

Doknr. i Barium 18016	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2021-10-13	Version 8
RUTIN Smärta - Skattning och bedömning			
Innehållsansvarig: Ingemar Brunsson, Överläkare, Läkare AN OP IVA barn (ingbr15) Godkänd av: Eira Stokland, Överläkare, Område 1 (eirst) Denna rutin gäller för: Verksamhet kirurgi barn; Barnhjärtcentrum; Verksamhet Medicin barn; Verksamhet Neurologi-Psykiatri-Habilitering; Verksamhet Barncancercentrum; Verksamhet AnOplva neonatal barn; Verksamhet Radiologi barn			

Arbetsbeskrivning

Smärttyper

Nociceptiv smärta har sitt ursprung i perifera nervreceptorer (nociceptorer) som specifikt reagerar på mekanisk, kemisk och termisk retning. Det sker en vävnadsskada som ger upphov till akut smärta. Smärtan är vällokaliserad, kraftig och initialt distinkt för att senare vara molande. Exempel på nociceptiv smärta kan vara postoperativ smärta, smärta vid trauma och procedursmärta. Traditionella analgetika som paracetamol, COX-hämmare och opioider lindrar nociceptiv smärta. Den nociceptiva smärtan bör behandlas med analgetika för att minska risken för att en fysiologisk stress uppkommer, vilket i sin tur medför negativa konsekvenser för sårhäkning, immunförsvar och cirkulation.

Neuropatisk smärta uppstår vid påverkan eller skada på nerver. Exempel på neuropatisk smärta kan vara cancersmärta, brännskada eller nervskada efter operation. Den neuropatiska smärtan är kraftig och kommer plötsligt, den upplevs ofta som brännande, skärande, tryckande eller stickande. Denna smärta är svårare att lindra med vanlig analgetika och den är i många fall opioidresistent. Tricykliska antidepressiva, nervretningshämmande läkemedel, TENS, beteendeterapi (KBT, ACT m.m.) och lokalanestetika är tänkbare behandlingsalternativ.

Vid **psykogen smärta** är orsaken psykologisk och vid **idiopatisk smärta** är orsaken till smärtan inte känd.

Långvarig smärta

Långvarig smärta definieras som kontinuerlig eller ofta återkommande smärta som varat mer än tre månader. Oavsett orsak så är denna smärta opioidresistent och övriga farmaka har måttlig effekt. Behandlingen grundar sig i första hand på fysikaliska och psykologiska metoder.

Självskattning av akut och långvarig smärta

Smärtskattning som är baserad på patientens egen upplevelse av smärtan (självskattning), är förstahandsvalet. Från åtta års ålder är självskattning värdefull och pålitlig (validitet resp reliabilitet). Förståelsen av självskattningsinstrument varierar i åldersgruppen 3-7 år. Hos äldre barn och tonåringar används VAS-skalan där 0 representerar smärtfrihet och 10 värsta tänkbara smärta. Det är också tillförlitligt att använda en numerisk skala eller verbalnumerisk skala. Genom att utforma en VAS-skala med bilder istället för siffror kan barn relatera sin egen sinnesstämning med bilden. Yngre barn föredrar bilder framför en mer abstrakt VAS-nivå. Mindre barn skiljer dock inte alltid på smärta och rädsla/olust. Därför används den kombinerade ansikts- och färgskalan Coloured Analogue Scale/Facial Affective Scale (CAS/FAS). Ansiktsskalan beskriver den affektiva komponenten och färgskalan står för smärtintensiteten. CAS/FAS är testad för reliabilitet och validitet.

Vid långvarig smärta bör även en så kallad smärtdagbok föras så att patient, behandlare och vårdnadshavare kan se i vilka situationer som smärtan förbättras och förvärras.

Introduktion av skalan

Sjuksköterskan är ansvarig för att introducera smärtskattningsskalan. Skalan ska presenteras för patienten **före** operationen. För patienter med akut smärta introduceras skalan vid ett smärtfritt tillfälle efter fullgod smärtlindring. Förklara att skalan används för att vi ska kunna hjälpa patienten att inte ha ont och för att vi ska kunna förstå hur det känns "inuti". Förklara innebörden i skalornas olika ändpunkter (åldersanpassa informationen). Fråga gärna patienten om tidigare smärtsamma upplevelser som de då kan applicera på skalan.

RUTIN Smärta - Skattning och bedömning

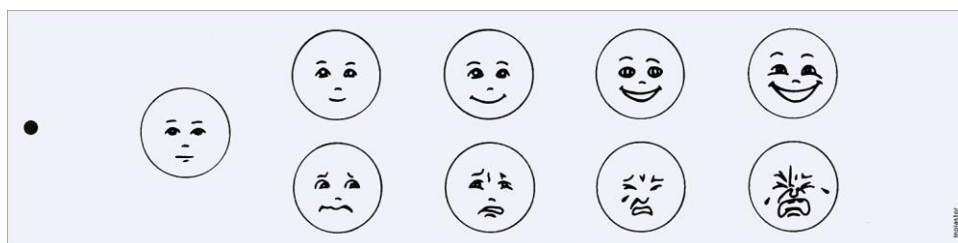
Vid bedömningstillfället

Försök att fånga upplevelsen av smärtan, undvik att ställa ledande frågor. Patienten får markera ett område på vald smärtskala som motsvarar smärtupplevelsen. Om CAS/FAS används, låt barnet välja ett ansikte på FAS efter att du exempelvis frågat "hur känns det innerst inne"? Detta för att om möjligt uppmärksamma och reflektera över vad den affektiva komponenten representerar. Är det rädsla, smärta eller situationen i allmänhet?

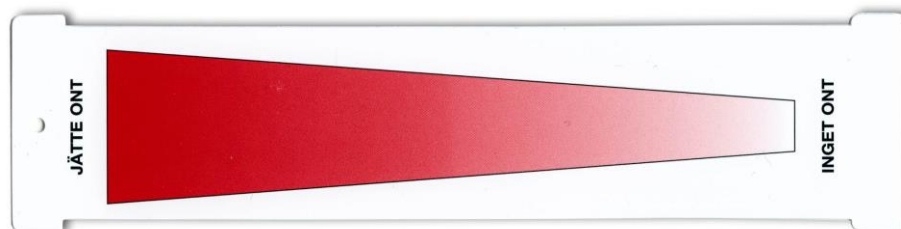
Vid postoperativ och akut smärta bör smärtskattning ske var tredje timme och vid smärtgenombrott. Resultatet ska dokumenteras i journalen eller på särskilt protokoll (PCA, SKA, EDA). Men väck inte patienten för smärtskattning!

Smärtnivå < 3 eftersträvas (CAS, VAS). Alla åtgärder i smärtlindrande syfte registreras. Anges nivå 3-10 ges analgetika. Höga poäng (>5) ska för det mesta leda till iv opioidtillförsel. Smärtskatta igen efter smärtstillande läkemedel; 10-20 min efter iv. injektion och 40-60 minuter efter tablett/suppositorium. Smärtskattning upphör när nivån är 1-2 vid två på varandra följande kontroller utan analgetika.

FAS (Facial Affective Scale) 5-18 år



CAS (Coloured Analogue Scale) 5-18 år



VAS (Visual Analogue Scale)



RUTIN Smärta - Skattning och bedömning

Beteendeobservation av smärta

Smärtskattning av små barn eller barn med kommunikationssvårigheter är metodologiskt svårt, då det inte finns något specifikt smärtebeteende och heller ingen direkt möjlighet att kvantifiera smärta med beteendeobservation. Flera olika skattningsskalor har publicerats. Skalorna/bedömningsinstrumenten som används ska vara testade för validitet och reliabilitet och anpassade för barnets ålder och situation.

De skalor som för närvarande används på sjukhuset är COMFORT neo för premature barn, COMFORT för barn som intensivvårdas och Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) för barn 0-18 år och barn med flerfunktionsnedsättning.

COMFORT beteendskala på barn 0 - 12 år

Kriterium
Vakenhet: 1. Sover djupt (stängda ögon, inga reaktioner vid aktivitet runt barnet) 2. Sover lätt (ögon mestadels stängda, reagerar då och då) 3. Slö (blundar ofta, reagerar lite på aktivitet) 4. Vaken och alert (reagerar adekvat på aktivitet) 5. Vaken samt hyperalert (överreagerar på aktivitet/stimuli)
Lugn/orolig 1. Lugn (lugn och avslappnad) 2. Något orolig (visar lätt oro) 3. Orolig (ängslig men tappar inte kontrollen) 4. Mycket orolig (mycket upprörd nära tappa kontrollen) 5. Panikslagen (stressad, mycket upprörd, tappar kontrollen)
Respiration (endast barn i respirator) 1. Ingen spontanandning 2. Spontanandas samt följer respiratorn 3. Oro eller andas mot respiratorn 4. Andas mot respiratorn aktivt eller hostar regelbundet. 5. Kämpar emot respiratorn
Gråt (endast barn utan respirator) 1. Lugn andning, inga tecken på gråt 2. Snyftar och jämrar sig av och till 3. Gnäller (ihållande och monotont) 4. Gråter 5. Gallskraker
Rörelser 1. Rör sig ej 2. Rör sig då och då (tre eller färre lätta rörelser) 3. Rör sig ofta (mer än tre lätta rörelser) 4. Kraftiga rörelser begränsat till extremiteter 5. Kraftiga rörelser inkluderat bål och huvud
Ansiktsuttryck 1. Helt avslappat 2. Normalt, ingen spänning 3. Spänd i en del muskler av och till 4. Spänd i alla muskler hela tiden 5. Förvridet ansiktsuttryck, grimaserar
Muskeltonus 1. Helt avslappad 2. Nedsatt muskeltonus mindre motstånd än normalt 3. Normal muskeltonus 4. Ökat muskeltonus, kniper med fingrar och tår 5. Extremt spänd, kniper med fingrar och tår
Total poäng

VAS (Visual Analogue Scale)

Ange med en siffra (0 - 10) vilken smärtintensitet barnet har just nu

Inget ont |-----| Jätte ont

RUTIN Smärta - Skattning och bedömning

Beteendeskallorna används för att registrera specifika beteenden/tecken på smärta (t.ex. andning, tonus, gråt, ansiktsuttryck, vakenhetsgrad och ibland också fysiologiska variabler som puls och blodtryck) relaterat till barnets ålder och mogenhetsgrad. Poängsättningen, i kombination med en allmän bedömning av barnets situation, avgör vilken smärtlindrande åtgärd som skall vidtas. Ett värde < 3 eftersträvas på FLACC och < 14 på Comfortskalan. Smärtskattningen skall ske kontinuerligt när barnet har eller kan ha ont och efter given smärtlindring för att utvärdera effekten. Vid låga värden kan omvårdnadsåtgärder vara tillräckligt men vid högre värden är farmakologisk behandling påkallad. Smärtskatta åter efter 10-20 minuter om analgetika givits iv och efter 40-60 minuter om analgetika givits per os eller per rektum. Man kan också justera infusionstakten på SKA/PCA infusion efter läkarordination och sedan utvärdera resultatet. Om patienten har EDA kontaktas operatör eller ställföreträdare alt smärtsjuksköterska (dagtid) för justering av dos. Smärtskattningen upphör när nivån är noll vid två på varandra följande kontroller utan analgetika. Ett lågt värde på Comfort <10 kan också tyda på en för hög sederingsgrad. Detta kan föranleda en sänkning av morfintillförseln eller annan sederande behandling.

FLACC 0-18 år och barn med flerfunktionsnedsättning

	0	1	2
Ansikte	Neutralt ansiktsuttryck eller ler	Bister uppsyn, rynkar pannan av och till, tillbaka-dragen, ointresserad	Frekvent eller konstant rynkad panna, darrande haka, hopbitna käkar
Ben	Normal ställning eller avslappnad	Oroliga, rastlösa eller spända ben	Sparkar eller uppdragna ben
Aktivitet	Ligger lugnt, normal position, rör sig obehindrat	Skrivar sig, ändrar ofta ställning, spänd	Sprättbåge, rycker till eller stel
Gråt	Ingen gråt (vaken eller sover)	Gnäller eller jämrar sig, klagar av o till	Gråter ihållande, skriker eller snyftar, klagar ofta
Tröstbarhet	Nöjd, avslappnad	Kan lugnas med beröring, kramar eller prat. Avledbar	Svår att trösta eller lugna

Föräldramedverkan

Flera studier visar att föräldrar är bra på att bedöma när och hur ont deras barn har. Använd föräldrarnas kunskap om sina barn genom att fråga om tidigare smärtupplevelser hos deras barn och hur deras barn brukar reagera på smärta. Be också föräldrarna medverka till den postoperativa smärtbedömningen genom att låta dem ange barnets smärta. Använd graderingen ingen smärta, lite ont eller mycket ont.

Ansvar

Samtliga sjuksköterskor och läkare vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus har ansvar för att arbeta enligt denna rutin. Områdets verksamhetschefer bär ansvar för att denna rutin blir känd och ansvarar för att den finns.

Uppföljning, utvärdering och revision

Områdets smärtläkare har ansvar för att följa upp och revidera innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPro.

Dokumentation

Doknr. i Barium 18016	Giltigt fr.o.m 2021-10-13	Version 8
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------

RUTIN Smärta - Skattning och bedömning

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Referenser

Good Practice in Postoperative and Procedural Pain management 2nd Ed Pediatric Anesthesia 2012;22;suppl 1

Arbetsgrupp

Ingemar Brunsson Smärtläkare, An/Op/IVA/Rtg/Fys/Adm Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus/SU
Alejandro Cisternas Smärtsjuksköterska Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus/SU

Granskare

Martina Davidsson läkare, An/Op/IVA, Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus/SU
Elin Thorlacius specialistläkare, An/Op/IVA, Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus/SU
Matilda Bräutigam specialistläkare, Akutsjukvård och Barnkirurgi, Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus/SU

För granskning även:

Karin Mellgren överläkare, Barncancercentrum, Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus/SU
Eva Strömwall – Larsson överläkare, barnkardiologi, Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus/SU

Godkänd av

Eira Stokland verksamhetschef, An/OP/IVA/ RTG/FYS/Adm
Kate Abrahamsson verksamhetschef Akutverksamhet och barnkirurgi
Lars Gelander, verksamhetschef, Barnmedicin
Mats Synnergren, verksamhetschef, Barnkardiologi
Marie Carlsson, verksamhetschef, Neuro/Psyk/Hab