



Om å lide i stillhet

*”På hvilke måter kan sykepleier kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing?”*

Kandidatnummer: 1010

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet, Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 9259

21.mars 2019

## Forord

*Forstår du ikke  
at når han puster ut  
små uforståelige lyder,  
griper om armen din  
med klønete fingre  
og ser på deg  
med øyne du frykter,*

*så vil han bare  
snakke med deg?*

(Fossum, 1974, s. 25).

## **SAMMENDRAG**

Besvarelsen tar for seg kartlegging og vurdering av smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappotering. Oppgaven er en litterær oppgave, basert på kvalitative og kvantitative fagfelleverderte forskningsartikler, Kari Martinsens omsorgsteori og annen litteratur, som er av relevans for oppgavens tema og problemstilling.

Pasienter med en psykisk utviklingshemning har høyere prevalens for somatiske sykdommer og psykiske lidelser, og har derfor en større risiko for å oppleve smerte. De oppsøker medisinsk behandling tre ganger så ofte som den øvrige befolkningen, og med nedsatt evne til å selvrappotere smerte, og til tider utfordrende atferd utgjør de en større utfordring for helsepersonell som møter dem.

Drøftingen belyser viktigheten av å kartlegge og vurdere pasientens smerteatferd, samarbeide med pasientens pårørende og nærpersoner, i tillegg til å vurdere troverdigheten av fysiologiske parametre.

**Nøkkelord:** Akutt smerte, smertekartlegging, kartleggingsverktøy, nedsatt evne til selvrappotering, psykisk utviklingshemning, akuttmottak.

## **ABSTRACT**

This thesis discusses pain assessment in patients with reduced ability to self-report. It is a literary thesis based upon qualitative and quantitative peer reviewed research, Kari Martinsen's nursing theory and other literature which is of relevance to the thesis' topic and issue.

Patients with an intellectual disability have a higher prevalence of somatic diseases and mental illness, and are therefore at a higher risk of experiencing pain. They seek medical treatment three times as often as the general population, and with reduced ability to self-report pain and at times challenging behavior they pose a greater challenge for health professionals.

The discussion highlights the importance of assessing the patients' pain behavior, cooperation with the patients' next of kin and caregivers and the credibility of physiological parameters.

**Keywords:** Acute pain, pain assessment, pain assessment tools, patients unable to self-report, intellectual disability, emergency department, emergency room (ER).

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning</b>	<b>6</b>
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	6
1.2 <i>Begrunnelse for relevans innenfor sykepleiefaget</i>	7
1.3 <i>Presentasjon av problemstilling</i>	7
1.4 <i>Avgrensning av problemstilling</i>	7
1.5 <i>Begrepsavklaring</i>	8
1.5.1 <i>Psykisk utviklingshemning</i>	8
1.5.1 <i>Smerte</i>	8
1.5.2 <i>Selvrappotering</i>	9
<b>2.0 Metode</b>	<b>9</b>
2.1 <i>Litteratursøk</i>	9
2.1.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	9
2.1.2 <i>Søkehistorikk</i>	10
2.1.3 <i>Øvrige søk</i>	10
2.2 <i>Utvalgte kilder</i>	11
2.3 <i>Kildekritikk</i>	12
2.4 <i>Etiske overveielser</i>	13
<b>3.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b>	<b>14</b>
3.1 <i>Generelt om psykisk utviklingshemning</i>	14
3.1.1 <i>Forekomst av somatiske lidelser</i>	15
3.1.2 <i>Forekomst av smerter</i>	15
3.1.3 <i>Språkutvikling</i>	16
3.1.4 <i>Utfordrende atferd grunnet forsinket språkutvikling</i>	16
3.1.5 <i>Utfordrende atferd grunnet sensoriske dysfunksjoner</i>	17
3.2 <i>Akutt smerte</i>	18
3.2.1 <i>Fysiologiske endringer og tegn ved akutt smerte</i>	19
3.2.2 <i>Non-verbale kartleggingsverktøy av akutt smerte</i>	19
3.2.3 <i>Atferd ved akutt smerte</i>	20
3.4 <i>Samarbeid med nærpersoner og pårørende</i>	21
3.5 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	22
3.6 <i>Sykepleiefaglig teoretisk tilnærming – Kari Martinsens omsorgsteori</i>	22
3.6.1 <i>Den moralske siden av yrkesmessig omsorg</i>	22
3.6.2 <i>Den praktiske siden av yrkesmessig omsorg</i>	23
3.6.3 <i>Den relasjonelle siden av yrkesmessig omsorg</i>	23
<b>4.0 Drøfting av problemstilling</b>	<b>24</b>
4.1 <i>Den moralske siden ved å kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med en psykisk utviklingshemning</i>	24
4.1.1 <i>Hva kan påvirke sykepleieres holdninger til pasientens smerteopplevelse?</i>	24
4.1.2 <i>Hva kan påvirke sykepleiers holdninger til pasienten med utfordrende atferd?</i>	25
4.2 <i>Den praktiske siden ved å kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med en psykisk utviklingshemning</i>	25
4.2.1 <i>Kartlegging av fysiologiske endringer og tegn</i>	25
4.2.2 <i>Vurdering av fysiologiske endringer og tegn</i>	26
4.2.3 <i>Kartlegging av smerteatferd ved hjelp av non-verbale kartleggingsverktøy</i>	26

4.2.4 Vurdering av smerteatferd og non-verbale kartleggingsverktøy	27
4.3 Den relasjonelle siden ved å kartlegge og vurdere akutt smerte hos pasienter med en psykisk utviklingshemning	29
4.3.1 Betydningen av å skape tillit	29
4.3.2 Hva kan fremme en god relasjon?	30
4.3.3 Hva kan hemme en god relasjon?	31
4.3.4 Hvem kan bistå sykepleier i å skape en god relasjon?	31
4.4 Sykepleie som en moralsk, praktisk og relasjonell handling	31
<b>5.0 Konklusjon</b>	<b>32</b>
<b>6.0 Litteraturliste</b>	<b>33</b>
<b>7.0 Vedlegg</b>	<b>36</b>
7.1 Non-Communicating Adult Pain Checklist	36
7.2 Pain Behavior Checklist	37
7.3 Mobilisation-Observation-Behavior-Intensity-Dementia	38
7.4 Checklist of Nonverbal Pain Indicators	39
7.5 "Mitt sykehuspass"	40

## 1.0 Innledning

I følge Lindenskov og Bjørk (2016) er personer med en psykisk utviklingshemning ett eksempel på én pasientgruppe av flere, som har redusert evne til selvrappotering (Lindenskov & Bjørk, 2016). I Stortingsmeldingen *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemning* (2013), anslår man at andelen psykisk utviklingshemmende i Norge ligger på ca. 1,5% (Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet, 2013, s. 7). Ved utgangen av tredje kvartal i 2018, var totalbefolkning i Norge 5 323 933 (Statistisk sentralbyrå, 2018). Med en totalbefolkning på ca. 5 300 000, tilsvarer 1,5%, 79 500 personer med en eller annen grad av psykisk utviklingshemning. I følge Holden (2009) har ca. 85% av alle med en psykisk utviklingshemning graden lett psykisk utviklingshemning, ca. 10% har moderat grad, ca. 3-4% har alvorlig grad og 2% har dyp grad av utviklingshemning (Holden, 2009, s. 30).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I tiden før og under sykepleierstudiet, har jeg jobbet i flere år med mennesker som har en psykisk utviklingshemning. Jeg har hatt gleden av å jobbe i hjemmene deres, i en såkalt døgnbemannet omsorgsbolig for psykisk utviklingshemmede, og som brukerstyrt personlig assistent. Gjennom tidligere praksisperioder har jeg også vært med på arbeidsplassen deres, som enten har vært en vernet bedrift eller på et aktivitetssenter. Disse menneskene har alle hvert sitt liv, hver sin identitet og hvert sitt språk. Noen har et verbalt språk, noen delvis med tegn til tale og noen non-verbalt. Noen mestrer å selvrappotere smerte, noen evner å gi uttrykk for et visst ubehag, noen opplever smerte og blir engstelige og redde fordi de ikke forstår hva smerte er, og noen klarer ikke si eller uttrykke smerte i det hele tatt.

Det har vært situasjoner hvor vedkommende har skreket, grått, hulket og sagt at han har vondt i både hodet, magen og tennene fordi han skulle ta den ”hvite bussen” til jobb, og ikke den grønne. Situasjoner hvor vedkommende har hatt vondt i håndleddet, og derfor vært livredd. Så redd at vedkommende har spurt meg om hun skal dø, for deretter å ha kastet seg i armene mine av lettelse når hun får vite at hun ikke skal dø. Det har også vært situasjoner hvor smerte har blitt oversett. I form av at når vedkommende oppfører seg som en syk person, slik som å være hjemme fra jobb, er sengeliggende og ”pjusk”, så er han ”alvorlig syk” og trenger ro. Uten å vite grunnen til denne sykdomslignende atferden, eller om det i det hele tatt er noen reell sykdom som ulmer under overflaten. I dette tilfellet kom det til slutt så fram til at vedkommende hadde hatt et brudd i ankelen.

Det er med engasjement for disse menneskenes livsglede og rett på et helhetlig helse- og omsorgstilbud at jeg ønsker å belyse et reelt kunnskapsbehov og tilegne meg kunnskap om identifisering, kartlegging og vurdering av akutt smerte og smerteatferd blant denne gruppen mennesker. Både som den trygge nærpasjonen og assistenten i hjemmene deres, men også som den fremmede kledd i hvitt som skal ta dem imot på sykehuset når de har behov for det.

## 1.2 Begrunnelse for relevans innenfor sykepleiefaget

Ifølge Amor-Akamanca og Menchon (2017) har personer med en psykisk utviklingshemning større prevalens for fysiske og psykiske sykdommer og lidelser, og med nedsatt evne til selvrapporing og til tider utfordrende atferd, utgjør de en større utfordring for helsepersonell som møter dem. Risikoen dette medfører kan være at helsepersonell trekker seg unna pasienten, men også dermed overser viktige symptomer – også symptomer på smerte (Amor-Akamanca & Menchon, 2017). Sykepleier plikter gjennom de yrkesetiske retningslinjer å aktivt imøtekomme sårbare grupperes særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund – NSF, 2011, s. 11).

## 1.3 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens problemstilling er:

*”På hvilke måter kan sykepleier kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing?”*

## 1.4 Avgrensning av problemstilling

Pasientgruppen avgrenses til pasienter med en psykisk utviklingshemning klassifisert fra det nedre sjiktet av moderat grad, til og med alvorlig- og dyp grad. Selvom diagnosen psykisk utviklingshemning er klassifisert og fordelt innenfor fire ulike grader (lett-, moderat-, alvorlig- og dyp grad) (NAKU, 2019), kan det også deles enda grovere inn. Et viktig skille går mellom gruppen (1) som har et tilnærmet normalt verbalt språk og tilnærmet normal språkforståelse, og gruppen (2) som har et klart forenklet verbalt språk eller ingen, og tilsvarende problemer med språkforståelse. Den andre gruppen er de som har de største språklige utfordringene, både når det kommer til verbalt språk og språkforståelse (Holden, 2009, s. 31). Oppgaven vil derfor ta for seg de pasientene som faller inn under den andre gruppen, ettersom disse vil i størst grad ha vansker med å uttrykke egne behov og følelser

(Bakken 2011, s. 24). Samlebetegnelsen for den andre gruppens grader av psykisk utviklingshemning, refereres til som ”vesentlig” grad (Holde, 2009, s. 31). Videre vil pasientenes kronologiske alder avgrenses til 18 år og oppover. For å kunne gi en pekepinn på kognitiv modenhet, vil deres mentale alder variere fra mellom seks til tre år og mindre, grunnet ulik grad av psykisk utviklingshemning (NAKU, 2019). Pasientgruppen avgrenses til pasienter i akuttmottak på somatisk sykehus, da det var der det fantes flest forskningsartikler, som er av relevans for oppgavens problemstilling og tema.

I denne oppgaven vil sykepleierens ansvar i smertebehandlingen avgrenses til den delen av smertebehandlingen som omhandler kartlegging og vurdering, i tillegg til samarbeid med nærpersoner og pårørende (Almås, Stubberud & Grønseth, 2015, s. 355-356). Nyere undersøkelser viser at nærpersonenes observasjoner er det foretrukne alternativet ved evaluering av smerte blant personer med en psykisk utviklingshemning, som ikke evner å selvrappotere (Amor-Akamanca & Menchon, 2017). Videre avgrenses det til akutt smerte, men kronisk smerte vil også spille en viktig rolle i teoridelen for å kunne danne seg et helhetlig bilde av tydingen av smerteatferd.

## 1.5 Begrepsavklaring

I dette kapitlet vil sentrale begreper i oppgaven bli definert.

### 1.5.1 Psykisk utviklingshemning

Psykisk utviklingshemning, også betegnet som utviklingshemning defineres i klassifikasjonssystemet ICD-10 som:

en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale (NAKU, 2019).

### 1.5.2 Smerte

”Smerte, er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Almås et al., 2015, s. 357).



### 1.5.3 Selvrapportering

Med ingen eksisterende definisjon på norsk og få på engelsk, defineres selvrapportering på engelsk slik: ”self-report is to give details about something yourself, rather than having them reported by someone else” (Cambridge Dictionary, u.å.)

## 2.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer spørsmålet om hva metode er på denne måten:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, sitert i Dalland 2014, s. 111).

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, basert på forskning av både kvalitativ og kvantitative metodiske fremgangsmåte. Det som skiller kvalitativ- fra en kvantitativ metode, beskriver Dalland slik: ”De *kvantitative* metodene har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter”, mens ”de *kvalitative* metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle” (Dalland 2014, s. 112). I sammenheng med Dallands beskrivelse omtales forskere som benytter seg av kvantitativ metode for *tellere*, mens kvalitative for *tolkere* (Dalland 2014, s.113-114).

### 2.1 Litteratursøk

I dette kapitlet beskrives fremgangsmåten for innhenting av teoretisk fag- og forskningsdata, til å kunne belyse oppgavens tema og problemstilling.

#### 2.1.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for oppgaven var voksne pasienter (fra 18 år og oppover) i akuttmottak, og litteraturen som ble anvendt måtte omhandle smertekartlegging og/eller vurdering.

Forskningsartikler måtte være fagfellevurdert og ikke eldre enn 10 år (fra 2009 til og med 2019). Artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk ble inkludert.

### 2.1.2 Søkehistorikk

Litteratursøk har blitt gjort gjennom følgende databaser: CINAHL, Idunn, PubMed, Freemedicaljournals og SweMed.

Følgende nettsteder er blitt gjennomgått: Sykepleien Forskning, Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemming (NAKU), Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD) og Stiftelsen SOR.

Følgende søkeord ble brukt ved søk i CINAHL: "pain assessment" AND "intellectual disability". Nevnte søkeord ga 33 treff. Med videre avgrensning til "Peer Reviewed", fagfelleurdert, og med en publiseringstidsramme mellom 2009 til og med 2019, og fulltekst tilgjengelig på engelsk. Videre avgrensning av søk resulterte dette i 11 treff. Av disse 11 artiklene, var fire artikler av relevans for oppgavens tema og problemstilling.

Følgende søkeord ble brukt ved søk i Idunn: "psykisk utviklingshemning" AND "smertekartleggingsverktøy". Nevnte søk relaterte i 1 treff, og treffet var av relevans for oppgavens tema og problemstilling.

Det var ingen artikler av relevans for oppgavens problemstilling og tema i resterende databaser (PubMed, Freemedicaljournal og SweMed).

### 2.1.3 Øvrige søk

Øvrige søk har blitt gjort i følgende database: Oria, og ved studiestedets bibliotek. Følgende søkeord ble brukt i Oria: "pain assessment" AND "Norwegian hospital", med avgrensning til utgitt av fagfelleurderte tidsskrifter, tilgjengelig i fulltekst og med publiseringstidsramme på mellom 2009 til og med 2019. Søket ga 10 713 treff, og blant disse var det én artikkel av relevans for oppgavens tema og problemstilling.

Ytterligere søk i Oria, med søkeordet "psykisk utviklingshemning", utgitt av fagfelleurderte tidsskrifter, tilgjengelig i fulltekst og med publiseringstidsramme på mellom 2009 til og med 2019, resulterte i 354 treff. Hvorav én artikkel var av relevans for oppgavens tema og problemstilling.

## 2.2 Utvalgte kilder

Utvalgte forskningsartikler for bacheloroppgaven nevnes herunder med beskrivelse av innhold:

Pain and pain assessment in people with intellectual disability: Issues and challenges in practice, Doody, O. & Bailey, M. E., 2017. Artikkelen er gitt ut av British Journal of Learning Disabilities, og tar for seg kartlegging og vurdering av smerte, helsetilstand og observasjon av atferd, blant pasientgruppen med en psykisk utviklingshemning. I tillegg til hvilke utfordringer en psykisk utviklingshemning og nedsatt evne til kommunikasjon og selvrappoterer, utgjør for vurdering og kartlegging av smerte.

Pain experience of adults with intellectual disabilities – caregiver reports, Weissman-Fogel, I., Roth, A., Natan-Raav, K. & Lotan, M., 2015. Artikkelen er gitt ut av Journal of Intellectual Disability Research, og tar for seg påliteligheten av nærpersoners observasjoner av smerte og smerteatferd. I tillegg til en evaluering av kartleggingsverktøyet, Non-Communicating Adult Pain Checklist (NCAPC), brukt til å kartlegge smerte blant beboerne med en psykisk utviklingshemning.

Pain underreporting associated with profound intellectual disability in emergency department, Amor-Salamanca, A. & Menchon, J. M., 2017. Denne artikkelen er også gitt ut av Journal of Intellectual Disability Research, og tar for seg spørsmålet om mennesker med en psykisk utviklingshemning mottar samme behandling og diagnose ved akuttmottak, som de uten diagnosen psykisk utviklingshemning. Dette grunnet pasientenes reduserte evne til å gjøre rede for deres symptomer, og da særlig smerte, som da kan føre til at de mottar feil diagnose og i tillegg ikke får tilfredsstillende smertebehandling.

Pain assessment in people with profound intellectual and multiple disabilities; a pilot study into the use of the Pain Behavior Checklist in everyday practice, Van der Putten, A. & Vlaskamp, C., 2011. Artikkelen er en pilotstudie som er gitt ut av Research in Developmental Disabilities, med formål å kartlegge om Pain Behaviour Checklist (PBC) kan brukes som et mer generelt kartleggingsverktøy for smerte til voksne med en psykisk utviklingshemning. Foreløpig har PBC kun blitt brukt til å kartlegge postoperativ smerte blant barn med en psykisk utviklingshemning. I tillegg til å kartlegge om det er noen forskjell i smerteatferd mellom barn og voksne, og identifisere de hyppigste smerteatferdene.

Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department, Dale, J. & Bjørnsen, L., 2015. Artikkelen er gitt ut av Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, og tar for seg kartlegging og behandling av smerte ved akuttmottaket på St. Olavs Hospital i Trondheim.

Smerter hos personer med psykisk utviklingshemning, Skorpen, S., Haugland, M. & Pareli, D., 2017. Artikkelen er en pilotundersøkelse, gitt ut av Sykepleien fagutvikling, angående kartleggingsverktøyet MOBID-2. MOBID-2 har tidligere kun blitt brukt til å kartlegge smerter hos pasienter med demens, men har gjennom undersøkelsen også blitt forsøkt blant personer med en psykisk utviklingshemning.

Sykepleiers kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing, Lindenskov, L. & Bjørk, I., T., 2016. Artikkelen er gitt ut av Nordisk sykepleieforskning, og tar for seg hvilke utfordringer erfarne sykepleiere møter i kartleggingen av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing, der iblant mennesker med en psykisk utviklingshemning. Kartleggingsverktøyene som blir brukt er Behavioral Pain Scale (BPS), Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) og Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). BPS og CPOT tas ikke med i bacheloroppgaven, ettersom de tilhører under intensivbehandling.

### 2.3 Kildekritikk

De utvalgte kildenes vitenskapelige publiseringskanaler har blitt gjennomgått på nettsiden til NSD (norsk senter for forskningsdata), og har følgende nivå:

British Journal of Learning Disabilities: 1.

Research in Developmental Disabilities: 1.

Journal of Intellectual Disability Research: 1.

Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine: 1.

Nordisk sykepleieforskning: 1.

Skorpens artikkel er gitt ut gjennom Sykepleien fagutvikling. Sykepleien fagutvikling, er ikke registrert som en vitenskapelig publikasjonskanal hos NSD. Likevel er artikkelen tilgjengelig på Oria, og omtales der som fagfelleverdert. Selv om artikkelen er en pilotundersøkelse belyser den et behov for tilfredsstillende smertekartleggingsverktøy til personer med en

psykisk utviklingshemming. Artikkelen underbygger faktumet av manglende tilfredsstillende kartleggingsverktøy til denne pasientgruppen, og retter fokuset mot et tidligere forsømt faglig område, som det nå arbeides med. Derfor er det ønskelig å inkludere denne artikkelen.

Artikkelen skrevet av Weissman-Fogel, Roth, Natan-Raav, Lotan, og artikkelen skrevet Amor-Salamanca og Menchon, er utført ved universitetssykehusene i Haifa, Israel og Barcelona, Spania. Begge artiklene er gitt ut av Journal of Intellectual Disability Research, som er britisk. Artiklene belyser både nærpersoners rolle og observasjonsferdigheter ovenfor pasienter med en psykisk utviklingshemming, i tillegg til underrapportering av smerte blant pasienter med en psykisk utviklingshemming på akuttmottak. Til tross for at artiklene befinner seg i et spenn mellom inklusjons- og eksklusjonskriteriene, er de inkludert med i denne oppgaven på bakgrunn av deres relevante funn og unike perspektiv innad i et mangelfullt forskningsfelt.

Valg av sykepleieteori er tatt på bakgrunn av Kari Martinsens omsorgsteori. Martinsen er sykepleier, filosof, historiker og professor i sykepleievitenskap. Hun innehar en av de mest kjente omsorgsteoriene innen skandinavisk sykepleieforskning (Gripsrud, 2003), og omtaler begrepet yrkesmessig omsorg og sykepleie, som en dimensjon bestående av tre sider.

Martinsen beskriver kjennetegnet for yrkesmessig omsorg slik:

At mottakeren av omsorg befinner seg i en ikke-selvhjulpen-situasjon. At omsorgsrelasjonen varer ved og innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøverens side. At omsorgsrelasjonen er basert på generalisert gjensidighet, det vil si at vi sørger for den andre uten å forvente noe tilbake. (Kristoffersen, 2016, s. 60)

Med tanke på at fleste av forskningsartiklene er skrevet på engelsk, foregår det en risiko for at noe av artiklenes innhold har blitt misforstått – ettersom engelsk er mitt andrespråk.

Forfatterne til utvalgt litteratur er blitt anerkjent som fagpersoner med formell kompetanse, og presenteres fortløpende i teoridelen av oppgaven.

## 2.4 Ethiske overveielser

Personer med en psykisk utviklingshemming er svært sårbare individer. De har i liten grad tilgang til eller evne til å klage på behandling de ikke ønsker, så vel som å gjøre motstand. Det

er derfor spesielt nødvendig å vektlegge etiske vurderinger og betraktninger i arbeid med denne pasientgruppen (Bakken, 2011, s. 20). I forbindelse med arbeidet gjort i de utvalgte forskningsartiklene har det blitt tatt slike etiske forhåndsregler og betraktninger. Det har blitt innhentet skriftlig samtykke på pasientens vegne av enten nærpersoner eller pårørende, pasientene har blitt anonymisert og artiklene har blitt godkjent av en etisk komité ved sykehusene undersøkelsene har blitt utført ved. En klinisk etisk komité har som formål å bidra til refleksjon, økt etisk bevissthet og klinisk etisk kompetanse ved sykehusene (Johannessen, Molven & Roalkvam, 2007, s. 278).

### **3.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapitlet belyses, nevnes og beskrives det relevant teori, for å kunne drøfte oppgavens tema og problemstilling.

#### **3.1 Generelt om psykisk utviklingshemning**

Psykisk utviklingshemning innebærer en forsinket grad av utvikling, og læring på de fleste områder foregår derfor tregere. Personen har ikke oppnådd ferdigheter og kunnskap slik som andre på samme alder. Dette innebærer vesentlige begrensninger innenfor minst to av følgende områder: selvstendig boform, selvhjelpsferdigheter, sosiale ferdigheter, bruk av tilbud i samfunnet, arbeid, fritid, selvbestemmelse, helse og sikkerhet. Disse begrensningene er mer eller mindre varige (Holden, 2009, s. 19-23).

Diagnose er et medisinsk begrep. Enkelte medisinske diagnoser er tilknyttet klassifikasjonssystemet ICD, hvor igjen hver diagnose har sitt eget tall (Heggdal, 2006, s. 157). I følge klassifikasjonssystemet ICD-10 er psykisk utviklingshemning en medisinsk diagnose, og graden av en psykisk utviklingshemning klassifiseres i fire ulike grader, lett-, moderat-, alvorlig- og dyp grad.

Diagnosen stilles ut ifra følgende kriterier:

1. Signifikant subnormal intelligens/IQ dvs. under 70.
2. Debut innen fylte 18 år.
3. Vesentlig avvik innen adaptive ferdigheter i dagliglivets funksjon (NAKU, 2019).

### 3.1.1 Forekomst av somatiske lidelser

Somatiske lidelser forekommer oftere blant personer med vesentlig utviklingshemning, altså fra det nedre sjiktet av moderat grad til alvorlig og dyp grad psykisk utviklingshemning (Amor-Akamanca & Menchon, 2017). Ofte er det medfødte eller tidligervervede tilstander. Likevel er det særlig to forhold som kan bidra til at helsen forverres i løpet av livet. Børge Holden, sjefpsykolog ved Habiliteringstjenesten, Sykehuset Innlandet og psykologspesialist ved Habiliteringstjenesten, Helse Stavanger, beskriver forholdene slik:

De kan knapt ta ansvar for egen helse. Hvis omgivelsene ikke ivaretar den, kan manglende mosjon, kosthold og hygiene bidra til ytterligere somatiske lidelser. For personer med svak motorikk og ulike somatiske lidelser er mosjon vanskelig uansett. Dette øker faren for dårlig fysisk form, med plager og problemer som dette kan medføre. Bruk av tobakk og rusmidler er imidlertid lite utbredt blant personer med vesentlig utviklingshemning. (Holden, 2009, s. 47)

De er ekstra utsatt for sykdom fordi de ikke kan si ifra om symptomer. Noen kan ikke ta initiativ til eller samarbeide ved medisinske undersøkelser i det hele tatt. De kan heller ikke gi tilbakemelding på om behandlingen virker, når dette ikke kan påvises gjennom objektive funn og observasjoner. (Holden, 2009, s. 47)

I en undersøkelse gjort av Amor-Salamanca og Menchon (2017), er det særlig fire hovedårsaker til at denne pasientgruppen oppsøker akutt helsehjelp, og dermed havner på akuttmottak ved sykehus. Dette er fysiske skader, sykdommer relatert til respirasjon, sykdommer relatert til sentralnervesystemet, som for eksempel kramper og andre somatiske sykdommer som igjen ikke er relatert til sentralnervesystemet, som for eksempel hjerteinfarkt (Amor-Salamanca & Menchon, 2017).

### 3.1.2 Forekomst av smerter

En undersøkelse gjort ved universitetssykehuset Mutua Terrassa i Barcelona, Spania, viste at personer med en utviklingshemning oppsøker medisinsk behandling ved somatisk sykehus tre ganger så ofte som den øvrige befolkningen (Amor-Akamanca & Menchon, 2017). Med høyere forekomst av somatiske og psykiske sykdommer og lidelser, har pasienter med en psykisk utviklingshemning også høyere forekomst av både akutt og kronisk smerte. I tillegg er også pasientene utsatt for smerte grunnet fall, dårlig tilpassede rullestoler, leggskinner, muskel- og skjelettplager og gastroøsofageal refluks, i tillegg til problemer med tenner og

tannkjøtt (Doody & Bailey, 2017). Eksakt omfang av smerte er uklart, grunnet redusert eller manglende evne til selvrapporing. Smertene blir derfor ofte ubehandlet, og i noen tilfeller forverret. Smerte var og er et alvorlig og utbredt problem blant personer med en utviklingshemning som har redusert eller manglende evne til selvrapporing (Doody & Bailey, 2017). Likevel avdekket undersøkelsen gjort av Weissman-Fogel (2015) at blant deres testgruppe, opplevde halvparten av pasientene å ha smerter (Weissman-Fogel, 2015).

Den kognitive svikten en psykisk utviklingshemning innebærer kan skape utfordringer for pasienten, i form av evne til å kunne formidle egne helseplager til omverdenen. Sett i forhold til den andelen som kan selvrappore smerte og smertebehandlingen de mottar, og den andelen som ikke kan selvrappore smerte, er det en klar skjevfordeling. Denne skjevfordelingen med ulik tilgang på helsetjenester, og med ulik grad av kvalitet på smertebehandlingen, kan sees på som uetisk og et brudd på menneskerettighetene (Doody & Bailey, 2017).

### 3.1.3 Språkutvikling

Ettersom psykisk utviklingshemning innebærer forsinket grad av utvikling på flere områder, som for eksempel språk og sosiale ferdigheter, er det essensielt å nevne noe om ”normal språkutvikling” fra tidlig barneår. Dette for å kunne danne seg et bilde av pasientens mentale alder og hvor pasienten måtte befinne seg evnemessig i sin språkutvikling (Holden, 2009, s. 19). Når helsepersonell kommuniserer med pasienter baserer dialogen seg fortløpende på observasjoner av pasientens emosjonelle og kognitive status. I følge Trine Lise Bakken, spesialsykepleier og klinisk forsker ved Psykiatrisk avdeling for utviklingshemmede ved Ullevål universitetssykehus, forutsetter det at helsepersonellet evner å tolke sine observasjoner og tilrettelegger samhandlingen for symptomlindring hos pasienten med en psykisk utviklingshemning (Bakken, 2011, s. 22). Det tar omkring ett år, fra barn begynner å si sine første ord til de kan si flere hundre ord. I tillegg har de blant annet utviklet evnen til å uttrykke behov og ønsker, så vel som å kunne fortelle om ubehag og smerter (Holden, 2009, s. 20).

### 3.1.4 Utfordrende atferd grunnet forsinket språkutvikling

Grad av psykisk utviklingshemning har også konsekvenser for hvilke type utfordrende atferd personer har, hva denne atferden skyldes, og hvordan den kan og bør behandles (Holden,



2009, s. 19). Språklige ferdigheter og annen fungering har noe å si for muligheten til å utvikle utfordrende atferd. I følge Holden (2009) forekommer utfordrende atferd oftere blant personer som har økt behov for bistand til ulike gjøremål, lite sosiale ferdigheter og store vansker med å kommunisere. Med å kommunisere menes evnen til å forstå andre og å gjøre seg forstått. Den manglende evnen til å gjøre seg forstått har lenge vært tenk på som hovedårsaken for utfordrende atferd. Imidlertid viser det seg også at manglende evne til å forstå også spiller inn som en viktig årsak til utfordrende atferd. Dette er satt i sammenheng med at det er vanskelig for vedkommende å lære akseptable alternativer til utfordrende atferd (Holden, 2009, s. 44).

Kapittel 4A i lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A) regulerer bruk av tvang og makt ovenfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Sykepleier plikter seg gjennom de yrkesetiske retningslinjer, ”å beskytte pasienten mot krenkende handlinger, som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang” (NSF, 2011, s. 8). I praksis er atferden utfordrende når kapittel 4As definisjoner av å yte nødvendig helsehjelp og hindre vesentlig skade er oppfylt. I korte trekk sier kapittel 4A at vesentlig skade omhandler angrep mot andre, selvskading, ødeleggelse av omgivelser og annen utfordrende atferd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A). Generelt er det en viss sammenheng mellom epilepsi, infeksjoner, sykdommer, søvnvansker og smerter som hodepine, og utfordrende atferd. Det er heller ikke mulig å utelukke kløe, sult, tørst, obstipasjon og andre somatiske ubehageligheter, i tillegg til feilernæring som mulige utløsende årsaker. Noen har også kontrakturer, skjevheter og lammelser som gir ensidige kroppsstillinger og bevegelser, som kan føre til slitasje, belastninger og smerter (Holden, 2009, s. 47).

### 3.1.5 Utfordrende atferd grunnet sensoriske dysfunksjoner

Sanseorganene gir oss informasjon om både omgivelse rundt oss og situasjoner inni oss. Sanseintrykk dannes når informasjonen vi får fra sansecellen når hjernebarken. Organiseringen av disse sanseintrykkene – også kalt, sensorisk informasjon – foregår kontinuerlig i sentralnervesystemet. Gjennom kompleks organisering satt i system – også kalt sensorisk modulering, søker hjernen å regulere hvordan individet skal reagere og la seg påvirke av sanseinformasjon. Sansesystemets tilpasning kalles adaptasjon, og dette skjer gjennom vedvarende stimuli (Bakken, 2015, s. 61).

Hos mennesker med ulik type kognitiv funksjonshemning, er de sensoriske moduleringsprosessene ofte ineffektive. Noe som fører til at sansetrykkene ikke filtreres eller tilpasses. Dette gjør at sansene, slik som lyd, lukt, lys kan oppleves som ubehagelig, eller til og med smertefullt. Det kan dreie seg om både over- og undersensitivitet, noe som kan føre til store utfordringer når det kommer til læring, sosial kommunikasjon og regulering av følelser og atferd (Bakken, 2015, s. 61).

### 3.2 Akutt smerte

Blant personer med en psykisk utviklingshemning er akutt smerte, smerte relatert til undersøkelser og postoperativ smerte, de type smerter som er lettest å identifisere, ettersom smerten ofte har en åpenbar årsak (Doody & Bailey, 2017). Akutt smerte kan oppstå langsomt, eller plutselig ved vevsskade, og har sin funksjon i å være en del av kroppens biologiske varslingsystem, både for skade og sykdom. Akutt smerte kan også utløses av noen psykiske lidelser. Det som kjennetegner akutt smerte, er at smerten gradvis vil avta når årsaken til smerten leges, og smertene varer gjerne ikke lenger enn tre måneder (Almås et al., 2015, s. 368).

I 2012, ble det gjort en undersøkelse på St. Olavs hospital i Trondheim ved deres akuttmottak av Dale og Bjørnsen (2015). Smertekartleggingen ved St. Olavs hospital gikk ut på at pasientene selvrapporterte egen smerte ved hjelp av NRS-skala (Numeric Rating Scale). I tillegg ble Glasgow Coma Scale (GCS) benyttet på alle våkne pasienter og kartlegging av sirkulasjon og respirasjon gjennom vitale målinger. Av de 764 pasientene som deltok i undersøkelsen, oppga 58% av pasientene å ha moderat til og med alvorlig grad av smerte. Kun 14% av disse igjen mottok tilfredsstillende smertebehandling. Undersøkelsen konkluderte med utilstrekkelig kartlegging og behandling av smerte ved akuttmottaket, og at de lokale retningslinjene ikke ble overholdt. Resultatet satte et økt fokus på å forbedre rutine for smertekartlegging, og som en nødvendighet for å kunne utvikle og optimalisere norsk akuttbehandling (Dale & Bjørnsen, 2015).

Akutte smerter kan gi negative fysiologiske reaksjoner, føre til komplikasjoner, forlenge sykdomsløpet og i noen tilfeller føre til varig men. Det er derfor viktig å behandle akutte smerter, og sterke smerter effektivt (Almås et al., 2015, s. 368). For å kunne planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling, kreves det en

grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter og atferd. Å kartlegge smerter hos pasienter som ikke evner å selvrappportere egen smerte byr på spesielle utfordringer. Da blir fysiologiske tegn, underbygget av atferdsendringer desto viktigere for å kunne kartlegge og vurdere smerten (Almås et al., 2015, s. 362-363).

### 3.2.1 Fysiologiske endringer og tegn ved akutt smerte

Akutt smerter kan føre til negative fysiologiske reaksjoner, slik som for eksempel muskelstramninger og sekundære muskelsmerter (Almås et al., 2015, s. 368). I tillegg til hurtigere åndedrett, utvidete pupiller og svetting (Almås et al., 2016, s. 362). Økt stressrespons og belastning på sirkulasjonssystemet medfører takykardi og hypertensjon (Doody & Bailey, 2017). Økt perifer motstand i kretsløpet gir økt belastning på hjertet og som igjen medfører økt oksygenbehov. Dette øker risikoen for arytmier, myokardiskemi og hjerteinfarkt (Almås et al., 2015, s. 368). Samme virkning på mage-tarm-kanalen øker risikoen for kvalme og brekninger, i tillegg til nedsatt tarmperistaltikk grunnet økt sympatikustonus. Kroppens hormonelle svar på de fysiologiske reaksjonene smerte medfører er økt sekresjon av antidiuretisk hormon og aldosteron, som fører til væskeretensjon. Smerte medfører også økt sekresjon av katekolamin og glukokortikoid, som gir hyperglykemi og katabol metabolisme. I tillegg til de negative virkningene på ulike organsystem, kan også sterke akutte smerter forårsake angst og søvnløshet (Almås et al., 2015, s. 368). Smerter i toraks og abdomen fører til redusert lungeventilasjon, noe som kan sees som overfladisk respirasjon, lite produktiv hoste, tendens til atelektase, pneumoni og i verste fall sepsis (Almås et al., 2015, s. 368).

Pasienter som har smerter opplever ofte i stor grad stress. Det handler derfor ofte om å identifisere tegn til stress gjennom generelle observasjoner. Slik som hvordan stresset og smerten påvirker pasientens grunnleggende behov. Sykepleieren kan indirekte observere smerten gjennom fysiologiske tegn og endringer. For pasienter uten evne til selvrappotering blir fysiologiske tegn, underbygget av atferdsendringer desto viktigere for å kunne kartlegge og vurdere smerten (Almås et al., 2015, s. 362).

### 3.2.2 Non-verbale kartleggingsverktøy av akutt smerte

Non-verbale kartleggingsverktøy baserer seg på pasientens atferd, både verbal og fysisk atferd. Andre kartleggingsverktøy kan basere seg på fysiologiske parametere eller

selvrapportering. Ettersom selvrapportering er den foretrukne måten å kartlegge smerte på, er det langt færre forskningsartikler som baserer seg på non-verbale kartleggingsverktøy med pasienter uten evne selvrapportering (Doody & Bailey, 2017).

Non-Communicating Adult Pain Checklist (NCAPC), ble utformet på bakgrunn av Non-Communicating Children Pain Checklist (NCCPC). NCAPC viser til både verbal og fysisk atferd som kan oppstå når pasienten opplever smerte (se vedlegg 1) og har seks overordnede hovedpunkter (Weissman-Fogel, Roth, Natan-Raav, & Lotan, 2015).

Pain Behaviour Checklist (PBC) (se vedlegg 2) har vist seg å være lovende i forhold til kartlegging av postoperativ smerte blant barn, i tillegg til barn med en psykisk utviklingshemning. Van der Putten og Vlaskamps (2011) pilotstudie hadde som hensikt å kartlegge om PBC er et generelt tilfredsstillende smertekartleggingsverktøy blant barn og voksne med en vesentlig utviklingshemning (Van der Putten & Vlaskamp, 2011).

Kartleggingsverktøyet Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) ble opprinnelig utviklet for å kartlegge smerter hos personer med demens (se vedlegg 3). I 2016 ble det gjennomført en pilotundersøkelse i Nedre Eiker kommune i bofellesskap og i samlokaliserte boliger for voksne med en psykisk utviklingshemning. MOBID-2 er ett av få smertekartleggingskjemaer som baserer seg på observasjon og berøring (Skorpen, Haugland & Pareli, 2017).

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) består av seks overordnede punkter, og baserer seg på helsepersonells vurdering av pasientens smerte (se vedlegg 4). Både når pasienten er i aktivitet og hvile (Lindenskov og Bjørk, 2016). Lindenskov og Bjørk går ikke videre inn på bruken av, eller resultater av CNPI i sitt pilotintervju.

### 3.2.3 Atferd ved akutt smerte

Kaasalainens smertedefinisjon inkorporerer perspektivet av nedsatt evne til selvrapportering, og er følgende:

Pain is an unpleasant subjective experience that can be communicated to others through self-report when possible, or through a set of pain-related behaviors (Nortvedt, 2016, s. 177).

Akutte atferdsmessige reaksjoner på smerter kan være at pasienten har økt fokus på smerten, snakker om smerten, gråter og ynker seg, gnir på stedet med smerter, har økende muskelspenninger, rynker pannen og lager grimaser (Almås m.fl. 2015, s. 363). Pasienter med en psykisk utviklingshemning kan også uttrykke smerte mer atypisk, som for eksempel ved å le eller lage de samme lydene, uavhengig om pasienten er glad og fornøyd eller har smerter. Utfordrende atferd i form av selvskading må også tas oppfattes som et uttrykk for smerte, som for eksempel når pasienten slår eller biter seg selv (Doody & Bailey, 2017).

### 3.4 Samarbeid med nærpersoner og pårørende

Samarbeid med nærpersoner og pårørende, og pasienten selv er avgjørende for en vellykket smertebehandling. Det bør innhentes mest mulig informasjon om viktige og avgjørende hendelser, samt eventuelle atferdsendringer. Samarbeidet er essensielt for å få grundigere kjennskap til pasientens væremåte, kommunikasjonsstil og følelsesuttrykk (Bakken, 2015, s. 132). Sykepleier plikter gjennom de yrkesetiske retningslinjer å bidra til at pårørendes rett på informasjon blir ivaretatt, og at sykepleier samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet (NSF, 2001, s. 9). Pårørendes rett på informasjon er lovpålagt, og nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Nærpersonene som til daglig arbeider med pasienten, som for eksempel i en omsorgsbolig for psykisk utviklingshemmede, har en særlig veiledningsplikt ovenfor spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at personer som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som kreves for at spesialisthelsetjenestens skal kunne løse sine oppgaver etter forskrift og lov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 5-11).

Angående kostnadsfordelingen mellom kommune og sykehus når det kommer til lønning av kommunal ledsager, svarer Helsedirektoratet med at det er et uregulert område. Likevel sier Helsedirektoratet at spesialisthelsetjenesten har i hovedsak hovedansvaret for å dekke alle behov pasienten måtte ha under innleggelse. Kommunale tjenester som pasienten har behov for, som ikke overtas av sykehuset, forblir kommunens ansvar under innleggelsen for at sykehuset skal kunne yte forsvarlig helsehjelp. Etter Helsedirektoratets vurdering bør behovet for en nærperson eller ledsager avklares i et tett samarbeid med pasienten selv, pårørende og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, da det ofte er disse som kjenner til pasientens behov best (Helsedirektoratet, 2015)

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, skal i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten, dekke utgifter til behandling, forpleining, reise og opphold, og reise og opphold for nødvendig ledsager når en pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, § 5-2).

### 3.5 Tverrfaglig samarbeid

Grunnet de omfattende konsekvensene smerte forårsaker, er ofte tverrfaglig behandling og tilnærming nødvendig (Almås et al., 2015, s. 368). I yrkesetiske retningslinjer, punkt fire, omhandler at:

Sykepleier viser respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske og kollegiale normer (NSF, 2011, s. 9).

Både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten forplikter seg gjennom Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 100) til å etablere og gjennomføre spesialiserte pasientforløp for utvalgte pasientgrupper, for eksempel til pasienter som har en kognitiv svikt. God kommunikasjon på tvers av fagprofesjoner, er ingen garanti, og ofte kan spørsmål angående ansvarsområder, innsyn og faglig autoritet forekomme (Eide & Eide, 2016, s. 100-101). I vanskelige situasjoner, plikter sykepleier gjennom de yrkesetiske retningslinjer å søke veiledning, i tillegg til å erkjenne grenser for egen kompetanse (NSF, 2011, s. 7). I følge Eide og Eide (2016), er opprettholdelsen av en høy etisk standard i både tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid, avgjørende for arbeidsmiljø, sykehusets rykte og den faglige kvaliteten ovenfor pasienter og pårørende (Eide & Eide, 2016, s. 100-101). Sykepleieren plikter gjennom yrkesetiske retningslinjer å aktivt bidra til etisk refleksjon i hverdagen (NSF, 2011, s. 7).

### 3.6 Sykepleiefaglig teoretisk tilnærming – Kari Martinsens omsorgsteori

Ifølge Martinsen kan yrkesmessig omsorg deles inn i tre sider, som er viktige for å kunne forstå de ulike aspektene av denne yrkesmessige omsorgen (Kirkevold 1992, s. 131-134). I dette kapitlet vil de tre ulike sidene av yrkesmessig omsorg beskrives nærmere.

#### 3.6.1 Den moralske siden av yrkesmessig omsorg

Ifølge Martinsen har moralen to sider, spontanitet og norm. Den primære moralen innebærer ubegrunnet spontanitet, som uttrykkes gjennom en spontan handling til det beste for den andre

– kjærlighet. Den spontane moralen er ifølge Martinsen ”Å gi uten at man vet om det, det er gavens spontanitet. Da gir man på en slik måte at intet skal utrettes med gjerningen, men hvor alt er utrettet med den” (Kristoffersen, 2016, s. 62). Den sekundære moralen, normmoralen, viser derimot til regler og prinsipper skapt av mennesket og av samfunn. Normmoralens hensikt er å uttrykke kjærlighetens idé, som i den gyldne regel, der hensikten er å få folk til å oppføre seg som om de elsker sin neste, selvom de ikke gjør det. Kombinasjonen av den spontane moralen og normmoralen beskriver Martinsen slik:

På skjønn spiller vi oss selv inn i situasjonen ved spontant å være rettet mot den andre for å se den andre. Men vi har også lært å se klinisk på en god måte, vi har lært gode holdninger. Vi har lært å handle med en god tone i relasjonen vi har lært kunsten i faget hvor teorier og prosedyrer er integrert (Kristoffersen, 2016, s. 63).

### 3.6.2 Den praktiske siden av yrkesmessig omsorg

Som medmenneske kan sykepleieren forstå den syke ettersom vår dagligdagse verden er nokså lik – som det å ha vondt, være sulten og tørst. Omsorg som en praktisk handling og hjelpen som skal ytes blir gitt ut ifra pasientens tilstand, og de konkrete handlingene springer ut ifra den konkrete situasjonen pasienten befinner seg i. Selvfølgelig kan ikke sykepleieren kjenne pasientens smerte, sult eller tørst, men en kan gjenkjenne situasjonen og være i stand til å forstå pasientens situasjon. Med sykepleieren som medmenneske og med fagkunnskap, er en i stand til å sørge for pasienten på en særlig omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Slik som å lindre smerte, stelle kroppen, sørge for behagelig sengeleie og gi mat og drikke. Martinsen understreker også betydningen for å tilrettelegge omsorgen på en måte hvor pasienten opplever anerkjennelse og ikke umyndiggjøring. På samme vis også tilrettelegge språket til en dagligdags tale ovenfor pasienten, slik at pasienten forstår (Kristoffersen, 2016, s. 61-61).

### 3.6.3 Den relasjonelle siden av yrkesmessig omsorg

Yrkesmessig omsorg består av en relasjon mellom minst to personer, som for eksempel mellom sykepleier og pasient, hvorpå sykepleieren er pliktet til å yte den hjelpen pasienten trenger ut ifra sin situasjon. For at sykepleieren skulle finne ut hva pasienten trenger, er det nødvendig for sykepleieren å vise interesse for og engasjere seg i pasienten. Ifølge Kari Martinsen innebærer dette:

Å forsøke å tolke den andres realitet, å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut fra den andres horisont og å møte den andre ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne (Kristoffersen, 2016, s. 60).

## 4.0 Drøfting av problemstilling

Martinsen (2005) mener at omsorg er et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep, med den moralske dimensjonen som overordnet for de andre dimensjonene. Den moralske siden av begrepet viser seg i måten omsorgen utøves på. Likevel er det umulig å skille mellom de ulike dimensjonenes sider, ettersom at de er integrert og sammenvevd med hverandre i ulike situasjoner (Kristoffersen, 2016, s. 60). I dette kapitlet skal problemstillingen drøftes i lys av Martinsens omsorgsteori, og dens tre sider omkring begrepet yrkesmessig omsorg.

### 4.1 Den moralske siden ved å kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med en psykisk utviklingshemning

Omsorg baserer seg på moral og relasjon, og kommer til uttrykk gjennom praktiske handlinger. I følge Martinsen er den moralske siden av omsorg knyttet til at ”forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet”, og at ”moral spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet” (Kirkevold, 1992, s. 134). Moral, som grunnlag for gode sykepleieholdninger må læres. Å være en faglig dyktig sykepleier dreier seg om mer enn sakkunnskap, det dreier seg også om moral – å være en reflektert praktiker (Martinsen, 2005, s. 164). Dersom sykepleieres verdiforutsetning stivner til en ufravikelig struktur med ulike bestemte trekk, kan dette lett føre til overgrep. Da vil den ufravikelige strukturen blir mer viktig å opprettholde, enn å faktisk møte pasienten (Martinsen, 2005, s. 158). Moralsk ansvarlig maktbruk er grunnlaget for omsorg og sykepleie (Kirkevold, 1992, s. 134).

#### 4.1.1 Hva kan påvirke sykepleieres holdninger til pasientens smerteopplevelse?

Uten objektive, målbare tegn på smerter er det umulig for sykepleier å si noe om pasienten har smerter, eller kun simulerer. Sykepleier må forstå at det er pasienten som har autoriteten, og velge mellom å ha tillit til, eller tvile på pasientens smerteopplevelse. Sykepleier tolker og bedømmer pasientens smerteopplevelse ut ifra egne erfaringer og skjønn. Pasientens uttrykk og reaksjoner på å bli utsatt for smerte er også avhengig av hans tidligere erfaringer. Dersom sykepleier ikke er klar over dette forholdet, kan sykepleier lett handle ut ifra egne erfaringer



og oppfatninger. Denne oppfatningen kan for da sykepleier virke som den mest objektive, dermed pålitelige kilden, enn pasientens egne selvopplevde smerteopplevelse. Dersom sykepleier skulle tvile på pasientens smerteopplevelse, vil sykepleier selv bli en aktiv kjepp i hjulet på smertebehandlingen (Almås et al., 2015, s. 356).

#### 4.1.2 Hva kan påvirke sykepleiers holdninger til pasienten med utfordrende atferd?

Ved at sykepleier forstår at den utfordrende atferden påvirkes av hvordan sykepleieren selv oppfatter og møter pasienten, viser sykepleieren forståelse og kunnskap for begrepet utfordrende atferd og pasienten selv (NAKU, 2018). Ifølge NAKU, kan utfordrende atferd oppstå som et resultat av at samfunnet og omgivelsene pasienten lever i, i tillegg til personene rundt pasienter, ikke tilrettelegger for pasients behov (NAKU, 2018). Sykepleier er pliktet til å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2001, s. 8). Med manglende kunnskap om hva utfordrende atferd er, kan sykepleieren lett misforstå pasienten og tilegne seg negative holdninger.

## 4.2 Den praktiske siden ved å kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med en psykisk utviklingshemning

Smerte kan kartlegges gjennom pasientenes evne til selvrapporing, observasjon av atferd og vitale målinger. Likevel er selvrapporing den foretrukne måten å kartlegge smerte på, og det er derfor ikke overraskende at de fleste vitenskapelige artikler om kartlegging av smerte, baserer seg på nettopp denne evnen (Doody & Bailey, 2017). Med en så lav prosentandel som mottar tilfredsstillende smertebehandlingen, til tross pasientenes evne til selvrapporing. Da med tanke på resultatene som ble oppdaget i forbindelse med undersøkelsen gjort ved St. Olavs Hospital i Trondheim (Dale & Bjørnsen, 2015), er det skremmende å se for seg smertebehandlingen pasienter uten evne til selvrapporing kan forvente seg å motta ved et akuttinntak i Norge.

### 4.2.1 Kartlegging av fysiologiske endringer og tegn

Kartlegging av fysiologiske tegn og endring gjennom vitale målinger, som for eksempel det å måle blodtrykk, kan i seg selv oppleves som inngripende og skremmende for personer med en psykisk utviklingshemning. Denne frykten som skapes ved innhenting av vitale målinger kan igjen øke smerteopplevelsen og pasientens opplevelse av stress og uro (Doody & Bailey, 2017). Deltakerne i pilotintervjuet til Lindenskov og Bjørk (2016) mente også at smertefulle

prosedyrer, medikamenter, dehydrering, full blære, uro i avdelingen, redsel og forvirring hos pasientene, påvirket blodtrykk og puls (Lindenskov & Bjørk, 2016).

#### 4.2.2 Vurdering av fysiologiske endringer og tegn

Fysiologiske parameterer som puls og blodtrykk, er fremhevet som de viktigste parameterne for å kunne avdekke fysiologiske avvik og identifisere smerte. Derfor kan tachykardi og hypertensjon, være indikatorer på at pasienten opplever smerte (Doody & Bailey, 2017). I pilotintervjuet til Lindenskov og Bjørk (2016), var deltakerne enige om at det var en sammenheng mellom vedvarende smerte og hypertensjon og økende puls (Lindenskov & Bjørk, 2016). På den andre siden kan disse fysiologiske endringene også være misvisende for smertens intensitet og alvorlighetsgrad, grunnet individuell påvirkningsgrad av stress (Almás et al., 2015, s. 362). En må også ta i betraktning at blant individer i denne pasientgruppen, vil noen ha skader i sentralnervesystemet som vil påvirke, og i noen tilfeller føre til at de fysiologiske avvikene, som for eksempel hypertensjon og tachykardi uteblir (Doody & Bailey, 2017). Tradisjonelle vitale målinger forblir derfor utilstrekkelig ovenfor pasienter med en psykisk utviklingshemning (Lindenskov & Bjørk, 2016). Likevel er det ikke en eneste vital måling som alene kan måle eksakt grad av smerte. For eksempel vil mange vitale målinger variere ved ulik grad av smerte, i tillegg til pasientens emosjonelle status, kroppsbevegelser og romtemperatur (Doody & Bailey, 2017).

I følge Doody og Bailey (2017), bør sykepleier handle grundig og effektivt ved kartlegging og vurdering puls. Ettersom de vitale målingene generelt er begrenset til den akutte smerten, og grunnet de fysiologiske adaptasjonsprosessene er det en risiko for at de akutte smertene vil utvikle seg til å bli kroniske. En fysiologisk adaptasjonsprosess fører til at de vitale målingene stabiliserer seg, til tross for at pasienten fortsatt opplever smerte. Derfor avgjørende å identifisere, kartlegge og vurdere smerteatferd i tillegg (Doody & Bailey, 2017).

#### 4.2.3 Kartlegging av smerteatferd ved hjelp av non-verbale kartleggingsverktøy

I undersøkelsen gjort av Weissman-Fogel (2015) ble nærpersoner undervist i bruken av NCAPC. Både for å kunne styrke deres nærpersonene evne til å oppdage og indentifisere smerte, men også for å kartlegge troverdigheten av deres observasjonsferdigheter.

Undersøkelsen avdekket også hvilke undergrupper av atferd som var mest fremtredende, både verbalt og fysisk. Pasientgruppen ble her delt inn i to grupper etter grad av

psykisk utviklingshemning, 1) fra det nedre sjiktet av moderat grad til og med det øvre sjiktet av alvorlig grad, og 2) fra det nedre sjiktet av alvorlig grad til og med dyp grad (Weissman-Fogel et al., 2015).

I den første gruppen var det tre av de ti overordnede punktene som gikk igjen – 1) verbale utsagn, 2) emosjonell respons og 3) aggresjon. Blant verbale utsagn var det særlig roping og mer eller mindre verbalt språk enn tidligere, i tillegg til at pasienten brukte ord som kunne relatere til smerte. Under det overordnede punktet, emosjonell respons, var det særlig gråt og pasientene fremsto som nervøse, sinte, redde og rastløse. I forhold til aggresjon var dette i form av økt aggresjon mot andre og selvskading i form av å slå, bite og klore seg selv – altså utfordrende atferd (Weissman-Fogel et al., 2015).

I den andre gruppen var det to av de ti overordnede punktene som gikk igjen – 1) verbale utsagn og 2) emosjonell respons. Blant denne pasientgruppen var det kun to trekk som gikk igjen, roping og gråt (Weissman-Fogel et al., 2015).

Martinsen understreker også betydningen for tydingen i sykepleien. Å tyde innebærer at sykepleieren uttrykker det inntrykket pasienten gir. Sykepleierens inntrykk kan uttrykkes gjennom sansene, med kroppen eller med språket. Pasientens atferd og væremåte påvirker sykepleieren, og ved å være åpen for inntrykkene og sansingen i møtet med pasienten er det mulig for sykepleieren å ta imot de de inntrykkene pasienten gir. Disse inntrykkene sykepleieren får av pasienten blir deretter omformet til uttrykk, som for eksempel en holdning, en handling, et godt grep, noen rolige ord – alt etter hva situasjonen krever av sykepleieren for at situasjonen skal oppleves som god for pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 61).

#### 4.2.4 Vurdering av smerteatferd og non-verbale kartleggingsverktøy

I tillegg til hypertensjon og tachykardi, kan også typiske atferdsmessige indikatorer for smerte, slik som gråt og grimaser utbli ved skader på sentralnervesystemet (Doody & Bailey, 2017). Dersom en slik nevrologisk skade skulle være faktum, vil også de mest fremtredende verbale og fysiske atferdene i kartleggingsverktøyet NCAPC utbli og sykepleier vil kunne overse pasientens smerte. Deltakerne i Lindenskov og Bjørk (2016) sin pilotstudie beskrev smerteatferd som markante ansiktsfurer, uro og økt respirasjonsfrekvens (Lindenskov & Bjørk, 2016). På en annen side, dersom de akutte smertene vedvarer over lang tid, vil en psykologisk og fysiologisk adaptasjonsprosess begynne, noe som reduserer det kroppslige uttrykket. Sykepleieren må være spesielt oppmerksom på langvarig smerte, og at fravær av

tegn nødvendigvis ikke betyr fravær av smerte (Nortvedt, 2016, s. 174-175). Likevel var deltakerne i pilotintervjuet til Lindenskov og Bjørk (2016) enige om at pasientene hadde svært individuelle smerteuttrykk – og delte dermed pasientene i to hovedgrupper. Den første gruppens smerteuttrykk ble referert til som ”den stille smerten”, og den andre gruppens smerteuttrykk ble referert til som ”den urolige aggressive smerten” (Lindenskov & Bjørk, 2016).

Pilotstudien gjort av Van der Putten og Vlaskamp (2011), avdekket at PBC kun er tilfredsstillende ovenfor barn, men forblir utilstrekkelig ovenfor voksne pasienter med en psykisk utviklingshemning. Dette begrunnes med at voksne og barn har ulik smerteatferd. De voksne pasientene i denne pilotstudien viste kun smerteatferd i form av grimaser og stønning. For PBC som baserer seg på ulik smerteatferd, forblir verktøyet utilstrekkelig ovenfor voksne med en psykisk utviklingshemning i forhold til å kunne identifisere og kartlegge smerte (Van der Putten & Vlaskamp, 2011). Undersøkelsen gjort i forbindelse med kartleggingsverktøyet NCAPC (Weissman-Fogel et al., 2015) understreker manglende mangfold i verbal og fysisk atferd, noe som igjen underbygger Van der Putten og Vlaskamps (2011) konklusjon om at PBC forblir utilstrekkelig ovenfor voksne med en psykisk utviklingshemning. Ikke bare er det ulik smerteatferd mellom barn og voksne med en psykisk utviklingshemning, men det er også ulik smerteatferd relatert til ulik type grad av psykisk utviklingshemning (Weissman-Fogel et al., 2015). I tillegg kan atferd som baserer seg på endring av matvaner også utebli, ettersom mange pasienter med en alvorlig eller dyp grad av psykisk utviklingshemning mottar sondeernæring.

Undersøkelsen gjort av Weissman-Fogel (2015) viste en sammenheng mellom vanskelighetsgrad av å observere smerte og alvorlighetsgrad av psykisk utviklingshemning. Altså, desto mer alvorlig grad av psykisk utviklingshemning, desto mer utfordrende å observere smerte. Det viste seg å være utfordrende både for erfarent helsepersonell, og erfarne nærpersoner som hadde kjent pasientene i minimum tre år og i tillegg fått undervisning i smerteatferd og opplæring i bruken av kartleggingsverktøyet som ble brukt (Weissman-Fogel, 2015).

Kartleggingsverktøyet MOBID-2 viste seg å avdekke smerteatferd blant testgruppen tilfredsstillende (Skorpen et al., 2017). Utfordringer ved MOBID-2 er at det anbefales at to nærpersoner av pasienten, skal utføre undersøkelsen. En skal utføre undersøkelsen, mens den

andre skal observere reaksjoner hos pasienten. Dette er utfordrende av den grunn at pasienten er sårbar, og kan oppleve situasjonen som utrygg dersom det kommer to pleiere, istedenfor normalt én – nettopp fordi det bryter med pasientens faste trygge rutiner (Skorpen et al., 2017). Dette kan føre til frykt, og pasienten vil vegre seg mot å delta i de øvelsene som kreves for å kunne utføre kartleggingen. Dette gjør det igjen særlig utfordrende å gjennomføre ved en sykehusavdeling, med ukjente ansikt og omgivelser. Om det skulle gjennomføres på sykehus, bør MOBID-2 gjennomføres av en nærpersion pasienten har stor tillit til, og ved et akuttmottak kan være særdeles utfordrende grunnet tidspress og mer kaotiske omgivelser omkring pasienten.

### 4.3 Den relasjonelle siden ved å kartlegge og vurdere akutt smerte hos pasienter med en psykisk utviklingshemning

Omsorg som relasjonelt begrep kjennetegnes ifølge Martinsen som et mellommenneskelig forhold, mellom to personer, basert på gjensidighet, felleskap og solidaritet. Dette innebærer som nevnt tidligere, at sykepleieren ikke forventer noe igjen av pasienten – noe Martinsen kaller for generalisert omsorg (Kirkevold, 1992, s. 132-133).

I følge Aristoteles er mennesker er sosiale dyr, og innen psykologisk utvikling legges det vekt på vår tilknytningsevne, som allerede former seg fra tidlig spedbarn- og barneår. Vår tilknytningen til våre primære omsorgsgivere – ofte foreldre, og andre i tidlig barneår, er av stor betydning for vår evne til tillit, hvordan vi formes inn til enkeltindivider og hvilke relasjoner vi får til andre personer senere i livet (Eide & Eide, 2016, s. 53)

#### 4.3.1 Betydningen av å skape tillit

Tillit er et unngåelig fenomen innenfor yrkesmessig omsorg. Et menneske som av ulike grunner nå tredd inn i rollen som pasient, vil ofte vise sykepleieren umiddelbar og spontan tillit. Det er da avgjørende for tillitsforholdet at sykepleieren innfrir de forventningene pasienten har. I tillegg er det en forutsetning at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til at pasienten opplever å bli møtt i sin situasjon, noe Martinsen kaller praktisk-moralsk handlingsklokskap (Kristoffersen, 2016, s. 61). I følge Knud Løgstrup defineres tillit i den etiske fordring slik:

Tillid i elementær forstand hører enhver samtale til. I den blotte samtale udleverer man sig, hvilket viser sig i, at der i og med selve tiltalen stilles en bestemt fordring til den anden. (Løgstrup, referert i Eide & Eide, 2016, s. 106).

Førstelektor Kirsti Kvåle (2006) intervjuet en gruppe pasienter om hva som kjennetegner en særlig omsorgsfull sykepleier? Én pasient formulerte spørsmålet slik:

De har en spesiell utstråling og det er måten de er på og måten de snakker på. Det oppstår en uforklarlig kontakt som jeg ikke kan finne ord på, og jeg får en følelse av at akkurat jeg er viktig og ikke an av alle i hop. Når jeg føler slik for en sykepleier føler hun ofte slik tilbake. Jeg også tillit til de sånn rent behandlingsmessig og vi trives sammen. De får meg til å føle meg vel. Jeg føler meg trygg. (Anonymisert, referert i Kvåle, 2006)

#### 4.3.2 Hva kan fremme en god relasjon?

Å gå inn i en relasjon, handler om å være engasjert. Ved å være engasjert er man også innforstått med at en har noe av et menneskes liv i sin hånd, og at det innebærer å befinne seg i en vippeposisjon basert på maktforhold (Martinsen, 2005, s. 162) Gjennom gode sykepleieholdninger, utviser sykepleier en standard over sine handlinger som gjør at hun kan være pasientens tillit verdig (Martinsen, 2005, s. 164). Det er den reflekterte praktiker og faglig dyktige sykepleiers skjønn og intuitive bedømmelse i situasjonen, og emosjonelle involvering, som gjør at en ikke tipper over i maktmisbruk, men istedenfor handle innenfor en autoritetsstruktur basert på svak paternalisme (Martinsen, 2005, s. 165).

Spørsmålet Kvåle (2006) stilte om hva som kjennetegner en særlig omsorgsfull sykepleier, utdypet pasienten videre med at ”de bryr seg om meg, de tar seg tid til å snakke, de gir informasjon og forklarer, og de er smilende og har humor” (Kvåle, 2006). Ved det at sykepleier viser å bry seg, innebærer dette for pasienten at sykepleier kjenner pasienten, vet hvilke ønsker pasienten har og tar hensyn til det, vet om pasientens situasjon og er oppmuntrende. Videre det at sykepleier viser interesse for pasientens hverdagslige liv, og pasientens historie. Sykepleieren viser også interesse for hvordan pårørende har det, stiller seg til tjeneste for pasienten, følger opp og passer på (Kvåle, 2006). I tillegg var flere pasienter opptatt av at sykepleieren viste interesse og vilje for pasienten velvære. Som for eksempel å varme maten i mikrobølgeovnen, gi et glass vann, riste og snu dynen (Kvåle, 2006).

Det som gjorde relasjonen til en god relasjon mellom pasient og sykepleier, ifølge pasientene i studien til Kvåle (2006) var det at både sykepleier og pasient delte deler av hverandres privatliv, og de ble kjent som medmennesker. De etablerte et menneske til menneske forhold, istedenfor et sykepleier pasient forhold (Kvåle 2006).

#### 4.3.3 Hva kan hemme en god relasjon?

Sykepleieren påvirker pasientens livsmuligheter, gjennom sin stemning eller holdning. Hvordan sykepleier påvirker pasientens livsmuligheter, er avhengig av maktforhold og hvordan sykepleier balanserer dette maktforholdet. Makt kan utnyttes, og dermed fastholde pasienten i en underlegen posisjon. Dette er moralsk uansvarlig maktutøvelse, og i slike maktrelasjoner er det ikke rom for tillit (Martinsen, 2005, s. 162).

#### 4.3.4 Hvem kan bistå sykepleier i å skape en god relasjon?

Både pårørende og nærpersoner kjenner som regel pasienten best, og kan fortelle sykepleieren om pasientens preferanser, rutiner, vaner, kommunikasjonsmåte og habituelle atferd. Et hjelpemiddel som har blitt iverksatt i forhold til å bli kjent med pasienten, er ”mitt sykehuspass” (se vedlegg 5). I sykehuspasset finnes informasjon som ikke er i pasientjournalen. Formålet er at fremmede helsepersonell for pasienten, skal kunne tilegne seg informasjon og kunnskap om pasienten, lette samhandlingen og bidra til at pasienten mottar helhetlig omsorg og pleie. ”Mitt sykehuspass” kan man få i både papir- og elektronisk utgave, og kan hentes på Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse sine nettsider (Aldring og helse, 2013).

### 4.4 Sykepleie som en moralsk, praktisk og relasjonell handling

Funnene i artikkelen til Kvåle (2006) er spesielt forenelig med Martinsens omsorgsteori (Kvåle 2006). Martinsen mener at omsorgsmoral må læres og integreres. Pasientene i studien til Kvåle (2006) uttrykte stor respekt for sykepleierne, og forventet og håpte derfor at sykepleierne ville ta initiativet. Pasientene ble derfor sittende og vente på sykepleiernes initiativ, og de fleste av pasientene turte ikke ta kontakt før de kjente sykepleieren så godt at de kunne se når sykepleieren hadde ledig tid til å snakke. Pasientene var redde for å forstyrre, og sykepleieren hadde dermed stor makt slik som Martinsen (2005) sier (Kvåle, 2006). Nettopp det å ha en del av pasientens liv i sin hånd (Martinsen 2005, s. 162). Den praktiske siden av omsorg kom til uttrykk gjennom behandlingen pasienten mottok, og måten

behandlingen ble gitt på. Oppmuntrende ord, varme maten i mikrobølgeovnen, gi et glass vann når de er tørst og en lun og sval dyne å krype under. Et annen viktig handling pasientene satte pris på var at sykepleieren stoppet opp litt, tok seg litt tid, snakket, og ønsket å se bak pasientens maske. Dersom sykepleieren var svært opptatte, holdt det med å snakke mens de utførte arbeidsoppgaver. Det handlet om det å bli sett (Kvåle, 2006). Det relasjonelle ble beskrevet som en uforklarlig kontakt. Hvor pasienten opplevde at sykepleieren brydde seg, tok seg tid og var mer et medmenneske framfor en sykepleier (Kvåle, 2006).

## **5.0 Konklusjon**

Personer med en psykisk utviklingshemning er en svært heterogen pasientgruppe, som igjen viser svært ulik atferd når det kommer til akutte smerter. Likevel kan atferden kategoriseres i to hovedgrupper, ”den stille smerten” og ”den urolige aggressive smerten”. Fysiologiske parametre og de presenterte nonverbale kartleggingsverktøyene forblir utilstrekkelige, både grunnet individuell påvirkningsgrad av stress, individuell grad og karakter av verbal og fysisk atferd ved smerter og mulige nevrologiske skader som hemmer både de klassiske fysiologiske parameterne og det kroppslige uttrykket. I tillegg til at mange pasienter med en psykisk utviklingshemning allerede lever med smerter, også kroniske, som fører til en fysiologisk adaptasjonsprosess som også igjen stabiliserer det fysiologiske og kroppslige uttrykket.

For å kunne kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med nedsatt evne til selvrapporing, er sykepleieren ved akuttmottaket avhengig av pasientens nærpersoners og pårørendes observasjoner og kunnskap om pasientens normale atferd, i tillegg til verbal og fysisk atferd ved smerte. Med informasjon fra nærpersoner og pårørende kan sykepleier kartlegge og vurdere individuell smerteatferd hos pasienter med en psykisk utviklingshemning.

Sykepleieren bør fokusere på å skape tillit hos pasienten og fremme samarbeid mellom sykepleier og pårørende/nærpersoner. I tillegg til å fremme samarbeid på tvers av faggrupper, og mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er et svært stort behov for utvikling og implementering av kartleggingsverktøy, i tillegg til opplæring og undervisning i implementeringen av kartleggingsverktøy, både for å kunne avdekke, men også behandle smerter blant pasientgruppen som har en psykisk utviklingshemning.



## 6.0 Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D., Grønseth, R., & Toverud, K. (2015). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker : Faktorer som påvirker psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bakken, T. L. (Red.). (2011). *Samhandling med og uten ord : Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse*. Stavanger: Hertervig.

Cambridge Dictionary. (u.å.). Hentet fra:

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/self-report>

Dale, J., & Bjørnsen, L., P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1), 86.

Det Kongelige barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Frihet og likeverd: Om mennesker med utviklingshemning*. (Meld. St. 45 2012-2013). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/41a94b47679f477086d3f537d401d50a/no/pdfs/stm201220130045000dddpdfs.pdf>

Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Doody, O., & Bailey, M. E. (2017). Pain and pain assessment in people with intellectual disability: Issues and challenges in practice. *British Journal of Learning Disabilities*, 45(3), 157-165.

Eide, H., & Eide, Tom. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner : Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ellingsen, K., & NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. (2007). *Helseoppfølging av personer med utviklingshemning*. Oslo: NAKU, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning.

Fossum, K. (1974). *Kanskje i morgen : Fra en institusjon for psykisk utviklingshemmede : Dikt*. Oslo: Gyldendal.

Grimsbø, G., H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 16-76). Oslo: Gyldendal akademisk.

Gripsrud, S. (2003). *Omsorgsfilosofi i kamphumor*. Hentet fra: <https://forskning.no/sykepleievitenskap-filosofiske-fag-historie-stub/2008/02/omsorgsfilosofi-kamphumor>

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. (2015). *Ansvar for kostnader til ledsager og kommunalt ansatte i forbindelse med opphold i helseinstitusjon*. Hentet fra: [https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Spesialisthelsetjenesteloven/Ansvar%20for%20kostnader%20til%20ledsager%20ved%20opphold%20i%20helseinstitusjon%20\(2015,%20PDF\).pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Spesialisthelsetjenesteloven/Ansvar%20for%20kostnader%20til%20ledsager%20ved%20opphold%20i%20helseinstitusjon%20(2015,%20PDF).pdf)

Holden, B. (2009). *Utfordrende atferd og utviklingshemning : atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Johannessen, K., Molven, O., Roalkvam, S., & Aakre, M. (2007). *Godt, rett, rettferdig : Etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe.

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier : Analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I N. J.

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård I Norden* 26 (1), 15-19. Hentet fra: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.vid.no/doi/pdf/10.1177/010740830602600104>

Lindenskov, L., & Bjørk, I. (2016). Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6, 199-209

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse. (2013). *Sykehuspass*. Hentet fra: <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/sykehuspass/>

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (2018). *Hva er utfordrende atferd og hva er årsakene?*. Hentet fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-utfordrende-atferd-og-arsak>

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (2019). *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemning*. Hentet fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemning-icd-10>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_5#§4a-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#§4a-5)

Skorpen, S., Haugland, M. & Pareli, D. (2017). Smerter hos pasienter med en psykisk utviklingshemning. *Sykepleien*, (64151), E-64151. Hentet fra: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64151.pdf?c=1523263710>

Statistisk sentralbyrå. (2018). Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/kvartal>

Van der Putten, A. & Vlaskamp, C. (2011). Pain Assessment in People with Profound Intellectual and Multiple Disabilities; a Pilot Study into the Use of the Pain Behaviour Checklist in Everyday Practice. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 32(5), 1677-1684.

Weissman-Fogel, I., Roth, A., Natan-Raav, K., & Lotan, M. (2015). Pain experience of adults with intellectual disabilities – caregiver reports. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(10), 914-924.

## 7.0 Vedlegg

### 7.1 Non-Communicating Adult Pain Checklist

Name of individual \_\_\_\_\_ Observer: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Sum score when individual is not in pain \_\_\_\_\_

The individual's behavior is being evaluated due to:

\_\_\_\_\_

How often has the client been showing the down listed behaviors within a 10 minutes period?

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 (e.g. a word, a cry, a type of laugh)	0	1	2	3
5	Emotional reaction	Not co-operating, cranky, irritable, unhappy				
6		Being difficult to distract, not able to satisfy or pacify				
7	Facial expression	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	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)	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

Sum score \_\_\_\_\_

## 7.2 Pain Behavior Checklist

Item	Description of the behaviour
1. Tense face	<ul style="list-style-type: none"> <li>- One or more muscles in the face are tensed</li> <li>- Frown eyebrows (squeezed and downward)</li> </ul>
2. Deeper naso-labial furrow	
3. Grimace	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frown eyebrows (squeezed and downward)</li> <li>- Eyes squeezed or almost closed</li> <li>- Tense face</li> <li>- Deeper naso-labial furrow</li> </ul>
4. Looking sad, almost in tears	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouth wide open</li> <li>- Tense face</li> <li>- Deeper naso-labial furrow</li> <li>- Wrinkled forehead</li> <li>- Eyebrows drawn upwards and sideways</li> <li>- Corners of the mouth downwards</li> <li>- Eyes squeezed</li> </ul>
5. Eyes squeezed	
6. Panics, panic attack	
7. Moaning, groaning	
8. Crying/gasping or sobbing	Shocking respiration
9. Penetrating sounds of restlessness	
10. Tears	

## 7.3 Mobilisation-Observation-Behavior-Intensity-Dementia

APPENDIKS

# MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

### Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



**Smertelyd**  
«Aui»  
Stønner  
Yrker seg  
Gisper  
Striker



**Ansiktsuttrykk**  
Grimaserer  
Ryker pannen  
Strammer munnen  
Lukker øynene



**Avvergereaksjon**  
Slivner  
Beskytter seg  
Skyver fra seg  
Endringer i putten  
Krymper seg

### Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

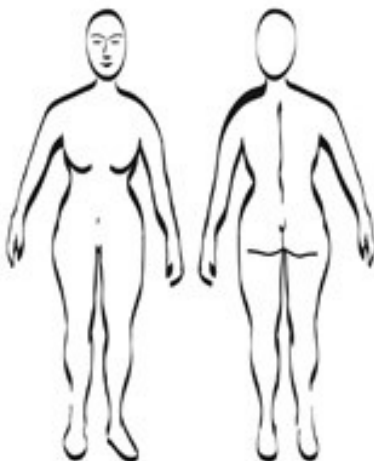
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelodd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

### Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



### Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bertha Husebøllif, uls.no, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

## 7.4 Checklist of Nonverbal Pain Indicators

Pasient .....

Registrert av: sykepleier  Hjelpepleier  Annet  .....

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (Feldt KS. Pain Management Nursing 2000;1:13-21)

Instruksjon: 0 poeng dersom atferden ikke er observert og 1 poeng dersom atferden ble observert (selv om den bare var tilstede for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro). Summen

Totalsummen

Der er ingen

### Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

(Feldt KS. Pain Management Nursing 2000;1:13-21)

Instruksjon: Pasienten observeres for følgende atferdsmønster/reaksjon først i hvile (enten pasienten er i sengen eller sitter fremme) deretter ved bevegelser/aktivitet (passive bevegelser eller aktive bevegelser f. eks. når pasienten reiser seg fra sittende. Både over- og underekstremiteter må testes). 0 dersom atferden ikke er observert og 1 poeng dersom atferden er tilstede, selv om den bare ble observert for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro. Totalsum = sum "ved bevegelse" + sum "i hvile/ro". Det er ikke noe grenseverdi for hva som indikerer smerte. Tilstedeværelse av én indikator **kan** være uttrykk for smerte og krever ytterligere vurdering eller observasjon, eventuelt justering av tiltak som allerede er iverksatt.

Atferd	Ved bevegelse	I hvile/ro
1. Vokale klager: <b>ikke-verbale uttrykk</b> (stønner, ynker, roper, skriker, puster tungt, sukker)		
2. Ansiktsgrimaser/rykker til, skvetter til (rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gisper plutselig", lidende uttrykk)		
3. Klamre (klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, stol, eller annen gjenstand)		
4. Uro (ustanselig eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)		
5. Gnir eller masserer det affiserte område		
6. Vokale klager: <b>verbale uttrykk</b> (gir verbalt uttrykk for ubehag eller smerte [au, "det gjør vond"], bevegelser utløser bannord eller eder; høylydte protester [f.eks. "stopp", "det er nok"])		
<b>Subtotal sum</b>		
<b>Sum</b>		

## 7.5 "Mitt sykehuspass"



# Mitt sykehuspass

Viktig informasjon om meg

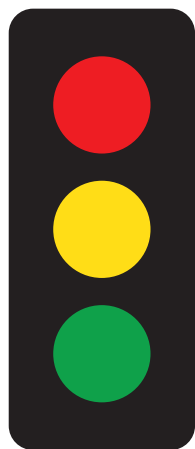
Navn: \_\_\_\_\_





## Til dere som skal behandle meg

En kopi av sykehuspasset kan legges ved sykehusets papirer.



Dette må dere vite om meg

Dette er viktig for meg

Hva jeg liker og ikke liker

Dette heftet skal ligge på nattbordet mitt.

## DETTE MÅ DERE VITE OM MEG



Navn: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Når jeg er født: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Hvordan jeg kommuniserer (for eksempel: bruker tegnspråk, verbalt språk, kommunikasjons hjelpemidler):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Syn og hørsel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Navn:

Dato:



Nærmeste pårørende: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hjelpeverge: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



Religion: \_\_\_\_\_

Spesielle behov: \_\_\_\_\_



Fastlegen min: \_\_\_\_\_

Legesenter/adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



Andre personer / tjenester som hjelper meg: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Hvorfor jeg er innlagt på sykehus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Navn:

Dato:





Faste medisiner: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Medisin ved behov (obs! instruks ved akuttmedisin):

---

---

---

---

Hvordan jeg tar medisin (for eksempel: hele tabletter, knuste tabletter, injeksjoner, flytende): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



Medisinske prosedyrer som skal utføres (for eksempel: hvordan ta blodprøver, hvordan gi meg injeksjoner, hvordan måle blodtrykk):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Navn:

Dato:



Allergier: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



Tannstatus og spesielle forhold i munnen min: \_\_\_\_\_

---

---

---

---



Fare for å sette ting i halsen (for eksempel: spise, drikke og svelgproblemer): \_\_\_\_\_

---

---

---

---



Hva kan du gjøre hvis jeg er engstelig eller sint: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



Hvordan du kan se om/at jeg har vondt: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Navn:

Dato:

DETTE ER VIKTIG FOR MEG



Hjelpemidler ved forflytning (for eksempel: rullestol, rulator): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Personlig hygiene (for eksempel: hva jeg trenger hjelp til, og hvordan jeg liker at du hjelper meg): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Hvordan jeg spiser (for eksempel: oppskåret mat, most mat, hva jeg trenger hjelp til): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Navn:

Dato:



Hvordan jeg drikker (for eksempel: må drikke små mengder, må drikke ting som er gjort fyldigere): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Hvordan jeg bruker toalettet (for eksempel: hjelpemidler ved inkontinens, hjelp til å gå på toalettet): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Søvn (for eksempel: søvnmønster og rutiner, hva jeg gjør for å få sove, ønsker om puter, liggestilling, åpent vindu, med lys på): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Navn:

Dato:

## HVA JEG LIKER OG IKKE LIKER



Liker (for eksempel: hva gjør meg glad, ting jeg liker å gjøre som å se på TV, lese, høre på musikk, eller andre hobbyer):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Liker ikke (for eksempel: ikke hev stemmen til meg, mat jeg ikke liker, fysisk kontakt):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Navn:

Dato:





## ORGANISASJONER OG WEBSIDER SOM GIR INFORMASJON OM UTVIKLINGSHEMMING

**Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse**  
[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

**NAKU**  
[www.naku.no](http://www.naku.no)

**Stiftelsen SOR**  
[www.samordningsradet.no](http://www.samordningsradet.no)

**Rikshospitalet**  
[www.sjeldnediagnoser.no](http://www.sjeldnediagnoser.no)

**Frambu kompetansesenter for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger**  
[www.frambu.no](http://www.frambu.no)

**Helsedirektoratet, Sjeldne funksjonshemninger**  
[www.helsedirektoratet.no/funksjonshemninger](http://www.helsedirektoratet.no/funksjonshemninger)

**Nasjonal læringsportal**  
[www.helsekompetanse.no](http://www.helsekompetanse.no)

**NFU**  
[www.nfunorge.org](http://www.nfunorge.org)

**LUPE**  
[www.landsforbundet-lupe.no](http://www.landsforbundet-lupe.no)

**Autismeforeningen**  
[www.autismeforeningen.no](http://www.autismeforeningen.no)

## Mitt sykehuspass

Mitt sykehuspass kan lastes ned fra [www.helsesjekk.info](http://www.helsesjekk.info), eller det kan bestilles på Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Forlaget Aldring og helse nettbutikk: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no).

Ideen til Mitt sykehuspass er hentet fra England. Vi har fått tillatelse til å bearbeide passet til norske forhold. Takk til Jim Blair, Consultant Nurse Learning Disabilities St. George's Healthcare NHS Trust, som har utviklet den engelske utgaven etter original fra Gloucester Partnership NHS Trust. Vi vil også takke Trude Stenhammer Wyatt for oversettelse og Jørund Eek for redesign av Mitt sykehuspass.



Postboks 2136, 3103 Tønsberg  
Tlf: 33 34 19 50, Faks: 33 33 21 53  
E-post: [post@aldringoghelse.no](mailto:post@aldringoghelse.no)

ISBN 978-82-8061-161-1