

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad
Innehållsansvar: Tobias Ullerstam, (tobul1), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-24

Giltig till: 2028-01-09

Barn - Smärtbedömning

Revideringar i denna version

260108 Förlängd giltighetstid

Syfte

Att möjliggöra ett systematiskt arbetssätt vid skattning av barns smärta och därmed uppnå god kvalitet med smärtbehandlingen.

Arbetsbeskrivning

Smärta är en subjektiv upplevelse, det är bara barnet själv som vet hur ont det gör. Barns förmåga att förstå och kommunicera sina smärtupplevelser varierar, vilket gör att de måste behandlas med stor varsamhet och respekt. Rädsla och oro, hos såväl barn som föräldrar, förstärker smärta. Upplevelsen av smärta och hur smärta uttrycks är relaterat till många olika faktorer som t ex barnets personlighet, ålder, utvecklingsnivå, social och kulturell bakgrund samt orsaken till smärta.

En tidigare negativ upplevelse av smärta påverkar barnets tolerans för smärta. Det lilla barnet signalerar ofta smärta med hela kroppen. Äldre barn visar ofta smärta med ett inaktivt beteende. Det innebär att vi bör vara särskilt vaksamma på barn som ligger stilla och är tysta.

En förutsättning för att uppnå god kvalitet med smärtbehandling är att smärta utvärderas regelbundet. De tillgängliga metoder vi har för att bedöma smärta är: kommunikation med barn och föräldrar, barns självskattning, beteendeskattning och fysiologiska variabler.

Smärtskattning

Ett smärtskattningsinstrument är ett redskap och ett hjälpmedel i den sammansatta bedömningen av smärta. Med hjälp av dessa kan vi på ett objektivt sätt få information om hur ont barnet har och vi får ett konkret värde att dokumentera. Dokumentation av smärtintensitet och biverkningar utgör ett underlag för utvärdering och modifiering av den smärtbehandling som ges.

- Smärtskattning skall utföras minst var 3:e timme under pågående smärtbehandling samt när barnet visar tecken på smärta.
- Smärtskatta 10-20 minuter efter intravenöst given analgetika.
- Smärtskatta 40-60 minuter efter peroral/rektal given analgetika.
- Dokumentera uppmätt poäng på dygnsjournal.
- Utvärdera var 3:e timme och vid behov andningsfrekvens, sederingsgrad, smärta och eventuella biverkningar.

På CIVA/postop 22/postop 95 använder vi oss av följande tre smärtskattningsinstrument.

1. **FLACC Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (Ansikte, Ben, Aktivitet, Gråt, Tröstbarhet)**

För smärtskattning av barn 0-7 år används en beteendeskala för smärtskattning, den kan också användas till barn med flerfunktionshinder.

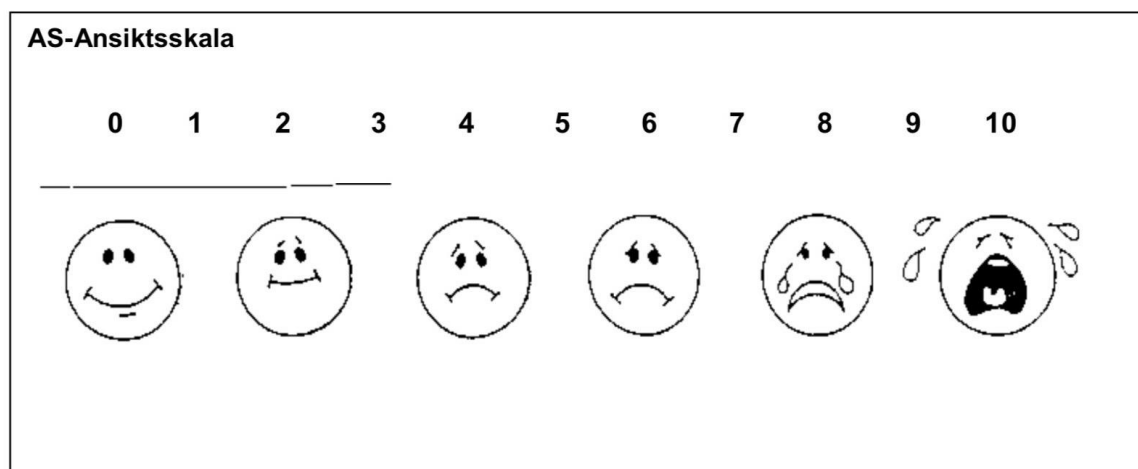
- Observera barnet **några minuter** och titta sedan på kategorierna ansikte/ben/aktivitet/gråt/tröstbarhet om det är siffran 0,1 eller 2 som stämmer in på barnet.
- Summera därefter poängen, maximalt är 10 poäng.
- Ett värde på < 3 eftersträvas. Vid värden < 4 kan omvårdnadsåtgärd vara tillräcklig. Vid värden > 4 skall smärtlindring övervägas.
- När helst smärta misstänks och omvårdnadsåtgärder inte hjälper barnet görs en prövning med analgetikatillförsel. Värdera resultatet med smärtskattning.

	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

2. AS-Ansiktsskala

AS är en modifierad VAS-skala för barn 4-8 (18) år. Den består av sex ansikten, 1:a ansiktet räknas som 0 poäng och det 6:e ansiktet som 10 poäng. Vid 4 poäng och däröver bör man överväga smärtlindring. Tänk på att en del barn kan förväxla känslotillstånd med smärta.

Fråga inte ”Gör det ont?”, fråga i stället ”Känner du någonting från såret?”. Om svaret blir ”Ja”, fråga ”Hur känns det?”. Om barnet bejakar smärta fråga ”Hur ont har du?”, ”Kan du visa på skala?”.



3. VAS-Visuell analog skala

VAS kan användas från skolåldern och uppåt. Skalan är graderad 0-10, 0 är smärtfri och 10 är värsta tänkbara smärta.



Granskare/arbetsgrupp

Eva-Lena Tilly, Barnansvarig Intensivvårdssjuksköterska Civa 96, An/Op/Iva Område 5, SU

Anita Wold Gustafsson, Barnansvarig Intensivvårdssjuksköterska PIVA 22 och postop 95, An/Op/Iva Område 5, SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska,
Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning,
Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ
vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Tobias Ullerstam, (tobul1), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1491

Version: 10.0

Giltig från: 2026-04-24

Giltig till: 2028-01-09