

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Sykepleieres erfaringer med å håndtere barns smerter i barneavdelinger

Nora Øydvin

Barnesykepleier
Haukeland universitetssjukehus

Victoria Vestrheim

Barnesykepleier
Haukeland universitetssjukehus

Espen Helvig

Barnesykepleier og høyskolelektor
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Stord

Merete Røineland Benestad

Barnesykepleier og førsteamanuensis
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Bergen

Barneavdeling

Smerte

Tematisk analyse

Erfaring

Barnesykepleie

Sykepleien Forskning 2026;21(107926):e-107926

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.107926](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.107926)

Bakgrunn: Barn utgjør omtrent en femdel av alle innleggelser i norske sykehus. God smertebehandling er avgjørende for å lindre og forebygge negative konsekvenser samt ivareta barns trygghet. Tidligere forskning har primært lagt vekt på medisinsk behandling. Nyere studier peker på et behov for kunnskap om sykepleieres erfaringer med barns smerter og hvordan disse påvirker praksis i en norsk kontekst.

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med å håndtere smerter hos barn som er innlagt på sykehus.

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign med fire semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med totalt 22 sykepleiere fra fire barneavdelinger, både medisinsk og kirurgisk. Datamaterialet ble analysert med inspirasjon fra refleksiv tematisk analyse. Analysen ble utført induktivt og semantisk for å fremstille sykepleiernes erfaringer.

Resultat: Studiens resultat viser at sykepleierne ønsker å lære mer av erfarne kolleger, og fremhever at mye taus, praksisnær kunnskap utvikles og bør deles i klinisk arbeid. Psykososiale faktorer som barnets frykt, foreldrenes situasjon og god forberedelse ble beskrevet som betydningsfulle i helhetsvurderingen av barns smerter. Flere beskrev utrygghet ved administrering av opioider, særlig knyttet til bivirkninger og risiko for avhengighet. Videre rapporterte de at ulike avdelinger hadde forskjellige rutiner, verktøy og retningslinjer for smertehåndtering.

Konklusjon: Studien gir økt innsikt i hvordan sykepleiere utøver situert klinisk skjønn i et samspill av psykososiale og organisatoriske forhold. Funnene indikerer behov for systematisk opplæring, som inkluderer pediatrik farmakologi og opioidadministrasjon, samt for strukturert erfaringsdeling og kollegial veiledning. Til slutt viser studien at det trengs mer sammenhengende og strukturerte rutiner sammen med smertekartleggingsverktøy for å redusere praksisvariasjon og styrke trygg smertebehandling for barn.

Introduksjon

Omtrent en femdel av alle innleggelser i norske sykehus gjelder barn (1). Barn defineres som personer under 18 år og omfattes av forskriften for barns opphold i helseinstitusjon. Forskriften slår fast at pasienter i alderen 0–18 år fortrinnsvis skal behandles ved barneavdelinger (2). Selv om barn utgjør en betydelig andel av pasientpopulasjonen, er det fortsatt utfordrende for helsepersonell å håndtere smerter hos barn på sykehus (3).

Sykepleiere har en sentral rolle i omsorgen for barn på sykehus og skal bidra til å forebygge, lindre og behandle for å sikre mestring hos barna samt fremme normal funksjon og utvikling (4).

International Association for the Study of Pains (IASP) reviderte definisjon beskriver smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med, eller som likner opplevelsen forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade» [vår oversettelse] (5). Definisjonen vektlegger personlig opplevelse, erfaringer og at den enkeltes opplevelse må møtes med respekt.

Smerter har en rekke negative konsekvenser for barns funksjonsevne, sosiale liv og psykiske helse (5). På kort sikt kan ubehandlet smerte føre til fysiske reaksjoner som respirasjonsbesvær, mage–tarm-problemer, aktivitetsbegrensninger og psykiske reaksjoner som stress samt forlengede sykehusopphold. Langtidskonsekvensene av ubehandlet smerte kan være kronisk smerte eller posttraumatisk stresslidelse (6). Håndtering av smerter er derfor særlig viktig i sykepleie til barn, der smerteuttrykket varierer med alder, utviklingsnivå og situasjoner.

Denne studien utforsker sykepleieres erfaringer med å håndtere smerte, der håndtering forstås som hele vurderingsprosessen snarere enn konkrete behandlingstiltak. Som faglig referanse viser vi til Twycross' tredelte modell for optimal smertebehandling, som vektlegger systematisk smerteanamnese, bruk av tilpassede smertevurderingsverktøy og evaluering av iverksatte tiltak (6). Grundig smertevurdering er avgjørende for valg av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak og for kontinuerlig dokumentasjon av behandlingseffekt.

Forskning viser at smerter hos barn undervurderes og underbehandles (9, 10), mye grunnet deres begrensede evne til å uttrykke seg med ord. Studier viser at barn selv opplever mangelfull smertelindring og forventer at sykepleiere skal kunne tolke smertene deres uten at de nødvendigvis uttrykker dem eksplisitt (3, 11).

Gjentakende i forskningen er at sykepleiere ikke alltid tror på barns selvrappotering fordi de smiler eller ser komfortable ut (9, 12–15). Samtidig indikerer forskningen at sykepleiere i barneavdelinger har tilstrekkelig kunnskap til å vurdere barns smerter (12, 16). Flere studier viser at tilgjengelige smertevurderingsverktøy ikke brukes systematisk, men at sykepleiere i stedet baserer vurderingene på andre, mindre strukturerte metoder (9, 12). Hvilke metoder som benyttes i praksis, kommer imidlertid ikke tydelig frem i forskningen.

Studier viser også at sykepleiere ser på smertevurdering som en ekstra arbeidsoppgave (15, 17, 18). Videre erfarer sykepleiere også at utilstrekkelige legeordinasjoner og for lite kunnskap om smertestillende, spesielt opioider (15, 18), er barrierer mot optimal smertebehandling.

Tidligere studier har i stor grad hatt oppmerksomhet på smertebehandling, sykepleieres kunnskap og holdninger (16, 17, 19, 20) samt barrierer (12, 14).

Tidspress, mangelfull opplæring og utilstrekkelige legeordinasjoner identifiseres som sentrale hindringer for adekvat smertehåndtering hos barn, både i en oversiktsstudie og andre kvalitative studier (14, 18, 19). Forskning anbefaler grundigere opplæring i smertehåndtering (18, 19). Det er lite kunnskap om sykepleieres erfaringer med smertehåndtering i barneavdelinger.

Tidligere forskning viser at det finnes begrenset kunnskap om sykepleieres erfaringer med smertehåndtering i barneavdelinger (9, 12, 21). Selv om flere studier, nasjonalt og internasjonalt, er gjennomført i postoperative settinger og rettet mot sykepleiere, finnes det få kvalitative fokusgruppestudier fra generelle barneavdelinger. Ettersom en effektiv håndtering av smerte forutsetter samhandling mellom barnet, de foresatte og sykepleierne, er det behov for mer praksisnær kunnskap.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med smertehåndtering hos barn innlagt på medisinske og kirurgiske barneavdelinger i norske sykehus.

Metode

Design

I denne kvalitative studien benyttet vi fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode ettersom metoden er effektiv for å hente inn kvalitative data innenfor begrensede tidsrammer. Samtidig skaper fokusgruppeintervju en arena for refleksjon rundt erfaringer, noe som kan bidra til å få rikere data (22).

Vi har brukt refleksiv tematisk analyse (RTA). Denne metoden gjør det mulig å utforske sykepleiernes erfaringer gjennom induktiv analyse og semantisk koding (23). Artikkelen ble utarbeidet med Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG) (24), som sikrer kvalitet i RTA.

Utvalg og rekruttering

Deltakerne ble rekruttert fra fire barneavdelinger på et norsk sykehus. Ledelsen bisto med rekrutteringen. Totalt 25 sykepleiere ble rekruttert, der 22 av dem deltok. Tre måtte trekke seg på grunn av sykdom og samtidighetskonflikter. Vi inkluderte både barnesykepleiere og sykepleiere av begge kjønn (tabell 1).

Alle sykepleiere, uavhengig av erfaring, ble inkludert. I denne studien har vi definert «erfaren sykepleier» som en som har mer enn to års klinisk erfaring, for å skille mellom nyutdannede sykepleiere og sykepleiere med etablert klinisk praksis. Alle barneavdelinger ved helseforetaket, både kirurgiske og medisinske, ble inkludert. Årsaken er at studiens mål var å undersøke sykepleieres erfaringer med smertehåndtering, og ikke den konkrete behandlingen som gis.

Vi ekskluderte nyfødintensiv ettersom smerter hos nyfødte håndteres etter egne retningslinjer, samt at denne avdelingen har en overvekt av intensivsykepleiere. Denne fremgangsmåten samsvarer med et strategisk utvalg (25).

Tabell 1. Deltakerne

Erfaring	Utdanning	Alder	Antall
0–2 år	Sykepleier	20–35	10
2–10 år	Sykepleier	25–35	6
10+ år	Sykepleier	35–60	2
10+ år	Barnesykepleier	35–60	4

Datainnsamling

Datagrunnlaget baserer seg på fire semistrukturerte fokusgruppeintervjuer som ble gjennomført av de to førsteforfatterne. Hver intervjugruppe besto av fire til åtte informanter,

der hver av gruppene hadde informanter med ulik erfaring. Fokusgruppeintervju ble brukt for å utforske sykepleiernes felles opplevelser, som er i tråd med anbefalingene (25).

Vi utarbeidet en intervjuguide med fem hovedspørsmål og to–tre underspørsmål om ulike aspekter innenfor håndtering av smerter ([vedlegg 1](#)). Vi valgte å lage en intervjuguide for å strukturere og styre diskusjonen mellom sykepleierne gjennom intervjuene, både for å holde oss til det aktuelle temaet og få diskusjonen i gang hvis den skulle dabbe av (22).

Et pilotintervju med fire medstudenter, som ikke ble inkludert videre, bidro til å utarbeide presise spørsmål. Underveis justerte vi ordlyden i spørsmålene, men innholdet forble det samme. Fokusgruppeintervjuene, som i snitt varte 45 minutter, ble gjennomført i et møterom på deltakernes arbeidsplass. Vi avsluttet datainnsamlingen når intervjuene ikke tilførte ny innsikt. Et automatisk transkriberingsprogram (26) ble brukt, og lydopptakene utgjorde totalt 53 sider i Word.

Forforståelse og refleksivitet

Analysen er gjort med utgangspunkt i våre tidligere erfaringer. Vi har diskutert og reflektert underveis hvordan våre erfaringer kan påvirke analysen, noe som er i tråd med RTA (27).

Prosjektet springer ut fra førsteforfatternes erfaring som barnesykepleierstudenter, der vi opplevde at smertehåndtering hos barn ofte virket tilfeldig. Vi observerte et sprik mellom retningslinjene og praksisen ved akutte, kroniske og prosedyrerelaterte smerter, både på kirurgiske og medisinske avdelinger.

Tredje- og sisteforfatteren er barnesykepleiere med klinisk erfaring med barn, som nå underviser studenter. Som barnesykepleiere og undervisere har vi god kjennskap til gjeldende retningslinjer, noe som ligger til grunn for analysen.

Førsteforfatterne kjente noen av deltakerne i studien fra praksis, men vi hadde ingen nære relasjoner. Kjennskap til deltakerne kan styrke tilliten, men kan også innebære en risiko for antakelser og maktforskjeller (28), som vi unngikk ved å ha en bevisst rolleforståelse og bruke oppfølgingsspørsmål.

Dataanalyse

Datamaterialet er bearbeidet ved hjelp av Braun og Clarkes (23) RTA. Metoden forutsetter at forskeren anerkjenner sin forforståelse og aktivt reflekterer over hvordan forforståelsen kan påvirke analysen.

Vi fulgte de seks fasene i analysen: bli kjent med materialet, generere koder, identifisere temaer, gjennomgå temaene, navngi temaene og utarbeide funnene (23).

Førsteforfatterne startet med å gjøre seg kjent med datamaterialet ved å lytte til opptak og korrekturlese den automatiske transkriberingen. Dermed fikk vi overblikk over gjentakende

temaer i intervjuene, samtidig som vi reflekterte over vår egen forforståelse. Vi utførte kodingen individuelt med fargepenn, tekst og tall på papir.

Førsteforfatterne genererte totalt 182 koder, der flere var overlappende. Etter sammenslåing i Excel hadde vi 112 koder. Kodene ble diskutert i møter med alle medforfatterne. Kodingen var primært semantisk og tett på deltakernes beskrivelser, mens temautviklingen innebar en analytisk fortolkning av mønstre på tvers av materialet.

Identifiseringen av temaer startet som en muntlig prosess. Deretter klippet vi ut kodene og organiserte dem i tankekart for å gruppere sammenfallende innhold. Alle forfatterne vurderte temaene. Dette arbeidet markerte overgangen til steg fire, der vi videreutviklet temaene og omorganiserte kodene. Etter at vi hadde definert innholdet i hvert tema, ble temaene navngitt og funnene utarbeidet (tabell 2). De tre siste stegene opplevde vi som en dynamisk og sirkulær prosess.

For å sikre kvalitet tok vi utgangspunkt i Lincoln og Gubas rammeverk for kvalitativ forskning (29). Rammeverket omfatter fire kriterier: troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Troverdigheten ble ivaretatt gjennom direkte transkribering og grundig analyseprosess slik at sykepleiernes beskrivelser gjenspeiles i funnene.

Påliteligheten ble styrket ved at vi tydelig redegjorde for prosessen og de metodiske valgene vi tok underveis. Bekreftbarheten ivaretok vi ved å kode semantisk og sørge for å holde oss til det som ble sagt, samt bruke direkte sitater fra deltakerne. Vi forsøkte å legge til rette for overførbarheten ved å gi en grundig beskrivelse av kontekst, deltakere og selve forskningsprosessen.

Tabell 2. Eksempel fra analyseprosessen

Tekstutdrag (rådata)	Koder (fase 2)	Undertema (fase 3)	Endelig tema (fase 4)
«Det å ha smerteteamet i ryggen, det er en veldig trygghet. Da kan vi ringe og spørre: ‘Er det greit at vi gir det sånn og sånn?’» «Så bare det å snakke litt sånn i pauser eller ikke på pauserommet, da, men på vaktrommet, om casene dine. Og det at du faktisk stiller de spørsmålene du lurte på, så kan det være veldig nyttig for vurdering òg.» «Så er det å bruke hverandre, da, og så kanskje spørre om en som er litt mer erfaren: ‘Hvordan ville du på en måte vurdert denne casen, da?’»	Ha noen i ryggen (trygghet) Trygging i situasjoner Opplever trygghet og støtte fra andre Rådføring med erfarne kolleger Trenger erfaring Lite erfaring gjør smerte vanskelig Diskutere med kollega De trenger en erfaren Spør gjerne en erfaren, erfarne er kjempedyktige	Behov for støtte i kliniske vurderinger	Deling av erfaringsbasert kunnskap i klinisk praksis
«Så føler jeg det er godt samarbeid mellom sykepleiere og leger, på å kartlegge.»	Opplever samarbeid mellom sykepleiere og leger Får det vi trenger av legene	Erfaringsdeling i tverrfaglig samarbeid	Deling av erfaringsbasert kunnskap i klinisk praksis

Etiske overveielser

Studien ble vurdert av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 756016), samt godkjent av klinikkdirektøren og avdelingslederne. Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon før intervjuene, og skriftlig samtykkeerklæring ble innhentet.

Personvernet ble ivarettatt underveis i henhold til lovverket (30) ved at vi anonymiserte deltakerne med nummer. Lydopptakene ble lagret på en sikker database og umiddelbart slettet fra diktafonen etter transkribering i henhold til utdanningsinstitusjonens regelverk (31).

Resultater

Det endelige utvalget besto av 22 deltakere fordelt på fire fokusgrupper.

Gjennom analysen konstruerte vi fire temaer om deres opplevelser: «Deling av erfaringsbasert kunnskap i klinisk praksis», «Klinisk skjønn i opioidadministrasjon», «Psykososiale faktorer i

barns smertehåndtering», og «Organisatorisk variasjon i praksis».

Deling av erfaringsbasert kunnskap i klinisk praksis

Informantene uttrykte at erfaringskunnskap veide tyngre enn teoretisk kunnskap i møte med barns smerter. De understrekte verdien av å diskutere kliniske vurderinger med erfarne kolleger og påpekte utfordringene som oppsto når erfarne ikke var tilgjengelige: «Det er ikke alt du kan lese deg frem til. Det er sånt du får vite hvis du faktisk deler litt med dem på jobben. At de kan dele erfaringer tilbake igjen» (informant 5).

Slike praksisnære samtaler fungerte både som en trygg støtte, og som en drivkraft for læring.

Vurderingene tok ofte utgangspunkt i diagnosen. Når sykepleierne forventet smerte hos et barn, syntes de det var lettere å vurdere og håndtere den fordi retningslinjene var tydeligere. Ved uventet smerte brukte de tid på å agere.

En erfaren informant beskrev hvordan klinisk blikk og erfaringskunnskap kom til uttrykk i praksis: «Jeg har kanskje ikke FLACC-en [kartleggingsverktøy] med, men jeg bruker mer erfaring, klinisk blikk, altså du legger litt sammen, og så vurderer du smertene ved å se barnet, kjenne på barna, ta en puls» (informant 18).

Klinisk skjønn i opioidadministrasjon

Et gjennomgående tema i fokusgruppene var usikkerheten rundt lindringsbehov kontra risiko når opioider skulle administreres. De opplevde redselen for bivirkninger og avhengighet hos pasienten og sin egen ansvarsfølelse som tyngende. Flere fortalte at de oppbevarte motgift i lommen som beredskap: «I starten regnet jeg ut veldig mye nalokson, og av og til hadde jeg det med meg òg, men det var min egen trygghet. Jeg synes det var skummelt» (informant 22).

Flere opplevde at bachelorutdanningen ga dem en begrenset pediatrik smertekompetanse, og at opioider ble fremstilt som skremmende: «Jeg synes det er en sånn ukultur på bachelor. Om smerter og morfin og A- og B- preparater. Det er sånn skremselsgreie som gjør at når du kommer ut, så er du livredd for smertelindring» (informant 2).

Informantene beskrev et spenn mellom familienes forventninger. Noen underrapporterte om smerte og ønsket å avvente medikamenter, mens andre presset på for en rask, intravenøs effekt, særlig hos ungdom. I enkelte situasjoner ble de usikre når de «følte seg nødt til å gi» mot sin egen faglige vurdering.

Usikkerhet ble også knyttet til nedtrapping av opioider ved utskrivelse når smerteteam ikke var involvert. De fremhevet at manglende langsiktige planer og retningslinjer var utfordrende, og usikkerhet hos vaktleger forsterket dette.

Noen informanter hadde erfart at legene gjorde motstand: «Legene holder tilbake igjen på doseringen fordi legene er bekymret, eller de vil jo ikke få barnet til å bli avhengig, de vil ikke ordinere de dosene» (informant 8).

Særlig de erfarne informantene understrekte betydningen av å tale barnets sak og bruke farmakologisk kunnskap for å sikre adekvate ordinasjoner.

Psykososiale faktorer i barns smertehåndtering

Informantene beskrev hvordan psykososiale faktorer ofte former smerteuttrykket og kan gjøre gapet stort mellom barnets selvrappport og kliniske observasjoner. Å bli kjent med barnet ble sett som avgjørende for å vurdere hva som er smerte, og hva som er redsel, angst eller forventningsstress. De anså psykososial forberedelse som et viktig tiltak for å oppnå tilstrekkelig smertelindring.

Barn med tidligere sykdomserfaring, personlig eller familiær, ble ofte opplevd som mer smertepreget: «Og det er ikke nødvendigvis på grunn av skaden, men det er ofte psykososiale faktorer som kommer inn, som er veldig ressurskrevende. Så det er blitt en stor del av jobben vår» (informant 2).

Foreldre ble ansett som sentrale samarbeidspartnere, men i psykososialt krevende situasjoner kunne de bidra til å forverre engstelse og smerter: «Foreldre er kanskje noe av det absolutt vanskeligste oppi alt, ja de er jo i sin egen krise på en måte» (informant 20).

I situasjoner der et barn hadde smerter uten tydelig medisinsk forklaring beskrev flere informanter at de sto mellom barnet, de pårørende og legen. De opplevde et press for å administrere sterke smertestillende, samtidig som de ønsket å ivareta barnets subjektive opplevelse og vurdere ikke-farmakologiske strategier. Flere uttrykte at de hadde behov for mer kompetanse i å håndtere smerte ved komplekse helse- og livssituasjoner.

Organisatorisk variasjon i praksis

Informantene beskrev store variasjoner i hvordan smerter håndteres på tvers av avdelinger, særlig når det gjelder prioritering, opplæring og bruk av retningslinjer og verktøy. Hastverk bidro til at informantene tidvis nedprioriterte smertekartlegging, til tross for at de anså helhetsvurdering, genuin interesse og det å spørre barnet som nøkkelgrep: «Man vurderer det [smerte] for lite i hverdagen, at det av og til kommer for langt ned på listen» (informant 15).

Sykehusets flytskjema for smertelindring ble vurdert som nyttig, men enkelte kjente ikke til det. De nevnte også at det var utfordrende å dokumentere smerter ettersom flytskjemaet forelå på papir, mens journalføring ellers foregikk elektronisk.

Avdelingene hadde ulik tilgang på leger og forskjellig forståelse for ordinasjoner. Flere pekte på utfordringer utenom dagtid, når leger uten barneverfaring ofte hadde vakt: «Det er også et kjempeproblem hos oss på kveld, natt og helger fordi legene på nesten ingen av seksjonene er vant til barn» (informant 20).

Mange fremhevet at det var viktig å tilpasse smertevurderingsverktøyene til hvert barn fordi smerteuttrykket varierer med alder og kognitiv utvikling. Samtidig opplevde informantene store

forskjeller i hvordan kolleger og avdelinger brukte og tolket verktøyene. Selv med gode verktøy syntes de tilgangen og opplæringen var mangelfull og usystematisk.

I enkelte tilfeller førte det til at opioider ble gitt uten grundig vurdering. Flere kritiserte at verktøyene ikke fanget helheten: «Det er utfordrende at det ikke er så svart-hvitt som på de skalaene vi har» (informant 16).

Diskusjon

Denne studien utforsket sykepleiernes erfaringer med å håndtere smerter hos barn på sykehus. Funnene viser at sykepleierne ønsket å utvikle erfaringsbasert kunnskap. De opplevde utrygghet ved opioidadministrering, erfarte at psykososiale faktorer forsterket barnas smerteopplevelse, og beskrev at de hadde ulike rutiner for retningslinjer, tilnærminger og medikamentbruk.

Utvikling av erfaringsbasert kunnskap

Sykepleierne i vår studie ønsket å utvikle erfaringsbasert kunnskap. Det gjøres gjennom klinisk praksis over tid (32). Selv om sykepleierne var delvis tilfredse med opplæringen, etterlyste de mer kunnskap, noe også tidligere forskning bekrefter (17).

Samtidig fant en oversiktsstudie (18) ingen klar sammenheng mellom kunnskapsnivå om smertebehandling og antall års erfaring. Andre studier viser at klinisk erfaring kan fremme trygghet og kvalitet i smertehåndtering, blant annet fordi sykepleierne ofte foretrekker klinisk skjønn fremfor kartleggingsverktøy (14, 15, 18).

Ifølge Benner kan utvikling av klinisk erfaring forstås som en prosess der teoretisk kunnskap kontinuerlig bekreftes eller utfordres gjennom praksis (33). En helhetstilnærming, som inkluderer barnet, foreldrene og sykepleieren, er avgjørende for at smertehåndteringen skal oppleves som tilstrekkelig (12). Det samsvarer med retningslinjene (6, 8).

Erfaring var viktig for kommunikasjon, samarbeid, valg av medikamenter, bruk av verktøy og retningslinjer. Det at mange av sykepleierne i studien var relativt nyutdannede, kan ha påvirket vurderingene og håndteringen av barnas smerte og bidratt til usikkerheten sykepleierne beskrev. Manglende klinisk erfaring kan øke behovet for tydelige retningslinjer og kollegaveiledning (34).

Samtidig kan nyutdannede bidra med oppdatert teoretisk kunnskap og økt bevissthet rundt bruken av smertekartleggingsverktøy, noe som kan ha styrket datagrunnlaget (35). Disse funnene understreker betydningen av klinisk erfaring og oppdatert teoretisk kunnskap i smertehåndteringen hos barn.

Administrering av opioider

Et annet funn var sykepleiernes opplevelse av usikkerhet når de skulle administrere opioider, særlig ved bruk av høye morfindoser. Funnet samsvarer med tidligere forskning som viser at

sykepleiere kan være tilbakeholdne i bruken av opioider av frykt for bivirkninger, avhengighet og overdosering (14, 15, 18).

Usikkerheten kan delvis spores til bachelorutdanningen i sykepleie, der informantene opplevde lite pediatriisk innhold og ensidig oppmerksomhet på risikoen ved administrering av opioider. Funnene peker på et behov for både klinisk erfaring og målrettet opplæring om opioider. Økt kompetanse kan bygges gjennom systematisk kunnskapsoppdatering, opplæring i smerteskåring og integrering av retningslinjer, slik Kompetansenettverket anbefaler (8).

Slik kompetansebygging er i tråd med Twycross' tredelte modell for optimal smertebehandling (6), som understreker at en helhetlig tilnærming kan bidra til en mer enhetlig praksis blant sykepleiere som arbeider med barns smerter.

Organisatoriske utfordringer knyttet til smertehåndtering

Sykepleierne beskrev flere organisatoriske utfordringer knyttet til smertehåndtering, særlig den begrensede tilgjengeligheten til leger på kvelder og i helger samt legers varierende erfaring med barn. Disse faktorene kan påvirke vurdering og behandling av smerte og bidra til usikkerhet i tverrfaglige beslutningsprosesser.

Det at både sykepleiere og leger kan ha begrenset erfaring med barn, reflekterer organisatoriske og bemanningsmessige realiteter og kan bidra til å forklare studiens funn om usikkerhet ved smertevurdering og behov for økt faglig trygghet. Dette funnet understreker betydningen av spesialisert kompetanse, der videreutdanning og mastergrad i barnesykepleie fremstår som særlig relevant i møte med kompleks smerteproblematikk hos barn.

Sykepleierne erfarte også uoverensstemmelser mellom barns selvrapportering og kliniske observasjoner. Selv om selvrapportering ble ansett som beste praksis i tråd med retningslinjene, oppsto det likevel tvil blant sykepleierne i studien vår. Dette funnet problematiseres også i forskning som viser at vurdering baseres på barns oppførsel eller ansiktsuttrykk fremfor selvrapportering (9, 12, 13, 15).

Samtidig viser studier at barn benytter ulike mestringsstrategier for å håndtere smerte(11), noe som kan forklare gapet mellom observerte uttrykk og faktisk smerteopplevelse. Slike strategier omfattes i liten grad i opplæringen og kan derfor være ukjente for sykepleiere (14). Noen av sykepleierne i studien vår beskrev at psykososial belastning hos barnet kan forsterke smerteopplevelsen, noe som samsvarer med tidligere studier (6).

Selv om retningslinjer anbefaler at psykososiale faktorer inkluderes i smertevurderingen (8), gir de lite konkret veiledning om hvordan de bør håndtere smerter som ikke fremstår som fysiologiske. Mangelen på konkret veiledning og retningslinjer kan ses i sammenheng med funn som viser at smerteskalaer oppleves som vanskelige å bruke, blant annet fordi de ikke fanger helheten i barnets situasjon, og fordi det i liten grad er tilrettelagt for dokumentasjon av slike vurderinger (13). Håndtering av smerter med komplekse eller ikke-fysiologiske uttrykk fremstår derfor som et relevant område for videre forskning.

Styrker og begrensninger

En styrke ved studien er at alle forfatterne er barnesykepleiere med master- og doktorgrad, noe som bidro til solid faglig forankring og grundige diskusjoner gjennom forskningsprosessen. Intervjuernes kjennskap til avdelingene kan ha gjort både intervjuobjektene og intervjuerne tryggere i intervjusituasjonene. Pilotintervju bidro til å klargjøre spørsmål og sikre en hensiktsmessig intervjustruktur.

Det er også en styrke at både erfarne og relativt nyutdannede sykepleiere fra både medisinske og kirurgiske avdelinger deltok (tabell 1). Dermed fikk vi et bredt og variert datamateriale som gjorde det mulig å få nyanserte beskrivelser av smertevurdering og -håndtering hos barn i ulike kontekster.

Samtidig kan det diskuteres om det kunne gitt en dypere forståelse av komplekse smerteproblematikker hos barn hvis vi hadde inkludert tilgrensende fagmiljøer. Samarbeid mellom psykisk og somatisk helse fremstår som særlig relevant for fremtidig forskning, spesielt ved smerter med betydelige psykososiale komponenter.

Konklusjon

Denne studien gir innsikt i sykepleieres erfaringer med å vurdere og håndtere barns smerte på sykehus. Studien peker på et tydelig behov for økt faglig trygghet, bedre deling av erfaringsbasert kunnskap og en mer enhetlig klinisk praksis. Manglende kompetanse, særlig knyttet til bruk av opioider, samt ulike faglige prioriteringer kan utfordre kvaliteten på smertebehandlingen. En helhetlig tilnærming som inkluderer fysiologiske og psykososiale aspekter, ser ut til å være viktig.

Systematisk opplæring, regelmessig undervisning, faglig veiledning og tydelige retningslinjer fremstår som sentrale tiltak for å styrke kompetansen og redusere ulikheter i praksis. Videre forskning bør utforske tverrprofesjonelt samarbeid og utvikling av kunnskap om å håndtere smerter som ikke har en fysiologisk forklaring.

Takksigelse

Takk til alle deltakerne.

Nora Øydvin og Victoria Vestrheim har delt førsteforfatterskap.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



PSYKOSOSIALE FAKTORER: Barnets frykt, foreldrenes situasjon og god forberedelse er viktige faktorer når sykepleiere vurderer barns smerter. *Illustrasjonsfoto: User_79526/Mostphotos*

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). Pasienter på sykehus [internett]. SSB; 2023 [hentet 21. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
2. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. FOR-2000-12-01-1217 [hentet 25. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
3. Smeland AH, Rustøen T, Næss T, Nybro L, Lundeberg S, Reinertsen H, et al. Children's views on postsurgical pain in recovery units in Norway: a qualitative study. J Clin Nurs. 2019;28(11-12):2157–70. DOI: [10.1111/jocn.14788](https://doi.org/10.1111/jocn.14788)
4. Sjøbjerg IL, Brandt LM, Tunby J. Barnesykepleier – funksjons- og ansvarsområde [internett]. Oslo: Barnesykepleierforbundet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/barnesykepleier-funksjons-og-ansvarsomrader-2017_0.pdf
5. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP announces revised definition of pain [internett]. Washington, DC: IASP; 16. juli 2020 [hentet 27. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
6. Twycross A, Dowden S, Stinson J. Managing pain in children: a clinical guide for nurses and healthcare professionals. 3. utg. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell; 2024.
7. McGrath PA. Children – not simply «little adults». I: Merskey H, Loeser JD, Dubner R, red. The paths of pain 1975–2005. Seattle, WA: IASP Press; 2005. s. 433–46

8. Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Smerter hos barn og ungdom: retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter [internett]. Oslo: Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn; 2021 [hentet 6. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://cdn.sanity.io/files/f2f7bilq/production/f8164365f54367e9158923eb71504856cbee6>
9. Andersen RD, Nakstad B, Jylli L, Campbell-Yeo M, Anderzen-Carlsson A. The complexities of nurses' pain assessment in hospitalized preverbal children. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(4):337–44. DOI: [10.1016/j.pmn.2018.11.060](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.060)
10. Brudvik C, Moutte SD, Baste V, Morken T. A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting. *Emerg Med J*. 2017;34(3):138–44. DOI: [10.1136/emered-2016-205825](https://doi.org/10.1136/emered-2016-205825)
11. Kortessluoma RL, Nikkonen M, Serlo W. «You just have to make the pain go away» – children's experiences of pain management. *Pain Manag Nurs*. 2008;9(4):143–9.e5. DOI: [10.1016/j.pmn.2008.07.002](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.07.002)
12. Zisk-Rony RY, Lev J, Haviv H. Nurses' report of in-hospital pediatric pain assessment: examining challenges and perspectives. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(2):112–20. DOI: [10.1016/j.pmn.2014.05.003](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.003)
13. Ljusegren G, Johansson I, Gimbler Berglund I, Enskär K. Nurses' experiences of caring for children in pain. *Child Care Health Dev*. 2012;38(4):464–70. DOI: [10.1111/j.1365-2214.2011.01262.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01262.x)
14. Twycross A, Collins S. Nurses' views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(4):164–72. DOI: [10.1016/j.pmn.2011.10.007](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.007)
15. Van Hulle Vincent C, Wilkie DJ, Szalacha L. Pediatric nurses' cognitive representations of children's pain. *J Pain*. 2010;11(9):854–63. DOI: [10.1016/j.jpain.2009.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.12.003)
16. Peirce D, Corkish V, Lane M, Wilson S. Nurses' knowledge and attitudes regarding pediatric pain management in Western Australia. *Pain Manag Nurs*. 2018;19(6):707–17. DOI: [10.1016/j.pmn.2018.03.002](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.03.002)
17. Skog N, Mårtensson MM, Dykes AK, Vejzovic V. Pain assessment from Swedish nurses' perspective. *J Spec Pediatr Nurs*. 2021;26(3):e12317. DOI: [10.1111/jspn.12317](https://doi.org/10.1111/jspn.12317)
18. Alotaibi K, Higgins I, Day J, Chan S. Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *Int Nurs Rev*. 2018;65(4):524–33. DOI: [10.1111/inr.12465](https://doi.org/10.1111/inr.12465)
19. Smeland AH, Twycross A, Lundeberg S, Rustøen T. Nurses' knowledge, attitudes and clinical practice in pediatric postoperative pain management. *Pain Manag Nurs*. 2018;19(6):585–98. DOI: [10.1016/j.pmn.2018.04.006](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006)

20. Seipajærv AL, Simonsen GR, Börner F, Smeland AH. Nurses' knowledge and attitudes about pain management in pediatric surgical wards: an educational intervention study. *Pain Manag Nurs*. 2025;26(1):e42–9. DOI: [10.1016/j.pmn.2024.08.013](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.08.013)
21. Smeland AH. Pediatric postoperative pain management in postanesthesia care units in Norway – cluster randomized trial using different methodological approaches [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2023 [hentet 25. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/105672>
22. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
23. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. London: SAGE; 2022.
24. Braun V, Clarke V. Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in palliative medicine: a review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG). *Palliat Med*. 2024;38(6):608–16. DOI: [10.1177/02692163241234800](https://doi.org/10.1177/02692163241234800)
25. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
26. Universitetet i Oslo (UiO). Transkriber med Autotekst [internett]. Oslo: UiO; u.å. [hentet 20. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://autotekst.uio.no/nb>
27. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *Int J Transgender Health*. 2023;24(1):1–6. DOI: [10.1080/26895269.2022.2129597](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597)
28. Aburn G, Gott M, Hoare K. Experiences of an insider researcher – interviewing your own colleagues. *Nurse Res*. 2021;29(3):22–8. DOI: [10.7748/nr.2021.e1794](https://doi.org/10.7748/nr.2021.e1794)
29. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11. utg. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2021.
30. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). LOV-2008-06-20-44 [hentet 25. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
31. Høgskulen på Vestlandet. Personvern i forskning [internett]. Bergen: Høgskulen på Vestlandet; u.å. [oppdatert 4. mars 2026; hentet 30. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.hvl.no/forsking/personvern-i-forskning/>
32. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasertpraksis.no [internett]. Oslo: Helsebiblioteket; u.å. [hentet 25. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

33. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: Tano; 1995.
34. Byma EA, Wheeler H. The experience of new graduate registered nurses as managers of pain. Pain Manag Nurs. 2021;22(3):429–35. DOI: [10.1016/j.pmn.2020.12.001](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.12.001)
35. Aydın B, Bektaş İ, Bektaş M. The prediction of nursing students' knowledge and self-efficacy in pediatric pain management. BMC Nurs. 2025;24(1):1494. DOI: [10.1186/s12912-025-04119-0](https://doi.org/10.1186/s12912-025-04119-0)