

Principper for bedste praksis

Minimering af SÅRSMERTE ved bandageskift

– verdenskonsensusdokument om minimering af sårsmerte ved bandageskift

Et initiativ fra World Union of Wound Healing Societies

EKSPERTARBEJDSGRUPPE

Michelle Briggs, Leeds University (Storbritannien)
 Frank D. Ferris, San Diego Hospice & Palliative Care (USA)
 Chris Glynn, Churchill Hospital, Oxford (Storbritannien)
 Keith Harding, University of Wales College of Medicine, Cardiff (Storbritannien)
 Deborah Hofman, Churchill Hospital, Oxford (Storbritannien)
 Helen Hollinworth, Suffolk College, Ipswich (Storbritannien)
 Diane L. Krasner, Rest Haven, York (Storbritannien)
 Christina Lindholm, Karolinska University Hospital, Stockholm (Sverige)
 Christine Moffatt, CRICP, Thames Valley University, London (Storbritannien)
 Patricia Price, University of Wales College of Medicine, Cardiff (Storbritannien)
 Marco Romanelli, University of Pisa (Italien)
 Gary Sibbald, University of Toronto (Canada)
 Mike Stacey, University of Western Australia (Australien)
 Luc Téot, University Hospital Montpellier (Frankrig)

FORORD

Dette dokument er et uddannelsesinitiativ fra World Union of Wound Healing Societies. Det er baseret på to skelsættende dokumenter: Et positionsdokument fra European Wound Management Association (EWMA) om smerte ved bandageskift "Pain at wound dressing changes"¹ samt et tillæg i Ostomy Wound Management med titlen "Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach"². Som et internationalt uddannelsesinitiativ er dette dokument tilegnet alle, der beskæftiger sig med sårbehandling over hele verden.

De anvendte principper i dette dokument er baseret på udsagn fra de to ovennævnte dokumenter samt på den internationale ekspertarbejdsgruppes konsensusdokument (se nedenfor)³. For at konceptet med bedste praksis skal gøre en reel forskel i patientplejen bør klinikerne tage disse anbefalinger til sig og dele dem med kollegaer, patienter og plejepersonale.

Professor Keith Harding

PRINCIPPER FOR BEDSTE PRAKSIS

Smerter, der ikke afhjælpes, har en negativ effekt på sårhelingen og påvirker patientens livskvalitet. Smerter i forbindelse med bandageskift kan håndteres med en kombination af nøjagtig bedømmelse, passende valg af bandage, veluddannet personale i sårbehandling og individuelt tilpasset smertebehandlingsforløb. Både af terapeutiske og menneskelige årsager er det vigtigt, at klinikerne ved, hvordan de skal bedømme, evaluere og håndtere smerte.

En grundlæggende viden om smertefysiologi vil være en hjælp for alle, der har med sårbehandling at gøre, for at få en forståelse af patientens smerteoplevelse.

Det er fundamentalt at forstå, at sårsmarter er flerdimensionale, og at patientens psykosociale miljø har en indflydelse på og påvirker den fysiske oplevelse af smerte.

Udgivet af:

Medical Education Partnership Ltd, 53 Hargrave Road, London N19 5SH. Tlf.: 020 7561 5400. Fax: 020 7561 5401
 E-mail: info@mepltd.co.uk. Internet: www.mepltd.co.uk
 Støttet med uddannelsesstøtte fra Mölnlycke Health Care.
 Holdningerne i dette dokument er ikke nødvendigvis et udtryk for Mölnlycke Health Care's holdning.

World Union of Wound Healing Societies

Sekretariat: MF Congrès, 8 rue Tronchet, 75008 Paris, Frankrig
 Tlf.: 00 33 1 40 07 11 21. Fax: 00 33 1 40 07 10 94. www.wuwhs.org

Dette dokument blev præsenteret på WUWHs kongres i Paris, Juli 2004.
 Støttet med uddannelsesstøtte fra Mölnlycke Health Care.
 Støttet med uddannelsesstøtte fra Mölnlycke Health Care.
 Holdningerne i dette dokument er ikke nødvendigvis et udtryk for Mölnlycke Health Care's holdning.

Følgende tekst er en komplet oversættelse af dokumentet til dansk. Oversættelsen er sket med tilladelse fra Medical Education Partnership Ltd samt fra World Union of Wound Healing Societies og er betalt af Mölnlycke Health Care i Danmark. Dokumentet kan downloades i original opsætning på engelsk, tysk, fransk, italiensk og spansk via www.wuwhs.org. Desuden kan dokumentet rekvireres i trykt udgave på engelsk hos: Mölnlycke Health Care A/S, tlf. 48 168 168

► Foreningen *International Association for the Study of Pain* definerer smerte som „en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsbeskadigelse, eller beskrevet som om en sådan vævsskade forelå“ (www.iasp-pain.org).

FORSTÅELSE AF SMERTETYPER

Smerte kan inddeles i to typer: nociceptiv og neuropatisk smerte. Nociceptiv smerte defineres som en hensigtsmæssig fysisk reaktion på en smertefuld stimulus. Den kan involvere akut eller kronisk inflammation. Akut nociceptiv smerte optræder som et resultat af vævsbeskadigelse og er som regel tidsbegrænset. Hvis sår heler langsomt, kan en forlænget inflammatorisk reaktion forøge følsomheden i både såret (primær hyperalgesi) og i det omkringliggende hudområde (sekundær hyperalgesi).

Neuropatisk smerte defineres som en ikke-hensigtsmæssig reaktion forårsaget af en primær læsion eller dysfunktion i nervesystemet. Nervebeskadigelse er den oftest forekommende årsag til den primære læsion, som kan skyldes trauma, infektion, stofskiftelidelser eller cancer. Neuropatisk smerte er en væsentlig faktor i udviklingen af kronisk smerte. Den associeres ofte med ændret eller ubehagelig smertefølelse, hvor enhver sensorisk stimulus, f.eks. en let berøring, et let tryk eller en ændring i temperaturen kan fremkalde stærk smerte (allodyni). Klinikerne skal erkende, at denne smertetype kræver en særlig farmakologisk håndtering samt henvisning til en specialist, som er i stand til at diagnosticere (og behandle) neuropatisk smerte.

► **Patienter med øget sensibilitet, som føler smerte ved den mindste berøring, vil ofte opleve den smerte, der er forbundet med bandageskift, som uudholdelig.**

▶ ANVENDELSE I PRAKSIS

- Antag, at alle sår er smertefulde
- Smerte fra sår kan blive forstærket over tid
- Accepter, at huden omkring et sår kan blive følsom og smertende
- Accepter, at for nogle patienter kan selv den mindste berøring eller blot gennemstrømmende luft være yderst smertefuld
- Vær klar over, hvornår en henvisning til en specialist er påkrævet

SMERTEÅRSAGER**EN FASEINDELTE TILGANG**

Begreber som baggrundssmerte, mekanisk, procedural og operativ smerte kan bruges til at beskrive smertens årsag. Uanset smerteårsag påvirkes patientens oplevelse af hans/hendes psykosociale miljø.

Baggrundssmerte er den smerte, der føles i hviletilstand, når der ikke sker nogen manipulation af såret. Smerten kan være vedvarende (f.eks. som ved tandpine) eller tilbagevendende (f.eks. som krampe eller natlige smerter). Baggrundssmerter har også forbindelse til den årsag, der ligger til grund for såret, lokale sårfaktorer (f.eks. iskæmi, infektion og maceration) og anden tilknyttet patologi (f.eks. diabetisk neuropati, perifer vaskulær sygdom, rheumatoid arthrit og dermatologiske sygdomme). Patienten kan desuden opleve smerte, som ikke har forbindelse til såret, og som kan påvirke oplevelsen af baggrundssmerter (f.eks. helvedesild, slidgigt og cancer).

Periodisk smerte (udbrudssmerte) kan forekomme i løbet af de daglige aktiviteter, f.eks. bevægelse, ved hoste, eller fordi bandagen rykker sig.

Procedural smerte er et resultat af en rutinemæssig, grundlæggende procedure, f.eks. aftagning af bandage,

rensning eller applicering af bandage. Det kan være nødvendigt med både ikke-farmakologiske metoder og analgesi for at kontrollere smerten.

Operativ smerte er forbundet med et indgreb, som normalt udføres af en specialist, og som kræver bedøvelse (lokal eller hel) for at kontrollere smerten.

Psykosocial/miljø – faktorer som alder, køn, uddannelsesniveau, miljø og tidligere smertehistorie er alle faktorer, som kan påvirke patientens oplevelse af smerte og evne til at formidle smerten. Klinikere skal validere smerteoplevelsen og anerkende patientens tro på smertens årsag samt de mulige fordele ved forskellige former for smertebehandling.

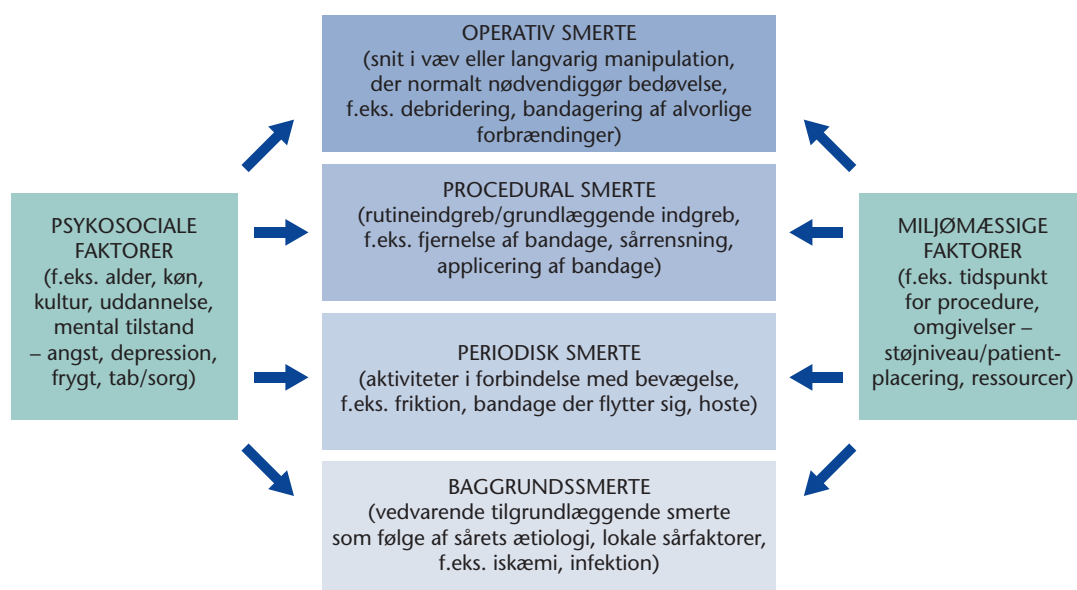
SMERTEBEDØMMELSE**EN FASEINDELTE TILGANG**

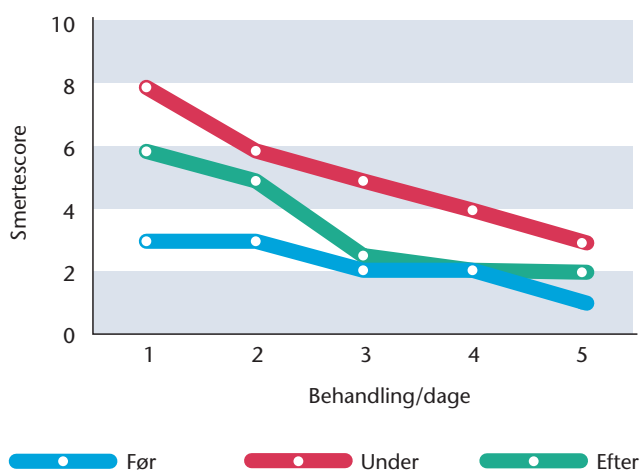
I kraft af de mange sårtyper og individuelle reaktioner er det umuligt at garantere, at ingen patienter mærker smerte, og det er vigtigt at sætte realistiske mål for hver patient. Patienterne må forvente at mærke noget under bandageskift, men målet må være at begrænse smerten og ubehaget til et minimum. Det kan kun ske, hvis patienten inddrages, og der benyttes en aftalt smertebedømmelsesmetode, som indebærer en faseinddelt tilgang til at vurdere og om nødvendigt ændre valget af og timingen for eventuelle analgetika og/eller indgreb.

Der skal foretages *en indledende bedømmelse* af en erfaren kliniker. Dette omfatter en fuldstændig smertehistorie, der skaber et billede af baggrundssmerte, periodisk, procedural og operativ smerte. Det kan være nyttigt at udarbejde et diagram over kroppen, der viser, hvor smerten sidder, især hvis der er flere smertefulde områder, der skal vurderes hver for sig. Denne bedømmelse giver viden om såret og patientens smerteoplevelse og placerer det i et patientfokuseret miljø.

Årsager til sårsmerte

For at kunne foretage en effektiv bedømmelse og behandling er det vigtigt at forstå, at smerte kan inddeles i forskellige faser. Smerte i forbindelse med et klinisk indgreb er en smerte, som kommer oven i baggrundsmerten (dvs. smerten i hviletilstanden) og den periodiske smerte (dvs. udbrudssmerten).





Smertescoring kan bidrage til at afsløre tendenser

I denne hypotetiske graf er smertescoren registreret før, under og efter bandageskift. Smerten er tydeligvis værst under proceduren, og en kombination af hensigtsmæssig behandling, pauser og justeringer af metode og valg af sårbandage resulterer i et fald i styrken. Dette indvirker også på smerteoplevelsen efter proceduren.

Bedømmelsen skal også forsøge at undersøge faktorer som følelser, iagttagelser og forventninger samt smertens betydning og indflydelse på dagligdagen/familielivet. Klinikeren skal være god til at lytte og til at danne sig et billede af patientens overbevisninger i forbindelse med smerte ved at stille enkle spørgsmål som: „Hvor tror du, smerten kommer fra?“ eller „Hvad hjælper dig til at klare smerten?“ Uddannede klinikere kan have brug for værktøjer som en Sickness Impact Profile (SIP)⁴ eller en vurdering af livskvalitet (Quality of Life Scale, QOLS).⁵

Der foretages en *løbende bedømmelse*, hver gang der foretages et bandageskift. Baggrundssmerte i såret og det omgivende væv samt eventuel ny lokal smerte bør bedømmes, og intensiteten anslås *før* bandageskift. Smerteintensiteten bør eventuelt også vurderes *under* og *efter* indgrebet. En dokumentering af dette i patientens journal muliggør en senere vurdering af, hvorvidt smerten øges eller mindskes med tiden. Hændelser i forbindelse med øget eller mindsket smerte bør også dokumenteres.

Sørg for, at den enkelte smertebedømmelse er individuel, relevant og ikke bliver en yderligere stressfaktor

Der skal foretages en *generel bedømmelse* af en erfaren kliniker som led i en grundigere gennemgang af journalen og løbende evaluering af behandlingsstrategi og fremskridt. Det, der udløser smerten og reducerer smerten, skal identificeres og dokumenteres. Detaljer, f.eks. dokumenterede smertescorer, kan fremlægges grafisk, hvilket gør det muligt at evaluere tendenser, som udvikler sig over tid, og ændringer i praksis, f.eks. forebyggende analgesi. En audit gennemgang kan også afdække ukendte forhold, f.eks. forskellige smerteniveauer efter behandling foretaget af forskellige behandlere.

BEDØMMELSESSTRATEGIER

SMERTE ER DET, PATIENTEN SIGER, DET ER, MEN I NOGLE TILFÆLDE SIGER PATIENTEN IKKE NOGET

Bedømmelsen skal altid inddrage patienten. I særlige tilfælde, f.eks. i forbindelse med små børn, der ikke kan tale, skrøbelige ældre eller kognitivt handicappede, er der brug for større tålmodighed og forståelse. I sådanne situationer skal der træffes foranstaltninger til at sikre en grundig vurdering af patienternes behov for smertebehandling. Det kan være vanskeligt at isolere smerte fra generel angst, uro, misfornøjelse eller gener, men en omsorgsfuld tilgang kan gøre meget for at lette smerterne.

Alder, kultur og forskelle i fortolkningen af smerte eller de ord, der bruges til at beskrive den, kan gøre det vanskeligt at være medfølelse med patienterne, især hvis den rapporterede smerte synes ude af proportion med de opfattede stimuli. I det mindste skal man tro på og respektere patientens følelser.

Smertebedømmelse ved hjælp af spørgsmål

Klinikere skal begynde med at lytte til patienterne og iagttage deres reaktioner (se side 97). Smertebedømmelse kan være så grundlæggende som at spørge, hvordan patienten har det, både generelt og specifikt i forhold til baggrundssmerte, mekanisk smerte og procedural smerte. Klinikere skal stille spørgsmål for at få oplysninger om, hvad der f.eks. udløser smerter, eller hvordan smerten føles, og så lytte til og iagttage patientens adfærd, idet nogle patienter måske modificerer svaret, så de ikke opfattes som vanskelige eller besværlige.

Andre indikatorer

Praksis i forbindelse med bandageskift giver mulighed for at undersøge såret for faktorer, som kan påvirke smerten, f.eks. tegn på inflammation og infektion. Det kan omfatte forsinket heling, sårforværring, eksem, pusdannelse, varme, ødem og lugt. Desuden kan den omkringliggende huds tilstand, og hvorvidt der er tegn på bandage vedhæftning (for tør) eller rigelig eksudat (for våd), nekrose eller maceration, give nyttige oplysninger.

MÅLING AF SMERTEINTENSITET

De grundlæggende principper for smertebedømmelse skal være ens for alle sårtyper. Målet er at mindske smerten mest muligt og skabe de bedste forhold for sårheling. Smertescoring er et vigtigt redskab til sårbehandling. Hvis smerten bliver værre, kan det indikere helingsproblemer, f.eks. infektion, eller brug af en uhensigtsmæssig behandling, f.eks. forkert bandagetype.

Klinikere bør ikke bare spørge: „Gør det ondt, ja eller nej?“, men „Hvordan bedømmer du smerten?“ Det absolutte tal på smerteskalaen er mindre vigtigt end retningen, det bevæger sig i, medmindre der er tale om et ekstremt tal. Hvis smertehåndteringen er korrekt, så skal retningen være nedadgående (dvs. aftagende).

En uacceptabel baggrundssmerte eller ukontrolleret smerte under eller efter bandageskift kan nødvendiggøre en ændring i behandlingen. Der kan opstilles individuelle mål for den enkelte patient, men som en tommelfingerregel skal smerter, der bedømmes som „moderate“ eller giver scorer over 4 (på en skala fra 1-10) eller over

40% af alle andre scoringsskalaer medføre pauser, yderligere og/eller forbedret vedligeholdelsesanalgesi og en gennemgang af den valgte bandage eller skifteprocedure. Scorer, som fortsat ligger over 4, må anses at indikere ukontrollerede smerter⁶. Scorer under 4 (eller under 40% af området) kan indikere et ubehagsniveau, som er acceptabelt, uden vedvarende smerter. Men det er vigtigt, at dette holdes under observation.

HVILKEN SMERTESKALA?

Regelmæssig, systematisk brug af en smerteskala giver en metode til at måle virkningen af valget af analgetika og sårbehandling. Der findes ikke ét redskab, som egner sig til alle patienter, og det er vigtigt, at både kliniker og patient forstår det anvendte scoringssystem, og hvordan det skal fortolkes. Valget af skala afhænger af individuelle patientbehov og/eller omstændigheder, men når den først er valgt, skal den samme skala bruges for at sikre ensartetheden i dokumentationen (se side 97).

Visuelle skalaer omfatter ansigtsskalaen, som benytter tegnede ansigter, hvor et smilende ansigt angiver „ingen smerte“ og et tårevædet ansigt den „voldsom smerte“. Den visuelle analoge smerteskala (VAS) tegnes typisk som en 10 cm lang linje, der angiver et kontinuum mellem to ekstremer, f.eks. fra „ingen smerte“ til „voldsom smerte“. Patienterne bliver bedt om at pege på et sted på linjen, som bedst angiver deres smerteniveau. Denne score måles og registreres derefter.

Numeriske og verbale skalaer: Med den numeriske bedømmelsesskala (NRS) får patienten vist en række tal (f.eks. 0-10), som angiver området fra ingen smerte til voldsom smerte. Patienten bliver bedt om at vælge et tal på skalaen, som bedst placerer vedkommendes smerteniveau på den pågældende skala. Den verbale bedømmelsesskala (VRS) er en af de enkleste skalaer at bruge og består normalt af højst fire eller fem ord (f.eks. „ingen“, „mild“, „moderat“ og „stærk“).

Smertedagbøger – løbende smertescoring

Smertedagbøger er en personlig, detaljeret redegørelse af smerteoplevelsen, ikke blot under bandageskift, men også når patienterne udfører deres daglige rutiner. En smertedagbog kan kombinere en kort beskrivelse med et personligt vurderingsredskab, som patienterne kan bruge til at bedømme deres smerte på bestemte tidspunkter i løbet af dagen. Det kan opbygge et billede af problemer med baggrundssmerter og hjælpe med at evaluere smertene ved bandageskift.

Antag, at alle patienter kan bruge en smerteskala, indtil andet er bevist. Regelmæssig smertescoring under bandageskift kan have væsentlig indflydelse på behandlingen.

PROFESSIONELLE ASPEKTER

Et afgørende element i udbredelsen af bedste praksis er konceptet med professionel ansvarlighed. Patienten har krav på en vis professionel standard fra klinikere og

plejepersonale, og klinikere kan holdes ansvarlige af den tilsynsførende myndighed. Det betyder endvidere, at klinikere har ansvaret for den plejekvalitet, der ydes af det plejepersonale, som arbejder under deres ledelse. Manglende kendskab til moderne viden og metoder er ingen undskyldning.

Hvis en patient har stærke smerter under bandageskift, er det forsømmeligt at gentage proceduren uden tilstrækkelig smertelindring. Systematiske og dokumenterede patientcentrerede smertebedømmelser, som kan medføre ændringer af praksis eller passende henvisning, hvor det er nødvendigt, er tegn på god plejekvalitet.

! Patienters tidligere negative smerteoplevelse kan medføre stigende forventninger om smerter.

SMERTEBEHANDLING

Hver enkelt person og hvert enkelt sår bør have en individuel behandlingsplan: ukontrollerede smerter bør signalere en øjeblikkelig justering af den pågældende plan. Sår er forskellige med hensyn til deres oprindelse og udsigter til heling, hvilket har potentielle implikationer for sandsynligheden for og sværhedsgraden af oplevet smerte og bør være bestemmende for valget af behandlingsmuligheder samt strategier, der bruges ved bandageskift. Hensigten er at behandle alle smerteårsager, og klinikeren skal tage højde for patientens niveau af baggrundssmerter og mekaniske smerter før kliniske indgreb.

BAGGRUNDSSMERTE OG PERIODISK SMERTE Behandling af den tilgrundliggende årsag

Den vigtigste faktor ved lindring af baggrundssmerter er at behandle sårets tilgrundliggende ætiologi eller tilknyttede patologier i det omfang, det er muligt. Afhjælpning af sårets tilgrundliggende årsag vil sandsynligvis fremme helingen og kan falde sammen med en lindring af baggrundssmerter.

Afhjælpning af lokale faktorer, som forårsager sårsmerte

Klinikere skal overveje, hvordan de bedst behandler og håndterer faktorer, som kan ændre sårsmertens intensitet eller karakter. De metoder, der kan bruges til at håndtere lokale sår faktorer, er mange og forskelligartede. Klinikere skal følge lokale sårbehandlingsprotokoller og overveje, hvilke behandlingsmuligheder der er egnede, tilgængelige, økonomiske og praktiske i forhold til de gældende plejebetingelser.

▶ LOKALE SÅRFaktorER

Disse omfatter: iskæmi, infektion, svær tørhed eller omfattende ekssudat, ødem, dermatologiske problemer og maceration af den omkringliggende hud.

Overvejelse af forskellige analgetika

Klinikere skal altid arbejde hurtigt for at kontrollere baggrundssmerter og periodisk smerte med en kombination af egnede analgetika fra forskellige klasser. Verdenssund-

hedsorganisationen har udviklet en tretrinsskala til lindring af cancersmerter (www.who.int/cancer/palliative/painladder/en). Den egner sig endvidere til lindring af baggrundssmerte, eftersom almindelige, enkle analgetika (f.eks. orale ikke-opioider) er det første trin. Hvis smerten er ukontrolleret, kan svage opioider som f.eks. kodein eller tramadol derefter tilføjes eller anvendes alene. Et tredje trin, baseret på en komplet evaluering af de tidligere anvendte strategier, er tilføjelse af et stærkere opioid (f.eks. morfin).

▶ WHO'S ANALGESISKE SMERTESKALA

Trin 1: Ikke-opioid ± adjuvans

Trin 2: Opioid mod mild til moderat smerte (± ikke-opioid/adjuvans)

Trin 3: Opioid mod moderat til stærk smerte (± ikke-opioid/adjuvans)

BEMÆRK: Afhængigt af smertebedømmelsen kan det være relevant at starte på et højere trin

Co-analgetika

Nogle klasser af ikke-analgetika, f.eks. tricykliske antidepressiva og antikonvulsanter, kan indgives som yderligere behandling, eftersom de øger lindringen af neuropatisk smerte. De bør kun ordineres efter en komplet vurdering og grundig overvejelse af anden ordineret medicin og co-morbiditet.

▶ ANVENDELSE I PRAKSIS

- Baggrundssmerte og periodisk smerte skal være velkontrolleret for effektivt at minimere smerteintensiteten ved bandageskift.
- Klinikerne skal reagere hurtigt for at lindre smerte og forebygge fremkaldelse af smerter.
- Hvis et indgreb, f.eks. fjernelse af bandagen eller rensning af sår, forårsager stærkere smerter, der kræver mere aggressiv smertelindring, skal klinikerne genoverveje valget af behandling.

Minimering af risiko for utilsigtede hændelser

De overordnede klasser af almindelige analgetika gælder både for børn og ældre, men det kan være nødvendigt med en vis justering af doser og timing.

Eftersom alle analgetika er forbundet med bivirkninger, er det vigtigt at tage højde for mulige problemer og undgå analgetika med høj risiko. Der skal udvises forsigtighed hos især ældre, der tager anden medicin, f.eks. antikoagulanter, for at undgå interaktioner. Nedsat nyre- eller leverfunktion kan forsinke metabolismen af analgetika, og det skal overvejes at behandle bivirkningerne ved opioider, som kan medføre mere alvorlig forstoppelse hos ældre og øget kvalme hos yngre.

PROCEDURAL SMERTE

De fleste analgetika kan indgives inden en smertefuld hændelse („forebyggende midler“), men klinikere skal sikre, at der findes andre lægemiddelmuligheder, som kan bruges til behandling af smerter, der bliver ukontrollable („brandslukkere“). Hvis det har været nødvendigt at bruge analgetika på denne måde, bør det føre til bedre planlægning, næste gang behandlingsindgrebet udfø-

res. Analgesi kan fortsættes efter indgrebet, men hvis sårsmerten er vedvarende og dårligt kontrolleret, skal der foretages en evaluering af baggrundsmedicineringen.

■ **Der skal udarbejdes lokale politikker og protokoller af hensyn til et sikkert og effektivt ordineringsniveau. De skal evalueres og forbedres som en del af den vedvarende bedømmelse.**

▶ KLASSER AF ANALGETIKA

Opioider: Svage til stærke opioider er effektive mod moderate til svære smerter. Der findes langtidsvirkende og langsomt frigivende formuleringer mod baggrundssmerte, men orale, bukkale eller sublinguale opioider kan også bruges som hurtigtvirkende supplerende analgetika til behandling af smerter i forbindelse med mere invasive eller følsomme indgreb. Det skal overvejes at bruge stærke opioider efter behov i tilfælde, hvor smerterne er vanskelige at kontrollere og interfererer med udførelsen af eller patientens tolerance over for indgrebet.

NSAID'er: Ikke-steroide anti-inflammatoriske lægemidler dæmper perifer følsomhed og er især nyttige til at kontrollere den bankende eller dunkende smerte, som patienten føler efter et indgreb. Så længe der ikke er kontraindikationer, skal disse indgives 1-2 timer inden indgrebet for at opnå maksimal effekt, når der er mest brug for det. Der skal dog udvises forsigtighed med hensyn til patienter i gruppen over 65 år samt patienter med kendte kontraindikationer (f.eks. sygdomshistorie med duodenalsår, koagulations- eller nyreproblemer).

Paracetamol (acetaminophen): Paracetamol (acetaminophen) kan indgives alene eller i kombination med et andet analgetikum (f.eks. kodein eller morfin) 1-2 timer inden bandageskift.

Topikale lokale anæstetika: I små doser kan topikale lokale anæstetika (f.eks. lidokain) give en vis følelseløshed i en kort periode. Det kan være nyttigt under et bestemt indgreb eller en operation, men bør ikke bruges som den eneste metode til smertelindring.

50% lattergas og 50% oxygengas: Denne blanding af gasser kan bruges sammen med andre smertelindrende metoder, men regelmæssig anvendelse kan være forbundet med knoglemarvsdepression.

BEMÆRK:

Se www.epeconline.net/EPEC/Media/ph/module4.pdf for at få oplysninger om generelle doser til smertelindring.

Forberedelse af miljøet: Forbered, Planlæg, Forebyg

For at *Forebygge* smerte er *Forberedelse* og *Planlægning* afgørende for en effektiv behandling:

- Vælg et egnet ikke-stressende miljø – luk vinduer, sluk mobiltelefoner osv.
- Forklar patienten tydeligt, hvad der skal ske, og hvilken metode der skal anvendes.
- Vurdér behovet for faglært eller ufaglært assistance, f.eks. hjælp med at holde patientens hånd.
- Vær hensynsfuld ved placeringen af patienten for at minimere ubehag og undgå unødigt kontakt eller afdækning.

- Undgå afdækning af såret i længere tid, f.eks. mens der ventes på råd fra specialister.
- Undgå unødvendig stimulering af såret – håndtér såret varsomt, og vær opmærksom på, at den mindste berøring kan medføre smerter.
- Involver patienten i hele forløbet – ved at tale meget med patienten og bruge smerteredskaber kan man få feedback med det samme.
- Overvej forebyggende analgesi.

I visse tilfælde kan bandage-relaterede procedurer blive mere smertefulde med tiden, og en ny bedømmelse skal foretages, hver gang proceduren udføres.

Ved at lytte til og involvere patienten kan indgrebet hurtigt afbrydes, så patientens komfortniveau kan genoprettes. På dette tidspunkt kan analgesi gives som supplement, og den kliniker, der skal forstå, hvad patienten opfatter som den smerteudløsende og smertelindrende faktor, kan overveje, hvordan forløbet bedst fortsættes. Det anbefales at få patienten til at trække vejret langsomt og rytmisk for at distrahere vedkommende og mindske angsten.

► PROCEDURALE INDGREB

Der er mange forskellige bandage-relaterede procedurer. Bestemte indgreb kræver bestemt håndtering, men følgende generelle principper skal overvejes:

- Vær opmærksom på den aktuelle smertestatus.
- Vær opmærksom på og undgå om muligt „smerteudløser“.
- Vær opmærksom på og brug om muligt smertelindrende midler.
- Undgå unødvendig manipulation af såret.
- Benyt enkle patientstyrede metoder, f.eks. tælle op og ned, fokusere på åndedrættet eller lytte til musik.
- Genovervej behandlingsmuligheder, hvis smerten bliver utålelig, og dokumentér det som en utilsigtet hændelse.
- Betragt såret og den omkringliggende hud for at se, om der er tegn på infektion, nekrose, maceration osv.
- Tag højde for produktets eller opløsningens temperatur, inden det påføres såret.
- Undgå for stort tryk fra bandage eller tape.
- Følg producentens anvisninger ved brug af en bandage eller teknologi.
- Vurdér, hvor behageligt indgrebet og/eller anvendt bandage er efter indgrebet.
- Det er vigtigt med løbende evaluering og ændring af smertelindringsplanen og behandlingsindgrebet, da sår ændres med tiden.
- Mere avancerede ikke-farmakologiske metoder, der kræver specialuddannelse eller faglært personale, f.eks. brugen af hypnose eller terapeutisk berøring, kan overvejes.

Aftagning af bandage

Det er vigtigt, at klinikerens er klar over den smerte, som kan påføres under aftagning af bandagen. Ved at tale med patienten er det muligt at finde frem til den bedste måde at fjerne bandagen på – patienten vil måske selv fjerne bandagen. Patienten skal have mulighed for at angive en score for smerteintensiteten for at evaluere praksis. Aftagning af bandagen kan medføre skade, især på sart

helende væv i såret og den omkringliggende hud. Det er derfor vigtigt at overveje brug af bandager, der fremmer helingen af fugtige sår (f.eks. hydrogeler, hydrofibre) og er kendt for at være atraumatiske⁷ ved aftagning (f.eks. bandager med blød silikone).

► **Valget af bandage skal tages op til fornyet overvejelse, hvis der er brug for udblødning med henblik på fjernelse, eller fjernelse skaber blødninger/traumer i såret eller det omkringliggende væv**

Valg af bandage

En korrekt afpasning af bandage egenskaber/parametre mod sårets og den omkringliggende huds tilstand er med til at håndtere smerten. Faktorer, der påvirker valget af bandage, skal omfatte hensigtsmæssighed i forhold til sårtype og -tilstand. Følgende bandageparametre bør tages i betragtning:

- Fastholdelse af fugtig sårheling
- Atraumatisk over for såret og den omkringliggende hud
- Sugsevne (væskehåndtering/retentionsevne)
- Allergipotentialer.

Klinikerens bør, hvor det er hensigtsmæssigt, vælge bandager, der skal blive siddende i længere perioder for at undgå hyppig fjernelse. Det er desuden nødvendigt at vurdere valget af bandage, når såret ændres, da noget af den smerte, som patienten oplever, kan skyldes valg af bandage: Det, der var et godt valg på 1. dagen, bliver et dårligt valg på 5. dagen, når tilstanden har ændret sig.

► UDFORDRING AF MYTER

Klinikerens skal udfordre de formodninger, der ligger til grund for deres overbevisninger og attituder, da der er en række almindelige misforståelser om mindskelsen af traumer og smerte. Disse omfatter:

Myte 1 „Våde til tørre bandager er stadig den gyldne standard i forbindelse med sårbehandling“

Klæbende gaze kan forstyrre det sarte helende væv og fremkalde store smerter

Myte 2 „Gennemsigtig film er den bedste forbindelse til behandling og reduktion af smerte ved hudrifter og andre mindre akutte sår“

Forkert brug af gennemsigtig film er en hyppig årsag til hudrifter

Myte 3 „Papirtape er den mindst smertefulde måde at fastgøre en forbindelse på“

Øget nervefølelse i et stort område omkring et sår kan gøre fjernelsen af selvklæbende tape smertefuld

Myte 4 „At trække en bandage af hurtigt i stedet for langsomt mindsker smerten ved bandageskift“

Denne metode kan påføre vævsbeskadigelse og traumatisk smerte

Myte 5 „Brug af hudforsegling på huden omkring sår reducerer risikoen for smerter og trauma“

Hudforsegling giver kun et tyndt topisk lag og beskytter ikke de dybe dermale lag

Myte 6 „Mennesker med diabetiske fodsår oplever ikke smerte“

Der kan være et vist tab af perifer nervefølelse, men også øget følsomhed

Myte 7 „Smerte kommer fra såret.

Nerverne i det omgivende væv i huden spiller en lille rolle“

Rygmarvens reaktioner over for indkommende smertesignaler kan give anledning til abnorm følsomhed i det omgivende område (allodyni)

Myte 8 „Den eneste måde at behandle sårsmerte på er indgivelse af orale smertestillende midler 30-60 minutter inden bandageskift“

Orale smertestillende midler kan give nogen lindring, men bør ikke betragtes som den eneste løsning. Der skal ske en fuldstændig smertebedømmelse for at evaluere og finjustere den foreskrevne behandling

SPØRGSMÅL TIL BEDØMMELSE AF SMERTENS KARAKTER

Har patienten baggrundssmerter og/eller periodiske smerter?

Kvalitet: Beskriv smerten eller ømheden i såret i hviletilstand. Er smerten bankende eller dunkende (sandsynligvis nociceptiv smerte), eller er den skarp, brændende eller snurrende (sandsynligvis neuropatisk smerte)?

Placering: Hvor sidder smerten? Er den begrænset til det umiddelbare område omkring såret, eller kan du mærke den i det omgivende område? Overvej at udarbejde et kort over kroppen.

Udløsende faktorer: Hvad forværrer smerten? Udløser berøring, tryk, bevægelse, placering, indgreb om dagen i forhold til om natten smerten?

Reducerende faktorer: Hvad mindsker smerten? Lindrer analgesi, badning, elevation af benene osv. smerten?

Oplever patienten smerte under eller efter sårbandageringen?

Kvalitet: Beskriv smerten sidste gang, bandagen blev skiftet

Placering: Hvor sad smerten? Var den begrænset til det umiddelbare område omkring såret, eller kunne du mærke den i det omgivende område?

Udløsende faktorer: Hvad var mest smertefuldt, f.eks. udskiftning af bandage, rensning, pålægning af bandage, afdækning af såret?

Reducerende faktorer: Hvad hjalp til at reducere smerten, f.eks. ophold udendørs, langsom fjernelse af bandage, at du selv fjernede bandagen osv.?

Timing: Hvor lang tid gik der, før smerten faldt til ro?

MÅLING AF SMERTEINTENSITET

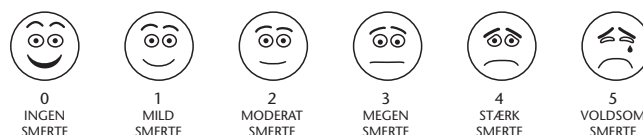
Skalaer over smerte kan registrere tendenser i smerteintensiteten før, under og efter proceduren, og når de bruges sammen med hensigtsmæssige bedømmelsesstrategier, giver de en bred forståelse for patientens smerteoplevelse.

En simpel rutinemæssig smertescoring i forbindelse med sårbandagering kan i høj grad indvirke på behandlingen.

SMERTESKALAER

Wong-Baker ansigtsskala

Bed patienten om at vælge det ansigt, der bedst beskriver, hvordan han/hun har det



Fra Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winklestein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing (ed 6), St Louis 2001, s 1301. Ophavsretligt beskyttet af Mosby Inc. Genoptrykt med tilladelse.

Visuel analog skala

Bed patienten om at vælge et punkt på kontinuert, der bedst afspejler, hvordan han/hun har det



Numerisk bedømmelsesskala

Bed patienten om på en skala fra 0-10, hvor 0 = ingen smerte og 10 = værste mulige smerte, at vælge det tal, der bedst udtrykker hans/hendes nuværende smerteniveau

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

Verbal bedømmelsesskala

Spørg patienten om, hvilke ord der bedst beskriver hans/hendes nuværende smerteniveau

INGEN SMERTE MILD SMERTE MODERAT SMERTE STÆRK SMERTE

Referencer

- European Wound Management Association. Positionsdokument: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002. Fås på www.ewma.org
- Reddy M, Kohr R, Queen D, Keast D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach. *Ostomy Wound Management* 2003; 49 (4A Suppl): 2-15.
- Best practice: minimising pain at wound dressing changes. Referat fra ekspertmøde. Amsterdam, 23.-24. september 2003.
- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19(8):787-805.
- Flanagan JC. En forskningstilgang til forbedret livskvalitet. *American Psychologist* 1978; 33:138-147.
- Raising the Standard: A compendium of audit recipes. Royal College of Anaesthetists, 2000. Fås på www.rcoa.ac.uk
- Thomas S. Atraumatic dressings. www.worldwidewounds.com/2003/january/Thomas/Atraumatic-Dressings.html