

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Giltig från: 2025-09-18

Innehållsansvar: Károly Lepizsán, (karle4), Överläkare

Giltig till: 2027-09-16

Granskad av: Karin Kleiven Thiringer, (karth5), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Smärtskattning av akut smärta, AnOpIVA Mölndal

Förändringar sedan föregående version

Inga ändringar. Förlängs i tre år.

Bakgrund och syfte

Skattning av patientens smärtintensitet är en förutsättning för att kunna ge adekvat smärtlindring och för att kunna kvalitetssäkra de smärtbehandlingsmetoder som används.

Utförande

Smärtskattning av akut smärta behöver ge svar på frågorna:

Intensitet – hur ont gör det?

Lokalisation – var gör det ont?

Varaktighet – när gör det ont?

Utöver smärtskattningen behöver patienten tillfrågas om hur smärtan påverkas av mobilisering samt hur det är med nattsömn.

Smärtskatta alltid före och efter smärtlindrande åtgärd.

En patient som sover ska inte väckas för smärtskattning, annat än om man misstänker opioidöverdosering.

1. Smärtskattning hos vuxna

1.1 Patienten har välfungerande kommunikationsförmåga och kognitiv förmåga

NRS (Numeric Rating Scale, Numerisk Skala)

Patienten placerar muntligt in sin smärta på en skala mellan 0 och 10, där 0 är ”ingen smärta” och 10 står för ”värsta tänkbara smärta”.

VAS (Visual Analogue Scale, Visuell Analog Skala)

Patienten anger sin smärta antingen med en markör eller ett kryss utmed en exakt 10 cm lång linje, med ändpunkterna "ingen smärta = 0" till "värsta tänkbara smärta = 10".

Skalan har en sida för patienten och en graderad sida för personalen att läsa av.

Resultatet dokumenteras på samma sätt som NRS.

VRS (Verbal Rating Scale, Verbalt Beskrivande Skala)

En del patienter beskriver hellre sin smärta med ord än siffror. Med hjälp av en verbalt beskrivande skala kan patienten skatta smärtan med beskrivande ord, adjektiv.

Skalan består av 7 ord som beskriver smärtans intensitet:

ingen, lätt, måttlig, medelsvår, svår, outhärdlig, värsta tänkbara smärta

Det ord som patienten anger på skalan dokumenteras.

Obs! Smärta kan ha betydande emotionella komponenter, varför ett högt NRS värde (eller VAS, VRS) inte behöver innebära att patienten uppvisar förväntat beteende. **Högt NRS värde (eller VAS, VRS) utan motsvarande smärtbeteende** kan orsakas av ångest, oro och rädsla för smärta.

1.2 Patienten har nedsatt kommunikationsförmåga och/eller nedsatt kognitiv förmåga

Beteendeskolor, vakenhetsgrad och fysiologiska parametrar som till exempel andningsfrekvens, puls och blodtryck är till hjälp när det gäller att försöka förstå om patienten behöver smärtlindring.

1.2.1. Vi använder CPOT på IVA och UVA/Postop

Poängen kan högst bli 8 och ska dokumenteras.

CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)

Tecken	Beskrivning	Poäng
ansiktsuttryck	avslappnat, neutralt	0
	spänt	1
	grimaserar	2
kroppsrörelser	rör sig inte	0
	skyddande	1
	rastlös	2
muskeltonus (bedöms vid passiv böjning och sträckning av övre extremiteter)	avslappnad	0
	spänd, stel	1
	mycket spänd eller stel	2
följsamhet med ventilator intuberad patient	tolererar / andas med ventilator	0
	hostar men tolererar	1
	andas mot ventilator	2
ljud: verbala / icke verbala icke intuberad / extuberad patient	talar i normal ton eller är tyst	0
	suckar, jämrar sig	1
	gråter högljutt, snyftar	2
poäng totalt		0 – 8

1.2.2. Vi använder Abbey Pain Scale på vårdavdelning

Poängen kan högst bli 18 och ska dokumenteras.

Abbey Pain Scale (Abbey PS)

Tecken	Beskrivning	Poäng
röstuttryck / ljud t.ex. gnyr, jämrar sig eller låter	inte alls	0
	sällan	1
	ibland	2
	ofta	3
ansiktsuttryck t.ex. spänd, rynkar näsan, grimaserar eller ser rädd ut	inte alls	0
	sällan	1
	ibland	2
	ofta	3
förändrat kroppspråk t.ex. rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel eller ihopkrupen	inte alls	0
	lite	1
	måttligt	2
	mycket	3
förändrat beteende t.ex. ökad förvirring, matvägran, ökad eller minskad kroppsaktivitet	inte alls	0
	lite	1
	måttligt	2
	mycket	3
fysiologiska förändringar t.ex. förändrad temperatur, puls eller blodtryck, svettningar, rodnad eller blekhet	inte alls	0
	lite	1
	måttligt	2
	mycket	3
kroppsliga förändringar t.ex. rivet skinn, trycksår, kontrakturer eller andra skador	inte alls	0
	lite	1
	måttligt	2
	mycket	3
poäng totalt		0 - 18

2. Smärtskattning hos barn

Vi använder NRS, VAS och FLACC.

Hos små barn som ännu inte har ett utvecklat språk finns olika ansiktsskalor och beteendeskalar att använda i kombination med fysiologiska parametrar och kommunikation med föräldrar.

Med hjälp av FLACC bedöms 5 olika smärtbeteenden.

Observera barnets ansikte, ben, aktivitet, gråt och tröstbarhet och bestäm en poäng mellan 0 – 2 med vilken barnets beteende överensstämmer.

Poängen kan högst bli 10 och ska dokumenteras.

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

Tecken	Beskrivning	Poäng
ansiktsuttryck	neutralt eller leende	0
	bister uppsyn, rynkar pannan av och till, tillbakadragen, ointresserad	1
	frekvent eller konstant rynkad panna, darrande haka, hopbitna käkar	2
ben	normal ställning eller avslappnade	0
	oroliga, rastlösa eller spända ben	1
	sparkar eller uppdragna ben	2
aktivitet	ligger lugnt, normal position, rör sig obehindrat	0
	skruvar sig, ändrar ofta ställning, spänd	1
	sprättbåge, rycker till eller stel	2
gråt	ingen gråt	0
	gnäller eller jämrar sig, klagar av och till	1
	gråter ihållande, skriker eller snyftar, klagar ofta	2
tröstbarhet	nöjd, avslappnad	0
	kan lugnas med beröring, kramar eller prat	1
	svår att trösta eller lugna	2
poäng totalt		0 - 10

Skalor	Ålder (målgrupp)
NRS	≥ 8 år
VAS	≥ 7 år
FLACC	1 – 16 år

3. Målsättning

NRS i rörelse ≤ 4

VAS i rörelse ≤ 4

VRS i rörelse ≤ måttlig smärta

CPOT ≤ 2 poäng

Abbey PS ≤ 8 poäng

FLACC ≤ 3 poäng

4. Referenser

4.1. www.vardhandboken.se

4.2. www.medscape.com

4.3. www.palliativregistret.se

4.3.1. A Guideline from the Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland; Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management, 2nd Edition, 2012.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till en patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Ansvar

VEC och VÖL inom respektive enhet ansvarar för implementering av rutinen.

Arbetsgrupp

Dragana Sesevic, VÖL Operation 1 Mölndal, Område 3

Stylios Stolis, överläkare, AnOpIVA Mölndal, Område 3

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Innehållsansvar: Károly Lepizsán, (karle4), Överläkare

Granskad av: Karin Kleiven Thiringer, (karth5), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-477

Version: 5.0

Giltig från: 2025-09-18

Giltig till: 2027-09-16