

Kategori: Pasientbehandling	Gyldig fra/til: 03.06.2025/03.06.2028
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Barne- og ungdomsklinikken/Nyføddintensiv	Versjon: 7.00
Godkjenner: Anne-Siri Fonneland	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Hege Grundt	Dok.id: D36629

Innhold

1	Prosedyrens formål.....	1
2	Pasienter prosedyren gjelder for.....	1
3	Helsepersonell fagprosedyren gjelder for	1
4	Fremgangsmåte.....	1
4.1	Indikasjon:	1
4.2	Praktisk bruk:	1
4.3	ALPS-Neo.....	2
4.4	FLACC.....	4
4.5	Dokumentasjon av smerteskår.....	5
5	Referanser	6
6	Endringer siden forrige versjon.....	6

1 Prosedyrens formål

Sikre strukturert vurdering av stress og smerte hos premature og syke nyfødte barn innlagt på nyfødtintensiv, BUK.

2 Pasienter prosedyren gjelder for

Pasienter innlagt på Nyføddintensiv, BUK.

3 Helsepersonell fagprosedyren gjelder for

Tverrfaglig helsepersonell med pasientrelatert arbeid ansatt ved Nyføddintensiv, BUK

4 Fremgangsmåte

4.1 Indikasjon:

- Smerte- og stressvurdering er en del av de vitale observasjonsparametre
- Minimum skår x 2 pr. vakt, men samtidig som andre vitale observasjoner dokumenteres
- Skåringshyppighet basert på individuelle behov

4.2 Praktisk bruk:

Avdelingen har 2 smerteverktøy i bruk:

1. **ALPS-Neo** for kontinuerlig vurdering av smerte og stress + prosedyrerelatert smerte
Brukes til premature og nyfødte **fra fødsel til gestasjonsalder 44 uker**.
2. **FLACC** for kontinuerlig vurdering av smerte og stress
Brukes til barn **fra gestasjonsalder 44 uker til 1 år** (beregnet for barn 0-5 år)

4.3 ALPS-Neo

ALPS-Neo har en skalabredde fra 0-10. Observasjon og tiltak jfr. algoritme:

- [Smerte og stress skåring - Flytskjema ALPS-Neo](#)
- [ALPS-Neo - Astrid Lingren and Lund Childrens` Hospital Pain and Stress Assessment](#)
- [ALPS-Neo manual norsk oversettelse](#)

Praktisk gjennomføring

Observer kropp og ben utildekket, kjenn på barnets kropp og vurder anspenhet og muskeltonus.

- **Pasienter som sover:** Observer i minst 5 min. Observer kropp og ben utildekket, kjenn på barnets kropp, vurder anspenhet og muskeltonus.
- **Pasienter som er våkne:** Observer i minst 2-5 min. Observer kropp og ben utildekket, observer aktivitet, vurder kroppens anspenhet og muskeltonus. Forsøk å trøste ved behov.

Hver kategori skåres på en skala fra 0-2 og fører til en totalskår fra 0-10. Poengskår fra 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Der det er mulig, bør adferdsvurdering brukes sammen med foreldrenes vurdering.

Tolking av parameter i ALPS-Neo:

Ansiktsuttrykk

0. *Fredelig:* søker etter å suge eller suger
1. *Bekymret uttrykk kan grimasere lett:* Rynke mellom øyenbrynene, kniper sammen øynene, munnvikene til siden
2. *Spent uttrykk, kan gråte, eller haken henger på grunn av lav tonus:* Spanner ansiktsmusklene, kniper sammen ansiktet eller ligger med åpen munn, utmattet ansiktsuttrykk

Pustemønster

0. *Puster rolig og uanstrengt:* Puster rolig med eller uten pustestøtte
1. *Lett anstrengt pust, pustepauser:* Endret pustemønster f.eks. litt hurtigere, litt mer uregelmessig og/eller antydning til anstrengelse (lette inndragninger, nesevingespill, grynting). Kan ta kortere pustepauser. Cpap eller respiratorbehandling.
2. *Anstrengt pust, rask pust, apnéer:* Økt pustearbeid med tydelige inndragninger og nesevingespill, grynting, kan ta en lang pustepause. Kan veksle mellom å puste dypt og overfladisk, evt. trekke pusten dypere etter en periode med overfladisk pust/apné

Ekstremitetstonus

0. *Normal tonus:* Verken spent eller slapp
1. *Vekslende tonus:* begynner å bli påvirket, veksle mellom å miste kreftene/tonus - spent eller gjenvinne normal tonus
2. *Spent eller slapp:* ligger tungt ned mot underlaget

Hånd/fot motorikk

0. *Avslappet:* holde lett om noe, er verken spent eller slapp
1. *Lett knyttet, kan forsøke å gripe, hånd over ansiktet*
2. *Hardt knyttet, spriker med fingre/tær, eller slapp:*

Aktivitetsnivå

0. *Våken rolig/sover rolig:* Rolig og fornøyd. Holder armene sine og beina bøyde, rolig nær kroppen med normal muskeltonus
1. *Lett motorisk uro:* Beveger seg urolig, strekker på armer og bein. Kan innimellom komme til ro ved å føre armer og bein nærmere kroppen sin
2. *Vedvarende motorisk uro, eller utmattet:* Strekker på armer og bein, faller ikke til ro, eller ser anstrengt og utmattet ut, orker ikke å reagere

Skåringskjema ALPS-Neo

Astrid Lindgren and Lund Children's Hospitals Pain and Stress Assessment

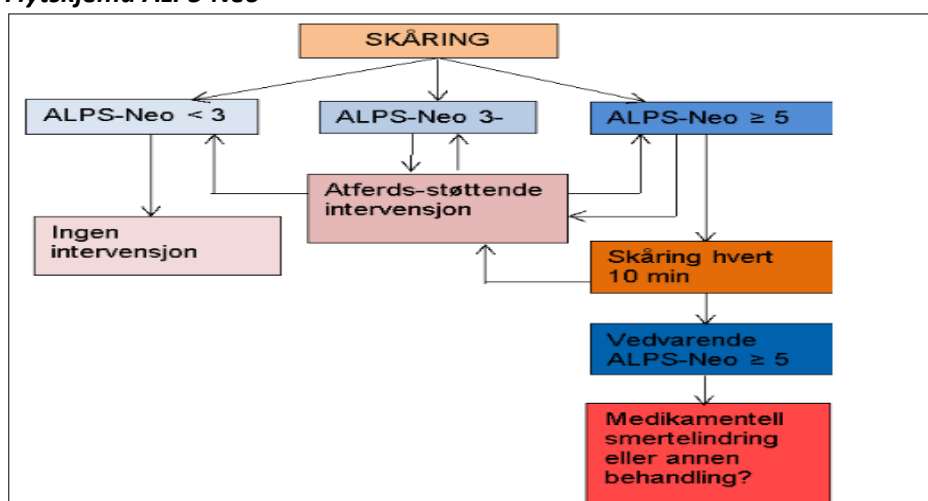
Scale for Preterm and sick Newborn Infants **ALPS-Neo**

	0	1	2
ANSIKTUTTRYKK	Fredelig	Bekymret uttrykk Kan grimasere lett	Spent uttrykk, kan gråte Haken henger pga lav tonus
PUSTEMØNSTER	Puster rolig og uanstrengt	Lett anstrengt pust Pustepåuser	Anstrengt/rask pust Åpneer
EKSTREMITETSTONUS	Normal tonus	Vekslende tonus	Spent eller slapp
HÅND/FOT MOTORIKK	Avslappet	Lett knyttet Kan forsøke å gripe Hånd over ansiktet	Hardt knyttet Spriker med fingre/tær Slapp
AKTIVITETSNIVÅ	Våken rolig/ Sover rolig	Lett motorisk uro	Vedvarende motorisk uro Utmattet

Björn A Larsson, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Agneta Kleberg, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Pia Lundqvist, Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Medicinska fakulteten, Lunds universitet
Version 2013-03-11
Unni Tomren, Eva Thor, Norsk oversettelse, revisjon 2013-06-13. NICCAP Norway, Neonatal Intensiv seksjon, Ålesund Sjukhus.

Vurdering av adferdspoeng og intervensjon ALPS-Neo

Poengsum	Vurdering	Intervensjon
< 3	Avslappet og komfortabel	Ingen intervensjoner
≥ 3 og < 5	Mildt ubehag	Omsorgsstøttende intervensjoner og skåring etter 10 minutter etter tiltak
> 5	Moderat smerte	Omsorgsstøttende intervensjoner og skåring hvert 10 minutt
Vedvarende >5	Sterkt ubehag/smerte	Vurder andre tiltak som smertebehandling eller annen medisinsk behandling

Flytskjema ALPS-Neo

4.4 FLACC

Prosedyren er laget med utgangspunkt i prosedyre FLACC ved OUS [eHåndbok - FLACC \(Face, Legs, Activity, Cry, Consolability\)](#)

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) er et smertevurderingsverktøy som baserer seg på observasjon av barnets adferd. Smerten skåres ut fra fem ulike adferdsparametere: ansiktsgrimaser, bevegelser i bena, aktivitet, gråt og grad av trøstbarhet.

Praktisk gjennomføring

Observer kropp og ben utildekket, kjenn på barnets kropp og vurder anspenhet og muskeltonus.

- **Pasienter som sover:** Observer i minst 5 min. Observer kropp og ben utildekket, kjenn på barnets kropp, vurder anspenhet og muskeltonus.
- **Pasienter som er våkne:** Observer i minst 2-5 min. Observer kropp og ben utildekket, observer aktivitet, vurder kroppens anspenhet og muskeltonus. Forsøk å trøste ved behov.

Hver kategori skåres på en skala fra 0-2 og fører til en totalskår fra 0-10. Poengskår fra 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Der det er mulig, bør adferdsvurdering brukes sammen med foreldrenes vurdering.

Ansikt

0. *Pasienten har et avslappet ansikt, gir øyekontakt og viser interesse for omgivelsene*
1. *Pasienten har et bekymret ansiktsuttrykk, rynker øyenbrynene, har øynene delvis lukket, hever kinnene, og har sammensnurpet munn*
2. *Pasienten har dype rynker i pannen, lukkede øyne, åpen munn og dype furer rundt nese/lepper*

Ben

0. *Pasienten har vanlig muskeltonus og bevegelse i ekstremitetene (armer og ben)*
1. *Pasienten har økende muskeltonus, stivhet, anspenhet, periodevis bøying/strekking av ekstremitetene*
2. *Pasienten har forhøyet muskeltonus, bena tett opptrukket, overdrevent bøying/strekking av ekstremiteter, skjelvninger*

Aktivitet

0. *Pasienten beveger seg lett og fritt, har normal aktivitet/begrensninger*
1. *Pasienten skifter stillinger, er forsiktig og vegrer seg mot bevegelser, har spent overkropp, presser på en del av kroppen*
2. *Pasienten er i en fiksert stilling, rugger, beveger hode fra side til side, gnir på en kroppsdel*

Gråt

0. *Pasienten ikke gråter/stønner våken eller sovende*
1. *Pasienten tidvis stønner, gråter, klynker, sukker*
2. *Pasienten ofte/konstant stønner, gråter, grynter*

Trøstbarhet

0. *Pasienten er rolig og ikke trenger trøst*
1. *Pasienten innen ½ - 1 minutt lar seg trøste av berøring eller av å bli snakket til*
2. *Pasienten trenger trøst hele tiden eller er umulig å trøste*

Skåringskjema for FLACC

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)			
Kategorier	0 poeng	1 poeng	2 poeng
Ansikt	Ingen spesielle uttrykk eller smil	Av og til grimaser eller rynker pannen, tilbaketrasket, uinteressert	Hypig til konstant rynke i pannen, stram kjeve, skjelvende hake
Ben	Normal stilling eller avslappet	Urolige, rastløse, ansente	Sparker eller trekker bena opp
Aktivitet	Ligger rolig, normal stilling, beveger seg lett	Vrir seg, flytter seg frem og tilbake, ansent	Bøyd i kroppen, stiv eller rykninger
Gråt	Ingen gråt (våken eller sovende)	Stønner eller klynker, klager av og til	Gråter uavbrutt, skriker eller hulker, klager ofte
Trøstbarhet	Tilfreds, avslappet	Lar seg trøste av berøring, klemming eller ved å bli snakket med, kan avledes	Vanskelig å trøste eller roe

Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. Practice applications of research. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*. 1997;23:293-7. ©2002. Publisert med tillatelse fra University of Michigan. Oversatt til norsk og validert av Hanne Reinertesen mfl. ©2009

Vurdering av adferdspoeng og intervensjon FLACC:

Poengsum	Vurdering av adferdspoeng	Intervensjon
0	Avslappet og komfortabel	Ingen intervensjoner
1-3	Mildt ubehag	Omsorgsstøttende intervensjoner og skåring etter 10 minutter etter tiltak
4-6	Moderat smerte	Omsorgsstøttende intervensjoner og skåring hvert 10 minutt
7-10	Sterkt ubehag/smerte	Vurder andre tiltak som smertebehandling eller annen medisinsk behandling

4.5 Dokumentasjon av smerteskår

- Smerte og stress skal være et eget punkt i barnets behandlingsplan i DIPS
- Smerte-/stress verdi dokumenteres i pasientkurve; skår, hendelse og evt. intervensjon noteres
- Smerte-/stress verdi må vurderes sammen med andre vitale observasjoner og andre forhold ved/rundt barnet.
- Foreldres vurdering skal tillegges stor verdi

Forsiktig: Bruk av skåringsystem tilpasset barnets alder er viktig for korrekt smertesmåring.

5 Referanser

Eksterne referanser

1. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. Practice applications of research. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*. 1997;23:293-7.
2. Manworren RCB, Hynan LS. Practice applications of research. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale. *Pediatric Nursing*. 2003;29:140-6.
3. von Baeyer CL, Spagrud LJ. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain*. 2007 1//;127:140-50.
4. Schug S. A., Palmer G. M., Scott D. A., Alcock M., Halliwell R. & Flott J. F. (2020). Acute pain management: scientific evidence, fifth edition, 2020. In (pp. 1-1317). Retrieved from <https://www.anzca.edu.au/getattachment/38ed54b7-fd19-4891-9ece40d2f03b24f9/Acute-Pain-Management-Scientific-Evidence-5th-edition#page=>
5. Ross A., Young J., Hedin R., Aran G., Demand A., Stafford A., . . . Vassar M. (2018). A systematic review of outcomes in postoperative pain studies in paediatric and adolescent patients: towards development of a core outcome set. *Anaesthesia*, 73(3), 375- 383. doi:10.1111/anae.14211
6. Zielinski J., Morawska-Kochman M. & Zatonski T. (2020). Pain assessment and management in children in the postoperative period: A review of the most commonly used postoperative pain assessment tools, new diagnostic methods and the latest guidelines for postoperative pain therapy in children. *Advances in Clinical & Experimental Medicine*, 29(3), 365-374.
7. Crellin, D. J., Harrison, D., Santamaria, N., & Babl, F. E. (2015). Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry and Consolability scale for assessing pain in infants and children: is it reliable, valid, and feasible for use? *Pain*, 156(11), 2132-2151.
8. Olsson E, Ahl H, Bengtsson K, Vejayaram DN, Norman E, Bruschetti M, et al. The use and reporting of neonatal pain scales: a systematic review of randomized trials. *Pain*. 2021;162(2):353-60
9. Voepel-Lewis T, Zanotti J, Dammeyer JA, Merkel S. Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*. 2010;19:55-62.
10. Johansson M, Kokinsky E. The COMFORT behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. *Nursing in Critical Care*. 2009;14:122–30.
11. Avital ORBM, Schub TB. Pain Assessment in Children. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2019. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T700311&site=nup-live&scope=site>
12. Reinertsen H, Christophersen K-A, Helseth S. Validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet FLACC. *Sykepleien Forskning*. 2014;9(2):132-40
13. https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-neonatal-pain?search=neonatal%20pain&source=search_result&selectedTitle=1~19&usage_type=default&display_rank=1#H1056045666
14. Vederhus B. et al; Psychometric testing of a Norwegian version of the Premature Infant Pain Profile: An acute pain assessment tool. A clinical validation study; <http://onlinelibrary.Norsk artikkel- B. Vederhus>
15. Lundqvist P, Kleberg A, Edberg AK, Larsson B, Hellstrøm-Westas L, Norman L; Development and psychometric properties of the Swedish ALPS-Neo pain and stress assessment scale for newborn infants; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12672/pdf>

Interne referanser

6 Endringer siden forrige versjon

26/5-25: Lagt i nytt EK format. Fjernet PIPP-R og erstattet med FLACC