

Om å vurdere smerter hos barn

Høvik 19.-20. oktober 2006

Anne-Berit Krogh

Intensivsykepleier/Høgskolelektor
Høgskolen i Sør-Trøndelag
Avd. for sykepleie
Program for videreutdanning
Anne-Berit.Krogh@hist.no

Disposisjon

- Smertevurdering / smertebedømming / verktøy
- Selvrapporteringskalaer
- Adferdsskalaer
- Verktøy for psykisk utviklingshemmede
- Anbefalinger fra verdenskongress i Vancouver, juni 2006
- Hva smertevurderingsverktøy er – og ikke er.....



2

Stor økning i forskning på smerte hos barn: Lite endring i praksis

BSFs kartlegging av smertehåndtering i barneavdelinger, Tidsskrift for Barnesykepleiere nr 3, 2003

- **Barneavdelinger 0-18 år**
- **N 29**
- 14/29 (44%) har ikke skriftlige retningslinjer for smertebehandling
- 17/29 (59%) har ikke skriftlige retningslinjer for vurdering av smerte
- **Neonatalavdelinger**
- **N 17**
- 11/17 (64%) gjør regelmessig smertevurdering
- 83% opplever at de fanger opp barnets smerte
- 1 avd bruker strukturert metode ved smertevurdering (CRIES)
- 2 avd. prøver ut vurderingsverktøy (PIPP)

3

Forskning viser at barns smerter undervurderes og underbehandles

- Til tross for et uttall av smertevurderingsverktøy: Helsepersonell undervurderer barns smerter

(Carlson et al. 2000)

- Mangel på kunnskap (Hamers et al 1994, 1996)
- Sykepleiere er gode på å administrere analgetika, men stor mangel på systematisk smertevurdering

(Jacob and Puntillo, 1999; Twycross, 2002)

- Anses av mange som vanskelig



4

Myter om smerte hos små barn:

1. Smerteterskelen er høyere
2. Biologisk umodenhet gjør at smerteopplevelsen er mindre
3. De husker ikke smerte
4. De er mer utsatt for farlige bivirkninger av anestesi og smertestillende medisiner
5. De blir spesielt lett avhengige av vanedannede medikamenter

5

Legemidler til barn

Barn er ikke små voksne

- Absorpsjon, fordeling i kroppen, eliminasjon, effekt, toksisitet
- Halveringstid for morfin er ca 14 timer hos premature, 8 timer hos fullbårne og 3-4 timer senere i barnealderen
- Halveringstid for paracetamol varierer lite med alder
- Medikamendoser til barn må justeres etter barnets størrelse, men en enkel omregning er ikke nok
- Riktig behandling krever nøyaktig smertekartlegging



6

Smertevurdering

- **Pain assessment** (= identifisere smerte)
 - Avgjøre om barnet har vondt eller ikke
 - Adferdsmessige, fysiologiske og emosjonelle reaksjoner, smerte i en kontekst
 - Et videre begrep (Smertebedømming)
- **Pain measurement** (= avgjøre smerteintensitet)
 - Kvantifisering – avgjøre grad av smerte
 - Gir svar på spørsmålet **HVOR MYE** (Smertevurdering)

7

Små barn kan ha vanskelig for å uttrykke smerte

- Barn uttrykker smerte annerledes enn voksne
Har vanskelig for å uttrykke
- **HVOR** det gjør vondt
- **HVORDAN** det gjør vondt
- **HVOR VONDT** det gjør

⇒ Greier ikke presisere plassering og karakter av smerten

8

Ingen entydig benevnelse i forhold til alder

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|----------|
| • Premature | • Småbarn | 0-3 år |
| • Nyfødte | • Førskolebarn og yngre skolebarn | 3-7 år |
| • Spedbarn 1-12 mnd | • Skolebarn | 7-13 år |
| • Småbarn 1-3 år | • Ungdommer | 13-18 år |
| • Førskolebarn 3-6 år | | |
| • Skolebarn 6-13 år | | |
| • Ungdommer 13-18 år | | |

(Henneberg og Hertel 2003)

(Olsson og Jylli 2001)

9

Smerteopplevelse - smerteuttrykk Alders- og utviklingstrinn:

- 3 mnd Smertehukommelse: refleksiv reaksjon
- 3-6 mnd Gråt
- 6-18 mnd Frykt, smertehukommelse
- 18-24 mnd Unnvikler, uttrykker, kan vise hvor
- 24-36 mnd Beskriver
- 3-5 år Grov kvantifisering - Følelsesmessige termer
- 5-7 år Skille og beskrive smerteintensitet
- 7-10 år Forklarer hvorfor det gjør vondt
- > 10 år Smertens karakter

Coffman et al: *Nursing assessment and management of pain in critically ill children*, Heart & Lung 1997;26:221-8

10

Kognitiv utvikling: "Tommelfinger-regel"

- "Pålitelige smertemeddelere" 6 – 7 år
dvs. fortelle **AT** de har vondt, **HVOR** og **HVORDAN** det gjør vondt og **HVOR VONDT** det gjør
- Kan kommunisere om hvor vondt det gjør ned til 3 års-alder
- Under 3 år: kan godt bruke uttrykk som "det gjør vondt"
- Barn under 12 år har vanskelig for å forstå abstrakte VAS-skalaer

11

Bedømmelse og vurdering av smerter hos barn

HVORDAN FORMIDLER BARN SMERTER:

- Verbalt
- Fysiologiske tegn
- Adferd

HJELPEMIDLER:

- Fagkunnskaper
- Klinisk erfaring
- Klinisk skjønn
- **Smertevurderingsverktøy**
- Foreldre



Norsk Barnesmerteforening

12

Faktorer som påvirker smerteopplevelsen

- Emosjonell komponent
- Utviklingsnivå
- Den kliniske situasjon
- Smerteerfaring

13

Smertevurderingsverktøy

Siden 1985, utviklet mer enn 40 smertevurderingsverktøy, ofte spesifikke for

- Alder
- Ulike prosedyrer (eks. postoperativt)
- Type smerter (eks. akutte, kreft)

14

Hvorfor anvende smertevurderingsverktøy

- Systematisere observasjon av smerte
- "Objektiv" vurdering
- Angi grad av smerte
- Dokumentere smertebehandling
- Optimalisere smertebehandlingen
- Gir mulighet for forskning

15

Smertevurderingsverktøy for barn

Større barn - over 7 år:

- VAS – Visuell Analog Skala
- Verbal skala: Enkel beskrivende
- Numerisk skala: 0-10
- Ansiktsskalaer

} Selvrporteringsverktøy

4-5 år og oppover:

- Ansiktsskalaer
- Fargeskalaer
- Konkrete skalaer

} Vurdering av adferd
Selvrportering

0-3/4 år:

- Adferdsskala
- Ansiktsskala
- Konkrete skalaer

} Vurdering av adferd og
fysiologiske parameter

Spedbarn og premature:

- Multidimensionale adferdsskala
- Composite infant pain measures

16

Visuell analog skala (VAS skala):

Ingen smerte Verst tenkelig smerte

Numerisk skala:

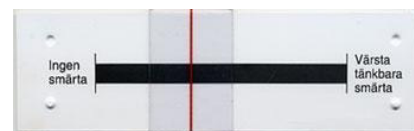
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen Smerte Verst tenkelig smerte

Verbal skala:

Ingen smerte | Mild | Moderat | Mye | Veldig mye | Verst tenkelig smerte

17

Kombinasjon VAS – (Visuell Analog Skala) og Numerisk skala



Stilles inn av pasienten med skyvelinjal



Leses av med tall av sykepleier på baksiden

18

Ansiktsskalaer

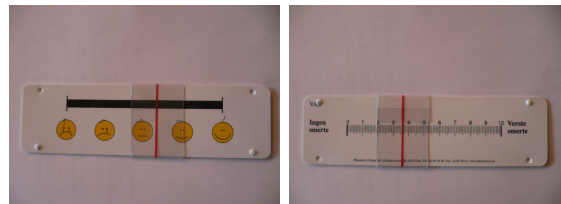
- Forutsetter at barnet forstår begrepet "smerte/vondt", og at de kan gradere smertens intensitet
- Består av 5 eller flere tegnede ansikter med varierende ansiktsuttrykk
- Yngre barn (<5 år) bør ha max 5 valgmuligheter

19

Ansiktsskala med Numerisk skala

Skyvelinjal: Barnets fremside

Baksiden: Avleses av sykepleier



20

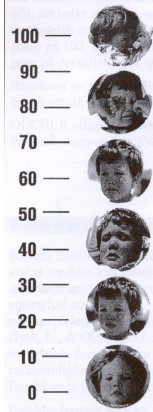
Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Utviklet sammen med barn



21

OUCHER



Oucher scale (Beyer et al, 1995)
Photographic Numeric Pain Scale
3-12 år

Tre versjoner:

1. Hvit eller kaukasisk
2. Svart eller afroamerikansk
3. Spansk eller latinamerikansk

22

Ansiktsskalaer



The Faces Pain Scale av Bieri, Reeve, Champion, og Addicoat (1990)

- Regnes som den mest pålitelige skalaen for å angi postoperative smerter
- Kan benyttes fra 4 år og oppover

23

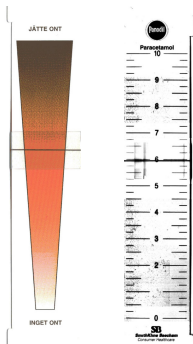
Ansiktsskalaer, mulige feilkilder

- Yngre barn har en tendens til å favorisere endene på skalaen
- De har vanskelig for å skille smerte fra generelt ubehag / å være lei seg
 - Et smilende / gråtende ansikt kan påvirke barnet til å angi følelser i stedet for smerte
 - Nøytrale ansikter er å foretrekke

24

CAS - Coloured Analogue Scale

= VAS skala for barn med numerisk skala på baksiden



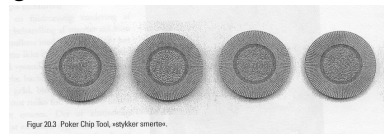
- For barn mellom 5 og 16 år
- Øverst (verst tenkelig smerte) er linjen bredest og fargen kraftigst
- Både lengden, bredden og fargen er med å indikere smerteintensitet
- Ref: McGrath, PA, et al: [Pain](#), 1996

25

Poker Chip Tool

Nancy Hester (1979)

Fire røde plastbrikker der antall brikker angir grad av smerte:



Figur 20.3 Poker Chip Tool, viser smerte.

1. litt smerte
2. litt mer smerte
3. ennå mer smerte
4. verst tenkelig smerte

26

Adferdsskalaer

Postoperative smerter:

- **TPPPS:** Toddler-Preeshooler Postoperative Pain Scale (1-5 år) Oversatt til svensk Drottning Silvia. Göteborg
- **CHEOPS:** The Childrens Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (1-7 år)
- **FLACC:** 0-7 år: **F**ace, **L**egs, **A**ctivity, **C**ry, **C**onsolability (Merkel et al 1997)
- **PEPPS:** Preverbal, Early Verbal Pediatric Scale (1-2 år): Adferd og fysiologiske parametre. Ansiktsuttrykk, kroppsstilling, sugevne, hjerterefreknens, trøstbarhet, sosial kontakt og lyst til å drikke og spise
- **ALPS II:** 1 mnd.-3 år: Astrid Lindgren's Hospital Pain Assessment Scale for preverbal children

27

CHEOPS

Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale

- Opprinnelig utviklet for prosedyresmerter
- Validert for postoperative smerter
- Anvendes for barn 1-7 år
- Observasjoner: Gråt, ansiktsuttrykk, verbale uttrykk, kroppsstilling, berøring av sårområde
- Benas posisjon
- Max score: 13
- Minimum score: 5?

28

Atferd	Poeng	Definisjon	Atferd	Poeng	Definisjon
Gråt			Overkropp		
Ingen gråt	1	Barnet gråter ikke	Nøytral stilling	1	Kroppen (ikke bena) er i ro og i hvilestilling
Jamring	2	Jamring, gråter stille	Skuftende stilling	2	Kroppen er urolig og i stadig bevegelse
Gråt	2	Barnet klynker, gråter forsiktig	Stiv	2	Stiv eller buet kroppsstilling
Skrik	3	Hulker, gråter av fulle lunger	Skjelvende	2	Ufrivillig dirring eller skjelving i kroppen
			Oppreist	2	Barnet er i vertikal eller oppreist stilling
			Anspenst	2	Kroppen er anspenst
Ansiktsuttrykk			Berøring		
Anslappet	1	Naturlig ansiktsuttrykk	Berører ikke	1	Barnet berører ikke/tar ikke på såret/ det vonde området
Grimaser	2	Ryktekne panne, nedtrukne øyebryn, vidt åpen munn, ev. trukket ut i stramt grin, igjenknepte øyne	Tar etter	2	Barnet tar etter, men berører ikke det vonde området
Smil	0	Positivt ansiktsuttrykk	Berører	2	Barnet tar forsiktig på området
Verbale utsagn			Krafter på	2	Barnet krafter på og tar kraftig tak i det vonde området
Ingen	1	Barnet snakker ikke	Anspente armer	2	Barnets armer er stive
Andre klager	1	Barnet klager, ikke på smerte men på andre ting, som øvil til mamma, eller «er tørst»	Ben		
Klager på smerte	2	Barnet klager på smerte	Nøytral	1	Bena kan være i hvilken som helst stilling, men er avslappet
Klager på smerte og andre ting	2	Barnet klager både på smerte og på andre ting	Spårer	2	Urolig med bena, sporbevegelser
Positive utsagn	0	Positive utsagn, snakker om andre ting	Stive, dratt opp under kroppen	2	Anspente ben og/eller holdes rett opp til kroppen
			Står	2	Står, er sammenkroppet eller kneler
			Anspenst	2	Barnets ben holdes utstrakt

*CHEOPS: The Childrens Hospital of Eastern Ontario Pain Scale. Kilde: McGrath off. (1985), Grunau off. (1987)

29

FLACC

- Utviklet på bakgrunn av studier på postoperative barn som følger en normal utvikling, og det forventes at barnet uttrykker en gjenkjennelig smertereaksjon
- Utprøvd på barn på intensiv/recovery enhet, kirurgi/traume enhet, hematologi/onkologi enhet og nyfødte enhet
- Utprøvd både i forhold til opioider og non-opioider
- Analgesi bør administreres ved FLACC-score 6 og høyere. Kan også være nødvendig å gi analgetika ved verdier lavere enn 6.

Merkel et al., 2002

30

FLACC Face, Legs, Activity, Cry, Consolability. Barn fra 0-7 år, (Merkel et al 1997)			
	0	1	2
Ansikt	Ikke noe spesielt uttrykk. Smiler.	Iblant grimase/ rynket bryn. Tilbaketrukket, likegyldig.	Hyppig/kontinuerlig skjelvende hake. Sammenbitt kjeve.
Ben	Normal posisjon. Avslappet.	Urolig, rastløs. Spent.	Sparker. Bena dratt opp.
Aktivitet	Ligger rolig. Normal posisjon. Beveger seg lett.	Vrir seg. Anspent.	Ligger krum / i bue. Stiv / urørlig. Rykker til.
Skrik	Skriker ikke. (Våken eller sover)	Stønner. Klynker. Sutrer innimellom.	Gråter / Skriker. Hikster eller hulker hyppig.
Trøstbarhet	Fornøyd. Avslappet.	Trøstes av jevnlig berøring, kos eller å bli snakket til.	Vanskelig å trøste. Vanskelig å avløde.

Pain Assessment Scale for preverbal children (1 mnd.-3 år) Astrid Lindgren Children's Hospital			
	0	1	2
Ansikt	Avslappet	Iblant gråt, grimase	Gråter Grimaser
Skrik	Ikke	Grynter klagede	Gråter kraftig Alvorlig, Stille
Kroppstilling	Avslappet	Urolig Spent	Spente bøyde/strekte ekstr. Urørlig.
Aktivitet	Sover Våken og rolig	Urolig	Hyperaktiv Apatisk
Mulig å trøste	Fornøyd	Mulig å trøste	Utrøstelig
Mulig å avlede			32

SMERTESKJEMA									
Navn		Aldring	Diagnose/Operasjon		Sedasjon	Kvalme			
Fødsel			VAK		0 = Vilken 1 = Lite tryk 2 = Stiv og trett men lett å vekke 3 = Vanskelig vekker 5 = Naturlig søvn	0 = Ingen kvalme 1 = Lite kvalme 2 = Mye kvalme 3 = Brekninger/ Oppkast Zofran / Afipran.....mg i.v. (Doserings 0,1 mg/kg/dose)			
Dosering til barn > 6 mnd.				Smertevurdering/Overvåkning					
Morfin i.v.....mg ved behov (Doserings 0,05 mg/kg/dose) Maksimalt 5 doser i løpet av en time				Våkne barn: Smertevurdering gjøres minimum hver 3. time. Ny smerte/ sedasjonsvurdering gjøres ca. 30 minutt etter at Morfin er gitt.					
Paracetamol supp.....mg x 4 (Doserings 20 mg/kg/dose)				Trette, sovende barn / natt: Sedasjon / mg. frekvens registreres hver time i 2 timer etter at Morfin er gitt.					
Eller Pro-Dafalgan i.v.....mg x 4 (Doserings 30 mg/kg/dose)				Narcosis.....mg i.v., eventuelt gjentatt innsett effect. (Doserings 0,01 mg/kg/dose)					
Legg (sign):				Vurder pulsoksymeter til sovende barn.					
År	Dato	Tidspunkt	Smertevurdering VAS FLACC	Tilråk	Sedasjon	Respirasjonsfrekvens	Kvalme	Kommentar	Sign.

Anbefaling fra Vancouver, juni 2006

Jennifer Stinson, Toronto, Canada:
34 selvrporteringsverktøy var gått gjennom på EMBASE, Medline og Cinahl.
Bare 5 var veletablert :

- (Bieri) Hicks et al, 2001 FPS-R mest anbefalt, akutt smerte for skolealderbarn. Oversatt til 25 språk
- Wong Baker: brukt mye, men ikke anbefalt
- Oucher: Ivaretar kulturelle forskjeller, lite validert
- Poker Chips (Hester 1979) Barn 3-4 år
- (VAS: Mange typer. Krevr nøye opplæring og beskrivelse - Barn over 8 år)



34

Anbefalt fra Vancouver, juni 2006

Carl von Baeyer:
Observasjonsskala:

- FLACC: prosedyresmerte, postoperativ smerte
- CHEOPS: omfattende i klinikken
- Parents Postop Scale
Flere typer
- Comfort scale: Intensivpasienter – også postoperative pasienter

35

Multihandicappede barn

- Barna har kognitive, verbale og motoriske begrensninger når det gjelder å kommunisere smerte
- Vanskeligere å tolke adferdsmessige uttrykk
- Ingen forskning viser at disse barna har mindre smerteopplevelse enn andre barn

36

Smertevurderingssverktøy PU

- 1995: Giusiano et al. pilotstudie
Hensikt: - å få frem hvordan barn med cerebral parese uttrykte sin smerte
- utvikle en protokoll for vurdering av smerte
- 1998: McGrath et al: Non-communicating Childrens Pain Checklist (NCCPC):
31 smerteparameter, i syv hovedkategorier:
lyd, spising/soving, personlige egenskaper, ansiktsuttrykk, aktivitet, kropps- og ekstremitet-bevegelser og fysiologiske reaksjoner
- 2002: Breau et al: reviderte denne (NCCPC-R)
Laget en postopversjon (NCCPC-PV)
- Westerberg et al. 2003, Drottning Silvias barn- og ungdomssjukhus
- **MÅLSETTING:** Kan utføres av personer som ikke nærer omsorgspersoner av barnet

37

NCCPC-R og NCCPC-PV

Er oversatt til norsk og ligger på nettsider

www.barnogsmerte.no

38

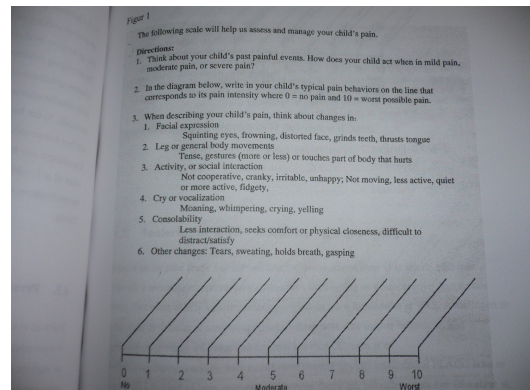
Individualized Numeric Rating Scale (INRS)

(Solodiuk et al. 2003)

- Hensikt: kartlegge og dokumentere barnets smerteadfærd
- Skjema som skal fylles ut av foreldre preoperativt på bakgrunn av barnets tidligere opplevde smerte
- Beskrive barnets smerteuttrykk og plassere dette på en tallskala (0-10)
- FLACC medfører i tillegg
- Vektlegger å få fram hvordan barnet uttrykker sin individuelle smerte

39

Individualized Numeric Rating Scale (INRS) Children's Hospital Boston



40

Å vurdere smerter hos barn

HJELPEMIDLER:

- Fagkunnskaper
- Smertevurderingssverktøy
- Foreldre
- Klinisk erfaring - Klinisk skjønn

41

Studie

- Fenomenologi. Intervjuer
- Hensikt: å få en dypere forståelse for hvordan erfarne sykepleiere vurderer smerter hos små barn
- Strategisk utvalg: 6 erfarne sykepleiere med lang erfaring fra kirurgisk barneavdeling, spesiell interesse for smerter hos barn
- Gjennomsnittlig erfaring 10 år
- Fokus: postoperativ smertebehandling hos små barn (1-5 år)

(Krogh AB; Hovedfagsoppgave, Universitetet i Tromsø 2005)

42

Sitat om foreldre

- “Foreldrene kjenner jo barnet sitt hvordan det er til vanlig, hvordan det uttrykker seg når det er lei seg eller har vondt. Så de kan hjelpe sykepleierne med å si om barnet har vondt eller om det er andre ting som plager det, om det er redd eller irritert på utstyret det har på seg eller lignende. Foreldrene kjenner også igjen gråten til barnet – og kjenner igjen om det gråter fordi det er sultent eller om det har vondt”
- “Foreldre har forskjellig syn på hvor mye smerte barnet bør tolerere. Mange mener at barna må akseptere å ha litt vondt etter en operasjon. De undervurderer barnets smerte og deres behov for smertestillende. Det ser ut som om de er redde for å gi barna Morfin, ja selv Paracet. De vil vente å se om smertesituasjonen endrer seg. Vi kan ikke stole for mye på foreldrene. De er jo hjelpsomme, men kan også være et hinder. Jeg synes mange foreldre er for tøffe på barnas vegne”.

43

Sitat om engstelige barn

”Mange barn er redde for å være på sykehus. Og når sykepleieren spør om de har vondt – hva skjer hvis de sier ja? De innbiller seg at de skal få sprøyter eller må ta nye blodprøver – kanskje legen vil gjøre nye undersøkelser osv. Så mange barn er helt stille og sier ikke fra selv på direkte spørsmål. Noen blir helt stille og isolerer seg helt, mens andre skriker og blir aggressive eller irritable. Andre slår seg helt vrang og det er vanskelig å si om de har vondt eller ikke”.

44

Sitat om stikkpiller

“Hvis de sier at de ikke har vondt betyr det ikke nødvendigvis at de ikke har vondt. De kan ha erfart at dersom de sier at de har vondt så vil de få en stikkpille, og det liker de ikke i det hele tatt. 2-, 3- og 4-år-gamle barn motsetter seg veldig stikkpiller. De skriker og kniper sammen rumpa slik at det blir vanskelig å gi de stikkpillene. De vil ikke at vi skal være borti rumpa deres. De ligger heller og har vondt enn å få stikkpiller, selv om vi lar foreldrene gjøre det. Så hender det at vi må tvinge de da – og må holde de fast. Jeg synes det oppleves nesten som et overgrep noen ganger.....”

45

Sitat om smertevurderingsverktøy

- Jeg synes det er viktig å bruke smertevurderingsverktøy fordi de bidrar til å standardisere smertevurderingen – særlig adferdsskalaene vil hjelpe sykepleierne til å vite hva de skal se etter. Det vil bli lettere å se og rapportere smerteutviklingen fra skift til skift, og det vil bli lettere å kommunisere med legene som faktisk har ansvar for å ordinere medikamenter. Men jeg tror ikke at et tall på en skala kan si så mye om hvor vondt barnet har akkurat”
- “Jeg tror ikke at et tall er nok for å fortelle legene om hvor vondt barna har. Legene vil vite hvorfor barnet har vondt, om det er vondt selv om vi har fulgt retningslinjer og prosedyrer osv. Det er viktig å være oppmerksom på hvilken kontekst smertesituasjonen er om vi skal bruke sjema og overktøy”

46

Sitat om klinisk erfaring

- “Ofte er det vanskelig å si hva som er smerter eller andre symptomer som kvalme, om de er sultne, har vondt i magen eller har problemer med urinkateteret eller annet utstyr de må ha. Du må ha sett noen situasjoner og gjort noen refleksjoner – kanskje har du gjort en feil en gang. Jeg synes jeg har lært mye av det”.
- “Smertevurdering handler om å vurdere hele situasjonen i en kontekst – fysiologiske tegn, hva foreldrene sier, om barnet er engstelig. Du må se på formen til barnet, aktiviteten, om de får sove eller om de vil leke, du må se om barnet er i godt humør eller er lei seg. Hvis barna er i god form så er de vanligvis i godt humør. Hvis de har vondt så vil de ikke gjøre så mye. Ofte har jeg sett at hvis de ikke vil spise eller drikke, og jeg gir de en Paracet, så smur det seg veldig og alt blir OK”.

47

Smertevurdering

- Smerten er individuell
- Det finnes ikke noe objektivt målbart parameter som kan måle smerteopplevelsen hos et individ
- Kan bare bedømmes ”riktig” av den som opplever den
- Smertevurderingsverktøy er ikke viktig for å kvantifisere eller klassifisere smerten i seg selv, men for barnet for å bli hørt og for personalet å få en mulighet til å høre

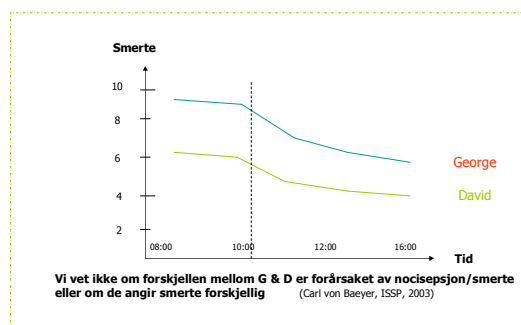
48

"Selvrapporteringsverktøy er gullstandarden"

- Det finnes ikke noe gullstandard
- Selvrapporteringsverktøy er oftest det beste vi har, men det må alltid anvendes i en kontekst med annen tilgjengelig informasjon

49

Betydningen av selvrapportering er relativ, ikke absolutte



50

Benevnelser på høyeste verdi (10/10)

- "most pain" (Mc Grath et al 1996)
- "hurts as much as you can imagine" (Whaley & Wong 1982)
- "pain as bad as it could be" (Azytelun et al. 1985)
- "most pain of all" (Hester, 1979)
- "a great del of pain" (Kutner & Le Page, 1969)
- "the biggest hurt you could ever have" (Beyer, 1984)
- "worst hurt of pain you can imagine" (Chambers et al 1999)
- "very much pain" (Hicks et al 2001)

51

Hva smertevurderingsverktøy er - og ikke er.....

- Smertevurderingsverktøy: en nødvendig overforenkling, indirekte vurdering av smerte
- Enkle smerteskalaer skjuler komplekse kliniske situasjoner
- Har ingen absolutte objektive verdier (som å måle cm og meter med gummistrikk)
- Indikerer intensitet av smerterelatert stress
- Hjelper oss å finne om smerter minsker, øker eller endrer karakter
- Gir oss en konkret verdi vi kan dokumentere og sammenligne
- Muliggjør forskning på barns og smerte

52

Mulige feilkilder ved smertevurdering av barn

- Engstelige barn
- Vil ikke ha stikkpiller
- Foreldrenes påvirkning
- Sykepleieres holdninger
- Legenes holdninger
- Mangelfull opplæring

53

Hvordan lykkes i forhold til personalet

- Standardisert opplæringsprogram
- Standardiserte prosedyrer
- Standardisert smerteskjema

54

Hvordan lykkes i forhold til barnet?

"Screening and training"

- **Screening:** finne ut hvilket smertevurderingsverktøy barnet kan greie
- **Training:** Lære barnet å bruke det riktig

55

Opplæring

- ⇒ Skriftlig informasjon i god tid før kirurgi
- ⇒ Verbal informasjon og praktisk gjennomgang dagen før **mens barnet ikke har vondt**

56

Litteratur om smertevurderingsverktøy

- Beyer JE, Turner SB, Jones L, Young L, Onikul R, Bohaty B: *The alternate forms reliability of the Oucher pain scale*. Pain Management Nursing, 2005;6:10-17
- Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB: *The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties*, Pain, 1990;41:139-50
- Breau LM, McGrath PJ, Canfield G, Finley A: *Psychometric properties of the non-communicating children's pain Checklist - revised*. Pain, 2002;99:349-357
- Breau LM, Finley A, McGrath PJ, Canfield CS: *Validation of the Non-communicating Children's Pain Checklist - Postoperative version*. Anesthesiology 2002; 96: 528-535.
- Giusiano, B, Jimeno MT, Collignon P., Chao Y.: *Utilization of a Neural Network in the Elaboration of an Evaluation Scale for Pain in Cerebral Palsy*. Methods of Information in Medicine, 1995;34:498-502
- Grunau 1987 / McGrath 1985 om CHEOPS (The Childrens Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)
- Hester, N: Pooker Chips, 1979
- McGrath, PA, Seifert SE, Speechley KN, Boot JC, Stitt L, Gibson MC: *A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study*. Pain 1996;64:435-43
- Merkel S, Voepel-Lewis T, Makiviva S.: *Pain Assessment in Infants and Young Children: The FLACC Scale*. American journal of Nursing, 2002;10:55-57
- Solodiuk J, Culey MA: *Pain assessment in Nonverbal Children with Severe Cognitive Impairments: The Individualized Numeric Rating Scale (INRS)*. Journal of Pediatric Nursing, 2003;4:295-299
- Westerberg et al. *Smårta hos barn med flerfunksjonshinder*. Barnbladet, 2003;3:18-21

57