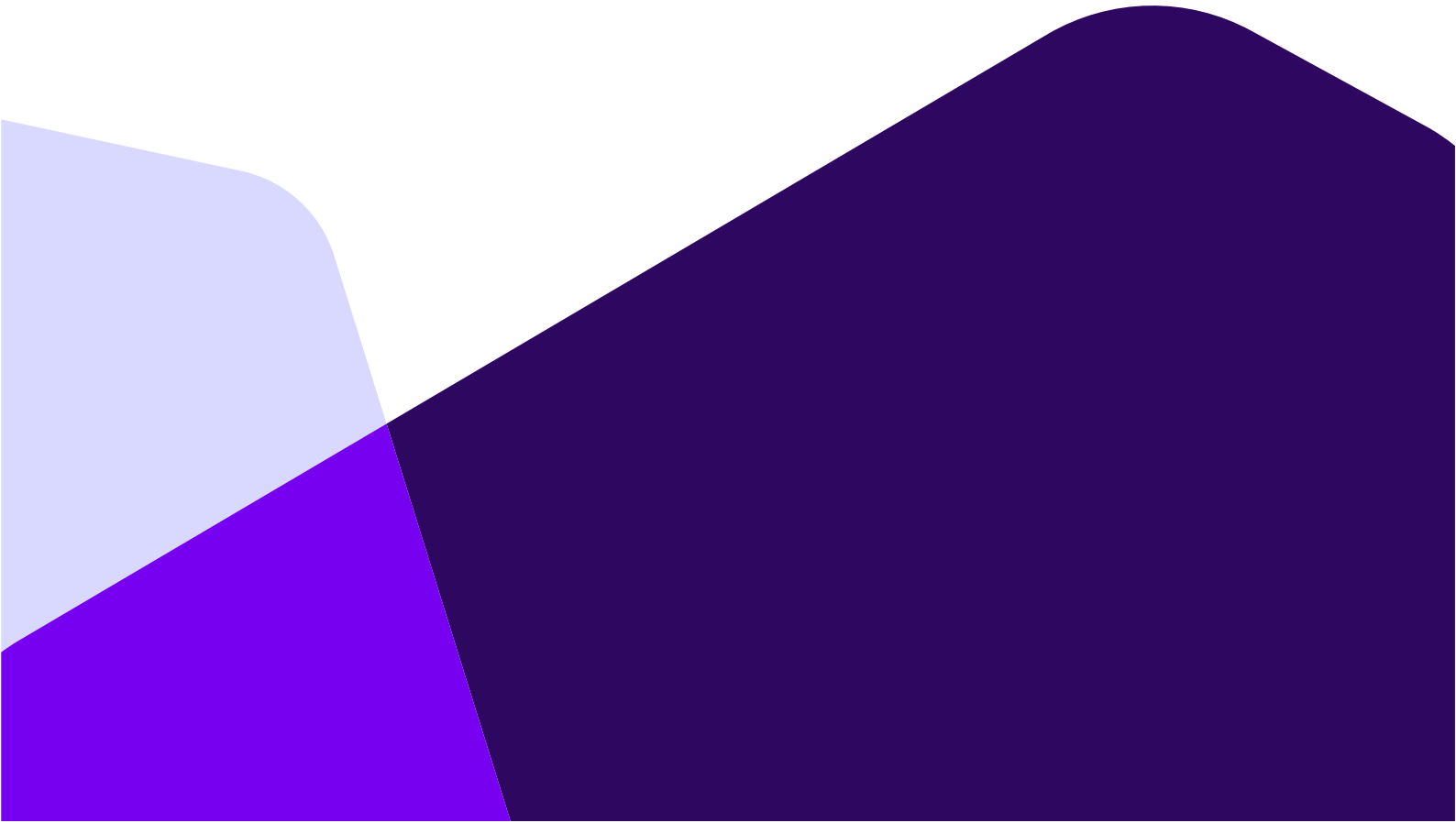


Eva Sommer og Sara Lian Kjærvik

# Smerte – sykepleierens prosjekt

En kvalitativ studie basert på intensivsykepleieres erfaringer med vurdering av smerte hos kritisk syke nyfødte



**Universitetet i Sørøst-Norge**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helsevitenskap

Postboks 4

3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2024 Eva Sommer og Sara Lian Kjærvik

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Tittel:** Smerte – sykepleierens prosjekt. En masterstudie basert på intensivsykepleieres erfaringer med vurdering av smerte hos kritisk syke nyfødte.

**Introduksjon:** Syke nyfødte innlagt på nyfødtintensivavdelinger blir utsatt for mange smertefulle prosedyrer. Nyfødte har ikke et verbalt språk og de kan derfor ikke gi uttrykk for smerter på samme måte som voksne pasienter. Oppgaven med å vurdere smerte blir da intensivsykepleieren sitt ansvar.

**Hensikt:** Denne studien tok sikte på å finne ut hvilke erfaringer intensivsykepleieren som står ved det kritisk syke barnet, har med å vurdere smerte. Målet er økt kunnskap som kan bidra til bedre pasientbehandling av denne pasientgruppen, som igjen vil gi bedre utfall for pasienten.

**Metode:** En kvalitativ studie, som er bygget på Graneheim og Lundmans innholdsanalyse. *Studiedesign:* Eksplorerende design med semistrukturert intervjuguide. *Utvalg:* 6 sykepleiere både med og uten spesialisering fra nyfødtintensivavdeling på lokalsykehus.

**Resultater:** Funnene omhandler at leger og sykepleiere har ulikt ståsted, at det er utfordringer med pasientgruppen og viktigheten av faglig trygghet og kompetanse. Temaet som kom frem i analysen, var at smerte er sykepleierens ansvar og domene.

**Konklusjon:** Smertevurdering av syke nyfødte er kompleks og mangefasettert. Godt samarbeid på tvers av de yrkesgruppene som jobber rundt det nyfødte barnet er av stor betydning. For å få til dette bør yrkesgruppene finne et felles ståsted med barnets beste i sentrum. Økt kunnskap og kompetanse kan bidra positivt til dette.

# Abstract

**Title:** Pain – the nurse's project. A master's study based on intensive care nurses' experiences with pain assessment in sick newborns.

**Introduction:** Sick newborns admitted to neonatal intensive care units undergo numerous painful procedures. Newborns lack verbal language and therefore cannot express pain in the same way as adult patients. The task of assessing pain thus falls on the nurse.

**Aim:** This study aimed to explore the experiences of nurses in assessing pain in critically ill newborns. The goal is to increase knowledge that can contribute to improved patient care for this patient group, ultimately leading to better outcomes for the patient.

**Method:** A qualitative study based on Graneheim and Lundmans content analysis. *Study design:* Exploratory design with a semi-structured interview guide. *Selection:* 6 nurses, both specialized and non-specialized, from the neonatal intensive care unit at a local hospital.

**Results:** The findings address the differences in perspectives between doctors and nurses, the challenges associated with the patient group, and the importance of professional confidence and competence. The overarching theme that emerged from the analysis was that pain is the nurse's domain.

**Conclusion:** Pain assessment in sick newborns is complex and multifaceted. Collaborative efforts among health care professionals working with the newborn are crucial. To achieve this, doctors and nurses should establish a common ground with the best interest of the child at the center. Increased knowledge and competence can positively contribute to this endeavor.

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>2</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>Forord</b>	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>8</b>
1.1 Problemstilling	9
1.1.1 Begrepsavklaring	9
<b>2 Bakgrunn</b>	<b>10</b>
2.1 Historisk perspektiv	10
2.2 Smerte	10
2.3 Smertescoringsverktøy	11
2.3.1 COMFORTneo	12
2.4 Omsorgsteorier	12
2.5 Forankring i intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse og lovverk	13
2.6 Tidligere forskning	14
<b>3 Metode</b>	<b>16</b>
3.1 Design	16
3.2 Litteratursøk	16
3.3 Utvalg	17
3.4 Innsamling av data	18
3.4.1 Intervjuguide	18
3.4.2 Gjennomføring av semistrukturert intervju	19
3.5 Analyse	20
3.5.1 Analysens fem steg	21

3.6 Troverdighet	23
3.7 Forskningsetiske vurderinger	24
<b>4 Resultater</b>	<b>26</b>
4.1 Smerte – sykepleierens prosjekt	26
4.1.1 Ulik profesjon – ulikt ståsted	26
4.1.1.1 Sykepleiere som pådrivere	27
4.1.1.2 Betydningen av å være bedside	28
4.1.1.3 Forskjellige avveininger i medikamentell smertelindring	29
4.1.2 utfordringer med pasientgruppen	30
4.1.2.1 Uttrykker smerte annerledes enn voksne	30
4.1.2.2 Utslåtte barn på grunn av smerte	31
4.1.2.3 Lite prioritert pasientgruppe	31
4.1.3 Viktigheten av faglig trygghet og kompetanse	32
4.1.3.1 Klinisk blikk og smertescoringsverktøy	32
4.1.3.2 Mangel på kunnskap om medikamenter	33
4.1.3.3 Lite erfaring og mengdetrening	34
4.1.3.4 Varierende kunnskap om smertescoringsverktøy på tvers av yrkesgruppene	35
<b>5 Diskusjon</b>	<b>36</b>
5.1 Kompleksiteten i å vurdere smerte	36
5.1.1 Klinisk blikk versus smertescoringsverktøy	36
5.1.2 Sykepleierens makt over når man smertescorer	37
5.1.3 Holdningenes påvirkningskraft	38
5.1.4 Ansvar for bruk av smertescoringsverktøy	39
5.2 Aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet	40
5.2.1 Å ha felles situasjonsforståelse	40
5.2.2 Initiativet ligger hos sykepleieren	41
5.2.3 Motstridende interesser	42
5.2.4 Smertescoringsverktøy som kommunikasjonsmiddel	43
5.2.5 Økt kunnskap gir gjensidig respekt	43
5.3 Metodediskusjon	45

<b>6 Konklusjon</b>	<b>46</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>47</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>52</b>

# Forord

Det er med glede og takknemlighet vi presenterer masteroppgaven vår. Vi ønsker å takke nærmeste familie og venner for uvurderlig støtte og oppmuntring gjennom hele prosessen. En spesiell takk til Henrik for teknisk support når det har vært nødvendig. Vi vil også uttrykke takknemlighet for vår veileder Janet Mattsson som har vært til stor hjelp og kommet med gode kommentarer og innspill. En stor takk rettes til våre informanter som velvillig delte sine erfaringer og kunnskap med oss. Uten dere ville denne oppgaven ikke blitt det den har blitt.

Til slutt vil vi takke hverandre for godt samarbeid, gode diskusjoner, godt humør, hjemmebakket brød og generelt fine masterdager.

Sara Lian Kjærvik & Eva Sommer

22.05.24



# 1 Innledning

Nyfødte barn har ikke et verbalt språk og kan derfor ikke kommunisere smerte på samme måte som eldre barn og voksne (Giordano et al., 2019). En syk nyfødt som ligger på en intensivavdeling vil ha enda mindre ressurser til å kommunisere hvordan det har det, på grunn av sin sykdom. Vår oppfatning er at vi som sykepleiere er disse barnas advokater og har et særlig stort ansvar for å avdekke og ikke minst lindre smerte. Vi kan si at det enkelte barns velbehag er totalt avhengig av at sykepleieren fanger opp og vurderer smerte på en optimal måte. Syke nyfødte som er innlagt på intensivavdeling, utsettes for mange smertefulle prosedyrer hver eneste dag (Kassab et al., 2019), og de sykeste med behov for respiratorbehandling, er mer utsatt for smerte i forbindelse med prosedyrer (Cignacco et al., 2009). Vi vet at gjentakende stress og smerte vil føre til dårligere vekst og trivsel, forsinket utvikling både kognitivt og motorisk, samt forstyrrelser i hormonbalansen (Klingenberg et al., 2021). Det har også vist seg at det kan gi dårligere helse senere i livet, både mentalt og fysisk, samt øke risikoen for hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og mage- og tarmsykdommer (Walker, 2019). Å avdekke og lindre smerte vil derfor være ekstra viktig, når det har disse konsekvensene for et menneskes livsløp og livskvalitet.

Med bakgrunn fra nyfødtintensivavdeling har vi som masterstudenter i intensivsykepleie tatt stor interesse for temaet nyfødte og smerter. Det er etter vår mening et underbelyst tema som fortjener økt oppmerksomhet. Vår oppfattelse er at intensivsykepleierens kunnskap og kompetanse om smertevurdering, vil ha følger for smertebehandlingen og vil derfor ha mye å si for den enkelte syke nyfødt. Vi ville derfor undersøke hvilke erfaringer, tanker og holdninger intensivsykepleieren har rundt smertevurdering til denne pasientgruppen.

# 1.1 Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive intensivsykepleieres erfaringer når det kommer til smertevurdering av nyfødte innlagt på nyfødtintensivavdeling. Målet er å få økt forståelse for hva som ligger til grunn for disse erfaringene, samt økt forståelse for de eventuelle utfordringene som oppleves i forbindelse med vurdering av smerte på vegne av andre.

Den problemstillingen vi har kommet fram til som belyser vårt tema er følgende:

***Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med vurdering av smerte hos kritisk syke nyfødte?***

## 1.1.1 Begrepsavklaring

Med intensivsykepleier, menes i denne problemstillingen sykepleiere som jobber i en intensivkontekst med syke nyfødte, uten nødvendigvis å ha spesialisering innen intensivsykepleie.

## 2 Bakgrunn

Her vil vi sette temaet inn i et historisk perspektiv og avklare relevante begreper. Det presenteres også teorier som legges til grunn for studien vår og tidligere relevant forskning.

### 2.1 Historisk perspektiv

Nyfødtes *opplevelse* av smerte har ikke endret seg i løpet av de siste 30 årene, men kunnskapen om det samme har endret seg fundamentalt (Anand, 1998, sitert i McPherson et al., 2021). På slutten av 1970-tallet ble de siste operasjonene på nyfødte barn utført uten noen form for smertelindring, fordi man var av den oppfatning at premature og nyfødte ikke kunne kjenne smerte (McPherson et al., 2021). Man trodde at nervebanene ikke kunne lede smerte og at smertesentrene i hjernen ikke var ferdigutviklet (Klingenberg et al., 2021). På 80-tallet ble dette motbevist (Anand et al., 1987). I dag er det fullstendig konsensus om at det nyfødte barnet i tillegg har høyere sensitivitet for smerte sammenlignet med en voksen, og vil derfor kjenne smerte mer intenst og også over lengre tid (Klingenberg et al., 2021). Med dette som bakteppe er det interessant å studere dagens praksis for å se om noen av de gamle holdningene og den gamle kunnskapen henger igjen, om enn på et ubevisst plan.

### 2.2 Smerte

I 2020 presenterte "International Association for the Study of Pain" (IASP) en revidert definisjon på smerte: "*An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage*", altså en ubehagelig eller emosjonell opplevelse assosiert til en reell eller potensiell vevsskade. Denne definisjonen søker å få frem hvor kompleks og nyansert opplevelsen av smerte kan være. Smerte vil alltid være en personlig erfaring som nesten aldri lar seg gjøre å måle objektivt. I utdypningen av definisjonen presiseres det at verbal kommunikasjon kun er en av måtene å formidle smerte på. Dyr eller mennesker uten den evnen eller muligheten, opplever også smerte (International Association for the Study of Pain, 2020). Dette gjelder da selvfølgelig også nyfødte og premature. Når fosteret er ved 24 ukers alder, er alle de strukturer som er nødvendig for smerteopplevelse utviklet (Klingenberg et al., 2021).

Det har blitt foreslått av The American Pain Society Quality of Care Committee at smerte burde behandles som det 5. vitale parameter, på linje med de øvrige parameterne som respirasjon, puls, blodtrykk og kroppstemperatur. Smerte bør derfor monitoreres og dokumenteres hos alle sykehuspasienter (Max et al., 1995). Dette understreker hvilken plass smerte ideelt sett burde hatt i helhetsvurderingen av mennesket i helsevesenet i dag.

## 2.3 Smertescoringsverktøy

Smertescoringsverktøy er utarbeidet for at man skal lettere vurdere og kartlegge smerter hos pasienter. Selvrapportering vil alltid være det foretrukne parameteret, men hos nyfødte faller dette naturlig nok bort (Eriksson & Campbell-Yeo, 2019). Det vil derfor være ekstra viktig at det verktøyet man benytter er av god kvalitet og fanger opp barnets opplevde smerte på optimalt vis. Det finnes flere verktøy som er tilpasset nyfødte, inkludert premature. Imidlertid har alle disse sine begrensninger og ulemper; de er nesten alltid sykepleierens subjektive vurdering og de kan ta verdifull tid. De fanger også kun et øyeblikksbilde, og man risikerer å gå glipp av smerteopplevelser mellom scoringene. På bakgrunn av dette, er nye smertescoringsverktøy under stadig utforskning (Walas et al., 2021).

Parameterne man vurderer barna etter, varierer i de forskjellige verktøyene, men de fleste har atferdsmessige parametere som en viktig markør (Llerena et al., 2023). Det vil si at man ser på ansiktsuttrykk, motorikk, kroppstonus, gråt, oppmerksomhet og bevissthet. Fysiologiske parameter som respirasjonsfrekvens, puls og blodtrykk kan også være med som en markør (Llerena et al., 2023). Premature Infant Pain Profile (PIPP), Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R), Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS), Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness (CRIES), Neonatal Facial Coding System (NFCS), Douleur Aiguë Nouveau-né scale (DAN), Behavioral Infant Pain Profile (BIPP) og Comfort neo scale (COMFORTneo) er de mest brukte smertescoringsverktøyene på nyfødtintensivavdelinger (Roué, 2023). Imidlertid er de færreste egnet til å vurdere smerter hos den nyfødte på respirator, som i tillegg får sedativa eller muskelrelaksantia (Olsson et al., 2021; Devsam & Kinney, 2021). Disse medisinene vil kunne skjule uttrykk og tegn slik at man har mindre mulighet til å fange opp og behandle smerte. På bakgrunn av det vi vet om konsekvensene av smerte, innebærer dette at disse barna er i særlig stor risiko for livslange konsekvenser etter sin sykehusinnleggelse.

### 2.3.1 COMFORTneo

COMFORTneo er et smertescoringsverktøy som er tilpasset nyfødte pasienter, og dette brukes på flere norske sykehus. Barnet skal observeres i to minutter, for deretter å vurdere følgende atferdsparametre: våkenhet, ro/uro, respiratorisk respons hos intuberte eller gråt hos selvpustende, kroppsbevegelse, ansiktstonus og kropps-/muskeltonus. Det gis en score for hver variabel, fra 0-5, det vil si at det er en maksimal score på 30 poeng. Hvis barnet totalt sett får en smertescore mellom 9-13 regnes det som normalt. En score lavere enn 9 kan antyde at barnet har smerter, men det kan også være et uttrykk for over-sedering dersom barnet er sedert med medikamenter. En score høyere enn 13 antyder smerter, og økende score indikerer høyere grad av smerter (Lyngstad & Steinnes, 2017). Dette er det smertescoringsverktøyet våre informanter bruker og som omtales i funnene våre.

## 2.4 Omsorgsteorier

Personsentrert omsorg er en teori der individets iboende verdi og menneskelighet står sentralt (McCormack & McCance, 2017). Vår oppgave forankres i prinsippene i personsentrert omsorg med det nyfødte barnet i sentrum. Ved å vurdere og fange opp smerteuttrykk og deretter lindre smerte og ubehag på best mulig måte, fremmer man respekt og toleranse for barnet og for barnets evne til å uttrykke seg. Barn innlagt på en nyfødtintensivavdeling er i særlig stor risiko for livslange konsekvenser i etterkant av en sykehusinnleggelse (Klingenberg et al., 2021). Derfor mener vi at det er desto viktigere å ha personsentrert omsorg som ideal når pasienten er nyfødt, fordi de ikke har de samme evnene til å uttrykke seg som en voksen pasient. *Child centered care*; eller *Barnefokusert omsorg* (BFO) er et begrep som søker å gi barnet en enda større plass som eget individ med tanker, følelser og rettigheter (Ford et al., 2018). Man kan argumentere for at det tradisjonelle *Familiefokusert omsorg* (FFO), som er implementert i de fleste barneavdelinger, sentrerer seg mer rundt familiens behov og ønsker (Jolley & Shields, 2009). Selv om det nyfødte barnet og foreldrene er i en slags symbiose, vil ikke alltid deres interesser være sammenfallende (Ford et al., 2018). BFO vil derfor etter vår mening være det mest dekkende, fordi det har barnets beste i fokus. Som regel vil BFO også være FFO, ettersom

foreldrene er de viktigste personene for det nyfødte barnet og kan sees på som en forlengelse av barnet.

Rammeverket for personsentrert omsorg består av elementer som fremmer og bidrar til personsentrerte resultater. Disse elementene består av sykepleierens forutsetninger, omgivelsene omsorgen blir gitt i, samt prosesser og systemer som fremmer personsentrert omsorg. Dette skal til slutt resultere i pasienttilfredshet, følelsen av medbestemmelse og pasientens følelse av velvære; altså det man kaller personsentrert utkomme (McCormack & McCance, 2017, s. 18). I vår kontekst vil resultatet av personsentrert omsorg være et nyfødt barn som viser tegn på smertefrihet og tilfredshet, men også foreldre som opplever at barnet blir forstått og tatt på alvor.

## 2.5 Forankring i intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse og lovverk

Å være intensivsykepleier i en nyfødtintensivavdeling innebærer å bidra med sin spesialkompetanse, sammen med resten av det tverrfaglige teamet som jobber på en slik avdeling. Intensivsykepleie er spesialisering for sykepleiere, der det stilles høye krav til avanserte kunnskaper og ferdigheter når det kommer til å bistå akutt og kritisk syke pasienter (NSFLIS, 2017). Et av ansvarsområdene i intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse, er å *“hjelp pasienten til å bruke kreftene sine på helsefremmende prosesser og bidrar til å håndtere og lindre stress, smerter og ubehag”* (NSFLIS, 2017). Når det kommer til det syke nyfødte barnet, stilles det enda større krav til intensivsykepleieren for å lindre smerte, på grunn av barnets manglende evne til å kunne verbalt uttrykke smerter og å verifisere om smertebehandlingen er god nok. Intensivsykepleieren må ha kunnskap om barnets utvikling og dets mulighet til å kommunisere i den alderen, for å kunne fange opp tegn på smerte og ubehag.

I FNs Barnekonvensjon, som er ratifisert av Norge 8.januar 1991, og er en del av Norges lover, står det blant annet: *“Når voksne bestemmer noe, skal de alltid tenke på hva som er best for barna. Myndighetene skal sørge for at barn blir beskyttet og passet på av foreldrene sine eller andre voksne når det er behov for det”* (UNICEF, u.å.). Helsepersonell har derfor ikke bare en etisk plikt, men også juridisk, til å tenke på barnets beste og ikke utsette det for

unødig smerte. Videre står det: *“Myndighetene skal sørge for at de som passer på barn gjør en god jobb”* (UNICEF, u.å.). Å gjøre en god jobb vil blant annet være å avdekke og lindre smerte og ubehag. Dette innebærer at helsepersonell som jobber med barn, må inneha den rette kompetansen. I tillegg skal myndighetene også legge til rette for at de som jobber med de mest sårbare, altså syke nyfødte, har den kompetansen.

## 2.6 Tidligere forskning

Myndighetene skal sørge for at de som jobber med barn, har riktig og god kompetanse. Allikevel viser Carbajal et al. (2015) at praksisen i 18 europeiske land, når det kommer til smertelindring av syke nyfødte, er svært ulik. Dette kan vise at det er behov for internasjonale retningslinjer. Smerte hos nyfødte har ikke bare umiddelbare konsekvenser som økt hjerterefrekvens og blodtrykk, økt kortisolrespons og atferdsendring (Klingenberg et al., 2021), men også alvorlige langtidseffekter som forstyrret hjerneutvikling og kognitiv funksjon, dårligere psykisk helse, endret respons på sansestimuli og stress, samt endring i immunsystemet og hormonbalansen (Klingenberg et al., 2021; Roué, 2023; Victoria & Murphy, 2016; Williams & Lascelles, 2020). Langtidseffektene av smerte er godt dokumenterte, og dette er med på å understreke hvor viktig det er at smerteproblematikk hos nyfødte løftes frem. Det er viktig på et individuelt plan, for å ivareta den enkelte nyfødte, men også i et folkehelseperspektiv.

For å avdekke smerte adekvat er det enighet blant helsepersonell om at smertekartlegging og bruk av smertescoringsverktøy er vesentlig (Blomqvist et al., 2020; Hu et al., 2021; Mehrnouch et al., 2017; Pölkki et al., 2018). Til tross for dette, er det varierende funn når det kommer til hyppighet av kartlegging av smerter ved hjelp av smertescoringsverktøy. European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) sin studie fra 2022 viser en oversikt over bruk av smertescoringsverktøy i 215 intensivavdelinger med barn og nyfødte fra hele Europa. 81% av de spurte avdelingene rapporterte at de brukte smertescoringsverktøyene minst en gang per dag (Daverio et al., 2022). Svenske og norske nyfødtintensivavdelingers avdelingsledere bekrefter at smertescoringsverktøyene benyttes regelmessig på deres avdelinger (Andersen et al., 2018). Derimot viser enkelte studier at smertescoringsverktøy blir lite brukt (Popowicz et al., 2021; Pölkki et al., 2018). Disse studiene er imidlertid gjort uten å ta hensyn til om pasienten får respiratorbehandling. I en kohortstudie med data fra 18 europeiske land som inkluderte 2138 nyfødte på respirator, ble

det rapportert bruk av smertescoringsverktøy hos kun litt over halvparten av dem (Carbajal et al., 2015). Det ovenstående viser til at det er sprikende og noe mangelfull forskning på temaet smertevurdering og nyfødte og det er derfor gode grunner til å øke kunnskapen og dermed innsikten i temaet.



# 3 Metode

## 3.1 Design

Fordi det er den enkelte intensivsykepleiers erfaringer vi ønsket å undersøke, ble det valgt kvalitativ metode for å belyse den aktuelle problemstillingen. Kunnskap om menneskelige erfaringer og opplevelser får man ved å velge kvalitativt design (Malterud, 2017, s. 31). I denne studien benyttes eksplorativ tilnærming hvor vi søker å utforske temaet bredt og belyse det fra nye innfallsvinkler (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 141). Valget av metode tydeliggjøres i ordlyden i vår problemstilling: "Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med vurdering av smerte hos kritisk syke nyfødte?". Det handler ikke om tall og målbare parametre, som ligger til grunn for kvantitativ metode, men om ulike subjektive fenomener, der ulike informanter vil gi ulike svar. Malterud (2017, s. 31) påpeker at kvalitativ metode benyttes når man ønsker å få frem subjektive erfaringer. Da tidligere forskning vedrørende temaet er begrenset, styrkes valget av kvalitativ metode for å belyse dette.

## 3.2 Litteratursøk

Litteratur ble søkt etter i databasene Cinahl, Medline og PubMed med ulike søkeord (vedlegg 7). Med veiledning fra bibliotekar satte vi opp et PICO-skjema med de aktuelle søkeordene. Ordene kunne plasseres i flere av de aktuelle kategoriene i skjemaet. Vi har derfor kun brukt PICO-skjemaet som et verktøy for å finne synonymmer til søkeordene, og ikke som en del av søkestrategien. Hovedsakelig ble artikler fra de siste 5 årene valgt ut, men enkelte unntak er gjort grunnet artiklens høye relevans. I tillegg er det søkt på termen "neonatal pain" i databasen UpToDate.

Veileder til prosjektet har mye forskererfaring fra temaet, og har tipset om flere aktuelle studier, samt navn på forskere som vi har søkt opp i Google Scholar. Enkelte av disse har vi benyttet oss av. Mange av artiklene vi har funnet, har vi kommet frem til via referanselistene i artikler som er funnet ved hjelp av søk i databasene. Flere av søkene i Cinahl, MEDLINE og PubMed førte til treff av artikler, der vi ikke hadde tilgang til fulltekst. Etter gjennomlesing av abstraktene i disse artiklene, fikk vi hjelp av bibliotekar på Universitetet i Sørøst-Norge til å anskaffe de mest relevante for vår oppgave.

## 3.3 Utvalg

I prosessen der vi skulle finne informanter til studien, var det viktig for oss å velge sykepleiere som jobber i en intensivkontekst, med kritisk syke nyfødte. Siden det nyfødte barnet ikke kan huske eller formidle hvordan det selv opplever smerte, anså vi at sykepleieren var den mest aktuelle kandidaten til å belyse problemstillingen. Sykepleieren er den som er tett på barnet døgnet rundt, samt innehar kunnskap om smerter, skal tolke barnet og gi smertelindring basert på dette. Da vi anslo at de som jobber på nyfødtintensivavdeling har noe mer erfaring enn de på en intensivavdeling for voksne, hva gjelder temaet, valgte vi sykepleiere fra nyfødtintensivavdeling. Om sykepleierne hadde spesialisering i intensivsykepleie eller ikke, var ikke av stor betydning, da det som betød noe var at de var vant med å håndtere nyfødte intensivpasienter. Selv om problemstillingen omhandler intensivsykepleiere, mener vi alle sykepleiere som jobber i en slik intensivkontekst, innehar gode forutsetninger for å belyse vår problemstilling. Det er et mangfold av ulike spesialiseringer hos sykepleierne på en nyfødtintensivavdeling, blant annet nyfødtssykepleiere, barnesykepleiere og intensivsykepleiere, og i tillegg sykepleiere uten spesialisering. Videre i oppgaven velger vi å omtale alle disse som sykepleiere, uavhengig om de har spesialisering eller ikke. I tillegg ønsket vi å konsentrere oss om erfaringene til de sykepleierne som ikke står i dette så ofte, og valgte derfor informanter fra lokalsykehus. Det ble sendt forespørsler til aktuelle sykehus på Østlandet med samme behandlingsnivå. Avdelingslederne på de valgte avdelingene fikk en skriftlig henvendelse via e-post, der studien ble presentert. Videre fikk vi hjelp av leder eller fagutviklingssykepleier til å sende SMS til aktuelle ansatte. De som var interessert i å delta i studien fikk utfyllende informasjon om prosjektet, og deres rettigheter i form av konfidensialitet og muligheten til å trekke seg ble gitt skriftlig i form av et samtykkeskjema som ble gitt personlig før intervjuet. Til slutt endte vi opp med seks informanter; to intensivsykepleiere, to nyfødtssykepleiere og to sykepleiere uten spesialisering.

Følgende presenterer vi kort inklusjonskriteriene vi mente var passende for å få de best egnede informantene:

- Sykepleier som jobber på en nyfødtintensivavdeling på et lokalsykehus
- Sykepleier med erfaring med kritisk syke nyfødte

## 3.4 Innsamling av data

Datainnsamlingen foregikk ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Årsaken til valget av individuelle intervjuer, kontra gruppeintervju, var at det ville gi oss utdypende informasjon om den enkeltes holdninger og tanker omkring temaet, og den enkelte ville bli sett og hørt uten avbrytelser fra andre (Malterud, 2017, s. 69). Dette tenkte vi kunne bidra til at informanten opplevde trygghet i situasjonen og kunne snakke fritt. Semistrukturerte intervjuer er bygd opp på den måten at noen spørsmål er forhåndsbestemt, mens oppfølgingsspørsmål kommer til underveis, ut ifra det informanten forteller. Oppfølgingsspørsmålene er et viktig aspekt ved denne formen for intervju, da de muliggjør utdypende svar. Dette krever en fleksibilitet hos intervjueren hvor hun klarer å være lydhør overfor informanten, samtidig som hun har forskningstemaet for øyet (Kvale & Brinkmann, 2021, s.170-171).

### 3.4.1 Intervjuguide

Gjennom arbeidet med prosjektplanen, startet utarbeidelsen av intervjuguiden (vedlegg 4). Spørsmålene ble utformet med tanke på hensikten til studien, der vi søkte å dekke alle relevante områder innenfor temaet smertevurdering hos kritisk syke nyfødte. Veileder har kommet med innspill i forbindelse med utarbeidelsen av spørsmålene. Intervjuguiden består av en blanding av åpne og lukkede spørsmål, og kan ses på som en huskeliste (Malterud, 2017, s. 133). De åpne spørsmålene ga informantene mulighet til å snakke om det som var viktig for dem, men kunne også medføre at informantene avsporet utenfor temaet. Da var det viktig at vi hadde fokus på vår hensikt, men at vi samtidig var lyttende og oppmerksomme på om det dukket opp relevante betraktninger (Malterud, 2017, s. 134). De lukkede spørsmålene kunne gi oss svar på nøyaktig det vi ønsket, men åpnet opp for potensielt mindre utfyllende svar. Totalt sett tenkte vi at dette ville gagne oppgaven vår, ved at disse to ulike formene for spørsmål utfylte hverandre.

Etter å ha utarbeidet en intervjuguide, testet vi intervjuet på hverandre, for å se hvilke svar som kunne komme og hvilke tanker som ble satt i gang. I tillegg fikk vi testet om enkelte spørsmål burde omformuleres eller utelates, da vi fikk like svar på enkelte spørsmål. Etter å

ha gjennomgått intervjuguiden på denne måten, anså vi at den var klar til å brukes i første intervju.

For å ufarliggjøre intervjusituasjonen, både for informanten og for oss som intervjuere, startet vi hele intervjuet med et vidt og åpent spørsmål om å fortelle om smertescoringsverktøyene som fantes i avdelingen. Dette spørsmålet åpnet ikke opp for personlige meninger eller erfaringer, men tanken var at det skulle kjennes som noe håndfast og gjenkjennbart for informanten, og at det kunne gi en god og behagelig start på intervjuet. Dette opplevde vi at det gjorde, etter første gjennomføring.

### **3.4.2 Gjennomføring av semistrukturert intervju**

Det første intervjuet, altså pilotintervjuet, ble gjennomført etter planen som ble lagt. Da dette var første intervju, var vi bevisste på å se etter forbedringspotensialet. Vi opplevde at flere av spørsmålene i intervjuguiden var unødvendige, da andre spørsmål ledet informanten inn på temaet. Det ble likevel valgt å beholde intervjuguiden som den var, med viten om at flere spørsmål kan bli belyst uten at vi behøver å stille spørsmålet. Pilotintervjuet ga mye god informasjon, og ble derfor innlemmet i studien på lik linje med resten av intervjuene (Malterud, 2017, s. 55).

Intervjuguiden ble videre fulgt i de kommende intervjuene. I tillegg til å stille de fastsatte spørsmålene som var utarbeidet på forhånd, var vi bevisste på hvordan vi stilte oppfølgingsspørsmål. Da vi er uerfarne i intervju-settingen, ble anbefalingene til Polit & Beck (2017) benyttet. De anbefaler oppfølgingsspørsmål som; "Da det skjedde, hva følte du?" og "Hva skjedde så?", og vi forsøkte å følge opp tråder som ble oppdaget underveis. Spørsmål som legger opp til "ja/nei"-svar forsøkte vi å unngå (Polit & Beck, 2017), men i de tilfellene der vi valgte det, sørget vi for å stille utdypende oppfølgingsspørsmål.

I forkant av første intervju, ble roller fordelt på den måten at en av oss holdt den røde tråden i intervjuet og fulgte intervjuguiden, mens den andre noterte og kom med oppfølgingsspørsmål underveis. I andre intervju byttet vi om på disse rollene. Det var enighet om at den første rollefordelingen fungerte best, og vi valgte derfor å fortsette med dette i de videre intervjuene. Vi tror at det fungerte best på denne måten på bakgrunn av individuelle og personlige egenskaper til intervjuerne.

Det ble utarbeidet en plan for hvor intervjuene skulle foregå. Vi ville at intervjusituasjonen skulle finne sted på sykehuset, altså arbeidsplassen til informanten, for at informanten skulle være i kjente og trygge omgivelser. Da la vi til rette for at informanten kunne snakke fritt og tørre å åpne seg (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 161). Vi fikk låne et hyggelig rom på avdelingen, der vi kunne sitte i en sofa, slik at situasjonen skulle bli uformell og avslappet. Dette tenkte vi kunne bidra til å gi rom for alle tanker og følelser, noe vi også opplevde at det gjorde. I tillegg var det viktig at intervjuet fant sted i arbeidstiden, så informantene slapp å bruke av sin fritid, noe som ble forhåndsavtalt med avdelingsleder. Etter totalt 6 intervjuer, satt vi igjen med rikelig datamateriale. Lengden på intervjuene varierte, fra det korteste på 23 minutter, til det lengste på 48 minutter.

## 3.5 Analyse

Vår dataanalyse av intervjuene baserte seg på Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse hvor man skiller mellom to måter å analysere kvalitative data. Den manifeste måten viser til den synlige og åpenbare meningen med teksten, og den latente måten viser til den underliggende meningen. Da det var informantens konkrete erfaringer som var av interesse, valgte vi å benytte manifest innholdsanalyse. Det vil allikevel være en viss grad av tolkning uansett hvilken retning man velger (Graneheim & Lundman, 2004, s.106). Etter at datamaterialet har blitt jobbet med over tid, har vi avdekket det latente innholdet som endte i et tema. Altså gjenspeiles det manifeste innholdet i kategoriene, mens det latente innholdet viser seg i temaet.

Før analysen startet, måtte alt materialet fra intervjuene transkriberes. Dette ble gjort ved hjelp av et transkriberingsprogram i USN safe. Programmet som ble benyttet, viste seg å ikke være nøyaktig, så vi måtte i etterkant gjennomgå alle lydfilene og rettlese transkripsjonene samtidig. Dette arbeidet delte vi opp mellom oss. Vi fikk grundig gjennomgang av materialet og ble på denne måten godt kjent med teksten. Deler av lydfilene ble også gjenhørt senere i forløpet for å få en dypere forståelse for underliggende meninger når vi senere i prosessen skulle hente ut meningsbærende enheter.

Hele innholdsanalysen har foregått som en ikke-lineær prosess, bestående av dekontekstualisering og rekontekstualisering (Lindgren et al., 2020). Det innebærer at teksten først har blitt brutt ned til enkeltstående deler, for så å kombinere delene i nye

mønstre som gir en ny kontekst til delene. Denne prosessen ble gjort frem og tilbake, i flere omganger for å sikre at innholdet ble abstrahert og at en dypere forståelse kom frem (Lindgren et al., 2020).

### 3.5.1 Analysens fem steg

Innholdsanalysen deles inn i fem steg. Det første steget innebærer å hente ut meningsbærende enheter fra transkripsjonene. De meningsbærende enhetene ble hentet ut ved å dele opp transkripsjonene i tematiske utsagn, som gjorde helheten av utsagnet forståelig (Graneheim & Lundman, 2004). Enhetene måtte ikke være for korte, så utsagnene ble ufullstendige når de stod alene, men heller ikke for lange, så det ble for mange koder tilknyttet hver enhet. For lange meningsbærende enheter kan føre til et for høyt nivå av abstraksjon, og dermed er det risiko for at viktig innhold mistes på veien (Lindgren et al., 2020). Den totale mengden tekst fra transkripsjonene ble kuttet ned til egenstående meningsbærende enheter, slik at vi beholdt alt materialet til videre i prosessen. Neste steg av analysen er å kondensere alle meningsbærende enheter. Dette innebærer å forkorte de meningsbærende enhetene, men beholde kjernen av innholdet (Graneheim & Lundman, 2004).

Steg tre av innholdsanalysen er å kode enhetene. Dette ble gjort ved å hente ut det manifeste innholdet, altså det åpenbare som kommer frem (Lindgren et al., 2020). Vi valgte å gjøre hele denne prosessen sammen i det første intervjuet, for deretter å dele resten av intervjuene mellom oss. På denne måten hadde vi en felles forståelse for hvordan prosessen skulle foregå, samt at vi løste de utfordringene vi kom over underveis i det første intervjuet. Det gjorde også at vi hadde samme tanke om hvor mye kodene skulle abstraheres, slik at kodene ble tolket i lik grad, og derfor var sammenlignbare (Lindgren et al., 2020). Dette rustet oss for videre arbeid med koding på egen hånd. De kondenserte meningsbærende enhetene det var vanskelig å trekke en kode ut fra, samarbeidet vi om å lande en kode til. Enkelte meningsbærende enheter ble svært lange, fordi ytterligere nedskjæring medførte at enhetene mistet essensen. Løsningen ble at disse fikk flere koder, dette for å unngå at vi abstraherte for mye (Lindgren et al., 2020). I disse første fasene av analysen var det viktig å være tro mot det manifeste, og unngå å abstrahere og fortolke teksten. Allikevel vil det være en viss grad av tolkning i disse første fasene av analysen, og det hele starter allerede når man plukker ut meningsbærende enheter (Graneheim & Lundman, 2004).

De neste stegene, steg fire og fem, foregikk ved å sortere kodene inn i subkategorier og kategorier, basert på likheter og ulikheter i kodene (Graneheim & Lundman, 2004). Dette er en del av rekontekstualiseringen. Her brukte vi mye tid på å finne ut hva kategorien skulle hete og hvilke subkategorier som passet under der. Vi flyttet fram og tilbake på kodene, og prøvde dem i forskjellige kategorier. Det ble til slutt landet med tre hovedkategorier, med tilhørende subkategorier. Denne prosessen pågikk over flere dager. Etter å ha arbeidet lenge med materialet vårt, har det åpenbart seg et tema som er gjeldende for alle kategoriene vi har valgt å inkludere i studien vår. Dette temaet med tilhørende kategorier blir presentert i resultatkapittelet.

Tabell 1: Eksempler på analysens fem steg

<b>Meningsbærende enhet</b>	<b>Kondensert enhet</b>	<b>Kode</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
Jeg tror ikke at det hadde hatt noe særlig effekt hvis jeg hadde sagt at dette barnet scorer femten til seksten. Ja vel, hva mener du med det? Da må jeg utdype. Så man må gi en vurdering. I tillegg.	Ikke effekt å kun oppgi score i et tall. Utdyper og gir en vurdering i tillegg.	Formidle en smertescore til legene.	Variende kunnskap om smertescoringsverktøy på tvers av yrkesgrupper	Viktigheten av faglig trygghet og kompetanse
Det kan være at vi har litt forskjellige forventninger (sykepleiere og leger). Jeg føler at det ligger litt på sykepleierne at vi må dra det fram, det med smerte. At det kanskje ikke er så naturlig del av legevisitten da. For det skal det egentlig være på alle barn, men vi tar på en måte ikke det... på de det ikke er aktuelt for.	Leger og sykepleiere kan ha forskjellige forventninger. Sykepleierne må dra fram smerte. Det er ikke en del lav legevisitten, selv om det skal tas opp hos alle barn.	Smerte er sykepleierens ansvar å dra frem.	Sykepleiere som pådrivere	Ulik profesjon – ulikt ståsted
Om det ligger helt rolig, så kan det jo også ha smerter. For det kan jo være at det egentlig bare har gitt opp.	Barn som ligger rolig, kan ha smerter. Barnet kan ha gitt opp.	Rolig barn kan ha smerter.	Utslåtte barn på grunn av smerte	Utfordringer med pasientgruppen

## 3.6 Troverdighet

Kvalitativ forskning baserer seg alltid på tolkning i større eller mindre grad, og derfor vil troverdighet være av største betydning gjennom hele prosessen (Graneheim & Lundman, 2004). For å øke troverdigheten til studien vår har vi forsøkt å se den røde tråden gjennom hele studien, og også fremheve om det er vår fortolkning av teksten eller informantenes stemme man hører (Graneheim et al., 2017). For å oppnå høy troverdighet kan man se på tre aspekter som må være på plass; gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Disse henger nøye sammen og kan ikke alltid skilles (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017).

Gyldighet refererer til studiens hensikt og om den blir besvart ved å bruke den metoden vi har valgt. Vi har vurdert kvalitativ metode som mest hensiktsmessig, da det er informantenes *erfaringer* vi vil belyse. Helt fra det ble valgt ut meningsbærende enheter til vi endte opp med kode, subkategori, kategori og til slutt tema, har det foregått både utvelgelse og tolkning. Pålitelighet oppnår man blant annet ved å spørre samtlige informanter de samme spørsmålene (Graneheim & Lundman, 2004). Dette gjorde vi ved å følge intervjuguiden, for å sørge for at vi var innom de temaene vi ønsket å snakke om. Vi fulgte ikke intervjuguiden slavisk, men hadde den som en veileder. Malterud (2017, s. 134) mener at det i kvalitative studier ikke er ønskelig med standardiserte intervjusituasjoner, men at man som forsker bør tilpasse intervjuet til hver enkelt informant. Når det kommer til pålitelighet i analyseprosessen har vi hatt tett samarbeid med veileder, som har kommet med innspill og råd underveis. Overførbarhet handler om hvor godt funnene kan overføres til andre lignende situasjoner. For at den som leser skal kunne vurdere det, må man være tydelig på hvilken kontekst og situasjon intervjuet er gjort i (Graneheim & Lundman, 2004). Vår kontekst er at intervjuene ble utført på nyfødtintensivavdeling på lokalsykehus og informantene var sykepleiere med og uten spesialisering. Vi vil tro at funnene våre har overførbarhet til lignende avdelinger med samme behandlingsnivå. Ved å nøye beskrive prosessen og konteksten som intervjuene er gjort i, får leseren mulighet til å selv vurdere overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Da vi begge har erfaring fra nyfødtintensivavdeling, kan spørsmålene våre bære preg av denne forforståelsen. Graneheim et al., (2017) mener at dette er viktig å være åpen om, slik at leseren kan vite at både de spørsmålene vi stilte og eventuelle oppfølgingsspørsmål, har bakgrunn i at vi har kunnskap og egen erfaring om temaet.



## 3.7 Forskningsetiske vurderinger

Helsinki-erklæringen er et sett med forskningsetiske prinsipper og retningslinjer som stort sett hele den medisinske forskningsverdenen i dag forholder seg til (World Medical Association, 2022). Denne erklæringen ble vedtatt blant annet for å beskytte sårbare grupper mot uetisk forskning. Et viktig punkt krever at forsøkspersonens velferd alltid må gå før vitenskapens og samfunnets interesser (Førde, 2014), noe vi hadde i tankene når vi intervjuet våre informanter. Helt fra vi planla intervjuene og videre gjennom analyseprosessen, har vi hatt et bevisst forhold til det forskningsetiske. Når man skal utføre intervjuer med enkeltpersoner om deres opplevelser og erfaringer, vil det være viktig å gå fram på en respektfull måte. Faren for å krenke informanten er til stede, fordi man ønsker å grave dypt i erfaringer for å få et rikt materiale (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 96). Ifølge Kvale & Brinkmann (2021) må man være bevisst på at intervjuobjektet og intervjueren står i et asymmetrisk maktforhold. Dette på bakgrunn av at det er intervjueren som definerer tema og fortolker det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 52).

For å ivareta informantenes mulighet til å ta et informert valg, fikk de informasjon om deltagelse i studien i forkant av intervjuet. Informasjonen innebar at det er frivillig å delta, at de kan trekke seg når som helst, samt at de har rettigheter til å se og eventuelt rette eller fjerne de opplysningene vi oppbevarer om dem. Vi gikk grundig gjennom samtykkeskjemaet (vedlegg 3) sammen med informanten. Vi åpnet også for spørsmål knyttet til studien, både før og etter intervjuet. Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av taleopptaker på mobiltelefon, og deretter lastet opp i USN safe. Dette er forsvarlig lagring av lydfilene, da disse personopplysningene anses som grønne etter gjeldende regelverk. Personvernet ble ivaretatt gjennom hele prosessen, på den måten at personen ble beskyttet mot at opplysninger om en skulle komme på avveie og personlig integritet ble ivaretatt (Personopplysningsloven, 2018). Det er kun oss to masterstudenter og veileder som har hatt tilgang til lydfilene. Lydfilene ble raskt slettet fra mobiltelefonen etter overføring til USN safe. Verken i lydfilene eller i det transkriberte materialet nevnes navnet til informanten. Informanten omtales derimot som informant etterfulgt av gjeldende nummer, for å bevare konfidensialiteten.

Det ble sendt *Meldeskjema for personopplysninger i forskning* til Sikt (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør) for godkjenning av studien (vedlegg 1 og 2). Dette ble fylt ut i samarbeid med veileder. Det var ikke nødvendig å søke *Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK), da vi ikke skulle intervjuere brukere av helsetjenester, kun

helsepersonell. Det ble også sendt søknad til personvernombud ved aktuelle sykehus, hvor vi fikk godkjenning til å gjennomføre studien (vedlegg 5 og 6).

# 4 Resultater

I dette kapittelet presenteres hovedfunnene fra analyseprosessen. Hovedfunnene i denne studien preges av utfordringene informantene opplever knyttet til smertevurdering av syke nyfødte. Dette innbefatter samarbeidet på tvers av yrkesgrupper, ulike aspekter ved pasientgruppen som vanskeliggjør smertevurdering og viktigheten av kompetanse og erfaring. Vi har valgt å presentere funnene sammen med direkte sitater fra informantene, slik at leseren selv kan vurdere om vår tolkning er riktig (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 307). Informantenes sitater skilles fra hverandre ved å henvise til informant 1 (I1), informant 2 (I2) og så videre, heretter omtalt I1 og I2 og så videre.

## 4.1 Smerte – sykepleierens prosjekt

I analyseprosessen er det et overhengende tema som har vist seg som gjennomgående i kategoriene våre. Dette temaet er “Smerte - sykepleierens prosjekt”, fordi det handler om det initiativet som ligger hos sykepleieren når det kommer til smertevurdering og -behandling av kritisk syke nyfødte. En stor del av temaet handler om samarbeidet mellom sykepleier og lege. Vi fant at profesjonene har ulikt fokus og at det påvirker samarbeidet i stor grad. Dette kommer til uttrykk i blant annet ulik situasjonsforståelse, ulikt språk, ulik kompetanse, varierende erfaring og kunnskap. I tillegg er det sykepleieren som står bedside barnet hver eneste time av døgnet, og har hovedansvaret for å sørge for barnets velbehag. Sykepleieren er dermed den som i sin arbeidshverdag skal detektere smerter og i tillegg sørge for at tiltak blir igangsatt.

Dette temaet viser seg i følgende kategorier: “Ulik profesjon - ulikt ståsted”, “Utfordringer med pasientgruppen” og “Viktigheten av faglig trygghet”.

### 4.1.1 Ulik profesjon – ulikt ståsted

Kategorien “Ulik profesjon - ulikt ståsted” beskriver at lege og sykepleier ofte legger vekt på ulike aspekter i pasientbehandlingen på bakgrunn av sin utdanning og profesjon. Av og til kan de stå i direkte motsetning til hverandre. Følgende subkategorier belyser fenomenet på

forskjellige måter: "Sykepleiere som pådrivere", "Betydningen av å være bedside" og "Forskjellige avveininger i medikamentell smertelindring".

#### 4.1.1.1 Sykepleiere som pådrivere

Det opplevdes av våre informanter som at det var sykepleierne, i motsetning til legene, som hadde mest fokus på smerte. Følgende sitat viser til dette ulike fokuset: *"Jeg føler kanskje den smertevurderingen, det er litt sykepleierens prosjekt på en måte, at legen ikke er så engasjert i det."* Smerte var ikke i fokus hos legene, ettersom det ikke ble tatt opp eller løftet fram på legevisitten. Sykepleierne opplevde at det var de som var pådrivere for å løfte fram smerte som et eget punkt og få det vurdert av legen: *"Jeg synes det fader litt ut på en måte, for vi har ikke så mange sånne pådrivere, så det blir jo litt sykepleierne som må drive det frem"* (12).

Det fremkom at sykepleierne var den pådrivende parten når det gjaldt smertelindring i ulike situasjoner. Fra legens ståsted, var det ikke selvsagt at intuberingsmedisiner skulle gis ved intubering for å møte barnets behov for smertelindring og velbefinnende. I de situasjonene der informanten stod ved barnet over lengre tid, eksempelvis før og under intubering, og hadde kunnskap om det individuelle barnets smerteuttrykk, var det informanten som måtte ta ansvar for barnets velbehag: *"Vi var veldig raske til å gjøre det (trekke opp intuberingsmedisiner). Vi så at dette barnet har veldig stirrende blikk, veldig stiv, hadde det ikke bra. Vi presenterte, og sier «her er medisinene», «nei, barnet er allerede intubert». // Ja, jeg opplevde å ikke komme gjennom til legen. // Det draget.. fordi det var så plaget, det ansiktsuttrykket på det barnet, det gjorde vondt i sjelen"* (13). Her følte informanten seg alene i opplevelsen av barnets smerte. "Det gjorde vondt i sjelen" avdekker også den emosjonelle belastningen man må stå i som sykepleier, når man må bevitne et barn i store smerter.

At sykepleieren er den pådrivende parten for smertestillende peker også en annen informant på. Her er en intuberingssituasjon hvor hen har tatt initiativ til å gi mer smertestillende før muskelrelakserende blir gitt, og får gjennomslagskraft hos legen: *"Av og til så har jeg tenkt at de har gjort det (gitt mer smertestillende) for å være... litt sånn grei... Egentlig så tenker de; kan vi ikke bare gi muskelrelaks nå?// At jeg tenker; ok, nå hørte de, da ga vi en dose til. Også går vi videre fra det da"* (16). Informanten indikerer at legen gir mer smertestillende for å være grei med en "masete" sykepleier, ikke fordi legen nødvendigvis tenker på barnets velvære.

Iblant kan interessene til sykepleiere og leger oppleves som sammenfallende. I disse tilfellene blir samarbeidet godt og det oppleves som en suksessfaktor i smertebehandlingen.

I3 forteller om en opplevelse her: *“Vi har også hatt et barn som ikke ble intubert, men når vi hadde intuberingsmedisiner (i beredskap)... // hvor det var veldig lav terskel for å intubere, hvor legene var veldig PÅ, og hvor alle... hvor vi klarte å få samlet barnet, og vi ga smertestillende, og klarte å unngå intubering. Så da opplevde jeg at legen var veldig på alerten... // de var veldig opptatt av at barnet skal ha det bra, og da ser du det på barnet.”* Gjentakelsen av ordet “vi” i informantens utsagn, kan vise til opplevelsen av å ha hatt en felles situasjonsforståelse og at lege og sykepleier stod sammen om et felles mål. I2 trekker fram at fullbårne, i motsetning til premature, er enklere å samarbeide om: *“Da har vi litt mer samme forventning fra legesiden, at det blir lettere å samarbeide om de. Eller at det er mer sånn oppfatning at dette barnet må ha det og det, og så får barnet det, også har de det bedre”*. Dette kan vise til at når barnet er prematurt, kan det komplisere smertebehandlingen og dermed samarbeidet ytterligere.

#### 4.1.1.2 Betydningen av å være bedside

Sykepleieren, i motsetning til legen, er den som i de fleste situasjoner står nærmest barnet, og over lengre tid. Sykepleieren blir den som opplever det totale smertebildet til barnet gjennom hele døgnet. Det fremkommer at dette oppleves som en barriere for et godt samarbeid. Som I5 sier: *“For når vi står veldig mye med barnet, så kommer kanskje bare ofte legen inn fra siden, og står der kanskje i to minutter liksom, og opplever kanskje ikke at de har de smertene da”*. Flere av informantene har opplevd lignende situasjoner, hvor legen bare er kort innom og ikke ser det samme som informanten. Det kan noen ganger oppleves som at legen ser det motsatte og har en helt annen forståelse av situasjonen enn sykepleieren. Det at legen ikke er der hele tiden, gjør at man ikke alltid har felles situasjonsforståelse, noe som er avgjørende for at våre informanter opplevde å lykkes i smertebehandlingen. Det er veldig positivt når legen er til stede og ser det samme som sykepleieren. Da står legen *“tett med opplevelsen til barnet”* som I5 uttrykte, og får dermed samme forståelse og som en følge av det; kanskje også økt medfølelse med barnet.

I situasjoner der det er barn som får respiratorbehandling, opplever en informant at en erfaren lege oftest er mye til stede. Dette på grunn av at barnet trenger kontinuerlig overvåking og tett lege-oppfølgning på grunn av sin respirasjonssvikt. I disse tilfellene fungerer smertevurderingen bedre, fordi de i større grad ser det samme. Utfordringene ved å ha en mindre erfaren lege til stede understrekes også: *“Når vi har respiratorbarn i avdelingen, er legene ofte til stede. Da er de kjapt på ballen. // Det som kan være utfordrende er hvis*

*man har en fersk LIS-lege, som kanskje ikke forstår og ikke har den faglige bakgrunnen som vi har. Som kanskje vil ha is i magen når man har en magefølelse på at dette er ikke greit. Men da er de flinke til å kontakte bakvakt. Jeg opplever at når det er respiratorbarn så er overlegene oftest i avdelingen. Så jeg synes det er godt samarbeid i denne avdelingen” (13).* Når det er en lege til stede, som i tillegg har mye kompetanse og erfaring, bedres sykepleierens opplevelse av situasjonen fordi det oppleves tryggere.

#### 4.1.1.3 Forskjellige avveininger i medikamentell smertelindring

Det fremkommer at ulike aspekter i smertebehandlingen vektlegges hos legene og sykepleierne. Noen informanter kommenterer at legenes kunnskap om legemidler og bivirkningene av disse, påvirker hvilke vurderinger de foretar seg i smertebehandlingen. Problemet med at medikamentell smertelindring kan føre til økt respiratortid, var noe enkelte av informantene trakk frem. Legene veier de negative konsekvensene av medikamentell smertelindring tyngre enn sykepleierne, mens sykepleierne vektlegger viktigheten av adekvat smertelindring. Det tydeliggjøres av en informant hvilke behov sykepleieren mener er viktigst: *”Om det da betyr at de ligger 5 timer ekstra på respirator...så tenker jeg at det er viktig at de ikke har smerter” (15).*

De motstridende interessene til leger og sykepleiere når det kommer til forlenget respiratorbehandling versus smertelindring oppsummeres av en annen informant på denne måten:

*”De (legene) tenker at respiratorbehandling for det første ikke er bra, og at smertelindring gjør at de blir mer sederte og trenger lengre respiratorbehandling. At de legene kanskje har mye fokus på at respiratortiden skal være kort, men jeg tenker heller at, eller det er en fin tanke, men akkurat på lokalsykehus når de trenger respirator, så er det ofte fordi de trenger noen døgn å slappe av på, og at de er slitne, og at det kanskje er uheldig at vi rusker den ekstubereringen. For jeg vet ikke om det er så skadelig å ligge ett eller to døgn i den store sammenhengen, jeg vet ikke. Også er det noe med at smerter i seg selv heller ikke er bra, men det er kanskje lettere for leger å se forskning på morfin og bivirkninger, enn smerte da” (12).*

Det oppleves som et dilemma, fordi informanten ser også legens argumenter for å ikke gi smertestillende eller sedasjon. Informanten reflekterer samtidig rundt at legen veier forskning om eventuelle skader av lengre behandling tyngre, enn det forskningen sier om både

korttids- og langtidskonsekvenser av smerteopplevelser som nyfødt. Igjen sementeres opplevelsen av smerte som sykepleierens domene og prosjekt.

## 4.1.2 utfordringer med pasientgruppen

Informantene i studien uttrykte ulike utfordringer knyttet til det nyfødte barnet som pasientgruppe. Disse utfordringene presenteres i dette kapitlet og kommer til uttrykk i følgende subkategorier: "Uttrykker smerte annerledes enn voksne", "Utslåtte barn på grunn av smerte" og "Lite prioritert pasientgruppe".

### 4.1.2.1 Uttrykker smerte annerledes enn voksne

Det nyfødte barnet kommuniserer smerter på en annerledes måte enn den voksne pasienten. Det å ikke kunne formidle smerter ved hjelp av det verbale språket, ble ansett som en utfordring av informantene. *"Det er jo forskjellige barn, og så er det jo gullstandard å spørre pasienten, og det kan ikke vi gjøre"* (I2). Som en informant her peker på; nyfødte er ikke bare individer med sine individuelle og spesielle smerteuttrykk, man kan heller ikke spørre dem hvordan de har det. Andre informanter beskriver utfordringene med at barnet ikke kan bekrefte eller avkrefte smerter verbalt på lignende måte: *"På nyfødte, så er det så vanskelig å lese av. De på en måte kan ikke uttrykke noe smerte, eller du kan ikke spørre dem, de kan ikke uttrykke noe verbalt."* (I5). I tillegg påpekes det av en informant at denne pasientgruppen ikke kan komme med noen tilbakemelding om behandlingen i ettertid. Det er en pasientgruppe som ikke kan verifisere om de har fått adekvat smertebehandling eller ikke, i motsetning til voksne. Dette kompliserer smertebehandlingen av nyfødte.

Det fremkommer at tidligere erfaring med voksne pasienter i lik situasjon, kan fungere som en modell for hvordan man skal behandle nyfødte og er noe man bør ta med seg inn i behandlingen av de små sårbare pasientene. I2 sier dette: *"Det er fint å ha med seg hva man ville gjort hvis dette var en voksen, hvert fall. De kan jo si ifra, det kan ikke barn. Så det er kanskje enda viktigere at vi tenker det."* Det fremkommer på den andre siden at man uansett ikke kan vurdere smerter helt korrekt på vegne av noen andre. I6 sier det på denne måten: *"Jeg føler jo at jeg kan vurdere om barnet har mye smerte eller ikke. Det er jo klart at man aldri kan vurdere helt sikkert, og det er jo vanskelig. Og det er det jo med alle pasientgrupper, egentlig."* (I6).

En informant påpeker at et prematurt barn viser enda svakere tegn på hvordan de har det og uttrykker smerte på andre måter enn et fullbåret barn. På den måten må man lete enda nøyere etter tegn og uttrykk hos premature. Dette avanserer smertevurderingen ytterligere fordi det krever mer kompetanse og erfaring hos sykepleiere som jobber med disse barna, slik at man får øye på og forstår disse uttrykkene.

#### 4.1.2.2 Utslåtte barn på grunn av smerte

Fra datamaterialet fremkommer det usikkerhet rundt om et barn som ligger helt stille, også kan ha smerter. Flere forteller om barn som ligger helt utslått, som ikke lager en lyd og ikke gir noe motstand. I3 undrer seg på følgende måte: *“Har dette barnet brukt alle kreftene sine, orker ikke å si ifra noe mer, og ligger og har det helt ille?”* I1 knytter et utslått barn opp mot smerter, slik: *“Om det ligger helt rolig, så kan det jo også ha smerter. For det kan jo være at det egentlig bare har gitt opp”*.

Når en bruker smertescoringsverktøyet COMFORTneo, kan man ende med å få en lav score, noe som også kan indikere smerter. Et barn med lav score blir beskrevet på følgende måte: *“Et barn som har lav tonus, som ikke har noe ansiktsmimikk, ikke orker å gi uttrykk for smerte. // ganske grålig i fargen. Stirrende blikk kanskje, eller at man ikke flytter blikket”* (I3). Det er enighet blant informantene om at dette kan være et tegn på at barnet ikke har det bra, og I5 beskriver det slik: *“Barnet er utslått. At den kanskje har så sterke smerter at den egentlig ikke orker å si ifra lenger”*. Selv om det fremkommer at en lav score i COMFORTneo er et varselsignal og må tas på alvor, mener enkelte informanter at det allikevel ikke blir tatt like alvorlig som en høy score. Dette kan bunne i blant annet kunnskapsløshet og uvitenhet. Samtidig kommenteres usikkerheten rundt om det er smerter som er årsaken til lav score, eller om det kan være på grunn av økt dose smertestillende: *“Da kan man jo ha hatt vondt så lenge at man er helt utslått. Er det det som gjør at det får lav score, at de er utslått med passe smertelindring, eller er det det at dosen er økt for mye. Det er veldig vanskelig, det er kjempevanskelig”* (I6).

#### 4.1.2.3 Lite prioritert pasientgruppe

Det går igjen i datamaterialet at pasientgruppen er lite prioritert, sammenlignet med voksne pasienter. Dette kan ha flere årsaker. Enkelte informanter knytter dette opp mot at gamle holdninger til nyfødte og smerter fortsatt er til stede. *“Noen ganger føler jeg at det henger litt igjen. Det der med at barnet ikke har smerte”* (I5). Som sitatet viser, er det forekomst av



utdatert tankegang om nyfødtes opplevelse av smerte. En annen informant undrer seg slik: *“Kanskje vi står litt fast i det som er, det man har gjort i alle år?”* (I4). Dette kan forstås som at det er lite utvikling innenfor fagområdet, eller at det er liten vilje til å endre praksis.

Det fremkommer en usikkerhet hos informantene om hvorvidt denne pasientgruppen blir prioritert i forskningen. *“For det er jo... det er jo ikke sånn veldig mye forska på baby og smertestillende og hva det vil si. Og spesielt kanskje på premature, da. Hva det vil si for utvikling og sånne ting”* (I5). Flere kommer inn på det faktum at nyfødte er en utfordrende gruppe å forske på, igjen på grunn av pasientgruppens manglende evne til å kunne verifisere om smertebehandlingen er god nok. En informant mener at økonomien står i veien for at smertebehandlingen av nyfødte når mål: *“Det går på økonomi, ikke sant. Så noen ganger føler jeg at de er SÅ underprioritert”* (I4). Informanten følger opp med *“Jeg tenker at hele behandlingen av nyfødte er så langt... altså langt ifra det det burde være i dag. De blir absolutt ikke prioritert”* (I4). Her beskriver informanten følelsen av at nyfødte ikke er en prioritert pasientgruppe og at det oppleves som en utfordring.

### 4.1.3 Viktigheten av faglig trygghet og kompetanse

Å jobbe på et lokalsykehus med syke nyfødte kan ha flere utfordringer. En utfordring er at de aller sykeste barna blir flyttet opp til et høyere behandlingsnivå, som betyr at man ikke har denne gruppen så ofte. Det betyr ikke at man ikke har ansvar for disse barna; noen ganger i påvente av overflytting, andre ganger over noe lengre tid. I materialet vårt kom det fram at det opplevdes som et problem at det ble vanskelig å opparbeide seg mengdetrening, erfaring og kompetanse. Dette resulterte i fire subkategorier: *“Klinisk blikk og smertescoringsverktøy”*, *“Mangel på kunnskap om medikamenter”*, *“Lite erfaring og mengdetrening”* og *“Varierende kunnskap om smertescoringsverktøy på tvers av yrkesgrupper”*.

#### 4.1.3.1 Klinisk blikk og smertescoringsverktøy

Å være til stede hos barnet handler også om å hele tiden observere barnet, også med tanke på smerter. Samtlige informanter sa at de brukte både sitt kliniske blikk og smertescoringsverktøy, når de skal vurdere smerte hos et barn. I1 formulerte det slik: *“For det blir jo litt som når man har fått et klinisk blikk så kan man se ganske fort om en baby virker syk eller frisk eller har ubehag, eller du kan liksom se det. Men det er klart at hvis du bruker et verktøy så går du jo gjennom, kikker kanskje på mer sånn detaljer da. Så det kan jo*

være en lur ting”. De fleste informantene sa de fulgte rutinene som sa at man skal smertescore alle barn én gang per vakt. Det kom likevel fram i løpet av intervjuet at de nok ikke gjorde det på alle barn. Det ble for eksempel nevnt at slike rutiner ikke ble overholdt hos stabile barn som er innlagt over lang tid. Dersom barnet var kritisk sykt, eller man antok at barnet hadde det vondt, var det mer naturlig å smertescore, som I6 sier: *“Men mitt inntrykk er nå at hvis man har barn som ligger på respirator, eller barn som man VET har smerter, så gjør man det minst én gang per vakt”*. Den samme informanten mente til og med at det ikke burde være en rutine å smertescore alle barn per vakt. Dette fordi faren er at smertescoreing kan bli noe man bare “huker av”, uten å legge så mye i det.

Tidspunkt for når smertescoreingsverktøyet skal brukes, avhenger av blant annet sykepleierens forutsetninger for å oppdage tegn til smerte. En av informantene kommer med denne bemerkningen: *“Og så tror jeg at man har et klinisk blikk, at man på en måte ser det først, og så tar man i bruk det scoringsverktøyet”* (I2). Det kliniske blikket er altså med på å bestemme tidspunkt for når man smertescore, og man kan si at sykepleierens kliniske blikk i høy grad påvirker bruken av smertescoreingsverktøyet. Dette underbygger også I6: *“Som sykepleier kan jeg jo velge litt tidspunkt for å bruke smertescoreingsverktøy. Sånn at jeg kan jo velge tidspunkt da jeg vet at barnet har vondt og scorer høyt, eller så kan jeg velge et tidspunkt da jeg tenker at barnet scorer lavt. Sånn at da bruker jeg jo på en måte litt mitt kliniske blikk til å vurdere hvilke tidspunkter som er mest riktig å bruke dette verktøyet, da”*. Det kliniske blikket kommer i mange tilfeller først, og at informanten ut ifra det tolker og vurderer smerte, og dermed også om det skal brukes smertescoreingsverktøy.

#### 4.1.3.2 Mangel på kunnskap om medikamenter

Å ha kunnskap om virkning og bivirkning av de vanligste medikamentene i en intuberingssituasjon, ble ansett som viktig. En informant nevner at ny praksis er å gi langtidsvirkende muskelrelakserende medikament i intuberingssituasjoner, på tross av at dette ikke er anbefalt i litteraturen. Informanten begrunner endringen med at legene ønsker mer tid til å intubere. *“Jeg tenker jo at når vi har slått ut et barn med Nimbex, som er en muskelrelaks ja... og har gitt Fentanyl, som vi vet at det går ut innen tre til fem minutter eller noe sånt... så er det ikke greit at du på en måte fortsatt har slått dem ut én time... med muskelrelaks. Også har dem egentlig ikke noe liggende i bønn.”* (I5). Det opplevdes ubehagelig når langtidsvirkende muskelrelakserende ble gitt uten at man visste om barnet var smertelindret nok. Disse medikamentene kamuflerer de få tegnene til smerte barnet har mulighet til å vise, og kompliserer smertevurderingen. På spørsmål om hvordan det oppleves

å stå i de situasjonene hvor et barn får kun muskelrelakserende og ikke tilstrekkelig smertelindring sier I1 det såpass sterkt: *“Det er jo bare forferdelig. Og hadde jeg stått i det hver dag, så tror jeg ikke jeg hadde gidde å jobbe her. Det er jo sannheten”*.

Hvor mye og hva som er riktig dose smertestillende, ble også trukket fram som utfordrende av en av informantene: *“Men jeg synes det er vanskelig å ha en tanke om hvilken dosering som er riktig for dette barnet. Er det for høy dose for eksempel? Kunne man ha trappet ned?”* (I6). Når det gjelder dosering fremkommer det at vanlig praksis er å gi laveste anbefalte dose smertestillende, noe en informant stiller seg undrende til. Det opplevdes uforståelig at man ikke kan gi høyeste anbefalte dose smertestillende på grunn av risikoen for respirasjonsstans, når man uansett har kontroll på luftveiene.

#### 4.1.3.3 Lite erfaring og mengdetrening

Kompetansen til informantene gjenspeiler seg i at de har de sykeste barna for sjeldent og at de derfor mangler mengdetrening. Det kommer frem at kompetanse til å gjøre gode vurderinger når det kommer til smerte henger tett sammen med mengdetrening. På spørsmål om hvorfor smertevurderingen fungerer dårlig, svarer I6 følgende: *“Nei, det handler vel kanskje om at... Det er jo igjen at vi ikke har så god trening i det. Det er jo den mengdetreningen, tenker jeg.”* En informant mener at de smertescorerer intuberte pasienter altfor lite. Dette begrunnes med at de aldri blir gode nok på det, fordi de står i disse situasjonene for sjeldent.

Lite erfaring gjør at informantene søker mer trygghet, for eksempel ved hjelp av å være to sykepleiere til å gjøre vurderinger sammen. I4 understreker viktigheten av nettopp dette: *“Man burde absolutt stå, her på vår avdeling, det burde absolutt være flere enn én på et sånt barn. Vi trenger flere øyne til å observere”*. Det å ta vurderinger sammen, er noe flere av informantene trekker frem som en trygghet. På spørsmål om hvordan det er å stå i situasjonene og ta avgjørelser alene, sier I4: *“Jeg er kjemperedd. Jeg vil ikke stå alene”*. I1 argumenterer for å være to sykepleiere sammen om de sykeste barna, for å bidra til å øke erfaring hos flere, når man først har disse pasientene: *“Og så scorer vi ofte to. Ja, fordi vi ofte er to. Det er også en fordel når vi har respiratorpasienter så lite at vi er to sykepleiere. Og gjerne også fordi man trenger jo erfaring. Så det er en fordel at flest mulig er borti pasienten.”* Her tolker vi at informantene ønsker å være nok personell for å øke tryggheten og også pasientsikkerheten.

I datamaterialet kommer det frem at den manglende erfaringen fører til dårligere gjennomføring av rutiner hos den enkelte sykepleier, i forbindelse med smertevurdering. Flertallet påpekte allikevel at det var viktig med tydelige prosedyrer for bruk av smertescoringsverktøyet. Dette for å øke tryggheten i bruken av det. Informantene ga derimot også uttrykk for at det å ha lite mengdetrening, gjør at sykepleierne kan være mer skjerpå når disse situasjonene oppstår, og at dette opplevdes som en styrke.

#### 4.1.3.4 Varierende kunnskap om smertescoringsverktøy på tvers av yrkesgruppene

Smertescoringsverktøyet COMFORTneo er noe samtlige av informantene har god kjennskap til. Det skal være et verktøy som skal benyttes på tvers av yrkesgruppene i avdelingen de jobber på, og vil derfor lette samarbeidet når man snakker samme språk. Allikevel sår flere informanter tvil om legenes kjennskap til dette smertescoringsverktøyet, spesielt når det kommer til å oppgi en score. Blant andre beskriver I5 det på denne måten: *“Nå vet jeg ikke helt åssen forhold de nye LIS-legene heller har til det, COMFORTneo, akkurat nå heller. Så hvis jeg ringte en lege og sa... (en score) så tror jeg nesten jeg måtte forklart hva det ville si.”* I3 uttrykker at hen ikke bare kan komme med en score til legen: *“Jeg tror ikke det hadde hatt noe særlig effekt hvis jeg hadde sagt at dette barnet scorer 15-16. Ja vel, hva mener du med det? Da må jeg utdype. Så man må gi en vurdering i tillegg”*. En av informantene opplever at legene har et forhold til COMFORTneo, men at hen allikevel velger å finne frem veilederen, når hen skal formidle en smertescore til legen. Det er gjennomgående i datamaterialet at man aldri kun oppgir smertescoren til legen. Det blir i tillegg til å oppgi scoren, informert om hvilken vurdering som er gjort om smertene. Dette enten for å legge tyngde bak scoren i en eventuell forhandlingssituasjon om mer smertestillende, eller for å forklare hva som ligger bak scoren.

Andre informanter opplever at COMFORTneo har gjennomslagskraft hos legene, og det er det som gjør at de kan stole på smertevurderingen som sykepleieren har gjort. Det forstås som at legene har en viss kjennskap og tiltro til smertescoringsverktøyet. Som I1 sier det: *“Det er viktig å gjøre det (smertescore). For det er jo, ikke sant, disse tallene her, som du kan forhandle med legen da. // Jo, for å ha NOE, at ikke det bare er synsing og at det er litt objektivt.”*

# 5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få dybdekunnskap om intensivsykepleieres erfaringer med smertevurdering av kritisk syke nyfødte. I dette kapittelet vil vi diskutere resultatene i studien opp mot relevant forskning, omsorgsteori, intensivsykepleierens ansvar og funksjon og også egen erfaring.

## 5.1 Kompleksiteten i å vurdere smerte

### 5.1.1 Klinisk blikk versus smertescoringsverktøy

Å vurdere smerte hos en syk nyfødt, er en kompleks oppgave som krever en rekke forutsetninger hos sykepleierne. Vår studie viser at vurdering av smerte til det nyfødte barnet er avhengig av den enkelte sykepleiers kliniske blikk. Selv om de fleste av våre informanter angir å bruke et smertescoringsverktøy i vurderingen av smerte, så vil det kliniske blikket på den ene eller den andre måten påvirke bruken av det. Pölkki et al. (2018) fant at det kliniske blikket er en viktig faktor som bidrar til suksessen til et smertescoringsverktøy. Det kliniske blikket vil variere fra person til person og avhenge blant annet av erfaring. En informant antyder at det hennes kliniske blikk oppfatter, oftest sammenfaller med resultatet av smertescoringen, og derfor går litt som hånd i hanske. På den andre siden blir den subjektive påvirkningen av et smertescoringsverktøy fremstilt som en begrensning og ulempe med smertescoringsverktøy (Walas et al., 2021). Det subjektive vil dermed hindre smertescoringsverktøy i å fungere optimalt. I tillegg understreker Eriksson og Campbell-Yeo (2019) viktigheten av at et smertescoringsverktøy må gi det samme resultatet uavhengig av hvem som bruker det. De som bruker smertescoringsverktøyet må forstå betydningen i det de scorer, hvordan det ser ut og hva barnet uttrykker, noe som er en stor utfordring. Vår erfaring tilsier at dette kan være avgjørende i en vaktbytte-situasjon, der man som sykepleier er nødt til å bruke scoren den forrige sykepleieren oppga til sammenligning med en ny score som tas.

Det er uenighet blant våre informanter om hvorvidt man kan vurdere smerter til den nyfødte best ved hjelp av et smertescoringsverktøy eller ikke. De fleste angir at det å bruke et smertescoringsverktøy, potensielt vil avdekke flere detaljer man ellers ville oversett om man

bare kikket raskt på barnet, og de er derfor positive til å benytte det i smertevurderingen. Dette utdypes av en av informantene: *“For det blir jo litt som når man har fått et klinisk blikk så kan man se ganske fort om en baby virker syk eller frisk eller har ubehag eller du kan liksom se det. Men det er klart at hvis du bruker et verktøy så går du jo gjennom, kikker kanskje på mer sånn detaljer da. Så det kan jo være en lur ting”* (I1). Nesten samtlige av informantene bemerket at kombinasjonen av klinisk blikk og bruk av smertescoringsverktøy er den beste måten å avdekke smerter på, noe Carlsen Misic et al. (2021) understøtter. På den andre siden angir over halvparten av sykepleierne i Pölkki et al. (2018) at de kan vurdere smerter på en pålitelig måte uten å bruke smertescoringsverktøy. Ingen av informantene våre erkjente at de unnlater å bruke smertescoringsverktøy, men det kom allikevel frem at de opplevde at andre ansatte på avdelingen ikke brukte det. På spørsmål om hva de trodde lå bak dette, nevnte de blant annet tidspress i en mottakssituasjon og liten vilje til å endre egen praksis. Disse faktorene er også noe som viser seg i tidligere forskning (Popowicz et al., 2021).

Hovedformålet med smertescoringsverktøy er å avdekke smerter hos barnet slik at man kan iverksette tiltak for å lindre eventuelle smerter. Olsson et al. (2021) mener at et godt smertescoringsverktøy også må kunne vurdere effekten av et smertelindrende tiltak. Det fremkommer for øvrig i vår forskning at re-scoring av barnet, etter å ha iverksatt smertelindrende tiltak, ofte glipper. Begrunnelser for hvorfor dette glipper, beror på blant annet at man bruker sitt kliniske blikk og ser at barnet har det bedre. Blomqvist et al. (2020) kommer også frem til at smertescoringsverktøy oftest ikke blir brukt til å evaluere effekten av smertestillende. Her argumenteres det med at det føles meningsløst når man ikke får noe effekt av smertebehandlingen.

### **5.1.2 Sykepleierens makt over når man smertescorer**

Et annet funn er at sykepleieren selv kan bestemme tiden for når man velger å benytte smertescoringsverktøyet, og at dette vil påvirke behandlingen som gis i forbindelse med smerte. Det utdypes videre av Walas et al. (2021) at smertescoring ved hjelp av smertescoringsverktøy nesten alltid vil være preget av det subjektive. Det problematiseres videre at smertescoringsverktøyet benyttes i intervaller og at det foreligger en risiko for å overse en smerteepisode som oppstår mellom disse intervallene (Walas et al., 2021). Følgende sitat fremhever hvilken makt en sykepleier har over utfallet av en smertescore:

“Som sykepleier kan jeg jo velge litt tidspunkt for å bruke smertescoringsverktøy. Sånn at jeg kan jo velge tidspunkt da jeg vet at barnet har vondt og scorer høyt, eller så kan jeg velge et tidspunkt da jeg tenker at barnet scorer lavt” (I6). Egen erfaring gjør at vi undrer om smertescoringsverktøyet kan manipuleres til å brukes i en gitt situasjon for å oppnå en score som fører til ønsket tiltak, for eksempel i en forhandlings situasjon med legen om å få gi mer smertestillende. Satt på spissen, kan i teorien sykepleieren velge å score et barn når det viser tydelig tegn på tilfredshet, men unnlate å score hvis man ser at barnet viser tegn på smerte. I sykepleiedokumentasjonen vil det se ut til at barnet ikke har hatt smerter, og sykepleieren kan fremstå som en “flink sykepleier”. I realiteten kan dette barnet ha hatt smerter i store deler av vekten uten at dette kommer frem i smertescoringen. Derimot har sykepleieren fulgt rutinen for smertescoring, som er én gang per vakt, og dermed gjort jobben sin. Ved å beskrive situasjonen for når smertescoringen fant sted, kan man redusere risikoen for at de brukes på en slik måte. Devsam & Kinney (2021) mener at et smertescoringsverktøy bør innebære at man må dokumentere om barnet var våkent, sovende eller håndtert i scoringsøyeblikket.

### 5.1.3 Holdningenes påvirkningskraft

Dagens holdninger til smerte hos nyfødte, kan bære preg av det faktum at man før i tiden trodde at nyfødte ikke kunne føle smerter. Informanter i vår studie, uttrykker at gamle holdninger til smerte kan henge igjen hos enkelte sykepleiere og leger på avdelingen, og at dette ofte viser seg i ulike generasjoner. Det fremkommer også at eldre sykepleiere ofte har mindre tro på at smertescoringsverktøy fungerer, men har derimot mer tiltro til sitt kliniske blikk. Dette kan vi se for oss påvirke den smertevurderingen som foretas og behandlingen som gis. Denne generasjonsforskjellen støttes av Treiman-Kiveste et al. (2021), som finner at yngre sykepleiere veier viktigheten av å systematisk smertevurdere tyngre enn de eldre sykepleierne. For øvrig rapporterer eldre sykepleiere i samme studie at systematisk dokumentasjon av smertevurdering ikke er nødvendig (Treiman-Kiveste et al., 2021). Dette kan forklares med at de eldre sykepleierne har mer tiltro til egne vurderinger og står trygge i sine avgjørelser. Derimot rapporteres det av sykepleiere i andre studier at sykepleiere med mer erfaring bruker smertescoringsverktøy oftere enn sykepleiere med mindre erfaring (Pölkki et al., 2018). Når det gjelder sykepleierens holdninger, fremkommer det i Mehrnouch et al. (2017) at blant de viktigste faktorene som påvirker smertevurderingen og -behandlingen som gis til et barn, er nettopp sykepleieres holdninger og følelser. Det kan argumenteres at de barna som har en sykepleier som tror på at barnet opplever smerte, får

bedre behandling og en mer personsentrert omsorg, fordi man setter seg inn i barnets sted og har barnet i fokus. For å oppnå personsentrert omsorg, er man avhengig av at sykepleieren har forutsetninger som innebærer å være bevisst på egne verdier, hva man tror på og hvilke holdninger man har (McCormack & McCance, 2017).

#### **5.1.4 Ansvar for bruk av smertescoringsverktøy**

Blomqvist et al. (2020) sin studie utført på svenske nyfødtintensivavdelinger viser at normal praksis er å ha en sykepleier som har overordnet ansvar for smertescoringsverktøy og utviklingsarbeid i forbindelse med det. Derimot er det sjelden at en lege har en tilsvarende rolle (Blomqvist et al., 2020). Igjen understreker dette at smertebehandlingen, i form av å smertescore, er sykepleiernes prosjekt. Ansvar for bruk av smertescoringsverktøy har også blitt løftet til et overordnet nivå av flere informanter. Det trenger ikke nødvendigvis være den enkelte sykepleiers ansvar. Det organisatoriske ansvaret handler om hvordan avdelingene tilrettelegger for en god praksis, det å utarbeide gode rutiner på avdelinger, opplæring av personalet og retningslinjer som legger føringer for hvordan arbeidet skal gjøres. Disse faktorene er vesentlige for god smertescoringspraksis, og støttes av tidligere forskning (Andersen et al., 2018; Popowicz et al., 2021). Det å dokumentere smerte er også en viktig del av praksisen når det kommer til vurdering av smerte. Dette for å kunne ha et sammenligningsgrunnlag samt å vurdere effekten av tiltak. Det har imidlertid blitt rapportert at dokumentasjonen av bruk av smertescoringsverktøy er inkonsekvent (Orovec et al., 2019; Treiman-Kiveste et al., 2021) og våre funn tyder på det samme. Det kommer frem at informantene ofte bruker smertescoringsverktøyet, men ikke alltid dokumenterer at man gjør det. Egen erfaring tilsier at det kan være ulike grunner til å ikke dokumentere en smertescore, blant annet begrensninger i tid. Dette ansvaret kan også løftes til det organisatoriske, ved å sørge for at hver sykepleier har tid og mulighet til å utføre de arbeidsoppgavene som er forventet av dem. En annen faktor kan være at man som sykepleier ofte står bedside det kritisk syke nyfødte barnet og ikke har en tilgjengelig datamaskin i nærheten. Muligheten for å dokumentere underveis kan derfor være utfordrende. Både nok personell til å kunne utføre arbeidsoppgavene sine og det fysiske miljøet som tilrettelegger for dokumentasjon, er en del av den konteksten omsorgen blir gitt i, og dermed en forutsetning for god personsentrert omsorg (McCormack & McCance, 2017, s. 51-52).



Rutiner og retningslinjer legger føringer for hvordan og hvor ofte smertescoringsverktøyet skal brukes, og det er konsensus blant våre informanter om at det er viktig med gode retningslinjer for bruk av smertescoringsverktøy. Imidlertid oppgir flere at disse retningslinjene ikke følges til det fulle. På denne måten blir det personlige ansvaret for å smertescore fremtredende, når det overordnede ansvaret legger føringer for rutinene, men man allikevel ikke velger å følge dette. En informant begrunner det med at retningslinjene omfavner for mange barn og derfor ikke blir ilagt like mye vekt: *“Er det en som har vært her i to måneder, og som bare spiser og skal vokse, så ser jeg ikke heller hensikten med å vurdere smerte hver vakt egentlig. For da blir det bare en rutine man gjør, og at man egentlig ikke legger så mye i det, tror jeg. At du bare huker av. Så da tenker jeg at når du først skal gjøre det, så tenker jeg at det bør være en hensikt med å gjøre det for å finne ut om dette barnet faktisk har smerter”* (I6). Carlsen Misic et al. (2021) kom frem til at flesteparten av sykepleierne brukte smertescoringsverktøy rutinemessig, men noen konkluderte med at det er barnets adferd og uttrykk som avgjorde hvor ofte sykepleieren brukte smertescoringsverktøyet.

## 5.2 Aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet

### 5.2.1 Å ha felles situasjonsforståelse

Hvordan samarbeidet mellom lege og sykepleier fungerte, var avgjørende for hvor god opplevelse informanten hadde av smertebehandlingen som ble gitt til barnet. I det ligger det blant annet at informantene kunne føle seg alene i vurderingen; at smerte var *“sykepleierens prosjekt”*, som I2 sa. ESPNIC gjorde en studie hvor 215 barne- og nyfødtavdelinger i Europa deltok (Daverio et al., 2022). Her kom det fram at overvåking av smertelindring og sedasjon er hovedsakelig sykepleierens domene, som korrelerer med vårt funn. Godt tverrfaglig samarbeid er viktig for optimal smertebehandling av nyfødte, er flere studier enige om (Balice-Bourgeois et al., 2020; Stevens et al., 2011). En del av rammeverket for å oppnå god personsentrert omsorg er også nettopp dette at det er tilrettelagt for medbestemmelse og innflytelse på tvers av yrkesgruppene (McCormack & McCance, 2017 s. 47). Når informantene skulle beskrive en god opplevelse de hadde med smertebehandling, ble

viktigheten av å ha felles situasjonsforståelse og å se det samme poengtert. I situasjoner der sykepleieren stod bedside og legen kun var innom noen få minutter, opplevdes dette negativt. Blomqvist et al. (2020) sier også at når sykepleieren er den som står nærmest pasienten, i motsetning til legen, bidrar dette til forskjellig situasjonsforståelse og fører til dårligere smertevurdering og -behandling.

## 5.2.2 Initiativet ligger hos sykepleieren

Popowicz et al. (2021) beskriver i sin studie at det er sykepleieren som i stor grad er den som har ansvar for å fremme smerteforebygging på en nyfødtintensivavdeling. Dette kan vi relatere til våre funn, hvor flere beskrev at de gjorde klar intuberingsmedisiner i forkant av intuberingen, slik at det skulle være vanskeligere for legen å si nei til det, med varierende hell. Her er det altså sykepleieren som både fremmer og legger til rette for smertelindring. Vi vet at maktforholdet mellom lege og sykepleier ikke er balansert, og at legen står over sykepleieren i hierarkiet på en sykehusavdeling. Dette kan gjøre noe med sykepleierens tilbøyelighet til å holde tilbake egne synspunkter, da sykepleieren kan kjenne på at hennes vurderinger og kunnskap blir tillagt mindre vekt. Dette viste seg i Stevens et al. (2011) sin studie, hvor det resulterte i at sykepleierne, avhengig av hvilken lege, ikke en gang tok seg bryet med å foreslå smertestillende, da de visste det ville bli avslått. Det fremkommer også i Blomqvist et al. (2020) at man som sykepleier må kjempe for at den nyfødte skal få smertestillende, og at dette kan skape friksjon mellom lege og sykepleier, som igjen kan føre til redsel for å si ifra. Funn i vår studie, avdekker at informantene kan være redde for å si ifra til legen, uten at det nødvendigvis er noe grunn til det, noe som viser seg i dette sitatet: *“Jeg har egentlig opplevd at legen... de har aldri gitt uttrykk for at det har vært plagsomt at jeg har sagt ifra. Heller at de synes at det er greit.”* (I6). Dette viser igjen at sykepleieren er den ansvarlige for å ta initiativ til smertelindring før smertefulle prosedyrer. I de tilfellene hvor man allikevel opplever å få massiv motstand fra en lege, får man som sykepleier sin kunnskap og kompetanse tilsidesatt. I et sånt miljø vil Barnefokusert omsorg (BFO), der barnets beste er i fokus (Ford et al., 2018), være avhengig av de sykepleierne som tør å heve stemmen for å tale barnets sak. Dette vil igjen gå utover barnet som ikke har en talsperson som snakker for seg. Da er man fullstendig avhengig av at legen, som den med mest makt, også har BFO som ideal, for at barnet skal få den behandlingen det har krav på.

### 5.2.3 Motstridende interesser

Et annet aspekt ved det tverrfaglige samarbeidet er når lege og sykepleier representerer hver sin interesse, på vegne av barnet. Carlsen Mistic et al. (2021) beskriver at det opplevdes frustrerende når barn som ble smertescoret høyt, ikke fikk smertestillende på grunn av legens redsel for bivirkning. Dette var også funn vi fant i vår studie, der legene var bekymret for konsekvensene av smertebehandling, og sykepleierne var mer opptatt av å lindre smerte. Dette handlet ikke bare om bivirkninger, men også om forlenget respiratortid og behandling. De ulike innfallsvinklene til sykepleiere og leger, kan bunne i det faktum at sykepleiere har mindre eller i verste fall manglende kunnskap om opiat og sedativa, noe som fremkommer i Costa et al. (2017). Våre informanter trekker også frem usikkerhet når det kommer til kunnskap om virkning og bivirkning av ulike medikamenter som benyttes i smertebehandlingen. Det vil uansett være av stor betydning at dette gapet mellom profesjonenes syn tettes, slik at barna får den smertelindringen de trenger, og på den måten reduserer de negative langtidseffektene av sitt sykehusopphold. Vi undrer oss om det handler om profesjonsutdanningen; at lege og sykepleier har forskjellig utgangspunkt og innfallsvinkel? Et av intensivsykepleierens ansvarsområder er å *“hjelp pasienten til å bruke kreftene sine på helsefremmende prosesser og bidrar til å håndtere og lindre stress, smerter og ubehag”* (NSFLIS, 2017), som understøtter sykepleierens ståsted og prioritering. Man kan forstå det som at legen er den som har ansvaret for behandling og det som skal skje fram i tid, mens sykepleieren er mer “her og nå” hos pasienten og at dette gir utslag i hva man legger vekt på. En kan sette det på spissen ved å si at legen går til og fra barnet, og sykepleieren står igjen med barnet og dets smerteuttrykk. Dersom man skal ha BFO som ideal, og se situasjonen fra barnets perspektiv, argumenterer vi for at smertelindring bør veie tyngre. Det å veie medikamentell smertebehandling opp mot konsekvenser av dette er dog et reelt dilemma. Dette på grunn av at smerte tidlig i livet har flere negative langtidseffekter (Klingenberg et al., 2021; Roué, 2023; Victoria & Murphy, 2016; Williams & Lascelles, 2020), samtidig som opiat har uheldige konsekvenser i form av hypotensjon, forlenget respiratortid og økt tid før full enteral ernæring oppnås (Squarillo et al., 2019). Derimot viser NEOPAIN- studien, ingen signifikant forskjell i utkomme når det gjelder hjerneblødninger (IVH), skader i hvit substans i hjernen (PVL) og mortalitet, mellom en gruppe med premature som fikk morfin-infusjon, versus en gruppe som fikk placebo (Anand et al., 2004; Squillaro et al., 2019). I tillegg fant Bellù et al. (2021) i sin Cochrane-studie ikke noen sammenheng mellom bruk av opiat hos mekanisk ventilerte nyfødte og mortalitet. Studien understreker at

det trengs mer forskning, og dette viser hvilke komplekse avveininger som ligger bak vurderingene som tas i forbindelse med smertebehandling.

#### **5.2.4 Smertescoringsverktøy som kommunikasjonsmiddel**

Det fremkommer i Carlsen Misic et al. (2021) at sykepleiere som har god nok kunnskap om smertescoringsverktøy, er mer positive til bruken av det og dermed mer sannsynlig vil bruke det som et kommunikasjonsmiddel til legen. For at et smertescoringsverktøy skal brukes, er det altså vesentlig at brukeren har god kjennskap til det og opplæring i bruken av det. Snur man om på det, vil altså det å inneha lite kunnskap om smertescoringsverktøy føre til mer negativ holdning til å bruke det. I vår studie, fremkommer det at legene ikke har like god kunnskap om smertescoringsverktøyet som sykepleierne, og at informantene ofte må underbygge en smertescore med egne observasjoner, fordi legene ikke anerkjenner kun en score på smerte. Dette kan problematiseres videre, til at legene ikke iverksetter en smertescore nok tyngde til å igangsette tiltak mot smerte. Blomqvist et al. (2020) har kommet frem til samme resultat. Sykepleierne i denne studien uttrykte frustrasjon overfor legenes manglende tiltak etter at smertescoringsverktøyet var benyttet og en score var oppgitt. En informant fra vår studie ville aldri ha oppgitt bare en smertescore i form av et tall til legen, dersom hen ønsket at det skulle føre til tiltak. Istedenfor var strategien å oppgi smertescore sammen med informasjon om barnets uttrykk for smerte. Dette ble oppfattet som en større suksess på den måten at det var større sjanse for at det ble iverksatt tiltak mot smertene. På den andre siden, mener en annen informant at det er nettopp denne scoren som gjør at man har gjennomslagskraft hos legen. Eriksson og Campbell-Yeo (2019) er tydelige på at enhver smertescore bør lede til en diskusjon mellom sykepleieren og ansvarlig lege, og en avgjørelse om neste steg i smertebehandlingen. Ellers vil smertescoringsverktøyet utelukkende representere en tallverdi heller enn å være en guide for smertebehandlingen.

#### **5.2.5 Økt kunnskap gir gjensidig respekt**

Det at man har respekt for hverandres kompetanse og profesjon, fremmer godt tverrfaglig samarbeid som viser seg å være viktig for god smertebehandling av nyfødte (Stevens et al., 2011). Balice-Bourgeois et al. (2020) understreker at de som samarbeider i det tverrfaglige

teamet må være kompetente og ha felles kunnskap om smertebehandling under prosedyrer. Det fremkom i vår studie at det er ønskelig at den vurderingen sykepleiere gjør, likestilles med det legene vurderer, slik at barnets beste er i fokus. Et tiltak for å fremme felles forståelse for smertevurderingen og -behandlingen er å ha felles fagdager, der både sykepleiere og leger får samme informasjon og en tydeliggjøring av arbeidsprosessen (Balice-Bourgeois et al., 2020). I tillegg legger McCormack & McCance (2017, s. 50-51) vekt på at ikke-hierarkiske relasjoner, der man arbeider mot et felles mål basert på samstemte verdier, vil fremme idealet om personsentrert omsorg. Dette forutsetter at man har produktive profesjonelle relasjoner der beste kunnskap er i fokus, uavhengig av hvem det kommer fra i teamet rundt barnet (McCormack & McCance, 2017, s. 50-51). Økt kunnskap kan gi mer makt i seg selv, men vi tenker at det også vil øke den gjensidige respekten mellom yrkesgruppene. Kunnskap kan man blant annet få gjennom utdanning. Fra egen erfaring vet vi at nyfødtintensivavdelinger på lokalsykehus i Norge, ikke har den tettheten av sykepleiere med spesialisering, som intensivavdelinger for voksne har. Informantene våre var også innom det samme temaet når de snakket om nyfødte som en lite prioritert pasientgruppe, ikke bare forskningsmessig, men også økonomisk. I artikkelen "Barn har ikke intensivstatus" (Norsk Sykepleierforbund, 2012) kommer det fram at de fleste nyfødtintensivavdelinger ikke har samme status som intensivavdelinger for voksne, og generer derfor ikke de midlene og ressursene som følger en intensivavdeling. Til tross for at denne artikkelen er gammel, tilsier vår erfaring at dette ikke har endret seg nevneverdig. Når vi sammenligner nyfødtintensivavdeling og intensivavdeling ved eget sykehus, taler disse tallene for seg selv; en intensivavdeling med 6 sengeplasser får 12 utdanningsstillinger per år, mens nyfødtintensivavdeling med 12 sengeplasser får 1-2 utdanningsstillinger per år. Dette sier noe om hvor lite sykehuset vekter videreutdanning hos de som skal jobbe med de minste og mest sårbare, og kan være med å underbygge påstanden om at nyfødte er en lite prioritert pasientgruppe. Vi tenker at vår egen spesialisering, intensivsykepleier, sammen med andre relevante spesialiseringer, som for eksempel nyfødtssykepleier eller barnesykepleier, kan bidra positivt i en nyfødtintensivavdeling fordi man beriker kunnskapsfeltet med ulike spisskompetanse. Økt kunnskap og utdanning hos sykepleierne vil bidra til å gi sykepleierne en faglig tyngde, noe som gjør at de står tryggere i vurderinger og at disse vurderingene dermed blir mer likestilt med legenes.

## 5.3 Metodediskusjon

Her vil vi presentere svakheter og styrker ved vår studie.

En svakhet er det relativt lave antallet informanter som er 6 personer. Ifølge Kvale & Brinkmann (2021, s. 148) kan for få informanter gjøre det vanskelig med tanke på generalisering og dersom man skal teste hypoteser. På den andre siden har man med relativt få informanter mer tid og mulighet til å gå grundigere til verks i analysene til de enkelte intervjuene. Dette kan man si er en "mindre kan være mer"- tilnærming hvor man har mulighet til å gå mer i dybden på hvert intervju (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 149). Ved å velge å intervjuer, i stedet for spørreskjema, fikk vi utdypende og rike svar. Dersom vi hadde valgt spørreskjema kunne vi nådd ut til flere, og fått flere svar.

En annen svakhet ved vår studie er at vi intervjuet sykepleiere på et lokalsykehus, i motsetning til et stort sykehus. Vi hadde fått andre svar og mest sannsynlig flere erfaringer dersom vi hadde intervjuet på et universitetssykehus. På den andre siden var det et poeng å belyse disse erfaringene, hvordan det er å stå i disse situasjonene med kritisk syke nyfødte, når man ikke står i det hver dag.

Et annet element i vår studie er at noen av informantene var kollegaer som vi til dels kjenner godt. Dette kan være både en styrke og en svakhet. Ulempen er at man som intervjuer ikke er objektiv med tanke på den man intervjuer, og derfor kan ha hatt forutinntatte holdninger om personen vi intervjuet. Dette forsøkte vi å være bevisste på, og tolke informantens meninger og holdninger i beste hensikt, uavhengig av tidligere erfaringer og opplevelser med vedkommende. Fordelen er at man allerede har en relasjon som forhåpentligvis er tillitsfull, og det kan føles trygt å snakke fritt, noe vi opplevde at det gjorde.

En fordel med å intervjuer i en familiær kontekst er at vi er godt kjent med temaet, noe som er en styrke (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 141-142). Da vi hadde kunnskap vedrørende temaet, stilte vi de spørsmålene vi visste ville gi gode svar på det vi lurte på, samt gode oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 84). På den andre siden kan vi som forskere ha vært forutinntatte og tolket svarene på en bestemt måte, som passet med vårt syn. Dette var noe vi hadde i tankene og var bevisste på under intervjuene og i etterarbeidet.

## 6 Konklusjon

Denne kvalitative studiens hensikt var å søke etter intensivsykepleieres erfaringer med å vurdere smerte hos kritisk syke nyfødte. Som sykepleier er vår rolle å være barnas advokater, med et særskilt ansvar for å avdekke og lindre smerte. Funnene i denne studien viser til kompleksiteten i å vurdere smerte hos kritisk syke nyfødte og at det er sykepleieren som står i bresjen for dette. I det store og hele er det viktig at man får smertelindret syke nyfødte tilstrekkelig, på grunn av de livsviktige konsekvensene ubehandlet smerte kan føre med seg. For å nå dette målet, ser vi i denne studien viktigheten av å ha et godt profesjonelt samarbeid på tvers av yrkesgruppene, med et felles mål om barnets beste. Det fremkom at det å ta initiativ til smerteforebygging og -behandling var sykepleierens ansvar og domene, og at legen i kraft av sin profesjon la mer vekt på de negative konsekvensene av medikamentell smertebehandling. Det virker å være av største viktighet at sykepleieren og legen må finne et felles ståsted hvor barnefokusert omsorg står i sentrum, for at den nyfødte skal få den beste smertebehandlingen. I tillegg ser vi viktigheten av å ha gode og tydelige retningslinjer for hvordan sykepleierne skal vurdere smerter adekvat. Gode smertescoringsverktøy bidrar positivt inn i denne vurderingen og dermed behandlingen. Økt kompetanse og utdanning kan være et middel for å styrke sykepleierens vurderinger og avgjørelser, og dermed gi sykepleieren en større stemme. Denne studien er viktig med tanke på at ca. 11 % av alle nyfødte barn i Norge blir innlagt på nyfødtintensivavdelinger (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.å.), og at dette er barn som potensielt kan få varige men av inadekvat smertelindring under intensivoppholdet. I et større perspektiv blir dette et stort problem, med tanke på barnas fremtid og det lange livet de har foran seg. Å belyse intensivsykepleieres erfaringer med å vurdere smerte hos kritisk syke nyfødte kan føre til økt kunnskap og bevisstgjøring av tema. Vi håper denne studien kan være til inspirasjon og ha verdi for videre forskning på tema.

# Litteraturliste

- Anand, K. J. S., Hall, R. W., Desai, N., Shephard, B., Bergqvist, L. L., Young, T. E., Boyle, E. M., Carbajal, R., Bhutani, V. K., Moore, M. B., Kronsberg, S. S. & Barton, B. A. (2004). Effects of morphine analgesia in ventilated preterm neonates: Primary outcomes from the NEOPAIN randomized trial. *The Lancet*, 363(9422), 1673-1682.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16251-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16251-X)
- Anand, K. J. S., Phil, D., & Hickey, P. R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The new England journal of medicine*, 317(21), 1321–1329.
- Andersen, R. D., Munsters, J. M. A., Vederhus, B. J., & Gradin, M. (2018). Pain assessment practices in Swedish and Norwegian neonatal care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1074–1082. <https://doi.org/10.1111/scs.12553>
- Balice-Bourgeois, C., Zumstein-Shaha, M., Simonetti, G. D., & Newman, C. J. (2020). Interprofessional Collaboration and Involvement of Parents in the Management of Painful Procedures in Newborns. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 394.  
<https://doi.org/10.3389/fped.2020.00394>
- Bellù, R., Romantsik, O., Nava, C., De Waal, K. A., Zanini, R., & Bruschetti, M. (2021). Opioids for newborn infants receiving mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013732.pub2>
- Blomqvist, Y. T., Gradin, M., & Olsson, E. (2020). Pain Assessment and Management in Swedish Neonatal Intensive Care Units. *Pain Management Nursing*, 21(4), 354–359.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.11.001>
- Carbajal, R., Eriksson, M., Courtois, E., Boyle, E., Avila-Alvarez, A., Andersen, R. D., Sarafidis, K., Polkki, T., Matos, C., Lago, P., Papadouri, T., Montalto, S. A., Ilmoja, M.-L., Simons, S., Tameliene, R., Van Overmeire, B., Berger, A., Dobrzanska, A., Schroth, M., ... Anand, K. J. S. (2015). Sedation and analgesia practices in neonatal intensive care units (EUROPAIN): Results from a prospective cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 3(10), 796–812. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)00331-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00331-8)
- Carlsen Misic, M., Andersen, R. D., Strand, S., Eriksson, M., & Olsson, E. (2021). Nurses' perception, knowledge, and use of neonatal pain assessment. *Paediatric and Neonatal Pain*, 3(2), 59–65. <https://doi.org/10.1002/pne2.12050>
- Cignacco, E., Hamers, J., van Lingen, R. A., Stoffel, L., Büchi, S., Müller, R., Schütz, N., Zimmermann, L. & Nelle, M. (2009). Neonatal procedural pain exposure and pain



- management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss Medical Weekly*, 139(15-16), 226-232.
- Daverio, M., Von Borell, F., Ramelet, A.-S., Sperotto, F., Pokorna, P., Brenner, S., Mondardini, M. C., Tibboel, D., Amigoni, A., Ista, E., Duval, E., Polić, B., Valla, F., Neunhoeffer, F., Konstantinos, T., Györgyi, Z., Tan, M. H., Hasani, A., Poluzioroviene, E., ... Tekgüç, H. (2022). Pain and sedation management and monitoring in pediatric intensive care units across Europe: An ESPNIC survey. *Critical Care*, 26(88). <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03957-7>
- Devsam, B. U., & Kinney, S. (2021). The clinical utility of the pain assessment tool in ventilated, sedated, and muscle-relaxed neonates. *Australian Critical Care*, 34(4), 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.09.005>
- Eriksson, M., & Campbell-Yeo, M. (2019). Assessment of pain in newborn infants. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4). <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.04.003>
- Ford, K., Dickinson, A., Water, T., Campbell, S., Bray, L. & Carter, B. (2018). Child centred 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>
- Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Giordano, V., Edobor, J., Deindl, P., Wildner, B., Goeral, K., Steinbauer, P., Werther, T., Berger, A., & Olischar, M. (2019). Pain and Sedation Scales for Neonatal and Pediatric Patients in a Preverbal Stage of Development: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 173(12), 1186-1197. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3351>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hu, J., Gifford, W., Zhou, Y., Zhang, Q., & Harrison, D. (2021). Nurses' perspectives on pain management practices during newborn blood sampling in China. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(6), 483–487. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.06.015>

- International Association for the Study of Pain. (2020, 16. juli). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>
- Kassab, M., Alhassan, A. A., Alzoubi, K. H., & Khader, Y. S. (2019). Number and Frequency of Routinely Applied Painful Procedures in University Neonatal Intensive Care Unit. *Clinical Nursing Research*, 28(4), 488–501. <https://doi.org/10.1177/1054773817744324>
- Klingenberg, C., Grundevig, A., Kaspersen, K.-H., Marechal, F. L., Andresen, J. H., & Lang, A. (2021, 1. januar). Nyfødteveileder: Smerte og smertebehandling. I *Helsebiblioteket*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/nyfodtme-disin-veiledende-prosedyrer-fra-norsk-barnelegeforening/18-smertebehandling-sedering-og-palliasjon/18.1-smerte-og-smertebehandling>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Llerena, A., Tran, K., Choudhary, D., Hausmann, J., Goldgof, D., Sun, Y., & Prescott, S. M. (2023). Neonatal pain assessment: Do we have the right tools? *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1022751>
- Lyngstad, L.T. & Steinnes, S. (2017). Smerteprojektet COMFORTneo. *Sykepleien*, 105(62277). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62277>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Max, M. B., Donovan, M., Miaskowski, C. A., Ward, S. E., Gordon, D., Bookbinder, M., Cleeland, C. S., Coyle, N., Kiss, M., Thaler, H. T., Janjan, N., Anderson, M. D., Weinstein, S., & Edwards, W. T. (1995). Quality Improvement Guidelines for the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. *JAMA*, 274(23), 1874. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530230060032>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). Chapter 2—Underpinning principles of person-centred practice. I *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2. utg., s. 13–35). John Wiley & Sons.
- McPherson, C., Ortinau, C. M., & Vesoulis, Z. (2021). Practical approaches to sedation and analgesia in the newborn. *Journal of Perinatology*, 41(3), 383–395. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00878-7>

- Mehrnoush, N., Ashktorab, T., Heidarzadeh, M., Momenzadeh, S., & Khalafi, J. (2017). Factors Influencing Neonatal Pain Management from the Perspectives of Nurses and Physicians in a Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Pediatrics*, 28(1). <https://doi.org/10.5812/ijp.10015>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (u.å.) *Norsk nyfødttmedisinsk kvalitetsregister*. Kvalitetsregistre. <https://www.kvalitetsregistre.no/register/skade-og-intensiv-barn/norsk-nyfodtmedisinsk-kvalitetsregister>
- Norsk Sykepleierforbund. (2012, 9. september). Barn har ikke intensivstatus. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2012/09/barn-har-ikke-intensivstatus>
- NSFLIS. (2017, september 20). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. [https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017\\_1.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017_1.pdf)
- Olsson, E., Ahl, H., Bengtsson, K., Vejayaram, D. N., Norman, E., Bruschetti, M., & Eriksson, M. (2021). The use and reporting of neonatal pain scales: A systematic review of randomized trials. *Pain*, 162(2), 353–360. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002046>
- Orovec, A., Disher, T., Caddell, K., & Campbell-Yeo, M. (2019). Assessment and Management of Procedural Pain During the Entire Neonatal Intensive Care Unit Hospitalization. *Pain Management Nursing*, 20(5), 503–511. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.061>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Popowicz, H., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Kwiecień-Jaguś, K., & Kamedulska, A. (2021). Knowledge and Practices in Neonatal Pain Management of Nurses Employed in Hospitals with Different Levels of Referral-Multicenter Study. *Healthcare*, 9(48), 1–15. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010048>
- Pölkki, T., Korhonen, A., & Laukkala, H. (2018). Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: A cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 725-733. <https://doi.org/10.1111/scs.12503>
- Roué, J.-M. (2023). *Assessment of neonatal pain*. UpToDate. Hentet 22. august 2023 fra <https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-neonatal-pain>
- Squillaro, A., Mahdi, E. M., Tran, N., Lakshmanan, A., Kim, E., & Kelley-Quon, L. I. (2019). Managing Procedural Pain in the Neonate Using an Opioid-sparing Approach. *Clinical Therapeutics*, 41(9), 1701-1713. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.07.014>

- Stevens, B., Riahi, S., Cardoso, R., Ballantyne, M., Yamada, J., Beyene, J., Breau, L., Camfield, C., Finley, G. A., Franck, L., Gibbins, S., Howlett, A., McGrath, P. J., McKeever, P., O'Brien, K., & Ohlsson, A. (2011). The Influence of Context on Pain Practices in the NICU: Perceptions of Health Care Professionals. *Qualitative Health Research*, 21(6), 757-770. <https://doi.org/10.1177/1049732311400628>
- Treiman-Kiveste, A., Pölkki, T., Kalda, R., & Kangasniemi, M. (2022). Nurses' perceptions of infants' procedural pain assessment and alleviation with non-pharmacological methods in Estonia. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.006>
- UNICEF. (u.å.) *Barnekonvensjonen*. Hentet 4. mars 2024 fra <https://www.unicef.no/vart-arbeid/internasjonalt/barnekonvensjonen>
- Victoria, N. C., & Murphy, A. Z. (2016). Exposure to early life pain: Long term consequences and contributing mechanisms. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 7, 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.11.015>
- Walas, W., Malinowska, E., Halaba, Z., Szczapa, T., Latka-Grot, J., Rutkowska, M., Kubiacyk, A., Wrońska, M., Piotrowski, A., Skrzypek, M., Jean-Noel, M., & Maroszyńska, I. (2021). Newborn infant parasymphetic evaluation for the assessment of analgosedation adequacy in infants treated by mechanical ventilation - a multicenter pilot study. *Archives of Medical Science*, 17(6), 1651-1656. <https://doi.org/10.5114/aoms/134234>
- Walker, S. M. (2019). Long-term effects of neonatal pain. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4). <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.04.005>
- Williams, M. D., & Lascelles, B. D. X. (2020). Early Neonatal Pain-A Review of Clinical and Experimental Implications on Painful Conditions Later in Life. *Frontiers in Pediatrics*, 8(30), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00030>
- World medical association. (2022, 6. september). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association. Hentet 19. februar <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Meldeskjema Sikt

06.05.2024, 13:55

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## Meldeskjema

Referansenummer  
281533

### Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

### Beskriv bakgrunnsopplysningene

Utdanning, arbeidserfaring og tid på avdelingen

### Prosjektinformasjon

#### Tittel

Erfaringer med smertevurdering til nyfødt på respirator

#### Sammendrag

Formålet med prosjektet er å utforske hvilke erfaringer intensivsykepleiere eller sykepleiere med erfaring fra nyfødtintensivavdeling, har med å vurdere smerte hos nyfødte som får respiratorbehandling. Vi ønsker å intervju 5-10 sykepleiere som har erfaring med nyfødte på respirator. Prosjektet er en masteroppgave innen intensivsykepleie.

#### Hva er formålet med behandlingen av personopplysninger?

Opplysninger om bakgrunn, arbeidserfaring og jobb på nyfødtintensiv, er relevant for studiens formål.

#### Dersom personopplysningene skal behandles til flere formål, beskriv hvilke

Kun til bruk i masteroppgaven, eventuelt ved publisering av artikkel i en vetenskaplig tidsskrift i etterkant.

#### Prosjektbeskrivelse

[Prosjektplan Eva og Sara.docx](#)

#### Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

#### Type prosjekt

Master

#### Kontaktinformasjon, student

Sara Lian Kjærвик, saralank@gmail.com, tlf: 46949757

### Behandlingsansvar

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

#### Prosjektansvarlig

Janet Mattsson, janet.mattsson@usn.no, tlf: +46704975934

#### Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

### Utvalg 1

#### Beskriv utvalget

Sykepleiere med erfaring fra nyfødtintensivavdeling og erfaring med nyfødte på respirator

#### Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Kontakter avdelingsleder på nyfødtintensiv i Drammen og Tønsberg sykehus, som vil rekruttere egnede informanter fra sine avdelinger.

#### Aldersgruppe

20 - 70

<https://meldeskjema.sikt.no/65665193-881e-47b0-b14f-04ce33266fb3/eksport>

1/3

**Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1**

- Navn
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

**Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?****Personlig intervju****Vedlegg**[Intervjuguide.docx](#)**Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

**Informasjon til utvalg 1****Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?**

Ja

**Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?**

Skriftlig (papir eller elektronisk)

**Informasjonsskriv**[Sikt 2023 samtykke\\_master.docx](#)**Tredjepersoner**

---

**Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?**

Ja

**Beskriv tredjepersoner**

Veileder til masteroppgaven

**Hvilke personopplysninger skal du behandle om tredjepersoner?**

- Navn
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

**Hvilke utvalg avgir personopplysninger om tredjepersoner?**

- Utvalg 1: Sykepleiere med erfaring fra nyfødtintensivavdeling og erfaring med nyfødte på respirator

**Samtykker tredjepersoner til behandlingen av personopplysningene?**

Ja

**Mottar tredjepersoner informasjon om behandlingen av personopplysningene?**

Ja

**Dokumentasjon**

---

**Hvordan dokumenteres samtykkene?**

- Manuelt (papir)
- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)

**Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?**

Muntlig eller skriftlig beskjed til enten en av masterstudentene eller veileder.

**Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?**

Henvende seg ved hjelp av kontaktopplysningene som finnes i samtykkeskjemaet, og vil da få innsyn, rettet eller slettet opplysningene om seg selv.

**Totalt antall registrerte i prosjektet**

1-99

**Tillatelser**

---

**Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?**

Ikke utfyllt

## Sikkerhetstiltak

---

**Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?**

Ja

**Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?**

- Kryptert lagring

**Hvor blir personopplysningene behandlet?**

- Mobile enheter
- Maskinvare

**Hvem har tilgang til personopplysningene?**

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

**Overføres personopplysninger til et tredjeland?**

Nei

## Avslutning

---

**Prosjektperiode**

01.12.2023 - 24.06.2024

**Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?**

Persondata lagres midlertidig 24.07.2024

**Hva er formålet med lagringen av persondata?**

Arkivering for deling av data og gjenbruk

**Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publikasjon?**

Nei

## Tilleggsopplysninger

---

## Vedlegg 2: Godkjenning fra Sikt

06.05.2024, 13:54

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
281533

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
05.12.2023

### Tittel

Erfaringer med smertevurdering til nyfødt på respirator

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

### Prosjektansvarlig

Janet Mattsson

### Student

Sara Lian Kjærvik

### Prosjektperiode

01.12.2023 - 24.06.2024

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 24.07.2024.

### Meldeskjema

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

### Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

<https://meldeskjema.sikt.no/65665193-861e-47bd-b14f-d40e33266fb3/vurdering>

1/2



Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Erfaringer med smertevurdering til nyfødte på respirator?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke smerter hos nyfødte på respirator. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med prosjektet er å utforske hvilke erfaringer intensivsykepleiere eller sykepleiere med erfaring fra nyfødtintensivavdeling, har med å vurdere smerte hos nyfødte som får respiratorbehandling. Vi ønsker å intervju 5-10 sykepleiere som har erfaring med nyfødte på respirator.

Prosjektet er en masteroppgave innen intensivsykepleie. Resultatet kan bli publisert i et vitenskapelig tidsskrift etter at det er fremlagt som masteroppgave.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du har relevant erfaring med tanke på det vi skal undersøke. Din avdelingsleder har vurdert at du fyller kriteriene for å kunne delta, da din erfaring er relevant for studien. Vi vil rekruttere informanter fra to forskjellige helseforetak, Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju. Vi er to mastergradsstudenter som skal utføre intervjuet. Det vil vare i ca. 1 time. Vi kommer til å ta lydopptak og notater fra det som kommer frem i intervjuet. Du vil bli spurt om å fortelle om erfaringer fra situasjoner i jobben din, som omhandler tema. Blant annet vil du bli bedt om å fortelle om en situasjon der du måtte vurdere smerte hos en nyfødt, gode og dårlige erfaringer, hvilke smertevurderingsverktøy som brukes og hvilke rutiner som finnes på din arbeidsplass. Vi kommer også til å spørre om bakgrunnsinformasjon om deg, som tid i yrket, utdanningsnivå og hvor lenge du har jobbet på avdelingen.

#### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dersom du ønsker det, kan du be om å få se utskrift fra ditt intervju. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene. Det er kun oss to intervjuere og vår veileder som har tilgang til å høre og se disse opplysningene, eventuelt også sensor ved forespørsel om tilgang til intervjuene. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes av en kode som lagres på en

egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lagring av data vil skje i tråd med retningslinjer for sikker behandling av forskningsdata som innebærer å benytte en integrert lydopptaker fra USN safe. USN safe er en sikker oppbevaring av personopplysninger.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?  
Prosjektet vil etter planen avsluttes i slutten av mai 2024. Etter det kan materialet bli bearbeidet videre før en eventuell publisering i et vitenskapelig tidsskrift. Deretter vil personopplysningene slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?  
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved Janet Mattsson ([janet.mattsson@usn.no](mailto:janet.mattsson@usn.no) eller på mobiltelefonnummer; +46704975934), masterstudent Eva Sommer ([averemmos@hotmail.com](mailto:averemmos@hotmail.com) eller mobiltelefonnummer 41624456) eller masterstudent Sara Lian Kjærvik ([saraliank@gmail.com](mailto:saraliank@gmail.com) eller mobiltelefonnummer 46949757)
- Vårt personvernombud ved Universitetet ved Sørøst-Norge: Paal Are Solberg ([personvernombud@usn.no](mailto:personvernombud@usn.no))

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

*Studenter*

Janet Mattsson

Eva Sommer og Sara Lian Kjærvik

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*erfaringer med smertevurdering til nyfødte på respirator*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

1. Fortell litt om smertescoringsverktøyene dere har på avdelingen.
2. Hvordan vurderer du smerte til en nyfødt på respirator?
3. Synes du at dere har gode rutiner for å vurdere smerte på deres avdeling? Begrunn svaret.
4. Kan du fortelle om en situasjon hvor du synes at smertevurderingen fungerte bra. Hva tror du det var som gjorde at det fungerte bra?
5. Kan du fortelle om en situasjon hvor du synes at smertevurderingen fungerte dårlig. Hva tror du det var som gjorde at det fungerte dårlig?
6. I vårt arbeid med denne oppgaven har vi funnet ut at det benyttes titalls ulike smertescoringsverktøy over hele verden, og at det er vanskelig å finne en gullstandard. Har du noen tanker om hvorfor det er sånn? Har du forslag til hvordan smertescoringsverktøyene kunne vært bedre?
7. Synes du at din avdeling generelt har fokus på smertelindring, og hva kunne eventuelt vært bedre? Hvordan kunne det vært mer fokus på dette på avdelingen?

## Vedlegg 5: Søknad om gjennomføring av mastergradsoppgaver ved SiV

### Søknad og gjennomføring av mastergradsoppgaver og andre typer studentprosjekter ved Sykehuset i Vestfold

Gjelder for: []  
Dokumenttype: Retningslinje  
Godkjent av: HR-direktør Bente Krauss / []  
Sist endret: 19.11.2021  
Versjonsmerknad: Foretatt en liten justering av retningslinjen etter tilbakemelding fra Ida Møllerud.

#### 1. HENSIKT

Sykehuset i Vestfold mottar en rekke henvendelser fra mastergradsstudenter og andre studenter som ønsker å gjennomføre prosjekter som ledd i sin utdanning. Denne retningslinjen beskriver hvordan ledere og andre som mottar student- og mastergradshenvendelser enhetlig skal håndtere disse. Retningslinjen beskriver også hvordan den enkelte student skal gå frem for å gjennomføre sitt prosjekt ved sykehuset.

#### 2. FREMGANGSMÅTE

1.	Prosjektbeskrivelse skal være godkjent i utdanningsinstitusjon før henvendelse til sykehuset.
2.	Student og/eller prosjektleder fyller ut skjema, legger ved aktuelle vedlegg og sender dette digitalt til kompetanse- og utdanningsseksjonen <a href="mailto:master@siv.no">master@siv.no</a>
3.	Kompetanse- og utdanningsseksjonen ber berørte ledere (fortrinnsvis avdelingsjefer) ved SiV foreta en vurdering av om prosjektet kan/er ønskelig å gjennomføre i sin seksjon/avdeling/klinikk.
4.	Dersom berørte ledere ved SiV vurderer prosjektet som lite relevant, og/eller for ressurs- og tidkrevende, skal kompetanse- og utdanningsseksjonen få tilbakemelding om dette og avvise prosjektet.
5.	Dersom berørte ledere ved SiV vurderer prosjektet som relevant og godkjenner tids- og ressursbruken for de involverte, skal kompetanse- og utdanningsseksjonen få tilbakemelding om dette, og gjøre følgende:
5.A	Dersom alle nødvendige punkter i skjemaet er utfylt og studenten kan krysse av i alle bokser under punkt 3, gir kompetanse- og utdanningsseksjonen beskjed til student og/eller prosjektleder om at prosjektet kan starte. Student vil få tilsendt taushetsklæring som må signeres og returneres til <a href="mailto:master@siv.no">master@siv.no</a>
5.B	Dersom alle bokser under punkt 3 i skjemaet ikke kan krysses av pga. prosjektets kompleksitet, bes student og/eller prosjektleder om å fylle ut <a href="#">Internt skjema for behandling av personopplysninger i forskning, innovasjon og kvalitetssikring ved SiV</a> . Dette skjemaet sendes til Forsknings- og innovasjonsavdelingen (Foi) <a href="mailto:forskning@siv.no">forskning@siv.no</a> . Foi vil veilede student/prosjektleder gjennom godkjenningssprosessen før prosjektstart. Foi vil involvere Personvernombudet ved SiV i vurderingen ved behov.
6.	Når prosjektet er ferdigstilt er det ønskelig at resultatene formidles tilbake til sykehuset. Student og/eller prosjektleder avklarer hvordan formidlingen skal skje med berørte ledere.

#### 3. VEDLEGG

Meldeskjema		
1. Informasjon om de ansvarlige for prosjektet		
1.1 Veileder og student		
Navn veileder	Janet Mattsson	Telefon Tlf. +46704975934
Stilling og tilhørighet	Professor ved USN	E-post <a href="mailto:janet.mattsson@usn.no">janet.mattsson@usn.no</a>
Navn student(er)	Eva Sommer Sara Lian Kjærvik Mastergradsstudenter ved USN	Telefon +47 41624456 +47548040757 <a href="mailto:averemmos@hotmail.com">averemmos@hotmail.com</a>
Stilling(er) og tilhørighet		E-post <a href="mailto:saraliank@gmail.com">saraliank@gmail.com</a>

Plassering: 1.8.3.5

Dok.nr.: D26497

Versjonsnr.: 2.00

Utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

Side 1 av 2

<b>1.2 Klinikk og avdeling hvor prosjektet ønskes gjennomført ved Sykehuset i Vestfold</b>	
Medisinsk klinikk, nyfødtintensivpost	
<b>1.3 Ansvarlig virksomhet</b>	
Navn på høyskolen/universitetet/virksomhet som er ansvarlig for prosjektet Universitetet i Sørøst-Norge	
<b>2. Prosjektets navn/tittel (maks 100 tegn)</b>	
Erfaringer med smertevurdering til nyfødt på respirator	
<b>3. Erklæring om prosjektet</b>	
<p>Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prosjektbeskrivelsen er godkjent av utdanningsinstitusjonen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> En høyskole/universitet/virksomhet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK / prosjektet er forhåndsgodkjent av REK</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er vurdert/anbefalt av NSD/virksomhetens personvernombud</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Studiedeltagerne mottar informasjonsskriv og samtykker skriftlig</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Samtykket utformes i tråd med vilkårene i NSD- / REKs tilrådning</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Studiedeltagerne er kun ansatte ved sykehuset</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om studiedeltagernes helse</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om andre personers helse</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Data skal ikke lagres ved Sykehuset i Vestfold</p> <p><b>DERSOM ALLE PUNKTENE IKKE KAN KRYSSSES AV, TA KONTAKT MED <a href="mailto:forskning@siv.no">forskning@siv.no</a> FOR VIDERE OPPFØLGING FØR PROSJEKTSTART.</b></p> <p>Send utfylt skjema med relevante vedlegg til <a href="mailto:master@siv.no">master@siv.no</a></p> <p>Relevante vedlegg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektbeskrivelse</li> <li>• Samtykkeskriv</li> <li>• Relevante godkjenninger (NSD / REK / Personvernombud)</li> <li>• Søknad om gjennomføring av prosjekt (kort beskrivelse av hva du ønsker å gjøre, samt hvorfor. Det bør komme frem hva dette vil innebære for avdelingen ift tid og ressurser)</li> </ul>	
<b>4. Dato for utfylling</b>	
Dato: 11.12.23	Utfylt av: Sara Lian Kjærvik

## Vedlegg 6: Svar fra personvernombud sykehus

06.05.2024, 13:49

Mall - Sara Lian Kjærviik - Outlook

### SV: Søknad om gjennomføring av mastergradsoppgave

SIVHF PB Master <master@siv.no>

Fri 12/15/2023 07:44

To:Sara Lian Kjærviik <saraliik@gmail.com>

Takk for henvendelsen.

Nyfødtintensiv ønsker å delta på studien.

Ta kontakt med seksjonsleder Marianne Kaada Tegneby for å avtale videre fremdrift.

[mkaada@siv.no](mailto:mkaada@siv.no)

Med vennlig hilsen

Jørgen Rodal

Spesialrådgiver

HR

Mobil: +47 922 60 731

[jorgen.rodal@siv.no](mailto:jorgen.rodal@siv.no)

Sykehuset i Vestfold

[www.siv.no](http://www.siv.no) | telefon: +47 33 34 20 00

---

Fra: Sara Lian Kjærviik <saraliik@gmail.com>

Sendt: mandag 11. desember 2023 10:23

Til: SIVHF PB Master <master@siv.no>

Emne: Søknad om gjennomføring av mastergradsoppgave

Hei,

Vi er to mastergradsstudenter ved USN som ønsker å gjennomføre deler av mastergradsprosjektet i intensivsykepleie ved blant annet Sykehuset i Vestfold. Legger ved utfylt søknadsskjema og andre aktuelle vedlegg.

Vennlig hilsen

Sara Lian Kjærviik

<https://outlook.office.com/mail/id/AQqkAGM4YzkwMAIINGNkYS0xMzJlLTAwAIDwMAoAEADeLvgUZ%2F6xMZVwGzgLH0fM?nativeVersion=1.2...> 1/1



Vedlegg 7: Søkelogg

SØKELOGG

Dato for søk	Database (eks. Oria, ERIC)	Søkeord med kombinasjonsord (eks. AND kobler sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Avgrensninger (eks. språk, publiseringsår, peer reviewed/fagfelleivurdert)	Antall treff (etter at ordene er kombinert)	Kommentarer/ Notater
25.08.23	CINAHL	"Neonatal Intensive Care Nursing" AND "pain measurement"	Inklusjonskriterer: peer-reviewed, engelsk språk, 2018-2023	6	
	CINAHL	(«Pain» OR pain (keyword)) AND "Infant, newborn" AND "Neonatal Intensive Care Nursing"	Inklusjonskriterer: peer-reviewed, engelsk språk, 2018-2023	15	
	CINAHL	(«Nurses attitudes» OR nurses experience OR perspective OR view OR attitude (keywords)) AND "Infant, newborn" AND "Pain measurement"	Peer-reviewed, 2018-2023	4	
	CINAHL	Long term effects (keyword) AND "Infant, newborn" AND («Pain» OR pain (keyword))	Peer-reviewed, 2018-2023	8	
	PubMed	"Neonatal pain scales"	Alder: birth-1 month, engelsk, 2018-2023	3	
	PubMed	"Long term effects" AND "Neonatal pain"	Free full tekst, 2018-2023	9	