



Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Jan Inge Berg og Ann-Kristin Karlsen

Veileder: Wenke Moldjord

Bacheloroppgave i sykepleie

Smerter uten ord

Pain Without Words

BASY 2014

2017

Antall ord: 11 763

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Innholdsfortegnelse

NORSK SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 AVGRENSNING	6
2. TEORI	7
2.1 PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING.....	7
2.1.1 Begrepsavklaring	7
2.1.2 Hva innebærer moderat grad av psykisk utviklingshemming.....	8
2.2 KOMMUNIKASJON.....	8
2.2.1 Nonverbal kommunikasjon.....	9
2.3 SMERTER.....	9
2.3.1 Sensoriske dysfunksjoner og smerteadfred hos psykisk utviklingshemmede	10
2.3.2 Konsekvenser ved ubehandlet postoperativ smerte	11
2.3.3 Smertekartlegging	12
2.4 SYKEPLEIEPROESSEN.....	13
2.5 OBSERVASJONER OG KLINISKE VURDERINGER.....	13
2.6 IDA JEAN ORLANDO'S SYKEPLEIETEORI	15
2.6.1 Ida Jean Orlando og observasjoner.....	16
2.7 YRKESETISKE RETNINGSLINJER FOR SYKEPLEIERE	17
3. METODE	18
3.1 VALG AV METODE	18
3.2 LITRATURSØK OG DATABASER	18
3.3 PRESENTASJON AV LITTERATUR OG KILDEKRITIKK	19

3.4	EGNE ERFARINGER	23
4.	DRØFTING	24
4.1	INDIREKTE OBSERVASJONER	24
4.2	DIREKTE OBSERVASJONER:	26
4.3	KLINISKE VURDERINGER	29
4.4	KARTLEGGINGSVERKTØY	33
5.	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	37
6.	LITTERATURLISTE	38
7.	VEDLEGG	42
7.1	VEDLEGG NR. 1	42
7.2	VEDLEGG NR. 2	43
7.3	VEDLEGG NR. 3	44
7.4	VEDLEGG NR. 4	45
7.5	VEDLEGG NR. 5	46
7.6	VEDLEGG NR. 6	46
7.7	VEDLEGG NR. 7	47
7.8	VEDLEGG NR. 8	48

Norsk sammendrag

Mennesker med psykisk utviklingshemming uten evne til verbal kommunikasjon oppfattes som en utfordrende pasientgruppe for sykepleiere som arbeider i sykehus. Dette er fordi sykepleieren ofte ikke er vant til å arbeide med denne pasientgruppen, og har dermed varierende, ofte lite kunnskap om dem. Samtidig kan pasientgruppen ha flere diagnoser i tillegg til sin psykiske utviklingshemming som kan føre til behov for kirurgi og sykehusopphold. Vurderinger og kartlegging i forhold til om denne typen nonverbale pasienter har smerter, oppleves som utfordrende for sykepleiere og blir ansett som en kompleks sykepleiehandling, til tross for det er grunnlag for å mistenke smerter i en postoperativ situasjon. Formålet med oppgaven, som er basert på faglitteratur og forskning, var å finne ut hvordan sykepleiere kan identifisere postoperative smerter hos mennesker med psykisk utviklingshemming uten verbal kommunikasjon. Informasjon om pasientens sykehistorie, medisinbruk, og adferd viser seg å være sentralt. Pasienten som informasjonskilde på nettopp disse punktene kan være vanskelig, og litteratur viser at sykepleieren kan ha behov for kontakt med pårørende eller helsepersonell som kjenner til pasienten fra tidligere. Flere kilder viser at endret adferd og endring og økning i fysiologiske parametere kan være faktorer som kan være til hjelp i identifiseringen av smerte. Disse kan oppdages ved hjelp av at sykepleieren utfører nøyaktige observasjoner, kliniske vurderinger basert på teoretiske kunnskaper, erfaringer og kunnskap om pasienten nåværende situasjon, samt bruk av tilpasset kartleggingsverktøy for smerte.

1. Innledning

I fagartikkelen *Assessment, Physiological Monitoring and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain* står det beskrevet at sykepleiere er den største gruppen i helsevesenet som er ansvarlige for å vurdere smerte fortløpende hos pasienter, og samtidig sørge for at de blir tilstrekkelig smertestilt (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell & Polomano, 2008, s. 26). Dette fanger vår interesse ettersom det finnes ulike typer smerter og smerteårsaker. Samtidig er det mange forskjellige pasientgrupper i samfunnet vårt med ulike funksjoner og kommunikasjonsevner. Artikkelen skriver videre at pasienter ofte har dårlige erfaringer med smertebehandling i forbindelse med det postoperative løpet (Dunwoody et al. 2008, s. 26). Lindenskov & Bjørk konkluderte i sin forskning at erfarne sykepleiere opplevde det som vanskelig å kartlegge smerter hos pasienter uten evne til selvrapporing (2016, s. 12) Vi ønsker med dette å se nærmere på en av de mer utfordrende pasientgruppene, psykisk utviklingshemmede uten evne til verbal kommunikasjon, i forbindelse med postoperative smerter på sykehus.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Personer med psykisk utviklingshemming er en sårbar gruppe i vårt samfunn. De har ofte i tillegg til sin tilstand, både somatiske og psykiatriske tilleggs diagnoser, og mange av dem har utfordringer i forhold til kommunikasjon og dermed selvrapporing av sine behov. Vi har begge stiftet erfaring med denne pasientgruppen i forbindelse med jobb og praksis, og har erfart hvor vanskelig det kan være å tolke disse pasientenes behov, spesielt når de ikke kan konkretisere disse på en tydelig verbal måte.

Vi har valgt å sette gruppen psykisk utviklingshemmede i sammenheng med postoperative smerter på en kirurgisk sengepost på sykehus. En av sykepleierens funksjoner handler om å lindre smerter. For at sykepleieren skal kunne lindre smerter i sammenheng med denne oppgaven må smerten identifiseres først. Vi betrakter derfor oppgaven som aktuell for sykepleiefaget. Vi anser det også som en stor utfordring å identifisere smerter hos psykisk utviklingshemmede som mangler evne til tydelig kommunikasjon og selvrapporing. Oppgaven vil i hovedsak dreie seg om hvordan sykepleiere kan oppdage at pasienten har smerter. Vi vil ha fokus på blant annet observasjoner, endringer i adferd og kliniske vurderinger.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan vi som sykepleiere identifisere postoperativ smerte hos mennesker med moderat grad av psykisk utviklingshemming uten evne til verbal kommunikasjon?”

1.3 Avgrensning

Temaet vi har valgt for oppgaven er stor, og kan vinkles på ulike måter. Vi ser det derfor som nødvendig å avgrense oppgaven for å presisere det vi ønsker å finne svar på. Samtidig har denne oppgaven en ord- og tidsbegrensning som gjør det nødvendig for oss å regulere hva den skal inneholde. Ettersom behovet for sykepleie vil variere med grad av psykisk utviklingshemming (World Health Organization [WHO], 1999, s. 226) har vi valgt å ta for oss den moderate graden. Vi anser det også som sannsynlig at det er forskjeller mellom barn og voksne, og vi har valgt å ta for oss den voksne pasienten med psykisk utviklingshemming. Pasienten har gjennomgått et kirurgisk inngrep, har vært i det postoperative løpet i et par dager og befinner seg derfor på en kirurgisk sengepost på et sykehus. Vi har valgt den postoperative smerten ettersom mange av de psykisk utviklingshemmede har flere diagnoser i tillegg til sin tilstand (Melgård, 2000, ss. 24-25), og kan dermed ha større risiko for å trenge kirurgi i løpet av livet. Oppgaven vil i mindre grad inneholde pasientens psykiske helse og reaksjoner. I møte med den psykisk utviklingshemmede på sykehus har vi erfart at det ikke alltid er med følgespersonell, eller pårørende fra pasientens bosted. Vi velger derfor å avgrense slik at ingen av disse følger pasienten. Samtidig antar vi at behov for informasjon om pasienten er sentralt, og inkluderer dermed mulighet for å kontakte helsepersonell eller pårørende som kjenner pasienten og hans reaksjoner. Ettersom oppgaven går ut på å identifisere smerte, ekskluderes behandlingen av smerter, selv om vi også ser på dette som et interessant tema. Pasienten vil gjennom oppgaven bli referert til som ”pasienten”, ”han” eller ”den psykisk utviklingshemmede”, mens sykepleieren vil bli referert til som ”sykepleieren” eller ”hun”. Vi gjør dette bevisst for å få en bedre flyt i teksten. For å identifisere postoperativ smerte hos psykisk utviklingshemmede uten evne til verbal kommunikasjon på en kirurgisk sengepost vil vi fokusere på deler av sykepleieprosessen, kartleggingsverktøy for smerte og kliniske vurderinger.

2. Teori

2.1 Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming er ikke en diagnose, men en samlebetegnelse (Melgård, 2000, s. 17) for personer med en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjoner ved utviklingsstadiet. Dette er ferdigheter som blant annet berører det generelle intellekt, og som da påvirker de motoriske funksjonene, språk, sosiale ferdigheter og ikke minst de kognitive funksjonene. (WHO, 1999, s. 224). Betegnelsen psykisk utviklingshemming brukes først og fremst som en administrativ "diagnose" eller kategori i forhold til rettigheter for omsorg eller økonomisk støtte (Røkke, 1991, s. 31)

Det er ikke sjeldent at personer med psykisk utviklingshemming har psykiske eller somatiske sykdommer som følge av sin tilstand (Melgård, 2000, ss. 24-25). WHO estimerer at psykiske lidelser i denne gruppen er ca. 3-4 ganger høyere enn hos normal befolkningen (1999, s. 224).

WHO skiller med 4 grader av psykisk utviklingshemming: lett, moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming. (1999, ss. 225-228). Vi kommer til å utdype den moderate graden av psykisk utviklingshemming nærmere, ettersom vi tar for oss pasienten med denne graden i denne oppgaven.

2.1.1 Begrepsavklaring

I dag bruker vi i Norge betegnelsen Psykisk utviklingshemming, men tidligere brukte vi begreper som "idiot" og "åndssvak". I våre naboland bruker Danmark fortsatt betegnelsen "åndssvak", mens man i Sverige har tilnærmet seg den norske varianten med begrepet "utveklingsstønad". I den engelsk språkelige litteratur og fagspråk bruker man begrepet "mental retardation" (Melgård, 2000, s. 11), men vi har sett ut fra nyere forskningslitteratur at de nå bruker betegnelser som "intellectual disabilities" eller "developmental disabilities". Vi kommer i denne oppgave til å holde oss til begrepet psykisk utviklingshemmet.

2.1.2 Hva innebærer moderat grad av psykisk utviklingshemming

Personer med moderat grad av psykisk utviklingshemming har en sen utvikling i forhold til språk, og språkforståelse. Den språklige utviklingen varierer i denne gruppen, enkelte kan delta i enkle konversasjoner, mens andre bare er i stand til å uttrykke sine grunnleggende behov. Noen i denne gruppen lærer aldri å bruke språket, selv om de kan forstå enkle instruksjoner. Enkelte med moderat grad av psykisk utviklingshemming kompenserer for dette med å utvikle et tegnspråk for å uttrykke sine behov. Disse personene kan også ha en begrensning i sin utvikling av motorikk, og resultatet av dette vil bli at de har utfordringer i forhold til egenpleie og vil derfor trenge tilsyn gjennom livet. I denne gruppen finner vi også de som kan oppnå grunnleggende ferdigheter som lese, skrive og telle via spesialundervisning. De kan delta i sosial aktiviteter og utføre enkelt praktisk arbeid som er nøye strukturert og under veiledning. De blir derimot ikke helt selvstendige og trenger tilsyn gjennom livet (WHO, 1999, s. 226-227). Vi har valgt å ta for oss mennesket med psykisk utviklingshemming i moderat grad som ikke kan benytte seg av det verbale språket.

2.2 kommunikasjon

Begrepet «kommunikasjon» kommer fra det latinske ordet "communicare", og betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2007, s. 17). Et budskap skal formidles mellom to individer, og ved en direkte kommunikasjon kan dette skje ved verbal og nonverbal kommunikasjon eller bare ved nonverbal kommunikasjon. (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Et verbalt og nonverbalt budskap er ofte sammensatt, og selv om budskapet er tydelig må det fortolkes. Dette kan være en utfordring for personer med psykisk utviklingshemming, fordi det som nevnt i kapittel 2.1.2 kan ha utfordringer med innlæring av språk og språkforståelse. Dette innebærer at selv om de kan bruke ord i kommunikasjonen, så er det ikke dermed sagt at de forstår meningen bak dem. Dette gir derfor rom for misforståelser (Melgård, 2000, s. 23).

2.2.1 Nonverbal kommunikasjon

På grunn av et begrenset språk eller manglende språkforståelse vil det nonverbale språket ha en større betydning enn det verbale hos mennesker med psykisk utviklingshemming (Eide & Eide, 2007, s. 199). Dette er fordi det nonverbale språket er et responderende språk og viser både bevisst og ubevisst hvordan vi forholder oss til hverandre. Det er viktig at vi i forhold til de psykisk utviklingshemmede, har gode ferdigheter til å tolke den nonverbale kommunikasjonen de utviser. Dette for å forstå og oppfatte budskapet som kommer til uttrykk. (Eide & Eide, 2007, s. 198). Med de psykisk utviklingshemmede kan også det nonverbale språket være en utfordring. Spesielt gjelder dette der hvor selvskadning eller utagerende atferd har blitt et middel for å markere mening eller følelse. Utagering og selvskadning er adferd helsepersonell må ta tak i. Dette gir pasienten oppmerksomhet som igjen kan utvikle seg til å bli en kommunikasjonsstrategi (Eknes, 2000, s. 219).

2.3 Smerter

Smerter kan defineres som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med aktuell eller potensiell vevsskade» (Baastrup, Dahl, Arendt-Nielsen, & Jensen, 2013, s. 15). Smerter kan kategoriseres i to grupper, akutte og kroniske smerter, og består av sensoriske, følelsesmessige og kognitive deler (Baastrup et al., 2013, s. 15). Hvordan vi fortolker smerter er subjektivt og kan derfor oppleves forskjellig fra person til person. Grunnlaget for fortolkningen bygger på tidligere erfaringer, genetikk og sykdomshistorie (Baastrup et al., 2013, s. 15).

De akutte smertene er en reaksjon på vevsskade eller potensiell vevsskade, og oppstår i det øyeblikket vi blir utsatt for traume eller kirurgi, og vedvarer til skaden er helbredet. Kroniske smerter er de smertene som vedvarer etter at skadene er helbredet, eller det kan skyldes en vedvarende vevsskade. En annen grunn kan være endringer i smertesystemet slik at smertesignal formidles etter at skaden er helbredet, som ved eksempelvis en amputasjon. For at smertene skal gå under kategorien kroniske smerter må smertene ha vært til stedet i mer enn 3-6 måneder (Baastrup et al., 2013, s. 16).

En sykepleier kan observere tegn etter smerter hos en pasient ved å se på hvordan han ser ut, og se på verdiene i de fysiologiske parameterne. Disse kan komme til synlighet ved forhøyet blodtrykk, raskere pulsfrekvens, raskere respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller og svett hud. Mennesker reagerer noe ulike på smerte, men noen av de vanligste reaksjonene kan være at pasienten har et stort fokus på smerten og snakker mye om den, gråting og ynking, økende grad av muskelspenninger, ulike ansiktsuttrykk som eksempelvis rynket panne eller grimaser (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 389)

2.3.1 Sensoriske dysfunksjoner og smerteadfærd hos psykisk utviklingshemmede

Smerter er et resultat av kraftig stimuli av en gruppe nervereseptorer som heter nociceptorer. Vi finner disse nervereseptorene i huden og annet vev, og danner det første leddet i smertetransmisjonen. Fra nociceptorene går signalet via de perifere nociceptive nervefibrene til bakhornet i ryggmargen, og deretter går signalene videre opp til hjernestammen, talamus og en rekke kortikale områder i hjernen (Baastrup et al., 2013, s. 16-18).

Sensorisk modulering handler om hvordan hjernen bearbeider sanseintrykk deriblant smerter og hvordan de påvirker oss (Bakken, 2015, s. 61). Sensorisk modulering foregår ubevisst og den regulerer vår oppmerksomhet og aktivitet i forhold til sensorisk informasjon. Hos mennesker med psykisk utviklingshemming kan denne funksjonen ofte være ineffektiv slik at sanseintrykk ikke reguleres på samme måte som hos normal befolkningen (Bakken, 2015, s. 61). De kan enten bli overfølsomme eller ha en underfølsomhet i forhold til sensorisk stimuli. Overfølsomhet sammen med mangelfull språkutvikling kan gi utslag i raseriutbrudd eller annen utagerende adferd fordi opplevelsen og angsten for smerter blir for sterke (Melgård, 2000, ss. 24-25). Andre typiske, atferdsmessige tegn på smerte hos psykisk utviklingshemmede kan være sukk og stønning, gråt, smertefulle ansiktsuttrykk, verbale smerteutbrudd, redusert eller ingen bruk av den affiserte eller smertefulle kroppsdel og unormal bevegelse av kroppen (Zwakhalen, van Dongen, Hamers & Abu-Saad, 2004, s. 242).

Underfølsomhet for smerter kan også være et problem (Bakken, 2015, s. 64) spesielt fordi smerter er et signal på vevskade (Baastrup et al., 2013, s. 15). Hos denne gruppen underrapporterer nervesystemet sanseintrykkene, slik at må det sterkere sansepåvirkning til

for å utløse en reaksjon hos pasienten. Dette kan gi utslag i at pasienter som opplagt bør ha vondt, forholder seg rolig eller ikke rapporterer om smerter i det heletatt. (Bakken, 2015, s. 64).

Lindenskov & Bjørk deler smerteadferd hos blant annet psykisk utviklingshemmede mennesker uten evne til selvrappport i to hovedgrupper. ”Den stille smerteadferden” beskrives som pasienten som ligger rolig i senga, og som øyensynlig sovner. Mens ”den urolige, aggressive smerteadferden” beskrives som oppmerksomhetskrevene for sykepleieren (2016, s. 7).

2.3.2 Konsekvenser ved ubehandlet postoperativ smerte

Det kan være ulike årsaker til at pasienter ikke får tilstrekkelig postoperativ smertebehandling. Noen av disse kan være manglende kunnskap om forebyggende smertestrategier, mistolkning av pasientens grad av smerteopplevelse, uenighet om smertevurderinger i praksis eller for lav dose av smertestillende som fører til at pasientene må forespørre behovsmedikasjon ofte (Dunwoody Et al. 2008, s. 16).

I etterkant av et kirurgisk inngrep danner kroppen katekolaminer (hormoner og neurotransmittere) som en slags respons på ”skaden” som er blitt påført gjennom kirurgi. Dersom pasienten ikke blir tilstrekkelig smertestilt vil dannelsen av katekolaminer øke, noe som kan føre til blant annet høy pulsfrekvens og forhøyet blodtrykk, som resulterer i belastninger for hjertet. Kortisol og glukagon er hormoner som produseres når kroppen er i stress i forbindelse med ubehandlet smerte. Disse kan føre til insulinresistens, hyperglykemi og andre postoperative komplikasjoner. Stress i sammenheng med ubehandlet smerte kan også resultere i for høy koagulasjonsevne i blodet, som gir økt risiko for blant annet dyp vene trombose (DVT) og postoperative infeksjoner. Mangel på smertebehandling kan forsinke gjenopprettelsen av normale tarmbevegelser etter kirurgi, som igjen kan føre til postoperativ ileus. Ubehandlet postoperativ smerte kan også føre til forsinkelse av mobilisering. Immobilitet etter kirurgi kan føre til sengekomplikasjoner som DVT, ileus og avstivninger. Det fører også til forsinket rehabilitering og forlenget sykehusopphold. På det psykiske plan kan ubehandlet postoperativ smerte føre til at pasienten opplever angst, agitasjon, redusert søvn og negative følelser. Ubehandlet postoperativ smerte øker også risikoen for kroniske smerter (Dunwoody Et al. 2008, s. 24-26).

2.3.3 Smertekartlegging

Formålet med smertekartlegging er å skape en oversikt over pasientens smerteproblematikk med henblikk på adekvat sykepleie. Dette forutsetter at det foreligger opplysninger om pasientens smerte og smerteopplevelse både preoperativt (Dunwoody et al., s. 16) og postoperativt (Bache, schmelling, & Hanghøj Tei, 2013, s. 377). For å få til dette må sykepleieren systematisk samle inn data om pasientens smerteanamnese (Bache et al., 2013, s. 377).

Ettersom rapportering av smerte er en subjektiv beskrivelse av smerteopplevelsen, er hovedvekten av rapporteringen basert på egne opplysninger vedrørende smerter fra pasienten selv. Dette forutsetter at personen er kognitivt utviklet til å gi en pålitelig informasjon, i forhold til smertes lokasjon, intensivitet, toleransegrense og kvalitet. Hos pasientgruppen med moderat grad av psykisk utviklingshemming kan det å basere smertekartlegging på selvrapportering by på utfordringer. Dette er fordi det viser seg at denne gruppen har utfordringer med å gi en pålitelig egenrapportering i forhold til smerte skriver Lotan i sin avhandling (2009, s. 10). Vi anser dette som særlig gjeldende for pasienten uten verbal kommunikasjon.

I sin systematiske kartlegging av smerte kan sykepleieren benytte seg av forskjellige kartleggingsverktøy. Her skiller det mellom en- og flerdimensjonale verktøy (Dunwoody et al., 2008, s. 16). Endimensjonale verktøy er eksempelvis VAS (Visual Analog Score) (Vedlegg 5) eller NRS (Numeric Rating Scale) (Vedlegg 6), som brukes i tillegg til selvrapportering av smerte for å angi smerteintensitet (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013, ss. 362-363). Fra sykehus har vi erfart at det benyttes blant annet ESAS – Edmonton Symptom Assessment System (Vedlegg 7). Dette er et flerdimensjonalt kartleggingsverktøy som tar for seg flere aspekt ved smerte og intensitet (Helsebiblioteket.no, 2013). Disse baserer seg i midlertid på at pasienten har tilstrekkelig med kognitive evner til å formidle sine smerteopplevelser (Lotan, 2009, s. 10). For personer med moderat grad av psykisk utviklingshemming og som ikke evner å gi en pålitelig selvrappor verbalt er det derfor lite hensiktsmessig å bruke disse verktøy (Lotan, 2009, s. 10).

2.4 Sykepleieprosessen

Vi kan se på sykepleieprosessen som en måte å løse ulike pasienters helsemessige problemer på, og den blir ofte omtalt som en problemløsning i sykepleie. ” Problem skal forstås som en hindring for å ivareta grunnleggende behov og for å mestre opplevelser og reaksjoner i møte med sykdom og lidelse” (Skaug, 2016, s. 339). Sykepleieprosessen består av datasamling, identifisering av behov, mål, gjennomføring av målrettede sykepleiehandlinger og tiltak, og til slutt en evaluering. Disse 5 fasene legger en ramme for hva problemløsningen skal omhandle og sette fokus mot (Skaug, 2016, s. 340).

I sykepleieprosessen vil de ulike fasene overlappe og gå inn i hverandre, noe som krever at sykepleieren er oppmerksom på at det kan være nødvendig å gå tilbake til en tidligere fase for å utføre fortløpende vurderinger. Dette er også aktuelt i praksis da vurderingen av et behandlingstiltak kan gi et nytt syn på problemet hos pasienten, som kan kreve innhenting av nye opplysninger (Skaug, 2016, s. 340-341).

I hver av de enkelte fasene i sykepleieprosessen vil en innhente opplysninger som er relevant for pasienten og hans situasjon. Opplysningene analyseres og vurderes i forhold til den betydningen de kan ha i seg selv, i sammenheng med andre opplysninger eller ut fra kunnskaper og erfaringer som sykepleieren har tilegnet seg. Hvilke av de 5 fasene i sykepleieprosessen som blir mest vektlagt vil være avhengig av hvor hovedproblemet ligger. (Skaug, 2016, s. 341). Vi mener at i en sykepleiers arbeid med pasienter med psykisk utviklingshemming vil identifisering av pasienten behov være essensielle. For å kunne identifisere behovet hos den psykisk utviklingshemmede pasienten uten verbal kommunikasjon, vil observasjoner og kliniske vurderinger være sentrale.

2.5 Observasjoner og kliniske vurderinger

Det kliniske blikket er en del av sykepleierens behandlende funksjon, men også en del av datasamlingsfasen i sykepleieprosessen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). ”At observasjon som kunnskapskilde har blitt fremhevet som helt vesentlig i klinikken, har selvsagt å gjøre

med at sykdom ytrer seg via kroppslige tegn og symptomer og i en viss forstand kan *leses* ut av pasientens kropp” (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

Kristoffersen skriver at SKUV (Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering) innebærer inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon og er en klinisk undersøkelsesmetode av pasienten, for å samle inn data på en systematisk måte. Hvilke av de fire ulike undersøkelsesmetodene som brukes, er avhengig av hvor problemet ligger hos pasienten. Vi anser inspeksjon som viktig, ettersom dette omhandler observasjoner, og er en viktig del av datasamlingen for å kunne identifisere hvilke behov pasienten har. Her må sykepleieren foreta en grundig observasjon av pasientens helhet, før hun kan ta for seg de ulike kroppsfunksjonene (2016, s. 156-157). Nortvedt & Grønseth skriver at symptomer og tegn på sykdom vil være forskjellige avhengig av hvilken type sykdom det er snakk om. Disse viser seg gjennom pasientens kropp, ved for eksempel blek, varm eller klam hud, tydelig pustebesvær eller cyanose på utsatte områder som leppe, nese eller øreflipp. Det kan også komme frem gjennom pasientens nonverbale kommunikasjon og adferd, som for eksempel uro, ansiktsgrimaser eller lyder som sukk eller stønn (2016, s. 23-24).

Nortvedt & Grønseth mener at mange av sykepleierens oppgaver i forhold til observasjon av kliniske tegn hos pasienter har blitt overtatt av den teknologiske utviklingen av monitoreringsutstyr. Eksempler på dette kan være SpO2 måling og EKG måling, som begge kan bekrefte eller avkrefte endringer hos pasienten. Det krever allikevel en mistanke eller intuisjon hos sykepleiere eller annet helsepersonell at noe er galt eller kan gå galt, for å iverksette bruken av slikt monitoreringsutstyr. Intuisjon beskrives som at sykepleieren bruker sine tidligere erfaringer i lignende situasjoner, sammen med den teoretiske kunnskapen til å sammenligne de ulike funnene i tegn, symptomer og observasjoner (2016, s. 23-24). Vi forstår det derfor som sentralt at sykepleieren bruker sanser som blant annet hørsel, håndlag, syn og lukt, men også intuisjon når hun observerer og vurderer pasienter.

”Å kunne utføre observasjoner og beherske konkrete ferdigheter korrekt er viktig, men å vurdere hva disse betyr, og kunne handle adekvat ut fra vurderingene er avgjørende” (Kristoffersen, 2016, s. 156). Nortvedt & Grønseth mener at å kunne ta kliniske vurderinger av en pasient krever teoretiske kunnskaper om eksempelvis anatomi, fysiologi, sykdomslære og sykdomsforløp. Læren om det normale og deretter å kunne identifisere avvik fra normalen for å fange opp sykdom er sentralt i den kliniske praksisen i sykepleiefaget. Hvilke situasjon pasienten befinner seg i, sammen med teoretiske kunnskaper og de funnene

sykepleieren gjorde av pasienten i observasjoner er viktige elementer som sykepleieren bør benytte seg av i sine kliniske vurderinger. I vår oppgave kan vi forvente at pasienten med psykisk utviklingshemming har smerter i etterkant av en operasjon. Når man har kunnskap om hva pasienten har gjennomgått og erfaringer om hva dette kan føre med seg, kan det oppleves som enklere å vite hva man skal se etter hos pasienten (2016, s. 24-26).

2.6 Ida Jean Orlando's sykepleieteori

I Ida Jean Orlando sin sykepleieteori er sykepleierens kunnskaper sentralt. Hun mener at sykepleiere som innehar eller aktivt tilegner seg gode kunnskaper innenfor teoretiske og praktiske felt, er en større ressurs, og har i den forstand større muligheter for å hjelpe pasientene sine. Med ressurs kan vi forstå at sykepleieren har nødvendige redskaper for å kunne hjelpe pasienten. Samtidig skriver Orlando at sykepleieren ikke kan vite alt i alle situasjoner, men at det er sentral at sykepleieren vet hvor hun kan tilegne seg kunnskapen som mangler, hvem hun kan rådføre seg med, eller hvor hun kan henvise pasienten videre (Orlando, 1995, s. 21-22).

Orlando fremhever at det å lære seg til å forstå hva som skjer mellom en sykepleier og en pasient er selve kjernen i en sykepleiepraksis, og samtidig en grunnramme for den hjelpen en sykepleier gir til sine pasienter. Et viktig element her er at pasienter er ulike, og kan gi ulikt uttrykk for sine behov. Hun mener at sykepleierens ansvar er å yte den hjelpen en pasient har bruk for, for at han skal få sine behov dekket. Dette beskrives videre med å sikre pasientens fysiske og psykiske velvære, mens han på en eller annen måte er under legebehandling. Behov kan være ulike, og blir her definert som *"...et behov hos patienten, der, hvis det imødekommes, fjerner eller mindsker hans umiddelbare lidelser eller øger hans umiddelbare fornemmelse af velvære og egen formåen"* (Orlando, 1995, s. 23-24).

For å nå målet om å dekke pasienten behov krever det at sykepleieren setter i gang en prosess som består av kartlegging av pasientens umiddelbare behov, altså sykepleieprosessen som nevnt i kapittel 2.4. Det understrekes at samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten er avgjørende for betydningen av lindring. En sykepleier-pasient situasjon kan beskrives som en dynamisk helbredelse, der pasienten påvirker sykepleieren gjennom sin adferd, og sykepleieren påvirker pasienten gjennom sine reaksjoner og handlinger (Orlando,

1995, s. 54). Sykepleierens arbeid videre skal bestå i å vurdere om handlingene er tilstrekkelige og om pasientens problemer er redusert, lindret eller fjernet (Orlando, 1995, s. 82-87).

2.6.1 Ida Jean Orlando og observasjoner

Orlando mener i sin sykepleieteori at observasjoner av pasienten er en viktig del av en datasamling, og forklarer det slik: *"Observasjoner omfatter alle de opplysninger vedrørende en pasient, som sykeplejersken får kendskab til, mens hun er på arbejde"* (Orlando, 1995, s. 25). Hvordan sykepleieren tilegner seg opplysninger om pasienten kan variere mellom direkte og indirekte observasjoner (Orlando, 1995, s. 49).

Direkte observasjoner regnes som enhver observasjon sykepleieren gjør av pasienten, samt de tankene og følelsene som dukker opp under disse observasjonene, på grunn av hans adferd på en eller flere tidspunkter (Orlando, 1995, s. 50) Hvordan pasienten ser ut klinisk (blek, klam o.l), eller om man får en følelse (intuisjon) av at pasienten har behov for nærhet eller sosial kontakt ut fra verbal eller nonverbal kommunikasjon, kan være eksempler på direkte observasjoner.

Indirekte observasjoner angående en pasient kommer fra andre kilder som er tilknyttet pasienten på ett eller annet plan. Dette kan være de observasjonene sykepleieren har dokumentert fra en tidligere vakt, eller det legen har funnet ut i en undersøkelse. Det kan også være muntlig eller skriftlig informasjon fra pårørende eller helsepersonell som kjenner pasienten fra tidligere (Orlando, 1995, s. 49). Felles for disse eksemplene er at opplysningene omhandler pasienten, men som ikke kommer fra pasienten selv som kilde.

Informasjonen og opplysningene en sykepleier tilegner seg om en pasient, direkte eller indirekte, er sentral for pasientens videre forløp. Hvordan sykepleieren drar nytte av opplysningene om pasienten og hans tilstand er igjen avhengig av sykepleierens kunnskap, som nevnt under kapittel 2.6. Sykepleieren bør også ha en evne til å kunne utforske de observasjonene hun gjør av pasienten. Dette gjelder i stor grad i de situasjonene der pasienten ikke kan gi konkret uttrykk for hvilke behov han har. I disse situasjonene er det sykepleierens oppgave å finne mening i de observasjonene som blir gjort av pasienten (Orlando, 1995, s. 42). Eksempler på dette kan bestå av å lese pasientens kroppsspråk,

ansiktsuttrykk og kliniske utseende, ettersom noen pasienter av ulike årsaker ikke forteller om sine behov med tydelig kommunikasjon, slik som pasientgruppen psykisk utviklingshemmede.

2.7 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er laget for å gi en beskrivelse av etikken som følger sykepleieprofesjonen. De er også gode retningslinjer å følge for å kunne utfylle de forpliktelsene som må til for å kunne utøve en god sykepleiepraksis (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011, s. 5). Vi har valgt å beskrive to av de yrkesetiske retningslinjene som vi mener er mest sentrale i utfordringen ved å identifisere smerte hos mennesker med psykisk utviklingshemming uten evne til å rapportere om smerten ved hjelp av verbal kommunikasjon.

Sykepleiere kan ofte ha ulik kompetanse avhengig av hvilke erfaringer de har tilegnet seg, og det kan komme situasjoner som sykepleieren har liten eller ingen kunnskaper om. Det er derfor sentralt at sykepleieren ikke utfører arbeidsoppgaver uten for sin kompetanse, men søker assistanse og kunnskap innenfor sykepleiefaget eller andre yrkesgrupper. Å kunne kjenne sine egne begrensninger er viktig, både for sykepleieren og pasienten, og det er avgjørende med tanke på det etiske perspektivet i sykepleien (NSF, 2011, s. 7 punkt 1.7).

En sykepleiers praksis kan bestå av ulike oppgaver, som eksempelvis kommunikasjon, observasjon eller behandlingstiltak. Hensikten med de ulike oppgavene er svært ofte å fremme helse, forebygge sykdom eller begge samtidig. Det er sykepleierens ansvar at praksisen bli utført med en slik hensikt (NSF, 2011, s. 8 punkt 2.1).

3. Metode

Metoden beskriver hvordan vi i vårt arbeid med oppgaven, har gått systematisk frem for å finne relevant kunnskap og data for å belyse vår problemstilling.

3.1 Valg av metode

Vi har i denne oppgave valgt å belyse vår problemstilling via litratur studie, via pensumbøker, selvvalgt litteratur som fag- og forskningsartikler og andre faglitterære bøker som var aktuelle. Det har ikke her vært aktuelt å gjennomføre empiriske studier, da det er gitt føringer fra høgsolen om at dette ikke er aktuelt.

3.2 Litratursøk og databaser

For å finne litteratur, forskning og fagartikler som er relevant til vår problemstilling, så har vi benyttet søkeverktøy som EBSCO host, SveMed+, Oria og Google scholar. EBSCO host er en søke motor som søker i en rekke forskjellige data baser og her har vi krysset av for CINAHL. Oria og Google scholar har vi brukt i forbindelse med manuelle søk, hvor vi har funnet interessante artikler i referanselisten til aktuelle artikler eller litratur. I SveMed+ og CINAHL har vi benyttet ved spesifikke søk med MeSH ord. For å definere søkeordene som vi benyttet til spesifikke ord brukte vi PICO skjemaet til hjelp. PICO skjemaet hjelper til med å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir mer søkbar (Thidemann, 2015, s. 86).

Ved søk i de forskjellige databasene har vi benyttet følgende søke ord: Intellectual disability, developmental disabilities, pain, assessment, behavior, consequences, postoperative, inadequate, adults og indicators. Vi har laget en logg over de søk som er gjort i de forskjellige databasene. Loggen viser enkeltsøk, kombinasjoner av søk, antall treff og hvilke artikler vi fant ved søkene (vedlegg, 8).

3.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Dalland skriver at ”kilde kritikk er de metoder som brukes for å verifisere om en kilde er sann. Dette betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (2014, s. 67). Kvalitativ forskning handler om ”kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger og å få frem nyanser” (Tidemann, 2015, s. 78). Den kvantitative forskningen handler om studier som gis målbare tall som eksempelvis prosentdel av befolkningen eller andre statistiske tall (Dalland, 2014, s. 112). Forskningsartiklene vi har valgt for denne oppgaven er utelukkende kvalitative. Vi har noen få ganger brukt sekundærkilder i oppgaven. Dette er i forbindelse med forskningsartikkelen til Breivik & Tymi (2013), der vi har hatt problemet med å finne frem til primærkilden. Kriteriene som ligger til grunn for vår vurdering for de artiklene som vi har med, er om de er relevante, tidsaktuell, vitenskapelighet og om de er redelige. I forhold til forskningsartiklene så har vi også vurdert om kriteriene for IMRAD (Introduksjon Metode Resultat (And/og) Diskusjon) er fulgt og om disse er fagfelleverderte. Det har vært vanskelig å finne forskning i forhold til vår problemstilling. Og dette er også synlig i de fag- og forskningsartiklene som vi har funnet, ettersom forfatterne også etterlyser mer forskning på området.

I doktorgradsavhandlingen ”Assessment of Pain in Adults with Intellectual and Developmental Disabilities” (2009) beskriver Lotan at smerteproblematikk og smertekartlegging hos voksne mennesker med psykisk utviklingshemmede er et felt hvor det har vært lite forskning på. På tross av økende interesse i den seinere tid fantes det ikke gode kartleggings verktøy på område for denne gruppen. Til tross for at det er en rekke smertekartleggings verktøy utviklet for barn i denne gruppen. Smertekartlegging hos personer med psykisk utviklingshemmede er en utfordrende oppgave, fordi på grunn av sin tilstand mangler evnen til å gi en adekvat tilbakemelding om sine smerter. Lotan argumenterer også for at det er forskjell mellom smertereaksjon hos barn og voksne. Dette ble derfor grunnlaget for Dr. Lotans doktorgradsavhandling for å utvikle et verktøy som kunne brukes på voksne psykisk utviklingshemmede. Resultatet av hans arbeide ble verktøyet «Non-Communicating Adult’s Pain Checklist» (NCAPC).

Forskningsartikkel ”The evaluation of acute pain in individuals with cognitiv impairment: A differential effect of the level of impairment” (Defrin, Lotan & Pick. 2006) er en kvalitativ studie som undersøker om grad av kognitiv svekkelse, inkludert psykisk utviklingshemmede, har betydning for smerteadferd og hvordan det kommer til syne ved akutte smerter. Viktige funn i forskningsartikkelen er at mennesker med moderat grad av kognitiv svekkelse (høy grad av psykisk utviklingshemming) hadde en høy score på smertekartleggingsverktøyene NCCPC-R (Non Communicating Children Pain checklist - Revised) og FACS (smertekartleggingsverktøy som vurderer ansiktsuttrykk) som ble brukt. Et annet viktig funn er at mennesker med kognitiv svekkelse, hovedsakelig i moderat-alvorlig grad, kan ha andre ansiktsuttrykk for smerte som eksempelvis smil, ved akutt smerte, som vil føre til unøyaktige resultater ved bruk FACS som kartleggingsverktøy for smerte. Det kom av denne grunn frem at NCCPC-R er et bedre kartleggingsverktøy for å oppdage smerter hos mennesker med kognitiv svekkelse, herunder også psykisk utviklingshemming, uavhengig av grad.

I den kvalitative forskningsartikkelen “A Modified Version of the Non-Communicating Children Pain Checklist-Revised, Adapted to Adults With Intellectual and developmental disabilities: Sensitivity to Pain and Internal Consistency” (Lotan. M. Et al. 2009.) tar utgangspunkt i et kartleggingsverktøy for nonverbale psykisk utviklingshemmede barn med smerter (NCCPC-R), og bruker denne for å lage et kartleggingsverktøy for nonverbale voksne med kognitiv svikt eller psykisk utviklingshemming. Det var flere av punktene i kartleggingsverktøyet for barn som ikke kunne overføres til voksne fordi adferden var annerledes. Det ble derfor foretatt endringer, sammenslåingen og sletting på flere av punktene for at den skulle kunne tilpasses voksne mennesker med psykisk utviklingshemming.

I den kvalitative forskningsartikkelen ”Reability of the non-communicating adult pain checklist (NCAPC), assessed by different groups of health workers” ønsket Lotan Et al (2009) å finne ut av hvor pålitelig smertekartleggingsverktøyet NCAPC er hos voksne med psykisk utviklingshemming blant ulike yrkesgrupper i helsevesenet. Forskningen viste at sykepleiere kom dårlig ut, mens annet helsepersonell, eller pårørende som arbeider med psykisk utviklingshemmede på daglig basis hadde god pålitelighet og nøyaktighet ved bruk at smertekartleggingsverktøyet.

I forskningsartikkelen ”Pain assessment in intellectually disabled people: non-verbal indicators” resulterer Zwakhalen, van Dongen, Hamers & Abu-Saad (2004.) de viktigste indikatorene på smerte hos mennesker med psykisk utviklingshemming. I følge forskningen er disse; sukk eller stønn, gråt, smertefulle ansiktsuttrykk, smertehyl, ikke bruke av den affiserte kroppsdelen og bevegelser av kroppen på en unormal måte.

I forskningsartikkelen ”Validation of the non-communicating children’s pain checklist – postoperativ version” konkluderer Breau, Finley, McGrath & Camfield (2002) at smertekartleggingsverktøyet NCCPC-PV kan brukes av helsepersonell som skal vurdere postoperativ smerte hos barn med psykisk utviklingshemming uten evne til selvrapportering selv om de ikke er kjent med pasienten fra tidligere. Det mener at dette krever at helsepersonell kjenner til pasientgruppens reaksjoner på smerte og har kunnskap rundt dette.

Forskningsartikkelen ”Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapportering” (Lindenskov & Bjørk, 2016) er en kvalitativ studie der erfarne sykepleiere fra ulike postoperative avdelinger i Norge er blitt intervjuet i forhold til kartlegging og vurdering av smerte hos nyopererte pasienter med redusert evne til selvrapportering. Forskningen viser at observasjon av vitale parametere som puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens er hjelpemidler sykepleierne i studien brukte som indikasjon på smerter hos pasientene, til tross for at disse kan inneholde feilkilder. Forskningen viser også at erfarne sykepleiere finner det vanskelig å vite når pasienten har smerter, og om pasienten er tilfredsstillende smertelindret.

I forskningsartikkelen ” Er den norske versjonen av ”Behavioral Pain Scale” pålitelig og brukervennlig” har Olsen & Rustøen (2011) gjort en observasjonsstudie for å undersøke påliteligheten og brukervennligheten ved smertevurderingsverktøyet BPS som er oversatt til norsk. Det kommer frem i studien at verktøyet var enkelt å bruke etter teoretisk undervisning. Studien tyder også på at den norske versjonen var sensitiv for smerteadfærd.

”Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie” er en forskningsartikkel med fokus på systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) i sykepleie. Breivik & Tymi (2013) har foretatt en litteraturstudie som viste at sykepleiere i land som har innført SKUV ikke utførte alle undersøkelsene i praksis. Det var ulike årsaker til dette, men de viktigste var at det var mange ulike undersøkelser, for lite trening i ferdigheter, for lite kunnskap hos sykepleierne og for liten tid til å undersøke pasientene på.

I fagartikkelen ”Detecting pain in people with an intellectual disability” (Foley & McCutcheon, 2004) fastslår at man som sykepleier er avhengig av å få informasjon angående pasienten, med tanke på smerter og smertereaksjoner, fra følgespersonell eller pårørende som kjenner pasienten fra tidligere og vet hvordan pasientens adferd kan utarte seg. Det kommer også frem at smertene kan komme til uttrykk på en annerledes måte enn hva helsepersonell som kjenner pasienten er vant til, og at dette i noen tilfeller kan føre til at det tar lengre tid før smerten, og dermed også årsaken blir oppdaget.

“Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treatment Acute Pain” (Dunwoody, Et al. 2008) er en fagartikkel som tar for seg postoperative smerter og hvilke konsekvenser det kan ha for pasientene dersom de ikke blir tilfredsstillende smertestilt. Smerten bør kartlegges ved hjelp av ulike verktøy som er tilpasset pasienten. Der bruk av smertekartleggingsverktøy ikke gir utslag, men det mistenkes at pasienten har smerter forklares det at det skal tas hensyn til tidligere rapportert adferd hos pasienten sammen med hvilke type inngrep det er snakk om, for å få et bilde på hvor mye smerter en non-verbal pasient har. Fagartikkelen tar også for seg endringer i vitale tegn som eksempelvis forhøyet blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens samt kvalme og oppkast som kan være tidlige indikatorer på smerte.

3.4 Egne erfaringer

I praksis har vi begge hatt erfaringen med pasientgruppen psykisk utviklingshemmede som på grunn av begrensninger i verbal kommunikasjon ikke har kunne rapportere sin egen smerte på en tydelig måte. I en situasjon med denne typen pasient på en sykehusavdeling var det ingen kartleggingsverktøy som var tilpasset den nonverbale pasienten. Det var heller ikke med helsepersonell fra pasientens bosted som kjente til ulike uttrykk for smerte, eller kunne forteller oss om normal adferd. Dette førte til at vi følte oss hjelpeløse i situasjonen, og følte at vi ikke fikk utført vår sykepleiefunksjon ved å imøtekomme pasienten behov for velvære på en tilfredsstillende måte. I forskning har vi nå funnet et kartleggingsverktøy som kan være aktuelt å bruke for den nonverbale pasienten med psykisk utviklingshemming.

Vi har tidvis i oppgaven referert til egne erfaringer, der vi har funnet dette aktuelt og hensiktsmessig. Både pasienter og sted hvor vi har høstet erfaringene fra er anonymisert. Egne erfaringer blir spesifisert og vil komme tydelig frem i teksten. Vi ser derfor ingen etiske betenkeligheter med å ta med dette i oppgaven.

4. Drøfting

Pasienten med moderat grad av psykisk utviklingshemming uten evne til selvrappport er en utfordrende pasientgruppe, som oppleves som vanskelig i forhold til identifisering og vurdering av smerte (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 12). Det er allikevel essensielt at vi som sykepleiere kan identifisere om pasienten har smerter, slik at vi kan imøtekomme pasientens behov for velvære (Orlando, 1995, s. 26), og samtidig forhindre postoperative komplikasjoner (Dunwoody Et al. 2008, s. 24-25). Utfordringen blir hvordan vi skal identifisere smerte hos psykisk utviklingshemmede uten evne til verbal kommunikasjon. Orlando skriver at for å identifisere hvilke problem som ligger hos pasienten må sykepleier i iverksette en prosess for å kartlegge hvilke behov han har (1995, s. 26), kjent som sykepleieprosessen. Danielsen, Berntzen & Almås skriver at i forbindelse med smertekartlegging hos mennesker som ikke kan gi konkrete verbale tilbakemeldinger om smerte kan det være fordelaktig å vurdere endringer i pasientens adferd sammen med vurdering av fysiologiske parametere for å identifisere smerte, og lettere komme frem til hvilke typer smertebehandling pasienten har bruk for (2016, s. 390). Dette er også i samsvar med funn i studien til Lindenskov & Bjørk (2016, s. 7). Vi har med bakgrunn i dette valgt å bruke deler av sykepleieprosessen, kliniske vurderinger og smertekartleggingsverktøy for å belyse hvordan vi som sykepleiere kan identifisere postoperative smerter hos mennesker med moderat grad av psykisk utviklingshemming uten evne til verbal kommunikasjon.

4.1 Indirekte observasjoner

For å danne seg et bilde av pasienten man skal ha ansvar for på et sykehus, må sykepleieren tilegne seg informasjon om pasienten. Vi har erfart at det ofte er rutine å lese rapport og annen dokumentasjon av pasienten før sykepleieren observerer han direkte. Tilegnelse av opplysninger om en pasient på en indirekte måte kan bestå av å lese rapport om pasienten som er skrevet av andre helsepersonell (Orlando, 1995, s. 49). I sammenheng med denne oppgaven vil det være nærliggende å lese eksempelvis operasjonsnotat, rapport fra oppvåkningsavdelingen eller preoperative datasamlinger. Gode eksempler på informasjon man kan dra nytte av fra de nevnte notatene kan være hva slags type kirurgisk inngrep pasienten har hatt (Dunwoody Et al, 2008, s. 16), men også hvor langt pasienten har kommet i det postoperative løpet, og i hvor stor grad pasienten er påvirket postoperativt. På den ene siden er det sentralt å kjenne til den psykisk utviklingshemmede pasientens tilstand før

operasjon, for å få et sammenligningsgrunnlag for den tilstanden han er i postoperativt. Samtidig anser vi det også som nødvendig å hente informasjon om tidligere erfaringer postoperativt, aktuelle sykdommer og bruk av medikamenter (Dunwoody Et al, 2008, s. 16). Man kan ofte se flere diagnoser hos mennesker med psykisk utviklingshemming, og det er derfor viktig at sykepleieren får kunnskap til disse tidlig i observasjonsfasen (Dunwoody Et al, 2008, s. 16).

På den andre siden kan ikke disse rapportene alltid være tilfredsstillende dersom det skjer endringer, spesielt atferdsmessige, hos pasienter med nonverbal kommunikasjon. Det kan ofte være nødvendig å skaffe seg informasjon fra helsepersonell eller pårørende som kjenner pasienten fra tidligere (Foley & McCutcheon, 2004, s. 200). Dette kan eksempelvis være nødvendig der sykepleieren, ut fra rapport, bemerker seg at pasienten har endret atferd i det postoperative løpet. Foley & McCutcheon skriver at det er nødvendig at den psykisk utviklingshemmede pasienten har med seg et skriv bestående av detaljert informasjon om pasientens ulike reaksjoner og adferd med tanke på utvikling av smerte (2004, s. 200). På en annen side kan det være nødvendig å ringe til helsepersonell eller pårørende som kjenner pasienten og hans reaksjoner dersom et informasjonsskriv ikke er medsendt eller detaljert nok.

Vi mener at indirekte observasjoner er en god måte å skaffe seg informasjon om pasientens tilstand på. Dette er fordi det kan resultere i at det blir enklere å vite hva man skal observere, og utnytte denne informasjonen til pasientens fordel i utforming av sykepleiehandlinger (Orlando, 1995, s. 50). Det kan allikevel være ulemper med å ha mye informasjon om pasienten i forkant av direkte observasjoner. I situasjoner der vi har hatt tilgang på mye, detaljert informasjon om pasienten har vi erfart at det kan være lett å få ”skylapper”, der man kun fokuserer på hva som er problemet. Dette kan føre til at man overser andre behov pasienten kan ha, som ikke er i en direkte sammenheng med hovedproblemet til pasienten. Samtidig må vi erkjenne at vi ikke er erfarne sykepleiere, og at dette kan være årsaken til det potensielle problemet. Skaug mener at sykepleieren må ta utgangspunkt i pasienten hun møter her-og-nå, og ta en fullstendig observasjon av pasienten (2016, s. 347).

4.2 Direkte observasjoner:

For å kartlegge pasientens behov for sykepleie kan sykepleieren foreta en systematisk undersøkelse der hun samler inn informasjon blant annet om pasientens adferd, fysiologiske parametere og hvordan pasienten ser ut (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Dette inngår i SKUV, som går ut på observasjoner og ulike undersøkelser av pasienter for å kunne ta bedre kliniske vurderinger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 30 og Breivik & Tymi, 2013, s. 2). Dette krever blant annet at sykepleieren gjør direkte observasjoner av pasienten (Orlando, 1995, s. 50).

Økning av smerter vil ofte gjenspeiles i økning av fysiologiske parametere som puls, større behov for oksygen til hjertet og nedsatt evne i forhold til respirasjonsfunksjon (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 3). Dette kan vi også se i pasientens utseende, med svett hud (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 389). Samtidig vet vi at mennesker med psykisk utviklingshemming ofte kan ha flere ulike somatiske diagnoser (Melgård, 2000, s. 24-25). En psykisk utviklingshemmet pasient som eksempelvis bruker en type betablokker for hjerterytmeforstyrrelser eller hypertensjon, kan få de ordinære verdiene av puls og blodtrykk maskert på grunn av medikamentenes påvirkning (Selo-zok, s.a., avsnitt 7). Vi ser på dette som en mulig feilkilde som kan være vanskelig for en sykepleier å fange opp. På en annen side kan sykepleieren være oppmerksom på og ta høyde for den mulige feilkilden når hun vurderer fysiologiske parametere, ved å sette seg godt inn i pasientens sykehistorie som nevnt i avsnittet om indirekte observasjoner. Dette forutsetter at hun ever å ta med seg den informasjonen som hun finner i rapporter og pasientjournalen, og sette dette opp mot det hun finner av fysiologiske parameter. At sykepleieren har farmakologiske kunnskaper er også en viktig faktor.

Lindenskov & Bjørk har i sin forskning kommet frem til at endringer i fysiologiske parametere i det postoperative løpet var noe sykepleierne brukte som en indikasjon på smerte i sammenheng med smertekartlegging. Blodtrykk og puls var to av de viktigst verdiene. På en annen side viser forskning at disse er upålitelige fordi både puls og blodtrykk blir påvirket av det autonome nervesystemet. Det autonome nervesystemet kan påvirkes av forhold som eksempelvis at pasienten oppholder seg på et ukjent sted (2016, s. 10). Hos pasienten med psykisk utviklingshemming mener vi at dette, i tillegg til å måtte forholde seg til ukjente mennesker, sannsynligvis vil påvirke det autonome nervesystemet som et resultat av stress og kan vise høyere verdier i fysiologiske parametere. Den kvalitative intervjuundersøkelsen

til Lindenskov & Bjørk viste allikevel at når det gjaldt smertekartlegging var observasjoner og vurderinger av de fysiologiske parameterne det første sykepleierne så på og tok hensyn til. Sekundært vurderte de pasientens adferd (2016, s. 7).

Når et verbalt kommuniserende menneske har smerter kommer det ofte frem på en tydelig måte ved at pasienten forteller om smertens lokalisasjon og intensitet, men også ved nonverbal kommunikasjon ved hjelp av ansiktsgrimaser, sukk eller beskyttelse av den smerteaffiserte kroppsdelen (Foley & McCutcheon, 2004, s. 197). I vår oppgave får ikke sykepleieren noen verbal respons av pasienten, på grunn av hans psykiske utviklingshemming og manglende verbale kommunikasjon. Sykepleiere må derfor observere den adferden som pasienten viser (Orlando, 1995, s. 42). Vi har tidligere beskrevet at nonverbal kommunikasjon hos psykisk utviklingshemmede kan være utfordrende. Dette er fordi de kan ha tilegnet seg eksempelvis utagerende kommunikasjonsstrategier for å få oppmerksomhet på ett eller annet grunnlag, som ikke nødvendigvis har med smerter å gjøre (Eknes, 2000, s. 219). Vi forstår derfor at adferden som kommer til uttrykk hos denne pasientgruppen kan bestå i feiltolkninger, ettersom utagering kan ha ulik betydning fra pasient til pasient. Dette finner vi støtte i hos Lindenskov & Bjørk sin forskning som viser at erfarne sykepleiere syntes det er utfordrende å vurdere den enkeltes smerteadferd på grunn av deres individuelle smerteuttrykk. Smertereaksjonene kan også utarte seg ved at pasienten holder seg i ro og er tilbaketrukket (2016, s. 7), og det kan virke som om pasienten ikke er påvirket av smerte i det heletatt (Defrin, Lotan & Pick, 2006, s. 318). Vi mener at utfordringen hos den rolige og tilbaketrukne pasienten er at det kan være vanskelig å forstå at han har smerter med utgangspunkt i adferd, i forhold til den urolige, aggressive pasienten som krever mer tilstedeværelse av sykepleieren, og dermed kan få hyppigere observasjoner. Den rolige pasienten har dermed større risiko for å bli nedprioritert i en travel sykehusavdeling, ettersom han ikke krever umiddelbar oppmerksomhet (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 7).

Orlando skriver at å forstå hva som skjer mellom en sykepleier og en pasient er grunnrammen for den hjelpen sykepleieren gir (1995, s. 22). Orlando skriver også at i en sykepleie-pasient-situasjon vil pasienten påvirke sykepleieren gjennom sin adferd (1995, s. 54). Samtidig vet vi at sykepleieren ofte ikke kjenner pasienten fra tidligere. Forskning viser i tillegg at hver enkelt pasient kan ha individuelle smerteuttrykk, som tidligere nevnt (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 7). Dunwoody Et al. skriver at hvilken adferd den psykisk utviklingshemmede pasienten har til vanlig kan være sentralt for å forstå smerteadferden

(2008, s. 16). I de tilfellene der pasienten ikke har hatt lignende smerter tidligere, kan det fortsatt være en stor fordel å kjenne til pasientens normale adferdsmønster for å avdekke unormal adferd (Foley & McCutcheon, 2004, s. 200). Vi mener derfor at å skaffe seg informasjon om hva slags type adferd pasienten har til vanlig, eller hva som er typisk smerteadferd for pasienten, er viktig for å kunne forstå hva som skjer mellom en sykepleier og en pasient, og hva pasienten mener med sin adferd.

Det er kjent at det stilles høyere krav til sykepleiere og deres evne til å samle data av pasienter. Dette er et resultat av at det finnes færre institusjonsplasser og liggedøgn, og på samme tid flere mennesker med komplekse og sammensatte tilstander som krever sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Samtidig har vi erfart at datasamling på sykehus kan oppleves som mer krevende enn andre institusjoner, ettersom sykepleieren svært sjelden har kjentskap til pasientene sine fra tidligere, i motsetning til sykepleiere som arbeider i eksempelvis sykehjem eller hjemmesykepleien.

Skillen et al., Anderson et al. & Lesa & Dixon sine studier viser at uerfarne sykepleiere ikke var tilstrekkelig fortrolige med egne ferdigheter når det gjaldt kliniske undersøkelser av pasienter. For lav kunnskap og mangel på ferdighetstrening resulterte i at sykepleiere hadde mistillit til egne ferdigheter og unnlot derfor å utføre slike undersøkelser av pasientene (referert i Brevik & Tymi, 2013, s. 14). Vi ser det som en mulighet at dette også kan gjelde nyutdannede sykepleiere. I forhold til den tidligere omtalte pasienten med urolig og agiterende adferd kan det være mulig at sykepleieren opplever dette som en for stor arbeidsoppgave. Dette er sett i sammenheng med at studiene til Skillen et al., Anderson et al. & Lesa & Dixon viste at sykepleiere i utgangspunktet ikke var fortrolig med undersøkelsesferdighetene sine (referert i Breivik & Tymi, 2013, s. 14). Sykepleieren må i slike situasjoner hente kunnskap eller assistanse hos andre helsepersonell for å kunne foreta undersøkelser og direkte observasjoner av pasienten og utføre sin sykepleiefunksjon i forhold til å avdekke en potensiell smerte og fremme helse hos pasienten (NSF, 2011, s. 7-8). Samtidig forstår vi at dette muligens ikke er like enkelt å utføre i praksis i forhold til sykepleierens ansvar for mange pasienter og generell mangel på tid.

Dersom den psykisk utviklingshemmede pasienten uten evne til å rapportere om smerten på en verbal måte ikke får den postoperative smerten oppdaget, kan det føre til helsemessige konsekvenser for pasienten. Dunwoody et al. beskriver at ubehandlet postoperativ smerte blant annet kan resultere i DVT, økt belastning for hjerte som igjen kan føre til økt risiko for

hjerter- karsykdommer, hyperglykemi, ileus og postoperative infeksjoner. Det kan også føre til forsinkelse av mobilisering og dannelse av avstivninger, som igjen kan resultere i utsettelse av rehabilitering og forlengelse av sykehusopphold (2008, s. 23-26). For det første er det svært ugunstig for pasienten å bli utsatt for økt risiko for slike helsemessige komplikasjoner som resultat i unnlattelse av sykepleierens pasientundersøkelse. For det andre skal alle sykepleiere utføre en sykepleiepraksis som fremmer helse og / eller forebygger sykdom j.f yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011, s. 8). Rent økonomisk er det også i sykehusets interesse at pasienten ikke får ytterligere behov for et potensielt unødige forlenget sykehusopphold (Dunwoody et al, 2008, s. 26), ettersom kostnadene vil øke med antall liggedøgn.

Birk, Skillen et al., Lesa & Dixon & Schroyen et al. beskriver blant annet at mangel på tid og stor arbeidsbelastning kan gå på bekostning av å utføre undersøkelser av pasienter (referert i Breivik & Tymi, 2013, s. 14). Det er rimelig å si at det, også i norske sykehus, er kjent at arbeidsmengden er stor for hver enkelt sykepleier i en avdeling. Disse faktorene kan også resultere i at pasienten ikke får de postoperative smertene oppdaget som kan gi tidligere nevnte konsekvenser. Lindenskov & Bjørk skriver i sin studie at sykepleierne som var med i den kvalitative intervjuundersøkelsen ytret bekymringer angående pasienten som utviste stille og tilbaketrukket adferd og som kun lå rolig i sengen, kunne bli oversett i avdelingen (2016, s. 7). Med dette som grunnlag er det rimelig å si at risikoen for å overse eller nedprioritere pasienten som eksempelvis utviser den stille adferden kan øke dersom arbeidsmengden i avdelingen er stor.

4.3 Kliniske vurderinger

En sykepleier er avhengig av å ha gjort gode observasjoner for å kunne foreta kliniske vurderinger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Samtidig kreves det at sykepleieren har evner til å sanse, oppfatte, være årvåken, oppmerksom, ha kunnskap om teoretiske fenomener og bruke egne erfaringer som er reflekterte (Kristoffersen, 2016, s. 157), for å kunne foreta kliniske vurderinger som kan avdekke smerter hos pasienter med psykisk utviklingshemming uten evne til verbal kommunikasjon. Vi kan med dette si at det krever både kunnskaper og erfaringer for at en sykepleier skal kunne foreta kliniske vurderinger.

I noen situasjoner kan det være vanskelig for sykepleieren å vurdere om de funnene som ble gjort i observasjoner er troverdige og hvor mye hun skal vektlegge disse, målt opp mot andre påvirkende faktorer (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 26-27). Lindenskov & Bjørk skriver at pasienten som utviser urolig adferd i forbindelse med smerter kan ligge anspent i senga (2016, s. 7), men vi ser det også som sannsynlig at pasienten kan bruke mye energi på bevegelse, selv om dette kan være avhengig av hvor langt pasienten er i det postoperative løpet. Samtidig kan den normale adferden til psykisk utviklingshemmede være varierende fra person til person (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 7), og det autonome nervesystemet kan gi utslag fordi pasienten er på et ukjent sted (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 10). Danielsen, Berntzen & Almås beskriver fysiologiske tegn på smerte som blant annet økt puls, forhøyet blodtrykk, raskere respirasjonsfrekvens og svetting i huden (2016, s. 389). Dette støtter også Dunwoody Et al. (2008, s. 22). Samtidig vet vi at de samme fysiologiske tegnene også øker ved fysisk anstrengelse. Det er derfor rimelig å si at det er vanskelig å vurdere om pasienten har økende fysiologiske parametere på grunn av smerter, eller om den urolige adferden pasienten utviser er i sammenheng med smerteadferd, eller om det har sammenheng med at pasienten er på et ukjent sted. Det kan også være mulig at pasienten har en normal aktiv adferd.

Hos en pasienten med psykisk utviklingshemming uten evne til å kommunisere sine behov på en verbal måte kan endringer i adferd være en indikasjon på at noe er galt (Eknes, 2000, s. 206). Dette kan vi finne støtte i hos Orlando, som beskriver at pasientens adferd, uansett hvilken form denne tar, kan representere en bønn om hjelp (1995, s. 58). Sykepleierens arbeid i kliniske vurderinger kan være ulike ut fra den kunnskapen og erfaringen den enkelte sykepleier har (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 27). Orlando hevder at desto mer teoretiske og praktiske kunnskaper en sykepleier har, desto bedre kan hun hjelpe sin pasient (1995, s. 21). Samtidig har vi erfart at det finnes sykepleiere med ulike erfaringer og bakgrunn som arbeider på en sykehusavdeling. På den ene siden finnes det nyutdannede sykepleiere med liten erfaring til å basere sine kliniske vurderinger på. Nortvedt & Grønseth mener at disse må bruke en analytisk arbeidsform som går ut på at sykepleieren tar for seg en opplysning om pasienten før hun tar for seg den neste. De beskriver denne arbeidsmetoden som god, men hevder samtidig at den er tidkrevende (2016, s. 27). På den andre siden finnes det sykepleiere med lang erfaring og eventuelt spesialisert videreutdanning som kan bygge sine kliniske vurderinger på egne erfaringer og intuisjon. Dette fører til at sykepleieren kan ta en

rask, men samtidig helhetlig vurdering av pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 27). Det kan eksempelvis være lettere for en sykepleier å identifisere smerteadferd hos psykisk utviklingshemmede uten verbal kommunikasjon hvis hun har erfaring med dette fra tidligere. Allikevel ser vi utfordringer ved dette ettersom smerteadferd hos denne pasientgruppen er individuell og kan utvise seg på ulike måter (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 7). Dette kommer tydelig frem i den tidligere nevnte stille og tilbaketrukne smerteadferden i kontrast til den urolige, agiterte smerteadferden.

Med slike forskjeller i arbeidsmetodene til erfarne og uerfarne sykepleiere er det rimelig å si at det kan ta lengre tid før en uerfaren sykepleier kan identifisere smerte hos den psykisk utviklingshemmede pasienten uten evne til verbal kommunikasjon ved bruk av kliniske vurderinger i kontrast til den erfarne. Samtidig forstår vi at nivået av kunnskap en viktig faktor i å identifisere behov hos alle pasienter.

Orlando beskriver at sykepleiere som ikke har kunnskap til å forstå pasientens behov må søke hjelp (1995, s. 21). Vi anser dette som gjeldende hos sykepleiere som har lite erfaring, men det kan også gjelde sykepleiere med lang erfaring som ikke er kjent med den psykisk utviklingshemmede pasienten uten evne til verbal selvrapportering av smerte. Å forstå hva pasienten mener med sin adferd kan være utfordrende også for erfarne sykepleier med eller uten videreutdanning (Lindenskov og Bjørk, 2016, s. 7). I situasjoner der sykepleieren, uavhengig av erfaring, ikke klarer å identifisere pasientens behov må hun søke kunnskap for å utfylle sin sykepleiefunksjon (Orlando 1995, s. 22). Dette kommer også tydelig frem i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som beskriver at det er sentralt at en sykepleier kjenner sine egne begrensninger og ikke utfører arbeidsoppgaver utenfor sin kompetanse (NSF, 2011, s. 7). Orlando foreslår at slik kunnskap kan tilegnes fra andre yrkesgrupper eller i faglitteraturen (1995, s. 22). Vi har i arbeidet med denne oppgaven erfart at man kan finne mye nyttig kunnskap i faglitteratur og forskning som kan hjelpe sykepleieren i en slik situasjon. På den andre siden kan det være tidkrevende å finne nøyaktig den litteraturen man søker etter, noe vi mener kan vise seg vanskelig i en travel sykehusavdeling med flere pasienter man har ansvar for. Vi mener derfor at det kan være et bedre alternativ å konsultere kollegaer eller personell som kjenner pasienten, eller har erfaring med denne pasientgruppen fra tidligere.

Vi har i oppgavens teoridel under kapittel 2.3.1 skrevet at mennesker med psykisk utviklingshemming kan ha underfølsomhet for smerte som et resultat av sensoriske dysfunksjoner. Dette resulterer i at pasientene viser lite eller ingen reaksjon i situasjoner som åpenbart gir smerte, som eksempelvis et hardt fall (Bakken, 2015, s. 64). Samtidig skriver Foley & McCutcheon at det er svært få pasienter med psykisk utviklingshemming som har tilstanden underfølsomhet for smerte (2004, s. 198). Vi mener at dette gir rom for mistolkninger som kan gå på bekostning av pasientens helse med tanke på konsekvenser av uoppdaget postoperative smerte som tidligere nevnt i kapittel 4.2. La oss trekke frem pasienten som utviser den rolige smerteadferden som ligger stille i sengen, tilsynelatende sovende. På den ene siden kan det være nærliggende for sykepleieren uten spesiell kunnskap om psykisk utviklingshemmede og deres adferd i forhold til smerte, å tro at den stille smerteadferden betyr at pasienten ikke har smerter, siden han ligger rolig i senga. På den andre siden kan sykepleieren, uten videre undersøkelser eller kjentskap til pasientens smerteadferd, konkludere med at pasienten har en høy toleransegrense for smerte (Foley & McCutcheon, 2004, s. 198), ettersom det er vanlig å ha smerter i det postoperative løpet (Lunn, Mathisen & Dahl, 2013, s. 177) og pasienten ikke viser typisk adferd på at noe er galt, slik som grimaser og lignende.

Nortvedt & Grønseth skriver at ett av de viktigste elementene for å gjøre kliniske vurderinger er å vite hva slags situasjon pasienten befinner seg i (2016, s. 27). Informasjon om pasientens situasjon skal alltid brukes til hans fordel (Orlando, 1995, s. 49). Denne oppgaven går ut på at pasienten har gjennomgått kirurgi og befinner seg i det postoperative løpet på en sykehusavdeling. Sykepleieren kan dermed anta at pasienten har smerter hvis hun tar utgangspunkt i den situasjonen han er i. For å styrke mistanken om pasientens smerter kan hun foreta en systematisk klinisk vurdering (Kristoffersen, 2016, s. 156). Dette kan bestå av å vurdere de funnene som ble gjort i observasjoner i forhold til blant annet fysiologiske parametere, tegn, symptomer og adferd (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 26). Vi mener som tidligere beskrevet i kapittel 4.1.1 og 4.1.2 at det også er nødvendig å ta pasientens sykehistorie med i vurderingen. Sykepleieren må også ta stilling til om hun har de dataene hun trenger, eller om hun må innhente ny informasjon angående pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 27). Vi mener at et alternativ for å få ytterligere informasjon om eksempelvis pasientens adferd kan være relatert til smerter kan være å bruke kartleggingsverktøy.

4.4 Kartleggingsverktøy

Kartlegging av smerter er grunnmuren for å kunne iverksette en smertebehandling som er individuelt tilpasset hver enkelt pasient (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 390). Ved hjelp av smertekartleggingsverktøy kan sykepleieren vurdere pasientens smerte på en mer objektiv måte, ettersom kartleggingsverktøyet kan bestå av en standard man skal ta utgangspunkt i (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 388-390). Samtidig kan ikke pasienten bekrefte eller avkrefte sykepleierens subjektive vurdering av hans smerte som et resultat av pasientens manglende verbal kommunikasjon.

I sykehusavdelinger brukes det ulike systematiske kartleggingsverktøy for smerter. Vi har erfart at de mest brukte er NRS (Vedlegg 6), VAS (vedlegg 5) og ESAS (vedlegg 7) De to førstnevnte er endimensjonale kartleggingsverktøy, mens ESAS er et flerdimensjonalt kartleggingsverktøy. Felles for disse 3 verktøyene er at de baserer seg på at pasienten rapporterer smerten selv. Vi ser derfor disse som uegnede for å kartlegge smerte hos psykisk utviklingshemmede uten evne til verbal kommunikasjon.

Lindenskov og Bjørk skriver at blant annet det flerdimensjonale verktøyet BPS (Behavior Pain Scale) (vedlegg 3) er oversatt til norsk og i bruk ved norske sykehus. Dette er et kartleggingsverktøy som er basert på helsepersonells observasjoner av pasienter (2016, s. 3). Dette er også det eneste smertekartleggingsverktøyet for nonverbale pasienter på sykehus vi kjenner til. Vi har sett nærmere på hvordan BPS fungerer, og studien til Olsen & Rustøen konkluderte med at dette er et godt verktøy for pasienter som ikke kan gi selvrappport på grunn av at de får respiratorbehandling og er i en sedert tilstand (2011, s. 17). En ulempe med BPS i vurdering av smerte hos pasienter med psykisk utviklingshemming uten evne til selvrappotering er at verktøyet kun tar hensyn til bevegelser i forhold til pasienten overkropp og overekstremiteter samt ansiktsuttrykk, og tar ikke med i beregningen vurderinger av bevegelse av underekstremiteter, nonverbale lyder eller annen smerteadferd (Vedlegg 3), som eksempelvis den rolige tilbaketrukne smerteadferden (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 7). Pasientgruppen vi tar for oss har andre årsaker til manglende verbal kommunikasjon som nevnt i kapittel 2.3.1. Vi mener derfor at dette gir et dårlig sammenligningsgrunnlag og at de fremstår som to ulike pasientgrupper. Derfor konkluderer vi med at BPS ikke kan brukes til pasienter med psykisk utviklingshemming uten evne til verbal kommunikasjon på samme måte som til pasienter i behov for respiratorbehandling.

Vi har foreløpig ikke funnet noe smertekartleggingsverktøy som er tilpasset voksne pasienter med psykisk utviklingshemming uten evne til selvrapporing. Vi finner støtte i Lotan som mener at det ikke finnes noe tilpassede smertekartleggingsverktøy for pasientgruppen voksne psykisk utviklingshemmede med manglende verbal kommunikasjon (2009, s. 14), og han har derfor utviklet et slikt verktøy vi skal ta for oss senere i dette kapittelet. Lindenskov & Bjørk mener at det er behov for å iverksette en innføring av et smertekartleggingsverktøy for pasienter i postoperative avdelinger som har redusert evne til å rapportere smerte på egenhånd (2016, s. 1). I arbeidet med å kartlegge smerte hos denne type pasienter, mener vi derfor at det hadde vært en fordel å ha tilgang til et slikt tilpasset verktøy.

Målet med oppgaven vår er å finne ut av hvordan sykepleiere kan identifisere postoperative smerter hos mennesker med psykisk utviklingshemming som ikke kan bruke det verbale språket. Forskning viser at kartleggingsverktøy for å avdekke smerte hos mennesker med psykisk utviklingshemming uten verbal kommunikasjon kan være til stor hjelp, både i kartlegging av smerte, men også for å kunne gi pasientene adekvat smertelindring (Foley & McCutcheon, 2004, s. 199 og Breau, Finley, McGrath & Camfield, 2002, s. 528). Slike kartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleieren til å vite hva slags adferd hun skal se etter for å oppdage smerte, sammen med kunnskap hun har tilegnet seg fra tidligere om hva som er normal adferd for pasienten hun skal ha ansvar for. Samtidig har vi konkludert med at de kartleggingsverktøyene vi har erfaring med fra sykehus, ikke er tilpasset den psykisk utviklingshemmede pasienten som ikke har evner til verbal selvrapporing av smerter.

Det kan virke som om ulike grader av psykisk utviklingshemming kan ha utslag på hva slags type adferd pasienten utviser (Defrin, Lotan & Pick, 2006, s. 315). Vi ser det derfor som sentralt å bruke et kartleggingsverktøy som er beregnet for mennesker med moderat grad av psykisk utviklingshemming. Samtidig ser vi et potensielt problem ved innføring av smertekartleggingsverktøy for hver av de fire gradene i en avdeling på sykehus, i forhold til blant annet krav til ressurser og at i ren praktisk bruk kan dette bli for mye å forholde seg til. Defrin, Lotan & Pick har i sin forskning konkludert med at NCCPC-R (vedlegg 2) er et flerdimensjonalt verktøy som oppdager endringer i adferd som tegn på smerte hos mennesker med psykisk utviklingshemming, uavhengig av grad (2006, s. 319).

Breau, Finley, McGrath & Camfield har testet validiteten til kartleggingsverktøyet NCCPC-PV (Non-Communicating Children's Pain Checklist – Postoperativ Version) (Vedlegg 1) som tar for seg adferd som tegn til postoperative smerter hos barn med psykisk utviklingshemming. Studien viser at NCCPC-PV har en god validitet for å oppdage grad av postoperativ smerte, mens smertens lokalisasjon ikke kommer tydelig frem (2002, s. 534). Dette er trolig viktigere, ettersom helsepersonell allerede vet hva slag type kirurgi pasienten har gjennomgått, og dermed kan ha større sjanse for å lokalisere smerten. Når det kommer til praktisk bruk av kartleggingsverktøyet resulterte studien i at det var minimale forskjeller når helsepersonell som kjente pasienten fra tidligere brukte NCCPC-PV i forhold til helsepersonell som ikke kjente pasienten (Breau et al., 2002, s. 534). Breau et al. skriver på en annen side at dette krever at helsepersonellet er kjent med mennesker med psykisk utviklingshemming og vet hva de skal se etter med tanke på adferd som tegn på smerte. Sykepleiere kom dårlig ut ved bruk av NCCPC-PV, og det antas at deler av årsaken kan være minimal opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet, og samtidig for lav kunnskap om psykisk utviklingshemmede og deres reaksjoner på smerte (2002, s. 534).

En viktig faktor vi må ta hensyn til med NCCPC-R og NCCPC-PV er at disse er beregnet for smertekartlegging av barn med psykisk utviklingshemming. Ved nærmere undersøkelse viser det seg at det er forskjell på hvordan barn med psykisk utviklingshemming reagerer på smerte i forhold til voksne. Lotan, Ljunggren, Johnsen, Defrin, Pick & Strand beskriver at det var en del adferd mellom barn og voksne som var felles, men samtidig var det noen typer adferd som ikke var tilfredsstillende dekkende for voksne. (2009, s. 399) Blant disse var agiterende adferd og mer eller mindre bevegelse av kroppen (Lotan et al, 2009, s. 402). På bakgrunn av forskjellene mellom smerteadferd hos barn og voksne så Lotan et al det som nødvendig å utvikle et eget verktøy for voksne, NCAPC (vedlegg 4) (2009, s. 399). Dette verktøyet består av faktorene vokal reaksjon, emosjonell reaksjon, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, beskyttelsesreaksjoner og fysiologiske reaksjoner (Lotan, Moe-Nilssen, Ljunggren & Strand, 2009, s. 737).

På den ene siden forstår vi at NCAPC, som er tilpasset voksne mennesker med psykisk utviklingshemming, kan gjøre det lettere å avdekke smerteadferden hos denne pasientgruppen. Samtidig ser vi en svakhet i kartleggingsverktøyet ved at man som sykepleier i et sykehus, svært sjeldent kjenner pasientens normale adferd. Dette kan vises i eksempler med den tidligere omtalte agiterte og urolige pasienten og den stille og tilbaketrukne pasienten som ligger i senga tilsynelatende sovende. Sykepleiere kan kun

merke endringer i disse pasientenes adferd, dersom adferden er blitt dokumentert som annerledes i rapporten (Orlando, 1995, s. 25), eller ved at den normale adferden er blitt beskrevet i et informasjonsskriv eller ved kontakt med personell som kjenner pasienten fra tidligere (Foley & McCutcheon, 2004, s. 200). Dette får vi støtte i da Lotan, Moe-Nilssen, Ljunggren & Strand undersøkte hvordan NCAPC fungerte hos ulike grupper i helsevesenet. Sykepleiere hadde en dårlig pålitelighet i bruk i kartleggingsverktøyet, sammenlignet med andre yrkesgrupper innenfor helsevesenet. Dette kan ha sammenheng med at sykepleiere bare ser pasienter med psykisk utviklingshemming og smerte av og til i sitt arbeide, og dermed ikke tilbringer mye tid med disse (2009, s. 743). Lotan, Moe-Nilssen, Ljunggren & Strand kom også frem til at helsepersonell og omsorgspersoner som arbeider med denne type pasienter på daglig basis kom godt ut ved bruk av NCAPC (2009, s. 743). Men dette som grunnlag kan vi anta at helsepersonell og omsorgspersoner som har erfaring, og arbeider med nonverbale psykisk utviklingshemmede har et bedre utgangspunkt i å få et pålitelig resultat ved bruk av NCAPC i forhold til sykepleiere som ofte har mindre erfaring med pasientgruppen. På en annen side kommer det frem i studien at det kan forventes et mer pålitelig resultat i forhold til sykepleieres bruk av NCAPC, dersom de hadde fått en grundig opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet (Lotan, Moe-Nilssen, Ljunggren & Strand, 2009, s. 743). Samtidig vil vi anta at opplæring og innføring av et slikt kartleggingsverktøy vil kreve både penger og ressurser, og ser derfor en potensiell utfordring ved dette i en sykehusavdeling med fåtall av pasienter med psykisk utviklingshemming uten evne til selvrapporing, i forhold til andre pasientgrupper.

En begrensning med NCAPC er at den kun er testet i forbindelse med den akutte smerten som oppstår ved prosedyrerelaterte behandlinger, som eksempelvis intramuskulære injeksjoner. Lotan skriver at NCAPC ikke er testet for andre typer smerter, som eksempelvis kroniske smerter, langvarige smerter eller postoperative smerter, og at det krever ytterligere forskning å finne ut av om disse typene smerte kan oppdages ved hjelp av NCAPC (Lotan, 2009, s. 73). Vi forstår at intramuskulære injeksjoner, på lik linje med kirurgi skaper nociceptive smerter som følge av vevsskade. Samtidig er det rimelig å si vevsskaden ved kirurgi ofte vil være betydelige større ved kirurgi kontra en intramuskulær injeksjon. På den andre siden ser vi at verktøyet inneholde viktige elementer i forhold til hva man kan se etter for å oppdage smerteadfærd hos mennesker med psykisk utviklingshemming uten evne til selvrapporing. Spørsmålet er om adferden forandrer seg i forhold til den akutte prosedyrerelaterte smerten, kontra den postoperative smerten.

5. Oppsummering og konklusjon

Ut fra kunnskap vi har tilegnet oss gjennom oppgavens teori- og drøftingsdel har vi kommet frem til følgende:

For å identifisere postoperative smerter hos mennesker med psykisk utviklingshemming, uten evne til verbal kommunikasjon mener vi at det er nødvendig med tilstrekkelig informasjon om pasientens tidligere sykehistorie, erfaringer med sykehusopphold, vanlig adferd og smerteadferd. Denne informasjonen kan sykepleieren tilegne seg ved hjelp av tidligere dokumenterte observasjoner, et detaljert informasjonsskriv, eller ved å kontakte pårørende eller helsepersonell som kjenner pasienten, eventuelt helsepersonell som er godt kjent med psykisk utviklingshemmede og deres ulike reaksjoner. Dersom sykepleieren har slik kunnskap kan hun lettere forstå hva pasienten mener med sin adferd, og forståelsen av hva som skjer mellom sykepleieren og pasienten vil samtidig øke. Vi mener at sykepleieren må ha kunnskaper om at smerte kan komme til uttrykk på ulike måter blant de psykisk utviklingshemmede uten verbal kommunikasjon, samt at ulike faktorer kan gi utslag på fysiologiske parametere. Gode evner til å vurdere hvilke funn som skal vektlegges, er avhengig av både kunnskap og erfaring, men anses som nødvendig for å identifisere smerter i denne oppgavens sammenheng. Samtidig ser vi at det kan være en stor fordel å bruke kartleggingsverktøy som er tilpasset den voksne psykisk utviklingshemmede uten verbal kommunikasjon for å tolke den nonverbale kommunikasjonen og avdekke smerteadferd pasienten utviser. Vi har funnet flere verktøy beregnet for denne pasientgruppen. NCCPC-PV er det eneste kartleggingsverktøyet vi har funnet som er ment for å avdekke postoperative smerter ut fra adferd. Vi mener allikevel at denne ikke er optimal, ettersom NCCPC-PV tar utgangspunkt i barns smerteadferd. Forskning tilsier at det er forskjeller på hvordan barn utviser smerteadferd i forhold til voksne. Det ble derfor laget NCAPC, som er et kartleggingsverktøy for voksne mennesker med psykisk utviklingshemming uten verbal kommunikasjon, som tar for seg både smerteadferd, men også fysiologiske parametere. Ulempen med NCAPC er at den kun er forsket på i forbindelse med den akutte, forbigående smerten som oppleves ved intramuskulære injeksjoner. Vi ser derfor et behov for ytterligere forskning for å finne et verktøy som kan bidra i kartleggingen av postoperative smerter hos voksne psykisk utviklingshemmede uten evne til verbal kommunikasjon.

6. Litteraturliste

*Baastrup, C., Dahl, J., Arendt-Nielsen, L. & Jensen, T. S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T. S. Jensen, J. Dahl, & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund Evidens Behandling* (3. utg. s. 15-34). København, Danmark: FADL's Forlag.

*Bache, N., schmelling, W. & Hanghøj Tei, R. M. (2013). Smerter og Sykepleie. I T. S. Jensen, J. Dahl, & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: baggrund Evidens Behandling* (3. utg., s. 373-386). København, Danmark: FADL's Forlag.

*Bakken, T. L. (2015). Utviklings hemming og hverdags vansker: Faktorer som påvirker psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., ss. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Breau, L., M., Finly, A., G., McGrath, P., J. & Camfield, C., S. (2002). Validation of the non-communicating childrens pain checklist – postoperative version. *Anesthesiology*, 96 (3), 528-535. Hentet fra <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1944607>

*Breivik, S. & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie>

Dalland, O. (2014). Metode og Oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utg., s 381- 423). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Defrin, D., Lotan, M. & Pick, C. G. (2006). The evaluation of actue pain in individuals with cognitive impairment: A differential effect of the level of impairment. *International association for the study of pain*, 124, 312-320. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.031>

-
- *Dunwoody, C., Krenzischek, D., Pasero, C., Rathmell, J., & Polomano, R. (2008). Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1), ss. 15-27.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2007.11.007>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Eknes, J. (2000). Utdfordrende atferd. I J. Eknes (Red.), *Utviklingshemming og psykisk helse* (ss. 204-223). Oslo: Universitetsforlaget.
- *Faiz, K. W. (2014). WAS – Visuell Analog Skala. *Tidskriftet Den Norske Legeforening*.(3),
<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.1145>
- *Foley, D., C. & McCutcheon, H. (2004). Detecting pain in people with an intellectual disability. *Accident and emergency nursing*, 12, 196-200.
[Http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2004.06.02](http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2004.06.02)
- *Helsebiblioteket.no. (2013). *ESAS-Edmonton Symptom Assessment System*. (s1-3)
Hentet fra. <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/esas-edmonton-symptom-assessment-system>
- *Helsebiblioteket.no. (2013). *Sedasjon av respirator pasienter*. Hentet fra
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sedasjon-av-respiratorpasienten#approach-attachments>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie-kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie-fag og funksjon* (3 utg., s. 139-185). Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Lindenskov, L. & Bjørk, I., T. (2016). Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperative smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. *Nordisk sykeplejeforskning*. <https://doi.org/10.18261/issn1892-2686-2016-02-08>

-
- *Lotan, M. (2009). *Assessment of Pain in Adults with Intellectual and Developmental Disabilities* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/3726>
- *Lotan, M. (2009). *Appendices: The Non Communicating Adult Pain Checklist* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet fra http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3726/Appendices_Meir%20Lotan.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- *Lotan, M., Ljunggren, A. E., Johnsen, T. B., Defrin, R., Pick, C., G. & Strand, L. I. (2009). A modified version of the non-communicating children pain checklist- revised, adapted to adults with intellectual and developmental disabilities: sensitivity to pain and internal consistency. *The journal of pain*, 10 (4), 398-407.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2008.09.006>
- *Lotan, M., Nilssen, R., M., Ljunggren, A. E. & Strand, L. I. (2009). Reliability of the non-communicating adult pain checklist (NCAPC), assessed by different groups of health workers. *Research in developmental disabilities*, 30, 735-745.
[Http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2008.10.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2008.10.005)
- *Lunn, T. H., Mathiesen, O. & Dahl, J. B.(2013). Postoperative smerter. I T.S, Jensen, J. B. Dahl. & L. A, Nielsen (Red.). *Smerter: baggrund, evidens, behandling* (3. utg., s. 177-200). København, Danmark: FADL's Forlag
- *Melgård, T. (2000). Utviklingshemming. I J. Ekernes (Red.), *Utviklingshemming og psykisk helse* (ss. 11-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- *Norsk Barnesmerte forening. (2010). *NRS og verbal skala*. Hentet fra <http://www.norskarnesmerteforening.no/sites/norskarnesmerteforening.no/files/smertevurderingsverkt%C3%B8y/NRS%20og%20verbal%20skala%2020juli2010%20RH%20mappe.pdf>
- *Norsk sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (s.5-7)
- *Norsk sykepleieforbund. (s. a). *Non-communicating Cildrens's Pain Checklist*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/290987/NCCPC-P%20og%20PV.pdf>

Nortvedt, P & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Almås, H. (Red.), Stubberud D. G & Grønseth, R. Klinisk sykepleie 1 (5. Utg., s.17-37)

*Olsen, B. F. & Rustøen, T. (2011). Er den norske versjonen av ”Behavioral pain scale” pålitelig og brukervennlig? *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/10/er-den-norske-versjonen-av-behavioral-pain-scale-palitelig-og-brukervennlig>

*Orlando, I. J. (1995). *Det dynamiske forhold mellom sygeplejerske og patient*. København: Munksgaard. (s. 17-89)

*Røkke, M. (1991). Rettssikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming. Oslo: Statens forvaltningstjenester, seksjon statens trykking.

Skaug, E. A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Grimsbø, G. H. (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1 sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 337-372.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Selo-zok. (s.a.). I. *Felleskatalogen*. Hentet fra <http://www.felleskatalogen.no/medisin/selo-zok-astrazeneca-563801>

*Thidemann, I. (2015). *Bachelor-oppgaven for sykepleiestudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

*World Health Organization. (1999). *ICD-10 : Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Zwakhaleh, S. M. G., van Dongen, K. A. J., Hamers, J. P. H. & Abu-saad. H. H. (2004). Pain assessment in intellectually disabled people: non-verbal indicators. *Journal of advanced nursing*, 45(3), 236-245. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02884.x>

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg nr. 1

Non-communicating Children's Pain Checklist – Postoperative Version (NCCPC-PV)

NAME: _____	UNIT/FILE #: _____	DATE: _____ (dd/mm/yy)
OBSERVER: _____	START TIME: _____ AM/PM	STOP TIME: _____ AM/PM

How often has this child shown these behaviours in the last 10 minutes? Please circle a number for each behaviour. If an item does not apply to this child (for example, this child cannot reach with his/her hands), then indicate "not applicable" for that item.

	0 = NOT AT ALL	1 = JUST A LITTLE	2 = FAIRLY OFTEN	3 = VERY OFTEN	NA = NOT APPLICABLE		
I. Vocal							
1. Moaning, whining, whimpering (fairly soft).....	0	1	2	3	NA		
2. Crying (moderately loud).....	0	1	2	3	NA		
3. Screaming/yelling (very loud).....	0	1	2	3	NA		
4. A specific sound or word for pain (e.g., a word, cry or type of laugh).....	0	1	2	3	NA		
II. Social							
5. Not cooperating, cranky, irritable, unhappy.....	0	1	2	3	NA		
6. Less interaction with others, withdrawn.....	0	1	2	3	NA		
7. Seeking comfort or physical closeness.....	0	1	2	3	NA		
8. Being difficult to distract, not able to satisfy or pacify.....	0	1	2	3	NA		
III. Facial							
9. A furrowed brow.....	0	1	2	3	NA		
10. A change in eyes, including: squinting of eyes, eyes opened wide, eyes frowning.....	0	1	2	3	NA		
11. Turning down of mouth, not smiling.....	0	1	2	3	NA		
12. Lips puckering up, tight, pouting, or quivering.....	0	1	2	3	NA		
13. Clenching or grinding teeth, chewing or thrusting tongue out.....	0	1	2	3	NA		
IV. Activity							
14. Not moving, less active, quiet.....	0	1	2	3	NA		
15. Jumping around, agitated, fidgety.....	0	1	2	3	NA		
V. Body and Limbs							
16. Floppy.....	0	1	2	3	NA		
17. Stiff, spastic, tense, rigid.....	0	1	2	3	NA		
18. Gesturing to or touching part of the body that hurts.....	0	1	2	3	NA		
19. Protecting, favoring or guarding part of the body that hurts.....	0	1	2	3	NA		
20. Flinching or moving the body part away, being sensitive to touch.....	0	1	2	3	NA		
21. Moving the body in a specific way to show pain (e.g. head back, arms down, curls up, etc.).....	0	1	2	3	NA		
VI. Physiological							
22. Shivering.....	0	1	2	3	NA		
23. Change in color, pallor.....	0	1	2	3	NA		
24. Sweating, perspiring.....	0	1	2	3	NA		
25. Tears.....	0	1	2	3	NA		
26. Sharp intake of breath, gasping.....	0	1	2	3	NA		
27. Breath holding.....	0	1	2	3	NA		
SCORE SUMMARY:							
Category:	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
Score:							

Version 01.2004 © 2004 Lynn Breau, Patrick McGrath, Allen Finley, Carol Camfield

(Nors sykepleier forbund, s.a. Non-communicating Children's pain Checklist)

7.2 Vedlegg nr. 2

Non-communicating Children's Pain Checklist- Revised (NCCPC-R)

Ikke- kommuniserende barns smerte sjekkliste – Revidert (NCCPC-R)

Navn: _____	Avdeling: _____	Dato: _____ (dag/måned/år)
Observatør: _____	Start tidspunkt: _____	Avslutnings tidspunkt: _____

Hvor ofte har dette barnet vist følgende atferd i løpet av de siste 2 timene? Vennligst sett ring rundt et tall for hvert utsagn. Hvis et utsagn ikke er relevant for dette barnet (for eks. at dette barnet ikke spiser fast føde eller ikke kan rekke med hendene sine), da skal det settes ring rundt "gjelder ikke" for dette utsagnet.

0 = ALDRI 1 = AV OG TIL 2 = OFTE 3 = SVÆRT OFTE GI = GJELDER IKKE

I. Stemmebruk

1. Stønner, sutrer, ynker (ganske svakt).....	0	1	2	3	GI
2. Gråter (moderat styrke).....	0	1	2	3	GI
3. Skriker/hyler (høy styrke).....	0	1	2	3	GI
4. En bestemt lyd eller ord for smerte (for eksempel et ord, gråt eller type latter).....	0	1	2	3	GI

II. Sosial atferd

5. Samarbeider ikke, grinete, irritabel, er lei seg.....	0	1	2	3	GI
6. Mindre samspill med andre, tilbaketrukket.....	0	1	2	3	GI
7. Søker trøst eller fysisk nærhet.....	0	1	2	3	GI
8. Vanskelig å avlede, kan ikke tilfredstilles eller beroliges.....	0	1	2	3	GI

III. Ansiktsuttrykk

9. Rynker pannen.....	0	1	2	3	GI
10. Forandringer ved øynene som inkluderer: å myse, sperre opp øynene, rynker bryn.....	0	1	2	3	GI
11. Trekker ned munnvikene, smiler ikke.....	0	1	2	3	GI
12. Leppene er sammenknepne, stramme, surmulende eller skjelvende.....	0	1	2	3	GI
13. Biter sammen eller gnisser tenner, tygger eller presser tungen ut.....	0	1	2	3	GI

IV. Aktivitet

14. Urørlig, mindre aktiv, stille.....	0	1	2	3	GI
15. Farer omkring, oppspilt, urolig.....	0	1	2	3	GI

V. Kropp og lemmer

16. Er slappe.....	0	1	2	3	GI
17. Er stive, spastiske, spente, stramme.....	0	1	2	3	GI
18. Peker mot eller berører den delen av kroppen som gjør vondt.....	0	1	2	3	GI
19. Beskytter, støtter eller skjerner den delen av kroppen som gjør vondt.....	0	1	2	3	GI
20. Rykker til eller trekker til seg kroppsdelene, er folsom for berøring.....	0	1	2	3	GI
21. Beveger kroppen på en spesiell måte for å vise smerte.....	0	1	2	3	GI

(f. eks. med hodet bakover, armene ned, sammenkrobling osv.)

VI. Fysiologiske tegn

22. Skjelver.....	0	1	2	3	GI
23. Fargeforandring, blekhet.....	0	1	2	3	GI
24. Svetter, kaldsvetter.....	0	1	2	3	GI
25. Tårer.....	0	1	2	3	GI
26. Trekker pusten raskt, gisper.....	0	1	2	3	GI
27. Holder pusten.....	0	1	2	3	GI

VII. Spising/soving

28. Spiser mindre, ikke interessert i mat.....	0	1	2	3	GI
29. Sover mer.....	0	1	2	3	GI
30. Sover mindre.....	0	1	2	3	GI

SAMLET POENGSUM:

KATEGORI	I	II	III	IV	V	VI	VII	TOTALT
POENG								

(Nors sykepleier forbund, s.a. Non-communicating Children's pain Checklist)

7.3 Vedlegg nr. 3

Behavioral Pain Scale (BPS)

Observasjon	Beskrivelse	Poeng
Ansiktsuttrykk	Avslappet	1
	Delvis anspent (senker øyebryn)	2
	Veldig anspent (kniper øyne)	3
	Gjør grimaser (folder kinn)	4
Bevegelser i overekstremitetene	Ingen bevegelser	1
	Delvis bøyd	2
	Veldig bøyd med bøyde fingre	3
	Inndratt, eller motsetter seg pleie	4
Samarbeid med respirator	Tolererer respiratoren	1
	Hoster, men tolererer respiratoren det meste av tiden	2
	Kjemper mot respiratoren, men ventilering mulig innimellom	3
	Ute av stand til å samarbeide med respiratoren	4

(Helsebiblioteket.no, 2013, Sedasjon av respirator pasienter)

7.4 Vedlegg nr. 4

Appendices

APPENDIX I

The Non Communicating Adult Pain Checklist

Name of client _____ Observer: _____

Date _____ Regular grade when individual is not in pain _____

The client's behavior is being evaluated due to: _____

How often has the client showing the down listed behavior in the last 10 minutes.

Item #	Sub category	Item description	Not at all	Just a little	Fairly often	Very often
1	Vocal reaction	Moaning, whining, whimpering (fairly soft)	0	1	2	3
2		Crying (moderately loud)	0	1	2	3
3		Screaming/yelling (very loud)	0	1	2	3
4		A specific sound or word for pain (for example, a word, a cry, or type of laugh)	0	1	2	3
5	Emotional reaction	Not co-operating, cranky, irritable, unhappy	0	1	2	3
6		Being difficult to distract, not able to satisfy or pacify	0	1	2	3
7	Facial expressions	furrowed eyebrows, raising eyebrows	0	1	2	3
8		A change in eyes including (Squinting of eyes, eyes opened wide, eye frowning)	0	1	2	3
9		Turning down of mouth, not smiling	0	1	2	3
10		movements of the lips and tongue: Lips puckering up, tight, pouting, or quivering, teeth grinding, tongue pushing.	0	1	2	3
11	Body language	Moving more or less	0	1	2	3
12		Stiff spastic, tense, rigid	0	1	2	3
13	Protective reaction	Gesturing to or touching part of the body that hurts	0	1	2	3
14		Protecting, favoring, or guarding part of the body that hurts	0	1	2	3
15		Flinching or moving the body part away, being sensitive to touch	0	1	2	3
16		Moving the body in a specific way to show pain (e.g. head back, arms down, curls up, etc')	0	1	2	3
17	Physiological reaction	Change in facial color	0	1	2	3
18		Respiratory irregularities: Breath holding or gasping	0	1	2	3

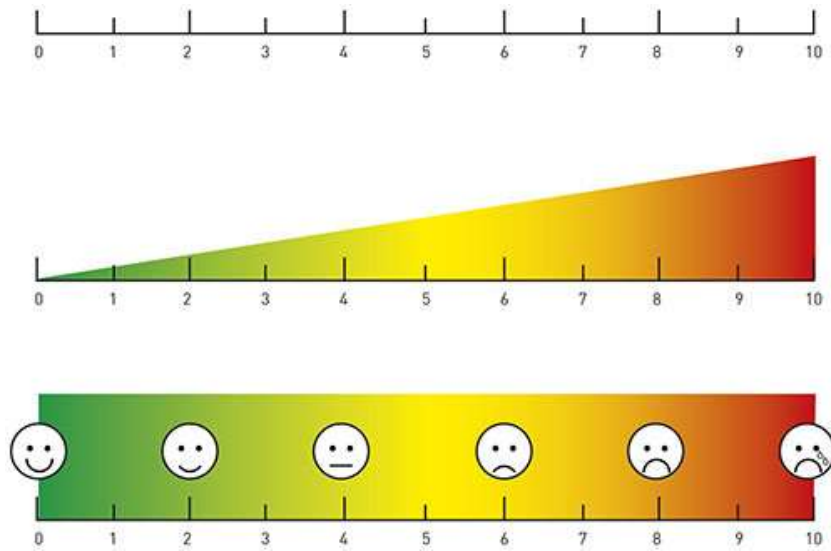
Total score _____

The psychometric properties of the Non Communicating Adult pain checklist were evaluated with the scale as a whole. The separate use of sub scores was not tested and is therefore not recommended

Lotan (2009). Appendices: The Non Communicating Adult Pain Checklist

7.5 Vedlegg nr. 5

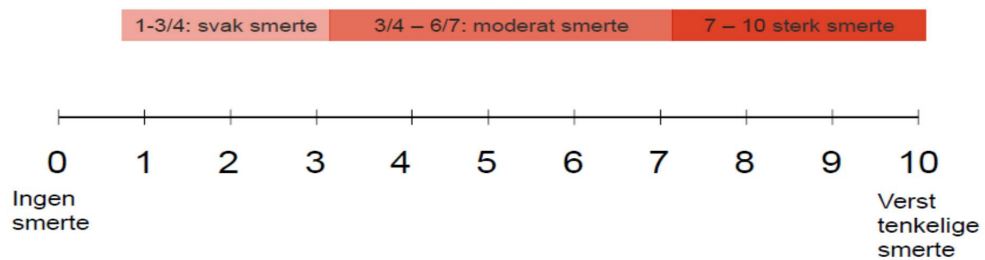
Visuell analog skala (VAS)



(Faiz, 2014)

7.6 Vedlegg nr. 6

Numeric rating scale - NRS(0 -10)



(Norsk Barnesmerte forening, 2010)

7.7 Vedlegg nr. 7



Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvrig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyllt ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Edmonton symptom assessment system, revidert versjon 2010 (ESAS-r)

(Helsebiblioteket.no, 2013)

7.8 vedlegg nr. 8

Søkelogg					
	Søkesett #	Søkeord og kombinerte søk	Begrensninger	Treff	Merkn./artikkelfunn
CINAHL:	1	Intellectual disability	Fulltext,	10 615	
	2	developmental disabilities		45 411	
	3	Pain		88 605	
	4	1 or 2		13 976	Kombinertsøk
	5	4 and 3		150	A Modified Version of the Non-communicating Children Pain Checklist-Revised, Adapted to Adults: Lotan, Ljunggren, Jhonsen, Defrin, Pick, Strand Detekting pain in people with an intellectual disability: Foley, McCutcheon
	6	Assessment		622 225	
	7	5 and 6		60	Pain assessment in intellectually disabled people: non-verbal indicators: Zwakhalen, Dangen, Hamers, Abu-Saad
	8	Consequences		24 925	
	9	3 and 6 and 8		376	
	10	Inadequat		8	Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain: Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell og Polomano
	11	Non-communicating Children's pain checklist- postoperative version		1	Validation of the Non-communicating children's Pain Checklist-postoperativ Version:

					Breau, Finley, MCGrath og Camfield.
ORIA:	1	Intellectual disability's and pain assessment		14 910	Assessment of pain in adults with intellectual and developmental disabilities: Development of scale to assess pain behaviors: Lotan,M Denne avhandlingen tok oss til BORIA via link
BORIA:		Link fra artikkelen over			Reliability of the non-communicating adult pain checklist (NCAPC), Assessed by different groups of health worker: Lotan, Moe-Nilssen, Ljunggren og Strand The evaluation of acute pain in individuals with cognitive impairment: A differential effect of the level of impairment: Defrin, Lotan og Pick
Swemed+	1	Postoperative		2 229	
	2	Pain		4 970	
	3	Assessment		3 950	
		1 and 2 and 3		16	Sykepleiers kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing: Lindenskov, L og Bjørk, I.T.
Sykepleien.no		BPS Her var vi ute etter dette verktøy og bruken av det.		5	Er den norske versjonen av «Behavioral Pain Scale» pålitelig og brukervennlig? : Olsen og Rustøen.
		Kliniske undersøkelser	Nyheter, Fagartikler og meninger	85	Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? : Breivik og Tymi

