Smärtskattning – akuta smärttillstånd hos barn

Definition av smärta enligt IASP (International Association for the Study of Pain): Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse på grund av verklig eller hotande vävnadsskada eller en upplevelse som beskrivs i sådana termer. Smärtan är alltid subjektiv.

Eftersom smärta är en subjektiv upplevelse måste vi använda vår fantasi och kunskap för att försöka få barnets perspektiv. Barn uttrycker inte alltid i ord att de har ont. Det är därför nödvändigt att vi som vårdar sjuka barn regelbundet frågar efter och mäter smärta t.ex. efter en operation för att kunna ge en optimal smärtbehandling. Barnets upplevelser av smärta grundar sig på flera faktorer, som smärta utgående från smärtreceptorer, tidigare upplevelser av smärta, ålder, miljö, föräldrarnas och vårdarnas attityder samt hur väl barnet är förberett. Det är viktigt att regelbundet mäta smärta för att se om den minskar, ökar eller ändrar karaktär. Orörlighet kan vara tecken på smärta.

Med hjälp av smärtanalys och smärtskattning tar vi reda på om smärta *finns*, samt smärtans *utbredning, utstrålning, karaktär, duration* och *intensitet*. Är smärtan nociceptiv eller neurogen och finns psykologiska aspekter som t.ex. oro med i bilden? Under smärtskattningstillfället är det även viktigt att observera och dokumentera eventuella bieffekter av den analgetikabehandling som ges. Sedering med opioider kommer oftast innan en sänkning av andningsfrekvensen uppträder.

Det är vår skyldighet som vårdare att veta om ett barn har ont. Barn klagar sällan utan anpassar sig till sin smärta. Vi kan upptäcka detta genom att kontinuerligt smärtskatta. Det optimala är att lindra smärtan innan den uppkommer!

Alla barn som förväntas ha ont <u>skall</u> kontrolleras regelbundet gällande smärta. Använd journaltabell!

Icke verbala barn

Till denna grupp hör de barn som inte med ord kan förmedla sin smärtupplevelse till oss – de minsta barnen, de svårt sjuka barnen och de utvecklingsstörda barnen. Vi är i dessa fall hänvisade till att observera barnets beteende och föräldrarnas observationer är ofta av stort värde.

Barnets beteende signalerar hur barnet mår. Förändringar i beteendet vid smärta skiljer sig vid olika smärttillstånd. Vid en procedurrelaterad smärta ser man kraftiga avvärjningsrörelser hos barnet, men vid en pågående smärta som efter operation, har barnet oftast stel kroppshållning och ett spänt ansiktsuttryck. För tidigt födda och svårt sjuka barn har inte samma kraft att beteendemässigt "visa" sin smärta. Dessa barn ligger ofta stilla, med avslappnade armar och ben pga nedsatt muskeltonus. De späda barnen kan man se ligga med sammandragna armar och ben som om de skyddar sår området.

En viktig förutsättning för att kunna tolka smärtsignalerna hos icke verbala barn är, att vi utgår från den individ vi har framför oss. Det är lätt att våra attityder och värderingar om smärta och smärtbehandling påverkar skattningen och därmed styr behandlingen. Det är därför viktigt att en systematisk beteendeobservation görs. Dessutom måste vi använda vår fantasi, kliniska erfarenhet och intuition samt vara öppna för föräldrarnas åsikter för att en optimal värdering skall kunna göras.

De vanligaste beteendeparametrar som observeras och dokumenteras är förändringar i ansiktsuttryck, kroppsställning och gråt.

Fysiologiska variabler som förändringar i hjärtfrekvens, blodtryck, andningsfrekvens, sjunkande O_2 saturation och svettning i panna och handflator kan vara värdefulla att följa. Vid pågående smärta sker dock en anpassning hos barnet så att denna typ av signaler ej blir så tydliga. Dessutom kan förändringar även spegla en allmän stress som ej behöver vara smärtorsakad.

Verbala barn

Barn över 3 år kan ofta ge en subjektiv skattning av sin smärta med hjälp av en ansiktsskala. Vi använder oss av Faces Pain Scale-revised (FPS-r) som är bäst validerad. Den Visuella Analoga Skalan (VAS) kan barnet lära sig att förstå från 7 års ålder. Vid den åldern börjar det logiska tänkandet att utveckla sig och barnet kan förstå skillnaden mellan mycket och lite. Ett alternativ till VAS är att använda en Numerical Rating Scale (NRS) som visar siffrorna 0-10 i skrift.

Smärtskattning - hur går det till?

Smärtskattning skall utföras var 3:e timme under pågående smärtbehandling. Effekten av analgetika skall kontrolleras efter 20 - 30 minuter vid intravenös och efter 45 - 60 minuter efter rektal eller oral tillförsel. Vid mer långvarig smärta smärtskatta 2-3ggr/dygn.

I samband med inskrivning av ett barn som har - eller förväntas få - ont, ska barn och föräldrar informeras om smärta, smärtbehandlingsmetoder och (hos barn över 3 år) smärtskattnings-instrumenten FPS-r, NRS och/eller VAS. Se även Informationsbroschyr: Barn och smärta. Lova aldrig smärtfrihet. Lova att vi ska göra vad vi kan för att minska smärtan.

Markera i vårdplan vilket instrument barnet fått information om. På så sätt kan personalen på t ex uppvakningsavdelningen/BUVA påbörja smärtskattning så snart barnet är vaket.

Vid smärtskattning börjar man med att fråga hur barnet mår, om barnet känner något från såret (armen/benet) och i så fall *vad*. Om barnet säger sig ha ont frågar man *var* smärtan sitter och ber därefter barnet visa *hur* ont det gör, med hjälp av FPS-r, NRS eller VAS.

Rätt instrument för smärtbedömning av barn i olika åldrar

Ålder	**Metod**	**Smärtskattningsinstrument**
0 - 7 år	(fysiologiska variabler) beteendeskattning	 FLACC
> 3 år	(beteendeskattning) ansiktsskala	FLACC FPS-r
>7 år	(ansiktsskala) visuell analog skala numerical rating scale	(FPS-r) VAS NRS

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

- smärtskattning av barn 0-7 år och barn med flerfunktionshinder

	0	1	2
Ansikte	Neutralt ansiktsuttryck eller ler	Bister uppsyn, rynkar pannan av och till, tillbakadragen, 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	Skruvar 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

Översatt av Hanna Krantz, Pernilla Westerlind och Berit Finnström, 2003-09-17, DSBUS, Göteborg
Reviderad 2004-02-23/ Berit Finnström

Observera barnets ansikte, ben, aktivitet, gråt och tröstbarhet i några minuter. Bestäm vilken poäng (0-1-2) barnets beteende överensstämmer med. Poängen summeras. Barnet kan få max 10 p. Dokumentera.

I följande instruktioner, säg ont eller smärta, utifrån vad som verkar vara mest lämpligt för barnet.

FPS-r (Faces Pain Scale-revised)

Översatt av Gustaf Ljungman, Lena Högberg och Louise von Essen.

De här ansiktena visar hur ont något kan göra. Det här ansiktet (peka på ansiktet längst till vänster) visar ingen smärta. Ansiktena visar mer och mer smärta (peka på var och en från vänster till höger) ända till den här (peka på ansiktet längst till höger) – det visar väldigt mycket smärta. Peka på det ansikte som visar hur ont du har (just nu).

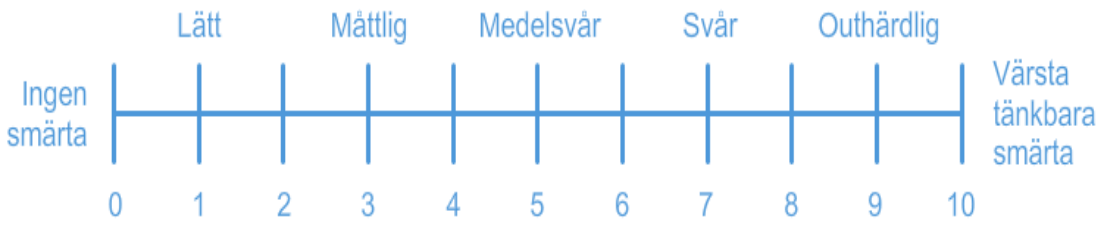
Poängsätt det valda ansiktet 0, 2, 4, 6, 8, 10 från vänster till höger så att 0 = ingen smärta och 10 = väldigt mycket smärta. Använd ej ord som glad och ledsen. Den här skalan avser att mäta hur barn känner sig, ej hur deras ansikte ser ut.

VAS -Visuell analog skala

Be patienten markera på linjen-läs av på andra sidan i siffror 0-10, där 0 står för ingen smärta och 10 står för värsta tänkbara smärta.

NRS – Numeric Rating Scale

Be patienten gradera sin smärta med eller utan mätinstrument genom att välja en siffra mellan 0 och 10 där 0 står för ingen smärta och 10 för värsta tänkbara smärta.



SMÄRTSKATTNING - långvariga smärttillstånd

1. Skatta smärtan vid varje läkarbesök och vid inläggning på sjukhus. Dokumentera under rubriken ”Smärta” i journaltabellen.
2. Rutiner ska finnas för behandling av smärta som överskrider 3/10 på VAS/NRS och 4/10 på FPS-r. För dock alltid samtal med barnet, hur upplever barnet smärtan? Upplever barnet att barnet behöver mer hjälp?
3. Om patienten vid upprepade tillfällen skattar smärtan högre än 7/10 ska konsult från Centrum för Smärtbehandling UAS kopplas in akut.

Sammanfattning

- Introducera lämpligt smärtskattningsinstrument för barn och föräldrar, i god tid före förväntad smärta, t.ex. i samband med inskrivningen.
- Smärtskatta och dokumentera var 3:e timme vid *postop/akut smärta eller 2-3ggr/dygn vid långvarig smärta.*
- Smärtskatta och dokumentera effekten av givna analgetika.
- Observera och dokumentera bieffekterna av analgetika.
- Observera och dokumentera sederingsgrad samt kontrollera andningsfrekvens vid behov.