

Leder	139
Forskning i praksis	140
Innspill: Gudmund Hernes	142
Evidens Based Nursing	144
Artikkel: Kvinners erfaringer i møte med abortnemda ved sene svangerskapsavbrudd	156
Quiz	165
Artikkel: Multidosepakkede legemidler i åpen omsorg	166
Kommentar fra praksisfeltet	171
Forskningsnytt	172
Artikkel: Hva er en god død i sykehjem?	174
Innspill: Per Nortvedt	181
Cochrane	182
Artikkel: Familiebasert omsorg på godt og vondt	186
Nytt og nyttig	195



Inger Schou
Førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo og forsker ved Ullevål universitetssykehus



Annens Lerdal
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud



Tone Rustøen
Professor ved Høgskolen i Oslo



Monica Nortvedt
Professor og leder ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo



Lars Mathisen
Seksjonsoversykerleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo



Ragnhild Voldhuset
Fagkonsulent ved Kompetanseavdelingen på Akershus universitetssykehus



Liv Wergeland Sørbye
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo



Marit Kirkevold
Professor ved Universitetet i Oslo



Morten Syversen
Mastergradsstudent i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo



Tone Moan
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Bergen

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høgskoler og studenter. Sykepleien Forskning er et bilag til Sykepleien og utøver uavhengig og kritisk forskningsformidling.

Sykepleien Forskning

Bilag til Sykepleien
Tollbugt 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. 22 04 33 04. Faks: 22 04 33 75
www.sykepleien.no

Ansvarlig redaktør: Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaktør: Leena Honkavuo
leena.honkavuo@sykepleien.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Inngunn Roald
inngunn.roald@sykepleien.no

Layout: Gazette as
Repro og trykk: Stibo Graphic AS

Utgivelsesplan 2007:
Nr. 4: 29/11
Abonnementspris: Kr. 280,- per år.

ISSN 1890-2936

Hvorfor er sykepleieforskning viktig?

En varm høsthilsen fra Oslo!

Som du ser, har jeg begynt som ny redaktør i tidsskriftet Sykepleien Forskning. Jeg håper at vi her i redaksjonen kan skape et innovativt og utviklende samarbeid med lesere, skribenter, redaksjonskomité og andre bidragsytere. Sammen har vi mye kunnskap som vi skal prøve å bruke til tidsskriftets fordel.

Dere lesere og skribenter har muligheten til å påvirke hvordan Sykepleien Forskning skal formes og utvikles for å bli et enda mer allsidig og verdsett tidsskrift innen sykepleieforskning. Forskingen og publikasjonsvirksomheten innen sykepleie øker i rask tempo. Derfor er det viktig å kontinuerlig utvikle og opprettholde de vitenskapsbaserte publikasjonskanalene innen sykepleieforskning.

Det er viktig å forske i, og produsere ny kunnskap og ny viten om, klinisk sykepleiepraksis, utdanning, helseadministrasjon og -ledelse: Klinisk sykepleie er fundamentet for å forankre den teoretiske sykepleievitenskapen i praksis, forskning er kjernen i akademisk sykepleierutdanning og helseadministrasjon og -ledelse baner veien for pasienttenester. Vi trenger åpenhet for forskning, ulike former for samarbeid, og en vid horisont for de tverrfaglige og tverrvitenskaplige feltene.

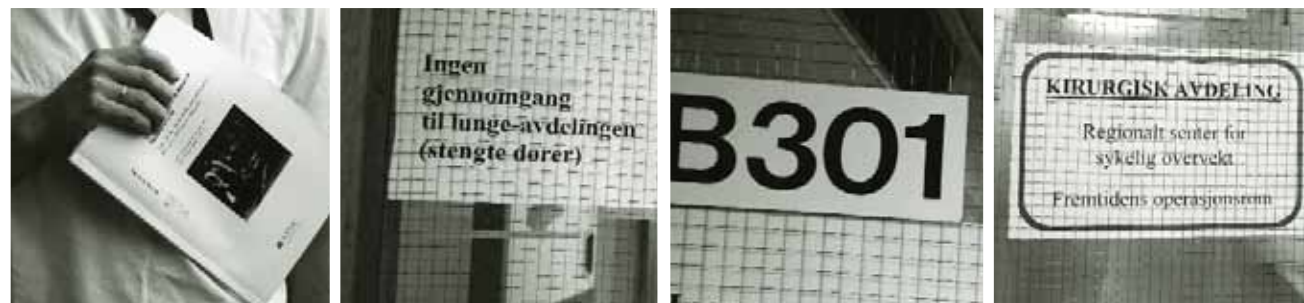
Sykepleievitenskap er en humanvitenskap. Humanismen hjelper oss til å se menneskets – pasientens muligheter. Sykepleievitenskapens utgangspunkt er rela-

sjonen til mennesket, helse, lidelse og omsorg. Dette grunnleggende utgangspunktet gir oss et helhetlig bilde av mennesket. Men sykepleie er samtidig en ny vitenskapsgren hvor identiteten utvikles og formes. Debatten om evidensspørsmålene innen sykepleieforskning er i dag aktuelle. Anvendelse av forskningsbaserte resultater fra sykepleievitenskaplige publikasjoner, søker fremdeles sin form ved klinisk sykepleiepraksis. Det er derfor nødvendig at helsepersonell kontinuerlig oppdaterer sine faglige ferdigheter og kunnskaper. Dette krever en aktiv fordypning i aktuell sykepleieforskning. Tidsskriftet Sykepleien Forskning gir deg en mulighet til det.

Leena Honkavuo

Redaktør
Leena Honkavuo
leena.honkavuo@sykepleien.no
Oslo, september 2007





TRIANGULÆRT, MIN KJÆRE WATSON

Kvantitativ eller kvalitativ metode? Da sykepleier Magnus Strømmen sto foran valg av forskningsmetode i masteroppgaven var det ingen tvil. Ja takk, begge deler.

📄 Tekst og foto: Anders Førde

– En master er en slags svenneprøve som kan påvirke hvilke metodevalg man gjør senere. Stikk i strid med normen om at forskningsspørsmålet bestemmer metodevalget, lette jeg bevisst etter en oppgaveformulering som gjorde det mulig å bruke begge metoder. Masteroppgaven var en mulighet til å lære, og en sjanse til god veiledning jeg ikke kan regne med senere. Jeg ville benytte sjansen til å bli kjent med begge forskningsstradisjonene og stå med en fot i hver leir. Gjerne samtidig.

Den praktiske løsningen på masterarbeidet var å ha to veiledere. En for hver metode. Oppgaven omhandler livskvalitet for pasienter med sykkelig fedme. Dette er et emne Strømmen er engasjert i til daglig som eneste heltidsansatte ved Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) ved St. Olavs Hospital. I høst er han opptatt av pasientenes motivasjon for ulik behandling, men stikkordet er, som det var i masteren, triangulering. Uttrykket, som også kan betegne metoder for å

beregne geografiske avstander, betyr i forskningsøyemed at flere metoder tas i bruk for å se om funn støtter hverandre.

TALLFESTET LIVSKVALITET

– Under arbeidet med oppgaven brukte jeg triangulering for å komplettere og illustrere skårene jeg fant kvantitativt, men også til å validere funnene. Livskvalitetsmålingene ga tall som jeg fant temmelig abstrakte. Selv etter at

” Et spørreskjema om livskvalitet kan virke selvmot-sigende, for er ikke det et forsøk på å gjøre det subjektivt opplevde til noe objektivt?

jeg hadde sammenlignet tallene med skårer fra normalbefolkningen og en annen pasientgruppe, syntes tallene som lite illustrerende for hva det er ved fedmen som skaper begrensinger i den fetes liv. Hvordan kunne jeg gi

tallene mening? Dessuten, hva er livskvalitet? Et spørreskjema om livskvalitet kan virke selvmot-sigende, for er ikke det et forsøk på å gjøre det subjektivt opplevde til noe objektivt?

Forsiden av masteroppgaven prydes av Hans Holbeins «Ambassadørene» (1533). Maleriet er et høydepunkt innen rennesansemaleriet og fremstiller både et dobbeltportrett og stilleben med måleinstrumenter på den ene hyllen og musikkinstrumenter på en annen. I nedkant av bildet er en forvridd projeksjon av en hodeskalle, en anamorfose, som innebærer at hodeskallen bare synes når den betraktes fra en bestemt vinkel.

– Jeg er fascinert av detaljrikdommen og symbolikken i maleriet. Vi kan ikke stole absolutt på kvantitative instrumenter, like lite som dybdeintervju er noen sikker vei til kunnskap. For å se mer av helheten må du flytte på deg og innta flere perspektiver.

BITER AV EN HELHET

Ved å bruke både en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming var



Bifakultær utdanning: Magnus Strømmen følger et Masterprogram tilknyttet to fakulteter.

det ifølge Strømmen mulig å overkomme noen svakheter ved hver enkelt metode. Flere biter gjorde det mulig å se en større helhet. Mens en kvantitativ tilnærming kan ha sin styrke i generaliserbarhet, er svakhetene redusert detaljrikdom og manglende kontekst. Han brukte SF-36 (livskvalitetsverktøy) og General Health Questionnaire (GHQ28) for pasienter som skulle gjennomgå kirurgisk fedmebehandling. Resultatene ble sammenlignet med norske normdata og et utvalg reumatikere. I en annen del av oppgaven tok han i bruk semistrukturerte dybdeintervju, der han blant annet tok for seg tabuområder som hygiene og seksualitet.

– Ved å sammenholde skårer fra ulike kvantitative verktøy, som var ment å fange opp beslektede fenomener, fikk jeg et inntrykk av hvor egnede instrumentene var i konteksten med fedmepasienter.

Den kvalitative tilnærmingen bidro til forståelse av hva det var med sykdommen som førte til begrensninger i funksjonsevne. Jeg brukte også triangulering for

å forstå fenomener på individnivå. Som regel fant jeg samsvar, men det hendte også at data i et mikroperspektiv pekte i ulike retninger. I slike tilfeller opplevde jeg at jeg tilla intervjuene stor betydning. Et kryss på et spørreskjema kan bli temmelig tilfeldig en sen kveld, mens intervjuene ble gjort i en kontrollert situasjon som ga meg mulighet til å registrere pasientenes signaler, både verbale og non-verbale. Intervjuet ga anledning til å validere mine tolkninger der og da, i samråd med pasienten.

BROBYGGING

Ved Masterprogrammet i helsevitenskap ved NTNU har Strømmen vært igjennom en bifakultær utdanning, et samarbeid mellom medisinerne og samfunnsvitene. Han ser samarbeidet som et forsøk på å bygge bro mellom to ulike forskningsstradisjoner.

– At jeg fikk lov til å triangulere ser jeg som et uttrykk for forskningsmiljøenes vilje til å nærme seg hverandre. Imidlertid opplevde jeg at triangulering kan være svært utfordrende, fordi det

krever at du behersker ulike forskningsverktøy, forskningsanalyser, men ikke minst forskningsspråk. I den kvantitative tradisjonen skrives det komprimert, og funnene lar seg presentere i en tabell, mens en kvalitativ analyse som oftest er langt mer omfattende å presentere. Dessuten kan begreper som betyr noe i en forskningsstradisjon, bety noe helt annet i en annen tradisjon.

At tidsskriftene på sin side representerer ulike forskningsstradisjoner, kan vise seg å bli et problem.

– Journaler har ofte forskjellige krav til format og vitenskaplig tilnærming. Men jeg ønsker ikke å skrive en artikkel om halvparten av oppgaven i et tidsskrift, og sende en artikkel om den andre halvparten til et annet tidsskrift. I så fall vil et viktig element ved triangulering, som i tilfeller der ulike data eller perspektiver støtter opp om hverandre, gå tapt. Jeg mener det ligger nært sykepleierens fokus å forsøke å fange helheten. Derfor bør metodetriangulering ha stor aktualitet i sykepleieforskningen.

FRA HÅNDVASK TIL HJERNEVASK

Av GUDMUND HERNES

f. 1941,
sosiolog, tidligere helseminister og
forskningsminister (Ap), forsker ved
FAFO, professor og forfatter



Foto: Jan Tomas Espedal/Attenposten

” Nær 6 prosent av sykehuspasientene får infeksjoner under oppholdet – og mellom 300 og 400 av dem dør hvert år.

► For et par år siden tilbrakte jeg som pårørende noen dager på en intensivavdeling. På den ene side ble jeg mektig imponert over profesjonaliteten og pleien, av hvordan mange typer fagkunnskap ble mobilisert og orkestrert, av hvordan ulike profesjoner kunne spille sammen med komplementære kunnskaper og ferdigheter.

På den annen side ble jeg også fra min tilskuerplass oppmerksom på hvor desperat vanskelig en bestemt oppgave må være: å hindre at smitte overføres fra en pasient til en annen. For jeg ble fjetret av noe jeg ikke hadde sett slik før: Våre fingre er overalt, hele tiden. Ikke bare håndhilser vi, tar håret vekk fra pannen eller henter fram lommeørkleet. Vi trekker fram en stol eller stryker over et kinn. Vi leser et dokument eller blar i en avis, åpner en dør, holder i sengestolpen eller trykker på heisknappen. Og det fingrene berører transporterer mikrober som blindpassasjerer.

Personalet på sykehuset har det enda verre. De skal sette sprøyter, slå av lyset, trekke for gardinet, holde en hånd, skifte plaster, intubere en pasient. Og vel er det strenge rutiner for hygiene – der Tony Blair sa «Education,

education, education!», der kan sykehuspersonale si «Håndvask, håndvask, håndvask!»

Det var ikke alltid slik. Tvert i mot: innføringen av hospitalshygiene er en historie om observasjon og innovasjon – og om motstand mot nye tanker og sosial endring. Det er en historie alle som forsker før eller siden hører: Historien om den østerisk-ungarske legen Ignaz Semmelweiss (1818–1865).

I 1847 oppdaget han at hyp-pigheten av barsel-feber drastisk kunne reduseres ved et regime for håndvask i fødselsklinikker. Han kom på den tanke at legene, som undersøkte den ene pasient etter den andre, eller enda verre: gikk fra obduksjonslokalene til barsel-postene uten noen form for vask, brakte med seg noen «partikler» som kunne forårsake barsel-feber. Så han innførte et regime med håndvask i kalkvann tilsatt klor. Og der det ble fulgt, falt dødsfallene på grunn av barsel-feber til en brøkdell.

Men det gikk tid før hans syn ble akseptert av det medisinske establishment. Dels gikk hans «partikkelforklaring» mot den rådende medisinske ortodoksi – den sa at sykdom skyldtes forstyrrelse av balansen mellom de

fire kroppsvæsker, blod, gul og sort galle, slim (humorallæren). Noen leger mente at håndvask mellom hver pasient også ville bli for tidkrevende. Og de var heller ikke hippe på å medgi at legene selv kunne påføre sykdom. Etter hvert ble Semmelweiss' anbefalinger mer fulgt, selv om leger lenge holdt igjen. Selv da han presenterte en veldokumentert forskningsrapport i 1861 var mange av anmeldelsene sterkt negative. På en konferanse av tyske leger og naturvitenskapsmenn forkastet de fleste av talerne hans ideer – inkludert en av tidens fremste medisinske forskere, Rudolf Virchow. Den endelige aksept av Semmelweiss teori kom først etter at Louis Pasteur hadde fått gjennomslag for at mikrober er en viktig årsak til ulike sykdommer.

Moralen er at nye forskningsresultater kan utløse sterk motstand. Ja, det som går under navn av «Semmelweiss-refleksjonen» vil si straks å forkaste nye ideer uten nøyere gjennomtenking, undersøkelse eller eksperiment.

Hvordan er det med anvendelsen av Semmelweiss' innsikter i dag? Vel, ferske tall fra Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at nær 6

prosent av sykehuspasientene får infeksjoner under oppholdet – og mellom 300 og 400 av dem dør hvert år. Det er flere enn antall dødsfall i veitrafikkulykker. Man regner med at mellom 60.000 og 70.000 pasienter blir smittet hvert år – sykehuset er for dem ikke et sted der de kureres for det de kommer med, men unødig påføres en annen sykdom. Og Norge er ikke alene – i USA dør flere av hospitalsinfeksjoner hvert år enn av bilulykker og mord til sammen. Cirka 2 millioner blir infisert, av dem dør nærmere 100.000.

Forskningen har altså avklart de medisinske grunnene til sykehusinfeksjoner. Og legevitenenskapen har lært oss mye om multiresistente mikrober.

Spørsmålet er om vi da trenger noe mer – trenger vi forskning også for og fra yrkesgrupper som tradisjonelt har vært mer praktisk orientert?

Vel, kanskje kan vi også her stadig høste noen lærdommer fra Semmelweiss og motstanden mot de nye hygieniske rutiner han ville innføre. Den var faktisk større blant legene enn blant jordmødrene. Det forteller oss at fagmedisinske kunnskaper ikke er nok. Det er også nødvendig

å undersøke nærmere motstand mot endring. Den kan et stykke på vei skyldes vitenskapelige lærebygninger som selv så å si er multiresistente overfor nye impulser. Rent allment har vi god grunn til å tro at det er ganske mye kunnskap som alt foreligger, men som ikke blir tatt i bruk til pasientenes beste.

Men motstanden kan også skyldes forholdet både mellom spesialitetene og mellom helseprofesjonene. Det kan stå om prestisje, myndighet og makt – og slike spørsmål er ikke medisinske. Det er spørsmål om sosial organisasjon og om hvordan det vi gjør for egen yrkesgruppe kan komme i veien for det som gjøres for pasientene. I rapporten fra fylkeslege Petter Schou om tildragelsen i Sofienbergparken i august der Ali Farah ble forlatt av ambulanspersonell – og om det som senere skjedde på legevakten – vises det at problemet på ingen måte var manglende fagmedisinsk kunnskap, men sto om uforsvarlig behandling og diskriminerende adferd. Det reiser i sin tur spørsmålet om hvordan man kan lære opp helsepersonell og organisere tjenestekjeden slik at det ikke skjer igjen.

Eller: Hvis det stadig er mange – for mange – infeksjoner på norske sykehus, i et miljø der det er umulig ikke å ta på mange ting hele tiden og helsepersonell derfor kan være vandrende smitekilder – hvilke motivasjonssystemer kan man bygge slik at den kunnskap man har blir brukt? For eksempel til «Håndvask, håndvask, håndvask»? Eller er andre tiltak mulige? For eksempel det som Medicare i USA nå innfører: at sykehus ikke blir betalt for ekstrakostnadene for å behandle pasienter hvis lidelser forsterkes av feil som kunne vært unngått – som sykehusinfeksjoner.

Om slike forhold trenger vi systematisk innsikt som grunnlag for forbedret handling. I den kan så avgjort sykepleiere ta del – for å fortelle oss hva som skjer, hvorfor det skjer og hva som må gjøres.

Men da vil de som forsker nok også erfare at deler av det de finner ut er ubehagelige sannheter – kanskje også om dem selv. Og da kan Semmelweiss-refleksjonen tre i funksjon også blant dem og forsøk på hjernevask settes inn.

Akupunktur og «mind-body therapies» kan være effektivt for kreftpasienter mot smerter

Foto: Colourbox

Bardia A, Barton DL, Prokop LJ, et al. Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. J Clin Oncol 2006;24:5457-64.

METODE

Databaser: Medline, CINAHL, EMBASE/Excerpta Medica, AMED, Cochrane Library (alle til august 2005); Pubmed og referanselister.

Studieseleksjon og vurdering: randomiserte, kontrollerte forsøk (RCTer)

som evaluerte komplementære og alternative behandlingsformer for kreftrelaterte smerter. Studier som vurderte smerter i forbindelse med inngrep eller postoperative smerter ble ekskludert. Atten RCTer (n=1499) møtte inklusjonskriteriene. Kvaliteten på de inkluderte studiene ble vurdert etter Jadad-kriterier som vurderer randomiseringsmetode, blinding og frafall.

Utfallsmål: subjektive smerter

HOVEDRESULTATER

Det ble ikke laget noen metaanalyse på grunn av ulikheter (hetero-

genitet) i intervensjoner og målte utfall. Resultatene fra individuelle forsøk er vist i tabellen. Kunnskap fra individuelle studier viser at akupunktur, støttegrupper, hypnose og avslapning reduserte kreftrelaterte smerter. Massasje og terapeutisk berøring hadde kun kortvarig positiv virkning.

KONKLUSJON

Det finnes noe forskningsbasert kunnskap om at akupunktur og «mind-body» tiltak (som støttegrupper, hypnose og avslapning) lindrer smerter hos kreftpasienter.



Ord om ord

JADAD-kriteriene: Jadad score (0-5) er en gradering av en del formelle kriterier ved gjennomføring og rapportering av en randomisert kontrollert studie: Randomiseringen, graden av blinding og oppfølgingen. Høy kvalitet = Jadad skår 4 el 5, moderat kvalitet = Jadad skår 3, og lav kvalitet = Jadad skår ≤ 2



EVIDENCE BASED NURSING 10/2007

Evidence Based Nursing Volume 10 juli 2007 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

TABELL: Komplementær og alternativ behandling versus kontroll for kreftrelaterte smerter*

Behandling	Antall forsøk (n)	Resultat
Akupunktur	3 (214)	Mindre smerter etter 2 mnd (1 RCT, høy kvalitet (n=90); kort, men ikke langtid reduksjon i smerte (1 RCT, lav kvalitet, n=48); mindre smerter (1 RCT, lav kvalitet, n=76).
Musikk	3 (64)	Mindre smerter etter 30 minutter (1 RCT, lav kvalitet, n=40); ingen forskjell mellom grupper (2 RCT, lav kvalitet, n=9 og 15).
Støttegrupper	2 (311)	Mindre smerter etter 10-12 mnd (1 RCT, høy kvalitet, n=253, og en RCT, moderat kvalitet, n=58).
Hypnose	1 (67)	Mindre smerter (1 RCT, høy kvalitet)
Avslapning/ «imagery»	2 (161)	Mindre smerter (1 RCT, høy kvalitet, n=94, og 1 RCT, lav kvalitet, n=67)
Massasje	4 (329)	Mindre smerte umiddelbart (1 RCT, moderat kvalitet, n=230, og 1 RCT, høy kvalitet, n=28, kun menn); ingen forskjell mellom grupper på lang sikt (2 RCT, høy kvalitet, n=28 og 42, og 2 RCT, moderat kvalitet, n=29 og 230)
Terapeutisk berøring	2 (254)	Mindre smerter umiddelbart, men ingen forskjell mellom gruppene etter 1 mnd (1 RCT, moderat kvalitet, n=230); mindre smerter ved 1-4 dag (1 RCT, høy kvalitet, n=24).

*RCT= randomisert, kontrollert forsøk. Kontrollgruppene fikk ingen behandling, placebo, eller standard psykologisk eller farmakologisk behandling. Høy kvalitet = Jadad skår 4 el 5, moderat kvalitet = Jadad skår 3, og lav kvalitet = Jadad skår ≤ 2.

Denne systematiske oversikten av Bardia og medarbeidere gir et innblikk i det som finnes av evidens relatert til effekten av komplementær og alternativ behandling (KAM) for kreftrelaterte smerter. De inkluderte RCTene varierte veldig i kvalitet. KAM er per i dag ikke en integrert del av den konvensjonelle medisinen av flere grunner: praksisen er multimodal, behandlingene er av kort og lang varighet, personell som tilbyr KAM er ikke offentlig godkjent, utdannelsen av terapeuter som tilbyr KAM varierer og er bare sjelden gransket. Helsepersonell er ofte ambivalente i forhold til KAM, delvis fordi de mangler kunnskap, men også fordi de ønsker å basere sin praksis på vitenskapelig evidens og effekt og sikkerhet. Denne ambivalensen har ført til dårlig kommunikasjon mellom helse-

profesjoner, KAM-terapeuter og pasienter. Videre har mangelen på kommunikasjon og samhandling blitt påvirket av mangel på robuste multi-senter RCTer, slik det er vist av Bardia og medarbeidere i deres systematiske oversikt. Selv om effekten av mange KAM mangler evidens vil pasienter med kreftrelaterte smerter fortsette å være skuffet over hva skolemedisinen har å tilby og de vil i økende grad søke seg til alternative behandlingsformer.

Sykepleie har en ledende rolle når det gjelder å etablere kunnskapsbasert praksis for KAM gjennom å sammenfatte evidensen om dens effekt og sikkerhet, kongruent bruk med annen medisin samt langvarig bruk. Likevel, det er mulig at helsearbeidere vektlegger mangel på evidens for tungt og dermed

avviser alternative og komplementære behandlingsformer selv der hvor det mangler evidens for eller mot behandlingen. Å involvere pasienter som partnere i deres smertebehandling og større åpenhet blant helseprofesjoner, for eksempel integrerte løsninger med KAM der det finnes positiv evidens og ikke evidens om skadevirkninger, bør være en løsning i praksis, inntil definitiv evidens er tilgjengelig.

Kommentaren er skrevet av: Eric Staples, RN, MSN, ACNP, DNP
McMaster University School of Nursing
Hamilton, Ontario, Canada

For korrespondanse: Dr TJ Moynihan, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA. Moynihan.timothy@mayo.edu

Finansiering: ingen ekstern finansiering

Livsstils- og medikamentelle tiltak for å forebygge eller utsette type 2 diabetes for personer med nedsatt glukosetoleranse – en systematisk oversikt

Foto: Colourbox

Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007;334:299.

Vil livsstilendringer og farmakologiske tiltak forebygge eller utsette type 2 diabetes for personer med nedsatt glukosetoleranse?

METODE

Databaser og ressurser: Medline (1966 til juli 2006), EMBASE/Excerpta Medica (1980 til juli 2006), Cochrane CENTRAL, Cochrane Library of Systematic Reviews (nr 2, 2006), referanselister og eksperter.

Studieleksjon og vurdering: randomiserte, kontrollerte studier (RCT), alle språk, som evaluerte en intervensjon for å forebygge eller utsette type 2 diabetes for personer med nedsatt glukosetoleranse og hvor utvikling av diabetes var utfallsmål. 21 RCTer møtte inklusjonskriteriene, og 17 RCTer (n=8084, gjennomsnittsalder fra 39 til 57 år, gjennomsnittlig kroppsmasseindeks fra 24 til 36, gjennomsnittlig oppfølgingstid 0,4 til 4,6 år) inkludert i metaanalyse. Blant de 17 RCTene hadde åtte kvalitetsskår på 5 på Jadad skår, og to hadde skjult allokering.

Utfallsmål: Utvikling av type 2 diabetes og bivirkninger.

HOVEDRESULTATER

Metaanalysen viste at begge livsstilstiltak (diet, trening, eller



begge) og medikamentelle tiltak (acarbose, flumamine, glipizide, metformine eller phenformin) eller en antiovervektipille (orlistat) reduserte insidensen av type 2 diabetes (tabell). To forsøk som vurderte troglitazone ble ekskludert fra analysen fordi medika-

mentet er trukket fra markedet mange steder på grunn av lever-skader. Ett forsøk med jiangtang bushen (kinesisk urtemedisin) reduserte ikke diabetes (tabell). Bivirkninger relatert til farmakologiske tiltak (gastrointestinale og hypoglykemi) var vanlig i inter-

vensjonsgruppene (ingen statistisk test rapportert).

KONKLUSJON

For personer med nedsatt glukosetoleranse vil livsstilstiltak eller medikamenter forebygge eller utsette type 2 diabetes.

TABELL: Livsstils- og medikamentelle tiltak versus placebo for å forebygge eller utsette type 2 diabetes for personer med nedsatt glucoseintoleranse

Utfall ved 0,4 til 4,6 år	Sammenligning	Antall forsøk (n)	Hazard ratio (95 % KI)	NNT («credible» intervall)
Type 2 diabetes	Livsstil v placebo	10 (4452)	0,51 (0,44 til 0,60)	7 (5 til 9)
	Oral diabetes med v placebo	8 (4580)	0,70 (0,62 til 0,79)	11 (9 til 15)
	Orlistat v placebo	2 (814)	0,44 (0,28 til 0,69)	6 (5 til 8)
	Jiangtang bushen v placebo	1 (51)	0,32 (0,03 til 3,07)	Ikke signifikant

Evidence Based Nursing, volum 10, juli 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007

Det naturlige forløp av type 2 diabetes inkluderer en periode med nedsatt glukosetoleranse før diagnosen type 2 diabetes blir satt. Hjørnesteinen i behandling av type 2 diabetes er livsstil- og/eller medikamentell behandling (1, 2). Metaanalysen til Gillies og medarbeidere gir god evidens for at livsstils- og medikamentelle tiltak også kan forebygge eller utsette debuten av type 2 diabetes. Noen klinikere foretrekker andre utfallvariabler (for eksempel glukose eller glycated haemo-

globin konsentrasjon) og Gillies og medarbeidere har begrenset hvilke data de rapporterer fra de inkluderte primærstudiene.

Strategier for suksessfulle livsstilsendringer inkluderer individuelle, målrettede og langtidss interaksjoner med en fasilitator; individuelle mål for kosthold og fysisk aktivitet; og atferdsendringer (3). Strategier for vellykket medisinerer for farmakologiske tiltak kan være hyppige sykepleiekonsultasjoner og det å forstå styrker og

svakheter i pasientens sosiale kontekst. Vi trenger mer kunnskap om kostnytteffekter av tiltakene, for både kort tid og i livstidsperspektiv (3). Det er av interesse at oppfølging av den finske «Diabetes Prevention Study» viste at tydelige livsstilsendringer og reduksjon i forekomsten av diabetes fortsatte lenge etter at selve intervensjonen stoppet (4). Livsstilsendringer ser ut til å være minst like effektivt som medisiner for å forebygge type 2 diabetes. Helsepersonell burde

støtte slike livsstilsendringer (som røykeslutt, sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og noe vektreduksjon) ved enhver anledning.

- Bethel MA, Califf RM.** Role of lifestyle and anti-diabetic agents to prevent type 2 diabetes mellitus and cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2007;99:762-31.
- Yamooka K, Tango T.** Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2005;28:2780-6.
- Wylie-Rosett J, Herman WH, Goldberg RB.** Lifestyle intervention to prevent diabetes: intensive and cost effective. *Curr Opin Lipidol* 2006;17:37-44.

4. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention study. *Lancet* 2006;368:1673-9.

Kommentaren er skrevet av:

Sandra L Upchurch, RN, PhD
University of Texas Health Science Center at Houston School of Nursing, Houston, Texas, USA.

For korrespondanse: Ms CL Gillies, University of Leicester, Leicester, UK clg13@le.ac.uk

Finansieringskilde: UK Medical Research Council and Economic and Social Research Council.

Et treningsprogram førte til langsommere reduksjon i daglige aktiviteter for sykehjems-pasienter med Alzheimer sykdom

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, et al. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2007;55:158-65.

For pasienter med Alzheimers sykdom (AD) på sykehjem, vil et treningsprogram føre til langsommere nedgang i evnen til å utføre daglige gjøremål (ADL)?

METODE

- Design:** randomisert, kontrollert studie
- Allokering:** skjult
- Blinding:** Blindet (utfallsmåler og personen som analyserte data)
- Oppfølgingstid:** 12 måneder
- Setting:** Fem sykehjem i Toulouse, Frankrike



Pasienter: 134 pasienter mellom 62 og 103 år (gjennomsnitt 83 år, 75 prosent kvinner). Diagnose: Matchet «National Institute of Neurological and Communicative Diseases» og «Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Associa-

tion» kriterier for sannsynlig eller mulig AD. Deltakerne hadde bodd på sykehjem \geq to måneder, kunne flytte seg fra en stol og kunne gå \geq seks meter uten pleieassistanse. Eksklusjonskriterier var vaskulær demens eller Parkinsons sykdom, kirurgisk inngrep kommende år,

TABELL: Trening versus vanlig omsorg for pasienter med Alzheimers sykdom på sykehjem.

Gjennomsnittlig skår reduksjon fra baseline				
Utfall 12 mnd	Trening	Rutine	Forskjell i fall av gjennomsnitt skår	P-verdi
Katz ADL skår*	0,6	0,9	0,3	0,02

ADL = aktiviteter for daglig gjøremål; skår fra 0 = avhengig til 6 = uavhengig

Evidence Based Nursing, volum 10, juli 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007

hjertesykdom som ble verre ved trening eller terminal sykdom hvor forventet levetid var mindre enn seks måneder.

R_x Intervensjon: Trening (n=67) eller vanlig omsorg (n=67). Pasienter i treningsgruppen ble delt inn i små grupper med to til sju (snitt fem) personer i henhold til deres fysiske, kognitive og atferdsmessige evner. Treningsprogrammet var individualisert og inkluderte aerobic, styrke, fleksibilitet og balansetrening. Minst halvparten av hver treningsøkt bestod i å

spasere. Treningsøktene ble holdt for én ettermiddagstime to ganger per uke, med \geq to dager mellom hver økt.

I Utfall: Forverring fra «baseline» i Katz ADL skår (rangering 0 til 6, 0=avhengig, 6=uavhengig).

➡ Oppfølging: 82 prosent (100 prosent inkludert i «intention-to-treat» analyse).

HOVEDRESULTATER

Etter tolv måneder viste pasientene i treningsgruppen mindre forverring i daglig funksjonsevne

(ADL) enn pasienter som fikk vanlig omsorg (tabell). Trening versus vanlig omsorg viste ingen forskjell når det gjaldt antall fall (139 v 136), eller dødsfall (7 v 8).

KONKLUSJON

For pasienter på sykehjem med Alzheimer sykdom fører et treningsprogram til mindre forverring i forhold til evnen til å utføre daglige aktiviteter enn vanlig omsorg.

Denne studien til Rolland og medarbeider gir et viktig og unikt tilskudd til litteraturen ettersom få studier har undersøkt effekten av trening på symptomer ved AD. En metaanalyse viste at trening økte fysisk form, fysisk funksjon, kognisjon og positiv atferd blant eldre mennesker med kognitiv skade og demens (1). Selv om denne systematiske oversikten inkluderte 30 randomiserte forsøk (RCTer) var ikke alle studier

rettet mot personer med AD eller demens. I tillegg, de fleste ikke-farmakologiske forsøk som prøver ut tiltak på symptomer på demens har ikke brukt RCT design og/eller har adekvat styrke (2). Rolland og medarbeidere er et unntak. De har gjort en godt designet RCT med en adekvat utvalgsstørrelse.

Forfatterne sier som rett er at tilslutningen til treningsprogrammet var lav (35 av 67

pasienter deltok i mindre enn en tredel av øktene). Likevel, resultatene antyder at treningsdeltakelse var direkte relatert til forverring i ADL-skår. Derfor bør videre forskning fokusere på barrierefaktorer og fremmende faktorer for å øke deltakelse. Kanskje tilslutning kan øke dersom treningsprogram var tilpasset behov, evner og preferanser fra personer med AD, og dersom det var nok ressurser til å tilby

regelmessige passende treningsprogrammer og settinger over lengre perioder med gode instruktører. Mer forskning som undersøker kostnytteeffekten av treningsprogrammer ville også være nyttig.

Det er potensielle store fordeler for individer, pårørende og samfunn ved å begrense forverring av AD. Studien til Rolland og medarbeidere viser hvordan et enkelt treningsprogram

begrenser forverring av klinisk meningsfulle aktiviteter for personer med demens.

1. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. Arch Phys Med Rehabil 2004;85:1694-704.
2. Forbes DA, Peacock S, Morgan D. Geriatrics & Aging 2005;8:26-30.

Kommentaren er skrevet av: Dorothy A Forbes, RN, PhD. University of Western Ontario. London, Western Ontario, Canada.

For korrespondanse: Dr Y Rolland, Hospital La Grave-Casselardit, Toulouse, France. yvesmrolland@yahoo.fr







Finansieringskilde: Caisse Nationale d'Assurance Maladie et du Travail. University Hospital of Toulouse.

Firelags bandasjer var bedre enn ettlags bandasjer, og pentoxifyllin kan være bedre enn placebo for venøse leggsår

Foto: Colourbox

Nelson EA, Prescott RJ, Harper DR, et al. A factorial, randomized trial of pentoxifyllin or placebo, four-layer or single-layer compression, and knitted viscose or hydrocolloid dressings for venous ulcers. *J Vasc Surg* 2007;45:134-41.

For pasienter med venøse leggsår, hvilke medikamenter, bandasjer og omslag er mest effektive for sårtilheling?

-  **Design:** 2x2x2 randomisert, kontrollert studie
-  **Fordeling:** skjult
-  **Blinding:** delvis blinding (pasienter og helsearbeidere var kun blindet for medikamentintervensjonen).
-  **Oppfølgingstid:** 24 uker
-  **Setting:** To sentre i Skottland
-  **Pasienter:** 245 pasienter >

18 år (median 70 år, 67 prosent kvinner) med kliniske tegn på venøs sykdom og venøst leggsår ≥ 1 cm i lengde og \geq åtte ukers varighet. Eksklusjonskriterier var viktig arteriell sykdom, diabetes, og sår med infeksjon eller gangren.

R_x Intervensjon: pentoxifyllin, 400 mg tre ganger per dag (n=121) eller placebo (n=124); firelags bandasje (n=117) eller ettlags bandasje (n=128); og hydrokolloid omslag (n=127) eller silikonnetting (n=118).

I Utfall: Tid det tok for sår å hele helt, proporsjonen av pasienter med helede sår, frafall og bivirkninger.

➡ Pasientoppfølging: 100 prosent (intention to treat analyse).

HOVEDRESULTATER

Pentoxifyllin reduserte tiden det tok for sår å hele mer enn placebo

(kun justert analyse), og firelags bandasje reduserte sårhelingstiden mer enn ettlags bandasje. Hydrokolloid omslag og silikonnetting gjorde ingen forskjell (se tabell). Proporsjonen av pasienter med helede sår etter 24 uker var forskjellig kun for sammenligningen fire- og ettlagsbandasje (se tabell). Det var ikke forskjell mellom pentoxifyllin og placebo når det gjaldt bivirkninger eller frafall. Gruppen som fikk silikonnetting og ettlags bandasje hadde større frafall (38 prosent) enn gruppene med de andre tre kombinasjonene (13 til 18 prosent).

KONKLUSJON

Firelagsbandasje var bedre enn ettlagsbandasje og pentoxifyllin var bedre enn placebo for heling av venøse leggsår. Hydrokolloid omslag var ikke forskjellig fra silikonnetting.



TABELL: Pentoxifyllin versus placebo, fire lag versus ett lag bandasje, og hydrokolloid versus strikket viscose «dressing» for venøse leggsår ved 24 uker.

Sammenligning	Tid å hele (dager)	HR* (95 % KI)	Proporsjon helet	RBI** (KI)	NNT (KI)
Pentoxifyllin vs placebo	98 v 118	1,4 (1,01 til 2,0)	62 % v 53 %	16,5 % (-6 til 45)	Ikke signifikant
4 lag vs 1 lag	78 vs 168	2,0 (1,4 til 2,9)	67 % v 49 %	35 % (9 til 69)	6 (4 til 20)
				RBR (KI)	NNH
Hydrokolloid vs strikket viscose dressing	99 vs 127	1,1 (0,7 til 1,5)	57 % v 58 %	3 % (-20 til 22)	Ikke signifikant

*HR=hazard ratio for heling, justert for andre intervensjoner, senter, enkle eller kompliserte sår, størrelse på såret og tid siden første sår.

**«Relative benefit increase (RBI): the proportional increase in the rates of good events between experimental and control participants; it is reported as a percentage (prosent)».

Evidence Based Nursing, volum 10, juli 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007

Det er fortsatt usikkerhet når det gjelder den mest effektive metoden for kompresjonsbehandling på venøse leggsår. Denne studien fra Nelson og medarbeidere hjelper oss å klargjøre problemet og evaluerer fordelene med to typer omslag samt bruken av pentoxifyllin. Noen av resultatene har vært publisert tidligere (1), men dette er første gangen alle resultatene blir presentert. Nelson og medarbeidere fant at flerlagsbandasje er mer effek-

tiv enn ett lag, mens det ikke var forskjell på hydrokolloid omslag og silikonnetting. Disse funnene er sammenfallende med de i VenUS-forsøket og en nylig publisert systematisk oversikt (2,3).

Resultatet for pentoxifyllin er mer komplisert. I en ujustert analyse var det borderline ikke-signifikante funn, mens det i justert analyse var borderline signifikante funn. Hva skal vi tro? Studien til Nelson er med i en metaanalyse som har tatt med fire

andre tilsvarende forsøk (4). Den oversikten fant at pentoxifyllin var en effektiv tilleggsbehandling til kompresjonsbehandling, og en økonomisk analyse viste at bruken av pentoxifyllin kunne spare £153 per person som ble helet (5). Noen resultater har antydning at pentoxifyllin kan være mer effektiv når det blir brukt ved «vanskelige» sår. Ett prognoseindeks kunne brukes for å finne pasienter som har større sjanse til å lykkes med en slik behandling.

Implikasjonen for praksis etter studien til Nelson og medarbeidere, når den vurderes sammen med annen tilgjengelig forskning, er at det spiller ikke så stor rolle hvilken type omslag som brukes på leggsår. Behandlingen må rettes mot den underliggende årsak til sårutviklingen. Kompresjon og tilleggsbehandling med pentoxifyllin er den type behandling.

1. Dale JJ, Ruckley CV, Harper DR, et al. *BMJ* 1999;319:87-8.
2. Nelson EA, Iglesias CP, Cullum N, et al. *Br J Surg* 2004;91:1292-9.
3. Palfreyman SJ, Nelson EA, Lochiel R, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3):CD001103.
4. Jull AB, Waters J, Arroll B. *Lancet* 2002;359:1550-4.
5. CP, Claxton K. *Pharmacoeconomics* 2006;24:465-78.

Kommentaren er skrevet av: Julie Betts, RN, NP, MN. Waikato District Health Board, Hamilton, New Zealand.

For korrespondanse: Dr EA Nelson, University of Leeds, UK. e.a.nelson@leeds.ac.uk

Finansiering: ConvaTec UK Ltd, Hoescht Rousssel Ltd, UK og Chief Scientist Office, Skottland.

Avledning, hypnose og kognitiv atferdsterapi reduserte smerter og psykiske plager relatert til nålestikk hos barn og unge

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Uman LS, Chambers CT, McGroth PJ, et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2006;(4): CD005179.

Hjelper kognitiv atferdsterapi på smerter og psykiske plager i forbindelse med nålestikk hos barn og unge?

METODE

Databaser, ressurser: Medline, EMBASE/ Excerpta Medica, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, and Dissertation Abstracts International (fram til 2005); Cochrane Library (Issue 4, 2005); referanselister i relevante artikler; og eksperter.

Artikkelutvelgelse og vurdering: randomiserte, kon-

trollerte forsøk (RCT) som hadde ≥ fem deltakere per gruppe og som sammenlignet kognitiv atferdsterapi (CBT) med en kontrollgruppe eller en annen behandling for barn og unge 2–19 år som var friske (eller hadde kronisk eller forbigående sykdom) og som fikk nålestikk i forbindelse med en medisinsk prosedyre. Studier av oral eller annen kirurgi, piercing eller tatovering, eller pasienter med kjent nålefofi ble ekskludert. 28 forsøk (n=1951) møtte inklusjonskriteriene. Kvalitetsskår for enkeltstudiene rangerte fra 0 til 3 på en fempunktskala (Oxford Quality Scale); 16 RCTer hadde en skår på 0.

Utfall: smerte og plager (selv- eller observatørrapportert, fysiologiske eller atferdsmål).

HOVEDRESULTATER

Meta-analyser viste at hypnose og

avledning alene reduserte selvrappor-tert smerte. Hypnose, avledning med «sykepleie-coaching» og CBT reduserte psykiske plager mer enn vanlig behandling eller ingen intervensjon (tabell). Enkeltstudier viste at avledning med suggesjon reduserte selvrappor-tert smerte, forberedelse og informasjon reduserte observert smerte, og distraksjon med foreldreplassering reduserte observatørrapporterte psykiske plager (tabell). Suggesjon, blåsing, minneomforming og avledning med «foreldre-coaching» ga ingen forskjell sammenliknet med kontrollgruppen på smerte eller psykiske plager.

KONKLUSJON

Avledning, hypnose og kombinert kognitiv atferdsterapi reduserte smerter og psykiske plager relatert til nålestikk hos barn og unge.

Bruk av avledning for å redusere smerte og ubehag som er assosiert med nålestikk hos barn burde ikke komme som noen overraskelse for foreldre eller sykepleiere som jobber med barn. Derfor ligger verdien av denne systematiske oversikten av Ulman og medarbeidere i resultatet som viser ytterligere reduksjon av smerte når CBT blir brukt i tillegg til vanlig avledning. Styrken i denne oversikten er

den detaljerte beskrivelsen av intervensjonene som ble evaluert i individuelle forsøk og i den omfattende søkestrategien som ble brukt for å finne studier. I alt ble det brukt 43 søkeord som omfattet deltakernes alder, type prosedyre, og type intervensjon. Disse ordene ble brukt alene og sammen for å finne referanser til artikler som så ble kritisk vurdert. Selv om 188 artikler ble funnet var det bare 28 som ble vurdert som gode nok til å

bli inkludert i oversikten. Det bør likevel bemerkes at 57 prosent av disse (n=16) fikk minimum kvalitetsskår. Den høye refusjonsraten skyldtes standarden som er satt for hva som er gode randomiseringsprosedyrer, som er viktig her fordi psykologiske intervensjoner ofte ikke kan blindes. Likevel, forfatterne av oversikten kunne trekke klare konklusjoner om effekten av avledning, hypnose og CBT. Noen av disse intervensjonene

kan være utfordrende å tilby i den kliniske hverdagen. De virksomme intervensjonene krever ekspertise som ligger utenfor en vanlig sykepleiers virke (for eksempel hypnose). Flere egner seg ikke for små barn. Med mulig unntak av avledning, trengs det ekstra tid og ressurser for å kunne gjennomføre tiltakene. Oversikten gir kunnskap som kan støtte valg av de mest effektive tiltak ut i fra hvilke

TABELL: Kognitive og atferdsterapeutiske tiltak versus vanlig eller ingen behandling for smerte og uro i forbindelse med nålestikk hos barn og unge

Utfall	Antall studier (antall deltakere)	Tiltak (hvordan utfall ble målt)	Standardisert gjennomsnittsforskjell (95% KI)*
Smerte	4 (146)	Hypnose (selvrapportering)	-1,47 (-2,67 til -0,27)
	9 (634)	Avledning (selvrapportering)	-0,24 (-0,45 til 0,04)
	1 (120)	Avledning med suggesjon (selvrapport)	-0,64 (-1,03 til -0,25)
	1 (100)	Forberedelse og informasjon (observatør)	-0,77 (-1,17 til 0,36)
Uro	4 (146)	Hypnose (selvrapportering)	-2,20 (-3,69 til 0,71)
	5 (163)	Hypnose (atferdsmål)	-1,07 (-1,79 til 0,35)
	4 (197)	CBT (observatør)	-0,88 (-1,65 til -0,12)
	6 (277)	CBT (atferdsmål)	-0,67 (-0,95 til 0,38)
	2 (138)	Avledning med «sykepleie-coaching» (atferdsmål)	-0,53 (-0,87 til -0,19)
	1 (43)	Avledning med foreldreplassering (atferdsmål)	-0,70 (-1,32 til 0,08)
Puls	1 (100)	Forberedelse og informasjon	-0,47 (-0,87 til 0,07)
Dias-tolisk blodtrykk	1 (42)	Minneomforming	-0,65 (-1,27 til -0,02)

Basert på random effects modell. Alle sammenlikninger går i favør av intervensjonen.
Evidence Based Nursing, volum 10, juli 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007

ressurser som er tilgjengelige, selv om utvidet tilbud kan føre til at sykepleiere må utvide sine ferdigheter og sitt virkeområde innen pediatrien.

Kommentaren er skrevet av:
Jeanette Robertson, RN, MSC
Princess Margaret Hospital for Children
Perth, Western Australia, Australia

For korrespondanse: MS L Uman, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada. luman@dal.ca
Finansieringskilde: National Science Engineering Research Council, Canada, Nova Scotia Health Research Foundation, and Pain in Child Health.

Noen stillingsannonser

har bedre odds enn andre

Det er ikke lett å være stillingsannonse i dag. I noen medier når den for få mennesker. I andre medier når den ikke de riktige menneskene. Og av og til er mediet godt, men annonsen slåss med så mange at den drukner.

Heldigvis har noen stillingsannonser grunn til å være mer forhåpningsfulle. Som stillingsannonse på www.sykepleien.no treffer du de riktige menneskene. Gang på gang. Ingen drukner. Ingen slåss.

På stillingsmarkedet til **www.sykepleien.no** befinner du deg utelukkende blant ledige stillinger for sykepleiere.

Da trenger man ikke mer, enten man er stillingsannonse, sykepleier eller annonsør.

**Kontakt Finn Simonsen tlf 22 04 33 52
eller e-post finn.simonsen@sykepleien.no**





MØTET MED ABORTNEMDA

ET ANGREP PÅ KVINNERS INTEGRITET



Foto: Erik M. Sundt



Hva tilfører denne artikkelen?

Funnene i artikkelen viser at kvinner som søker om senabort er i en krisepreget situasjon. De fleste av disse opplever lettelse når valget om å avbryte svangerskapet endelig er tatt. Kvinnene karakteriserer

det påfølgende lovpålagte møtet med abortnemnden som et angrep på deres integritet.

Nøkkelord:

- Ultralyd
- Traumereaksjoner
- Abort
- Prenatal diagnostikk

Mer om forfatterne:

Eva Sommerseth, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Vestfold
eva.sommerseth@hive.no
Johanne Sundby
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitet i Oslo

Fakta:

I 2005 ble det fremsatt 723 søknader om svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke. 593 av disse resulterte i svangerskapsavbrudd. I 243 av tilfellene, var påviste misdannelser hos fosteret indikasjon

for svangerskapsavbruddet.
Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Ultralydundersøkelser har en nøkkelrolle i moderne fosterdiagnostikk. Når det diagnostiseres alvorlige misdannelser på fosteret kan svangerskapsavbrudd være en konsekvens. Abortlovens paragraf 2c, gir kvinner rett til svangerskapsavbrudd etter 18. svangerskapsuke; «når det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet»(1).

Utvalget består av kvalitative forskningsintervjuer med 22 kvinner som under svangerskapet fikk indikasjon og/eller bekreftet en alvorlig diagnose på fosteret. Tolv kvinner valgte å avslutte svangerskapet etter 18. svangerskapsuke.

Funnene fra denne gruppen viser at kvinner er i en krise-

preget situasjon, preget av uvirkelighetsfølelse og ambivalens under prosessen fram mot endelig diagnosefunn. Når endelig diagnose er bekreftet og de har tatt beslutningen om å avbryte svangerskapet, opplever flere en lettelse. Da introduseres de for rammebetingelsene i abortloven som fordrer en nemdsbehandling. De må søke om/argumentere for svangerskapsavbrudd. Kvinnene karakteriserer dette møtet med abortnemnden som et angrep på deres integritet. Nemnda oppleves således som diskvalifikasjon av den legitime bakgrunnen for denne beslutningen.

Kvinnens mestring må være fokus for de prosedyrer som følger et eksistensielt valg som dette. En mulighet for å få en mer åpen dialog om prosessen, er at

premissene gjøres videre og man innfører selvbestemmelse omkring abort innen rammen av den absolutte tidsbegrensningen for abort.



Women's experiences with The Norwegian Abortion Committee in cases of late terminations of pregnancy

Women's own right of abortion in Norway is constituted in «The law on abortion» from 1975. The dilemma of abortion is addressed by giving women, and women alone, the right to demand an abortion in the first 12 weeks of pregnancy. An abortion after this time requires the approval from a committee of medical doctors.

This study is based on 22 qualitative research interviews with women who were given indication- or confirmation of grave

abnormalities on the fetus as a result of the ultrasound screening in second trimester. Twelve of the women chose to terminate the pregnancy after the 18th week. The women were deliberately selected based on strategic sampling.

During the period until a firm diagnosis the study shows that all women experienced a time of crisis characterized by strong feelings of surrealism and ambivalence

When abnormalities are confirmed, women need to make an irreversible choice under time pressure. Having taken the decision of abortion, they

are confronted with the laws and requirements for allowing abortion after the 18th week, and a medical committee must approve their decision. The informants experience the meeting with the committee as an attack to their integrity. The committee itself is perceived as a disqualification of the legitimate reason for the informants' decision.

>> Kvinners erfaringer i møte med abortnemnda ved sene svangerskapsavbrudd

Forfatter: **Eva Sommerseth, Johanne Sundby**
Foto: **Erik M. Sundt**

INTRODUKSJON

Konsekvenser av moderne ultralyddiagnostikk har vært diskutert siden dens inntreden i begynnelsen av 1960 årene. Det siste i

utviklingen er den kommersielle bruken, der kvinner kan kjøpe 3D/4D bilder av fosteret uten noen medisinsk hensikt (2). Intensjonen med ultralydscreening er opprinnelig terminvurdering, morkakeplassering og spørsmål om flerlingsvangerskap. Dagens tilbud gir også mulighet til å avdekke misdannelser på foste-

ret(3). Dette er et tilbud i den ordinære svangerskapsomsorgen som mer enn 99 prosent av de gravide benytter seg av (4).

En vanlig screening-undersøkelse omfatter som rutine en gjennomgang av fosterets føtale anatomi som en minimumsstandard og understreker den medisinske begrunnelsen (5). Dagens

diskusjon om bruk av ultralyd i første trimester handler blant annet om konsekvensene av å vite kjønn før grensen for svangerskapsavbrudd er nådd (6).

Den generelle debatten om retten til abort har vært betydelig i mange europeiske land, inkludert Norge. Retten til å velge abort er et resultat av kvinners kamp for selvråderett over egen kropp som nedfelte seg i Lov om svangerskapsavbrudd fra 1975. Vår løsning på den utfordringen det er at kvinner tar abort er å gi henne den suverene retten til å bestemme dette før 12 uker, for så å delegerer denne fullmakten til en fagnemnd etter den tiden. Det er abortlovens paragraf 2c, som gir

” Høyt stressnivå kan påvirke folks evne til å se valgmuligheter.

kvinner rett til svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke; «når det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet» (7). Det er få som diskuterer beslutningsansvaret når screeningundersøkelsen i 18. svangerskapsuke avdekker alvorlige misdannelser på fosteret, og dette skaper et dilemma om hvorvidt kvinnen bør avslutte svangerskapet. Dette dilemmaet kommer ofte uventet på kvinnene som kommer i denne situasjonen.

Når kvinnen får diagnostisert en alvorlig misdannelse eller kromosomanomali oppstår vanligvis en akutt krise preget av stress (8, 91). Premissene for svangerskapet er plutselig endret og kvinner kommer opp i en alvorlig valgsituasjon under tidspress (9).

Hun er synlig gravid og opplever at fosteret sparker og er aktivt. Samtidig vet hun at barnet hun bærer aldri vil få et liv uten lyte. En studie viser at et høyt stressnivå kan påvirke folks evne til å se valgmuligheter (10). Andre studier har vist at kvinner mestrer konsekvensene av dette bedre når diagnosen foreligger i første trimester (5), (11, 12). Ideen om et «barn» er da kanskje mer abstrakt, uten en reell visualisering av fosteret som menneskelig.

Er det mulig å skape et handlingsrom for etisk refleksjon rundt valget om et svangerskapsavbrudd på dette tidspunktet i svangerskapet? Vil det i så fall føre til at kvinner sitter igjen med en følelse av mestrings og en følelse av at det er hennes/parets autonome beslutning?

Hensikten med studien var å få frem kvinnenes erfaringer med konsekvensene av avansert ultralydteknologi og prosessen rundt valget av et svangerskapsavbrudd etter uke 18.

MATERIALE OG METODE

Prosjektet omfatter totalt 22 kvalitative forskningsintervjuer som ble utført i løpet av 2004. Informantene var kvinner som ved ultralydundersøkelsen rundt 18. svangerskapsuke hadde indikasjoner eller fikk påvist at det var noe unormalt med fosteret. Denne studien omfatter de tolv kvinnene som valgte å avslutte svangerskapet på grunn av alvorlige misdannelser eller kromosomanomalier.

Utvalget var rekruttert på to måter. Fire informanter ved hjelp av henvisning fra et ultralydlaboratorium ved et regionssykehus. De øvrige åtte informantene fra nettverket «Englesiden». Nettverket er etablert og består av norske kvinner som har ulike erfaringer med bruk av ultralyd i svanger-

skapet (13). Intervjuene varte mellom 120–190 minutter.

INFORMERT SAMTYKKE

Et informasjonsskriv om prosjektet ble sendt ut til alle gravide som hadde avtale om ultralydscreening på poliklinikken og på «Englesidens» hjemmeside. De som oppsøkte poliklinikken var på den måten forberedt på et pågående forskningsprosjekt. Hvis de var aktuelle informanter, ble de informert av behandlende lege/jordmor etter undersøkelsen. De fikk også skriftlig informasjon med telefonnummer hjem, for eventuell avtale om intervju. Det ble understreket at det var et frivillig initiativ, som ikke hadde negative konsekvenser hvis de ikke tok kontakt.

Utvalget er dermed strategisk og selektivt idet prosjektet søkte etter kvinner med denne gitte erfaringen. Informantene hadde erfaringer fra forskjellige ultralydmiljøer, nasjonale ekspertsentra og øvrige regionale ultralydmiljøer på tvers av landet. Kvinnenes alder varierer fra 24 år til 44 år.

Informantene var kommet ulikt i prosessen når jeg møtte dem, mellom to og tolv uker etter svangerskapsavbruddet. Distans i tid vil naturlig påvirke deres refleksjonsnivå, idet de ikke var midt i den akutte krisen.

Intervjuet startet med at jeg ba dem om å beskrive de erfaringene de hadde fra svangerskapets begynnelse, deres møte med ultralydundersøkelsen og prosessen rundt de valgene de foretok. Informantene snakket åpent og var i stor grad oppatt av et høyt konkretiseringsnivå. I samtaleprosessen prøvde jeg å være bevisst på å få dem til å utdype sine erfaringer, ved å be dem gjenta med andre ord. På slutten av intervjuet snakket vi om hvordan det var å samtale om slike sensitive temaer i en så sårbar situasjon. Samtlige

informanter beskrev situasjonen som krevende, men nyttig. De understreket at det å sette ord på erfaringene, ga dem ny styrke til å forsette bearbeidingen. Det var også første gangen de snakket med noen utenforstående om hele prosessen. «Jeg synes det er godt å få prate om det. Jeg har ikke snakket så grundig før. For det første – det er godt å snakke med noen som gidder å høre på».

Intervjuene ble fortløpende skrevet ut «ordrett». Denne gjennomgangen ga ny inspirasjon til å se flere sider av fenomenet, som kunne utdypes i resterende intervjuer. Det ble kun endret dialekttypiske ord og uttrykk for å ivareta kvinnenes anonymitet. Enhver transkripsjon fra en kontekst til en annen medfører likevel en rekke vurderinger og beslutninger. Utsagn blir presentert som «lignende», men kan ikke være identiske (14).

Denne prosessen fra tale til tekst innebærer at en sosial hendelse har fått sin abstraksjon i tekst. De kvalitative intervjuene fremstår etter dette som en empirisk tekst av dialogen i samtalen. Utskriftene er gjengivelser av subjektive utsagn fra et møte mellom mennesker som har til hensikt å utrede et felles tema(15).

Prosjektet og problemstillingene var vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk forskning Sør-Norge.

ANALYSEN

Analysen startet opp med en gjennomlesning av alle intervjuene for å få en følelse av helhet. Etter flere gjennomlesninger ble noen meningsenheter fremtredende i form av noen mønstre rundt situasjoner som var felles. Et funn var erfaringene med egen mestringsring rundt et irreversibelt valg og møte med et system som abortsøkende kvinne. Disse eksemplene

på naturlige meningsenheter danner grunnlaget for noen tema, som er bundet sammen med noen typiske deskriptive utsagn. Intervjuteksten ble deretter «meningsfortettet», noe som medfører en forkortelse av intervjupersonens uttalelser til kortere og mer konsise formuleringer (Kvale 1997, s.125).

METODISKE OVERVEIELSER

Min forforståelse er forankret i en oppfatning om at det er viktig for gravide å være ytterligere bevisst på hva ultralydteknologien kan skape av uventet informasjon, fordi konsekvensene kan være uønsket svangerskapsavbrudd på et sent tidspunkt i svanger-

” Enhver utveksling av kunnskap rommer muligheter for misforståelser.

skapet. Jeg understreket at jeg ikke var opptatt av beslutningen i seg selv, men av prosessen frem mot denne.

Min jordmorfaglige bakgrunn fordret at jeg i intervjusituasjonen hadde den nødvendig balanse, slik at deres erfaringer kom frem så autentisk som mulig. Bevisst prøvde jeg å være forsiktig med kommentarer, og min tilstedeværelse besto i stor grad av å være gjenkjennende til deres erfaringer.

Den kontekstuelle siden er bergrenset til varigheten av intervjuet, men gir allikevel en tilleggsinformasjon, fordi du observerer informanten gjennom situasjonen. Enhver utveksling av kunnskap rommer muligheter for misforståelser. For å sjekke at jeg hadde oppfattet riktig, ba jeg informan-

tene beskrive situasjoner om igjen med andre ord.

Analysen har vært utført i samarbeid med medforfatter. I denne prosessen har den analytiske teksten blitt revidert etter felles kommentarutveksling.

RESULTATER

Ventetid og ambivalens

Etter at den endelige diagnose er verifisert, skal kvinnen ha tilstrekkelig informasjon for å ta et informert frivillig valg. Det som preger funnene i materialet er at flere kvinner beskriver at de er i en krisepreget situasjon, som er preget av uvirkelighetsfølelse og ambivalens. Prosessen frem mot valget om å avbryte svangerskapet kan vare fra noen dager til et par uker. Grunnen til at de har tidspress er at de nærmer seg øvre grense for abort, og således nedre grense for overlevelse av et friskt foster. Når beslutningen er tatt må kvinnen selv begjære svangerskapet avbrutt for en nemnd på tre uavhengige sakkyndige.

I tiden fram til endelig diagnose er bekreftet er kvinnen tilbake i hverdagen og skal møte foreventningene fra omgivelsene. De beskriver en situasjon som er uutholdelig, fordi de frykter spørsmålene og er redde for å måtte forklare situasjonen. Alle i dette materiale har sterk skyldfølelse fordi de vurderer å avbryte svangerskapet hvis diagnosen på barnet er som de frykter. Et typisk utsagn er: «En utrolig tung uke. Helt grusomt. Jeg synes det var så dårlig gjort av meg å ta livet av den, og det synes jeg at jeg gjorde. Men jeg synes ikke på noen måte det var uetisk det jeg gjorde, for den hadde ikke livets rett, men da synes jeg at det jeg gjorde var helt grusomt».

KRENKELSE

Når endelig diagnose er verifisert

og de har tatt beslutningen om å avbryte svangerskapet introduseres de for rammebetingelser ved svangerskapsavbrudd etter 18. svangerskapsuke. Alle informantene karakteriserer dette møte som uventet og at de var lite forberedt på at de selv måtte forsvare og begrunne avgjørelsen, og en sier; «Da vi hadde snakket lenge med ham og fortalt at vi ville avslutte, og hadde begrunnelsen siden vi hadde snakket sammen så mye – da sa han at det måtte gjennom en abortnemnd – og da trodde jeg verden skulle rase sammen. Tenkte: skal jeg til og med forsvare dette? Måtte søke, hvilke grenser er det, tar det aldri slutt».

Flere kvinner beskriver en situasjon hvor de må begrunne et standpunkt der de ikke opplever å ha et reelt valg. «Jeg ble egentlig litt sjokket for jeg visste ikke hvordan det foregikk. Og når jeg skjønnte at vi måtte gå i et møte og mer eller mindre rettferdiggjøre valget vårt enda engang så ble jeg nesten litt sinna», er et sitat som beskriver situasjonen.

De formelle krav i Lov om svangerskapsavbrudd fordrer en gjennomgang av premissene; «... fikk forklart lovverket konkret, at det var forbudt ved lov å avbryte svangerskapet så sent. Og det var kun – hvis det var fare for liv og helse hos mor, og hvis barnet ikke var levedyktig. Og om barnet var levedyktig, var et definisjons-spørsmål. Og der og da ble jeg litt tatt på senga av det, for det var andre signaler enn vi hadde fått».

Det kan tolkes dit hen at nemnda er mer opptatt av den legale situasjonen i dette, enn i det reelle dilemmaet og sorgen kvinnen representerte. Nemnda blir på en måte sett på som «fosterets» og ikke kvinnens advokat.

«Han hadde jo lest journalen og visste helt sikkert hva dette

dreide seg om, men han satt seg helt utenforstående og spurte – hvordan er dette, hva fant de ut på sykehuset, hva tenker dere, hvilken fremtid er det for gutten?» Hvordan den medisinske informasjonen kommuniseres mellom fagfolk, og disse fagfolkenes ståsted, kommer altså ikke tydelig frem for kvinnene.

TIDEN ETTERPÅ

Flere kvinner beskriver at tiden etterpå er vanskelig. Mulighetene for å bearbeide opplevelsene erfarer forskjellig og er vanskelig fordi åpenheten om hva de har gjennomgått er begrenset. De bruker begreper som «uforløst sorg», og

” Dette er vanskelige og personlige valg hvor det ikke finnes enkle svar.

at de ikke tør å glede seg i et nytt svangerskap. Flere informanter sier de ikke tør snakke om sine opplevelser, fordi de er redde for ikke å bli møtt på sine tanker og følelser. Flere mener dette henger sammen med at svangerskapsavbrudd er en tabubelagt handling. En informant uttrykker; «Jeg føler ikke jeg har noen sorg nå, men at den preger livet mitt».

DISKUSJON

Debatten om rammene og konteksten rundt abort er en viktig forutsetning for å bevare kvinners rett til selvbestemmelse og skape best mulig vilkår både for å velge abort eller velge å la være. Moderne medisinsk teknologi har bidratt til å aktualisere denne problemstillingen. Gravide kvinner som får diagnostisert en alvorlig misdannelse ved screening-undersøkelsen ved atten uker kommer

overraskende og uønsket i situasjonen som abortsøkende. Hvis de velger å begjære svangerskapet avsluttet kan dette omtales som et irreversibelt handlingsvalg (16).

Informasjonene fra informantene tegner et bilde av kvinner som er i en akutt krisepreget tilstand og prøver å mestre dette handlingsvalget under tidspress. Dette er vanskelige og personlige valg hvor det ikke finnes enkle svar, når fosteret i utgangspunktet har vært et ønsket barn. Reaksjonene på denne livshendelsen, fortvilelsen og uroen, strekker seg fra dager opptil flere uker og måneder. Flere respondenter sier de føler seg forvirret og har vanskeligheter med å følge med på hva som faktisk foregår. De erfarer å «motsi seg selv i diskusjonen» om det forestående valg. En reaksjon som noen av dem rapporterte var ønsket om å avslutte svangerskapet umiddelbart. Når kvinnen får tid til å tenke seg om, var ikke det valget nødvendigvis det mest fremtredende. I en psykologisk ramme kan dette tolkes som et ønske om å distansere seg fra dilemmaet, få bort problemet og bli kvitt byrden. Dette er typiske tegn ved en krisereaksjon.

Flere studier understreker at det å gi kvinnen optimale muligheter til å mestre situasjonen krever en gjennomtenkt faglig tilnærming (17, 18) Dette henger også sammen med ønsket om å forebygge negative langtidsreaksjoner (5, 19). Utfordringen her er på det psykososiale planet, og kan teoretisk funderes på kunnskap om stresshåndtering og traume-reaksjoner. I praksis handler det om å møte kvinnen og paret med en åpen holdning til deres eget valg.

Materialet viser at abortnemnden utfordret kvinners forståelse av hva som var den faktiske situasjon, siden de spesielt vektlegger

den medisinske begrunnelsen for et eventuelt svangerskapsavbrudd. Flere respondenter beskriver møtet med abortnemnda som et angrep på deres integritet, fordi de erfarte at de selv måtte begjære svangerskapet avsluttet. Den medisinske begrunnelsen for dette er forankret i lov om svangerskapsavbrudd fra 1975, og i så måte opptrer fagmiljøet i tråd med dette. Det må likevel være en legitim rett for kvinner som tar en krisepreget avgjørelse å få betingelser som gjør det mulig å gjennomføre samtaler rundt et svangerskapsavbrudd uten en følelse av krenkelse eller en mulig diskvalifikasjon av begrunnelsen. Dette er nok ikke nemndas hensikt, men i en prosess som oppleves kaotisk kan dette erfares slik.

Er det mulig å etablere «et terapeutisk rom» som en ramme for refleksjon med kvinner i en så sårbar situasjon uten å ha en lov som bakteppe rundt dette rommet? Empatisk kommunikasjon er en metode som har refleksjon som mål. Første trinn er å høre på kvinnens fortelling, deretter kan hun oppmuntres til å sette ord på sine egne følelser om hvilke normer og verdier hun har i forhold til det dilemma hun står ovenfor. Det siste trinnet i denne metoden er at vi ber om å få være medfortellere. Dialogen er i gang og kan gå inn i nye runder (20). Det er krevende å komme i en situasjon som oppleves kaotisk og hvor prosessen innebærer at man må håndtere og prøve ut ulike innfallsvinkler, som enten reduserer eller fjerner opplevelsen av kaos. I forskning om traumatisk sorg er det avgjørende å styrke egen mestring gjennom støttetiltak, informasjon og omsorg over tid (21). Således synes tidsperspektivet som vesentlig (22). Flere funn indikerer at sorgprosessen kan ta

lang tid og fordrer et system som møter dette med en aktiv helsefremmende strategi.

Dagens praksis kan tyde på at vi påfører kvinner en ytterligere belastning og forlenger sorgprosessen. En nylig publisert norsk artikkel konkluderer med at noen kvinner har langvarige plager etter provosert abort. Ved at de nekter seg selv å tenke på, å snakke om, eller ha følelser i forhold til aborten, vil bearbeidingen av hendelsen bli forsinket og vanskeliggjort (23). Dette underbygger at kvinnens mestring i større grad må være fokus for de prosedyrer som følger et eksistensielt valg under tidspress. En mulighet for å få en mer åpen dialog om prosessen er at rammene for selvbestemmelse gjøres åpnere. Det vil si at det åpnes for reell selvbestemmelse om abort innenfor rammene av den absolutte tidsbegrensningen for abort. Å få barn er en legitim del av et menneskes livsplan og et fundamentalt individuelt og kollektivt gode. En kan regne med at moren som bærer på et barn som opprinnelig var ønsket og planlagt, også er dette barnets beste beskytter. Avgjørelsen hun tar forholder seg til realitetene og mulighetene. Fosterets «rett» forvaltes juridisk av tre utenforstående personer som skal vurdere om kvinnens grunn er god nok, og bedre enn fosterets «ønske» om å leve. Denne juridiske prosessen forvaltes av helsevesenet, ikke av domstolene. Det er rimelig å tro at fosterets vern ivaretas i den diagnostiske prosessen som stadfester at det foreligger et alvorlig lyte. Det er ikke nødvendig med en ny prosess som fører til at kvinnen overprøves eller utfordres når hun selv er brakt til et valg ut fra de gjeldende opplysninger, som ikke kommer fra henne, men fra fagfolk. Dette taler for at staten ikke bør overprøve kvinners valg

mellom graviditet og et mulig funksjonshemmet barn.

Hvis kvinner derimot forsikres om at det til slutt er henne selv som skal ta valget og er gitt lov til det, kan hun også i denne krisen diskutere muligheter med en mer åpen emosjonell beredskap – selv om det haster – noe som også gir rom for bearbeidelse av sorg, tvil og ambivalens.

KONKLUSJON

Det å møte et helsevesen som på den ene side diagnostiserer et ikke levedyktig foster, og dermed oppfordrer til et valg, samtidig som det samme helsevesenet uttrykker og iscenesetter en legalt styrt

” Svangerskap og fødsel er en av de viktigste livshendelser for kvinner.

ambivalens omkring valget, gir en tvetydig melding som det er unødvendig å påføre par i krise.

Svangerskap og fødsel er en av de viktigste livshendelser for kvinner. Å miste et ventet og ønsket barn er av flere beskrevet som et av de mest stressede tap noen kan oppleve(24). Det taler for revurdere dagens praksis rundt sene svangerskapsavbrudd.

REFERANSER

- (1) Helsedirektoratet. Abort etter 18. svangerskapsuke på grunn av foster-skade. Oslo 1990.
- (2) Greene N. Nonmedical Use of Ultrasound. J Ultrasound Med. 2005;24:123-5.
- (3) Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. Social Science & Medicine. 2003;56(10):2045.
- (4) Bergsjø P. Ultralydundersøkelse som rutine i svangerskapsomsorgen.

Tidsskrift for Den norske lægeforening. 1997;117(16):2292.

[5] Davies V, et al. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2005 Apr;25(4):389-92.

[6] Shipp TD, Shipp DZ, Bromley B, Sheahan R, Cohen A, Lieberman E, et al. What factors are associated with parents' desire to know the sex of their unborn child? *Birth*. 2004 Dec;31(4):272-9.

[7] Lov om svangerskapsavbrudd 13.06.1975: Helse- omsorgsdepartementet.

[8] Brisch KH. Attachment theory and its basic concepts. Treating attachment disorders : from theory to therapy. New York: Guilford Press 2002:7-53.

[9] Baillie C, Smith J, Hewison J, Mason G. Ultrasound screening for chromosomal abnormality : women's reactions to false positive results. *British Journal of Health Psychology*. 2000 Nov;5:377-94.

[10] Detraux JJ, et al. Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1998 Jun 18;847:210-9.

[11] Weinans MJN, Huijssoon AMG, Tymstra T, Gerrits MCF, Beekhuis JR, Mantingh A. How women deal with the results of serum screening for Down syndrome in the second trimester of pregnancy. *Prenatal Diagnosis*. 2000 Sep;20(9):705-8.

[12] Weinans MJN, Kooij L, Muller MA, Bilardo KM, Van Lith JMM, Tymstra T. A comparison of the impact of screen-positive results obtained from ultrasound and biochemical screening for Down syndrome in the first trimester: a pilot study. *Prenatal Diagnosis*. 2004 May;24(5):347-51.

[13] Englesiden. 2003 (cited 10.09.04); Available from: www.englesiden.com

[14] Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad notam Gyldendal 1997.

[15] Fog J. Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk Forlag 1994.

[16] Ofstad H. Ansvar og Handling. Oslo-Bergen-Tromsø: Universitetsforlaget 1980.

[17] Green JM. Obstetricians' views on prenatal diagnosis and termination of pregnancy: 1980 compared with 1993. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1995;102(3):228-32.

[18] Mitchell LM. Women's experiences of unexpected ultrasound findings. *Journal of Midwifery & Womens Health*. 2004 May-Jun;49(3):228-34.

[19] Salvesen KA, Oyen L, Schmidt N, Malt UF, Eik-Nes SH. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. (see comment). *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 1997;9(2):80-5.

[20] Brudal F.L. Positiv psykologi. Ber-

gen: Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke AS 2006.

[21] Dyregrov K. Strategies of professional assistance after traumatic deaths: empowerment or disempowerment? *Scandinavian Journal of Psychology*. 2004 Apr;45(2):181-9.

[22] Arsenault-Cote D. Weaving babies lost in pregnancy into the fabric of the family. *Journal of family nursing*. 2003;9.

[23] Broen AN, Moum T, Bødker SAS, Ekeberg Ø. Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Forskning*. 2006;01.06.

[24] Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CDH. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*. 2002;360(9327):114-8.



HVA VET DU . . . OM ULTRALYD OG ABORT?

Kryss av for hvert riktige svar.

Løsningen finner du på www.sykepleien.no.

Du finner mer om disse emnene i artikkelen på side 156.

1. Når gjorde moderne ultralydsdiagnostikk sin inntreden?

- I 1950-årene
 I 1960-årene
 I 1970-årene

2. Hvor stor andel gravide benytter seg av helsevesenets ordinære tilbud om ultralyd?

- 89 prosent
 99 prosent
 Mer enn 99 prosent

3. Når kom Lov om svangerskapsavbrudd?

- I 1975
 I 1977
 I 1987

4. Hvor langt i svangerskapet har kvinner suveren rett til å bestemme om de vil ta abort?

- 11 uker
 12 uker
 18 uker

5. Er det i Norge lov å ta abort etter 18. svangerskapsuke?

- Ja
 Nei

6. Hvem består en abortnemnd av?

- Tre leger med spesialitet i gynekologi
 En lege, en sykepleier, en prest og en lekmann
 Tre uavhengige sakkyndige
 To leger og to sykepleiere

Hva vet vi om temaet fra før?

Innføring av multidose har bidratt til å synliggjøre mangelfulle rutiner for samhandling rundt legemiddelhåndtering i hjemmebaserte tjenester.

Nøkkelord:

- Kommunehelsetjeneste
- Sykepleier
- Fastlege
- Legemidler
- Kvalitet
- Samarbeid
- Eldre

Mer om forfatterne:

Artikkelen er basert på hovedfagsoppgave (2004) i farmasi ved Universitetet i Oslo for Kristin Fladstad Heier og Vibeke Krohn Olsen med Else-Lydia Toverud som hovedveileder og Sture

Les mer:

Waal T. Informasjon vedrørende pasienters medikamentbruk ved innleggelse i sykehjem. Hovedfagsoppgave ved avdeling for samfunnsfarmasi. Oslo: Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo, 2002

Fakta:

Multidose er et system der den enkelte pasient får tabletter og kapsler utlevert fra apoteket ferdig dosert i poser til hvert enkelt tidspunkt for inntak.

Bakgrunn: Hjemmeboende eldre er i økende grad avhengig av hjelp fra kommunehelsetjenesten for å få riktige medisiner til rett tid og på rett måte. Stadig flere eldre i Norge mottar legemidler som er maskinelt dosepakket (multidose). Det mangler dokumentasjon på om og i hvilken grad multidosepakking av legemidler sikrer bedre og tryggere legemiddelhåndtering.

Materiale og metode: Hjemmetjenesten i fire pleiedistrikt i Fredrikstad kommune hadde i 2004 til sammen 527 pasienter (hvorav 470 benyttet multidose) fordelt på 52 fastleger. I fire uker ble all dosettlegging, inkludert årsak til dosettlegging, registrert for de 527 pasientene. I fire måneder registrerte pakkeprodusenten

alle medisinendringer for multidosebrukerne (n=356) knyttet til tre av de fire virksomhetene. For 95 pasienter som mottok multidosepakkelegemidler, ble hjemmetjenestens lister over faste medisiner sammenliknet med fastlegenes tilsvarende lister for å undersøke grad av samsvar.

Resultater: Det ble registrert medikamentendringer (en eller flere) 20 ganger per måned per 100 brukere av multidose. I gjennomsnitt brukte 19 prosent av multidosebrukerne dosett i stedet for eller i tillegg til multidose. For 49 av pasientene (52 prosent) ble det funnet avvik mellom hjemmetjenestens og fastlegens medikamentoversikt. Hjerte-/karmidler og psykofar-

maka var blant legemiddelgruppene som oftest var involvert i avvik.

Fortolkning: Studien avdekket mange uoverensstemmelser mellom hjemmetjenestens og fastlegenes medikamentoversikter. Ved innføring av multidosepakkelegemidler, er det viktig med klare ansvarsforhold og ensartede rutiner for samhandling mellom leger, hjemmetjeneste og apotek/pakkeprodusent. Nye rutiner må ta høyde for at det ofte er nødvendig å bruke dosett i tillegg til multidosepakkelegemidler.



Multi dose packaging for elderly outpatients: Correct medicine information and good-bye to the manually dispensed medicines?

Background: Among elderly outpatients there are a growing demand of medicine management from the community health system. In Norway an increasingly number of elderly receives multi dose packed medicines. However, it has not been proved how the multidose-method influences professional collaboration, and the rate of medication errors.

Material and methods: In 2004 in the town of Fredrikstad, four community nurse service districts served 527 patients (of which 470 received multidose-packed medicines) who in total had 52 general practitioners. During a four week

period, all manually dispensed medications were recorded for the 527 patients. During a four month period, the multidose packing company recorded all alterations in medication use among 356 patients attached to three of the districts and who received machine packed medications. Lists of regular medication for 95 elderly out-patients from three community homecare districts were collected from the GPs and community nurses and compared with respect to agreement.

Results: Medication alterations were seen 20 times per month for every 100 users of multi dose packed medicines. On the average 19% of the patients got manually dispensed medicines in addition to or instead of multi dose packed

medicines. As regards agreement between the GPs' and the nurses' lists, deviations were disclosed in 52% of the patients, most commonly involving cardiovascular and psychotropic drugs

Interpretation. Even if the multidose system is used, a large share of the patients will nevertheless also need manually dispensed drugs. The disagreements found between the medication lists from GPs and the lists from community nurses were unacceptable. When introducing multi dose packed medicines in the community homecare service, explicit and definite orders of responsibility should be established as well as uniform collaboration routines between the GPs, the community health service and the pharmacy/multi dose provider.

MULTIDOSEPAKKEDE LEGEMIDLER I ÅPEN OMSORG:

Riktigere legemiddelopplysninger og farvel til dosettene?

Forfattere: **Kristin Fladstad Heier, Vibeke Krohn Olsen, Sture Rognstad, Else-Lydia Toverud, Jørund Straand**

Foto: **Erik M. Sundt**

I årene framover vil vi oppleve at spesielt gruppen gamle eldre vil øke markert i samfunnet. De hjemmebaserte tjenestene vil derfor få langt flere klienter med

behov for deres tjenester. Personer over 65 år utgjør om lag 15 prosent av befolkningen, men bruker mer enn halvparten av alle legemidlene (1). Kompliserte legemiddelregimer kan gjøre det vanskelig å holde oversikt over egen medisinering. Bruk av mange legemidler er dessuten forbundet med økt risiko for sykehusinnleggelse som følge av feilbruk eller bivirkninger

(2-4). Dette kombinert med redusert mobilitet, svekkede sanser og kognisjon, gjør at mange eldre trenger hjelp til å administrere medisinbruken sin. De kommunale hjemmetjenestene tilbyr ofte å administrere hele eller deler av legemiddelbruken for sine klienter. Da er det viktig at hjemmetjenestene og fastlegene til enhver tid har korrekt medisinoversikt for

felles pasienter. Uklare rutiner og mangelfull kommunikasjon mellom fastlegene og hjemmetjeneste bidrar til feilmedisinering (5-7).

Stadig flere kommuner velger nå å erstatte tradisjonell dosettlegging med maskinell dosepakking (multidose) som ledd i kvalitets-sikring av legemiddelhåndteringen. En undersøkelse fra en bydel i Oslo høsten 2001, viste at systemet med maskinell dosepakking i seg selv ikke er nok for å etablere samsvar mellom legemiddelopp-lysninger hos legen og de som gjør i stand legemidlene til hjemmetjenestens brukere (6).

Formålet med denne studien var å undersøke om innføring av multidosepakkelegemidler i åpen omsorg i en bykommune

” Vi ønsket også å finne ut hvor ofte pasientens medisinering ble endret.

bidrar til å forbedre fastlegenes og hjemmetjenestens samordning og oppdatering av medisinlister for felles pasienter. Vi ønsket også å finne ut hvor ofte pasientenes medisinering ble endret, samt omfanget av dosettbruk ved siden av eller istedenfor multidose.

METODE OG MATERIALE

Studien ble gjennomført i fire pleiedistrikter (virksomheter) i Fredrikstad sommeren 2004 som en hovedfagsoppgave i Samfunnsfarmasi ved Universitetet i Oslo. Fra samme undersøkelse har vi rapportert helsepersonellens synspunkt og erfaringer med multidoseordningen (8). De fire virksomhetene hadde medisinansvar for til sammen 527 pasienter, hvorav 470 benyttet multidose. Pasientene var fordelt på til sammen 52 fastleger.

I løpet av en fire ukers periode registrerte hjemmetjenestene all dosettlegging for de 527 pasientene ved hjelp av et utdelt registreringsskjema. Ansvarlige sykepleiere kategoriserte de registrerte dosettene ut fra årsak til dosettleggingen.

Multidosepakkeprodusenten registrerte antall endringer i medisineren til pasientene ved tre av virksomhetene (356 multidosebrukere) i løpet av fire måneder. Den fjerde virksomheten benyttet en annen pakkeprodusent. Det ble regnet som én endring hver gang en pasient fikk nytt ordinasjonskort som følge av endringer i de medisiner som ble pakket i posene, eller ved at nye medisiner ble anført på ordinasjonskortet. Antall endringer på hvert enkelt ordinasjonskort ble ikke registrert.

Medisinlister fra henholdsvis fastleger og hjemmetjenestene ble hentet inn og undersøkt med henblikk på grad av samsvar. Medikamentlistene ble sammenliknet og samsvar undersøkt for døgndose og antall doseringer per døgn for hvert enkelt medikament og for antall medikamenter. Pasienter (n= 356) ved de tre virksomhetene som mottok medisiner fra samme pakkeprodusent, dannet utgangspunkt for samsvarsregistreringen. Til sammen 109 medikamentlister ble returnert fra 15 leger. Fjorten av listene ble ekskludert fra sammenlikningen som følge av mangelfull informasjon eller manglende korresponderende liste fra hjemmetjenesten. Til grunn for samsvarsregistreringen inngikk derfor medisinlister for 95 pasienter. Av praktiske årsaker gikk det rundt fjorten dager mellom innsamling av medisinlister fra leger og hjemmetjenesten.

Grad av samsvar for listene ble undersøkt separat for de tre virk-

somhetene. De korresponderende listene ble matchet ved hjelp av referansenummer konstruert av pakkeprodusenten for denne studien og distribuert i forseglede konvolutter til aktuelle fastleger og virksomheter i hjemmetjenesten.

Prosjektet var godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste.

RESULTATER

De fire virksomhetene registrerte i fireukersperioden 340 dosettlegginger for de 470 multidosebrukerne, noe som tilsvarer 72 dosettlegginger per 100 brukere per måned. I gjennomsnitt benyttet 19 prosent av multidosebrukerne dosett i stedet for eller i tillegg til multidose. Periodene dosettene ble laget i stand for, varierte fra én til fjorten dager. Eksempel på fast behandling som ikke ble multidosepakket, var warfarin (til sammen 100 dosettlegginger). Andre årsaker til dosettlegging var dosejustering (n= 34), oppstart nye medisiner (n=29), antibiotikakurer (n=12) og behovsmedisiner lagt i dosett (n=15). Nitten dosettlegginger ble kategorisert som «diverse», mens nærmere informasjon manglet for 131 dosettlegginger.

I løpet av en fire måneders periode registrerte pakkeprodusenten totalt 283 nye ordinasjonskort for 356 multidosebrukere i de tre virksomhetene som inngikk i denne delen av prosjektet. Dette tilsvarer 20 nye ordinasjonskort per 100 brukere per måned.

Fra både hjemmetjeneste og leger varierte det i hvilken grad vi mottok egendefinerte medisinlister eller kopi av ordinasjonskort fra pakkeprodusenten/hjemmetjenesten (tab 1). For pasienter knyttet til distrikt 1, hadde legene akkurat mottatt ordinasjonskort fra apoteket som ledd i en rutinemessig legemiddelgjennomgang. Trettit-

(82.5 prosent) av legemiddellistene fra lege i denne virksomheten var kopi av pakkeprodusentens ordinasjonskort. Ifølge legenes lister, brukte de 95 pasientene i gjennomsnitt 6,1 medikamenter, mens de ifølge lister fra hjemmetjenesten i snitt brukte 6,3 medikamenter. Hos de 95 pasientene ble det avdekket til sammen 154 avvik for 49 pasienter mellom legenes og hjemmetjenestens medisinlister. Legemiddelgruppene hjerte-/kardmidler, varia og psykofarmaka var oftest involvert i avvik (tab 2).

DISKUSJON

Dosettregistreringen viste at dette systemet i større grad enn forventet ble brukt parallelt med multidosepakkelegemidler. Det ble lagt dosetter for nær hver femte pasient, enten ved siden av eller i stedet for multidose. Hvordan bruk av multidose innvirket på kvaliteten på dosettleggingsprosessen ble ikke studert. Det kom imidlertid fram i en parallell intervjuundersøkelse til denne studien at enkelte mente dosettleggingen hadde blitt mer oversiktlig fordi det ble lagt færre dosetter enn før, samt at det nå lå færre tabletter i hver dosett (8). På den andre side er det utfordrende å skulle admi-

nistrere legemiddelbruk parallelt gjennom to ulike systemer.

Fordi medisinoversiktene ikke ble samlet inn på nøyaktig samme tidspunkt fra henholdsvis lege og hjemmetjenesten, er det naturlig å anta at det har skjedd tilsiktede endringer som vi har registrert som avvik. Basert på registrerte endringer hos pakkeprodusenten, vil vi anslå at det forekom rundt ti endringer per 100 brukere i løpet av de to ukene som var gjennomsnittlig tid mellom innhenting av liste fra henholdsvis hjemmetjenesten og legene. Det at så mange leger ikke leverte oss medikamentlister i det hele tatt, representerer en annen feilkilde. Spesielt gjelder dette dersom de unnlot å returnere listene ut fra en antagelse om

” Hvordan bruk av multidose innvirket på kvaliteten på dosettleggingsprosessen ble ikke studert.

at de var mangelfulle. Dette kan på den annen side bety at resultatene i denne studien gir et bedre inntrykk av virkeligheten enn hva som er tilfellet. Noe av årsaken

til høyt samsvar i distrikt 1, der legene stort sett leverte inn (kopi av) ordinasjonskort, kan være at registreringsperioden falt sammen i tid med legenes faste halvårsgjennomgang av ordinasjonskortene. Resultatene er likevel tatt med i beregningene, fordi denne halvårsgjennomgangen er en del av kommunens faste rutiner, samt at hjemmetjenesten i denne virksomheten vanligvis mottok endringer av pasientenes medisiner fra lege ved hjelp av endringer påført ordinasjonskortet.

Undersøkelsen viser likevel at opplysninger om faste legemidler til samme pasient ikke stemte overens for vel halvparten av pasientene når medisinlister fra leger og hjemmetjeneste ble sammenholdt. Distrikt nr.1 skilte seg som nevnt fra de to andre ved et mye høyere samsvarsnivå (tab 1). Dersom resultatene i denne virksomheten utelukkes, får man uoverensstemmelser for hele 78 prosent av pasientene. Selv om trolig i overkant av 10 prosent av avvikene kan tilskrives tilsiktede endringer gjort i tiden mellom innhenting av de to medisinlistene, bekrefter våre funn uakseptabelt dårlig samsvar slik som også vist av andre (5).

TABELL 1: Grad av samsvar¹ mellom fastmedisinlister hos fastleger² og hjemmebaserte tjenester for 95 felles pasienter i tre pleiedistrikter i Fredrikstad som har innført multidosepakkelegemidler.

	Antall pasienter	Liste over faste medisiner i journalen ²	Ordnasjonskort eller andre lister ²	Pasienter hvor det ikke var samsvar mellom listene (%)	Antall faste medisiner fastlegens liste. Snitt (min-max)	Antall faste medisiner hjemme-sykepleiers liste. Snitt (min-max)
Distrikt 1	40	7	33	6 (15)	5,6 (1 -13)	5,6 (1 - 13)
Distrikt 2	31	25	6	25 (81)	6,5 (1 - 18)	7,0 (1 - 18)
Distrikt 3	24	22	2	18 (75)	6,3 (2 - 13)	6,5 (2 - 12)
Totalt:	95	54	41	49 (52)	6,1 (1-18)	6,3 (1 - 18)

¹ Manglende samsvar med hensyn til virkestoff eller døgndose.

² Liste over faste medisiner i journalen betyr leges egendefinerte liste over faste medisiner. Ordinasjons kort eller annet var (kopi av) lister fra pakkefirma, eller kopi av hjemmetjenestens liste.

Vi vurderte ikke i hvilken grad medisinene som er involvert i avvikene, er slike som ble pakket i multidose eller ikke. Det ble heller ikke undersøkt i hvilken grad hvert enkelt avvik var klinisk relevant for den enkelte pasient. At hjerte-kar-midler og psykofarmaka kom så høyt opp på listen over legemidler involvert i uoverensstemmelsene, tyder likevel på at mange av avvikene er klinisk betydningsfulle.

Selv om signert ordinasjonskort er godkjent som resept, er det en ulempe at kortet fortsatt ikke overføres elektronisk. Det blir således opp til den enkelte lege å ta merarbeidet med å manuelt oppdatere medikamentoversiktene i eget journalsystem.

Hjemmetjenesten i flere kommuner praktiserer nå en løsning hvor fastlegens journalutskrift av faste medisiner benyttes som resept. Fordi flere av journalprogrammene ikke er tilpasset slikt bruk, må opplysninger om blant annet refusjonspunkt da påføres manuelt i etterkant av utskriften.

Innføring av multidose har bidratt til å synliggjøre mangelfulle rutiner for samhandling rundt legemiddelbehandling i hjemmebaserte tjenester. Dette har flere steder ført til konkrete tiltak for å kvalitetsforbedre samhandlingen. En måte å ansvarliggjøre fastlegene til å vedlikeholde oppdaterte medisinoversikter, er å gi dem ansvaret for å godkjenne alle ordinasjoner gjort av andre

leger før endringene kan implementeres innenfor multidoseordningen. I Stavanger og Trondheim kommune har fastlegene tatt dette ansvaret. Hvis fastlege ikke er tilgjengelig når medisiner blir ordnert av andre, blir endringene administrert ved siden av multidose (eksempelvis i dosett) inntil fastlege har godkjent endringen (Torgeir Fjermestad, fastlege i Trondheim, personlig meddelelse 2006). For å unngå misforståelser, er det viktig at alle aktører er enige om hvordan legemiddelendringer skal meldes. Hvordan fastleger og hjemmetjenesten best kan samhandle for å gjøre legemiddelbehandling sikker, bør følges opp i senere undersøkelser og nedfelles i nasjonale retningslinjer (9).

TABELL 2: Avvik (antall) fordelt på medikamentgrupper funnet ved sammenlikning av fastlegges og hjemmetjenestens medisinlister for 95 pasienter

Medikamentgruppe	Antall avvik
Hjerte-/karmidler	41
Varia ¹	36
Psykofarmaka	31
Vitaminer/mineraler	18
Analgetika	10
Midler mot muskel- og skjelettsykdommer	8
Hormoner	3
Laksantia	4
Ulcusmidler	3
Totalt	154

¹Varia inkluderer her blant annet antihistaminer, inhalasjonsmedisiner mot astma, antidiabetika og midler mot urininkontinens.

REFERANSER

1. **Spigset O.** Bruk av legemidler hos eldre. Utposten 2003; 32:18-20.

2. **Fastbom J.** Økat läkemedelsintag bland äldre innebär ökad risk för problem. Läkartidningen 2001; 98: 1674-9.

3. **Klarin I, Wimo A, Fastbom J.** The associating of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality: a population-based study of the very old. Drugs Aging 2005; 22: 69-82.

4. **Onder G, Pedone C, Landi F, et al.** Adverse Drug Reactions as Cause of

Hospital Admissions: Result from Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). JAGS 2002;50:1962-8.

5. **Rognstad S, Straand J.** Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:810-12.

6. **Jensen SA, Øien T, Jacobsen G, Johnsen R.** Feil i medikamentkortene – en helseisriko? Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:3598-9.

7. **Bakken T, Straand J.** Legen ordinerer og hjemmesykepleien administrerer

– riktigere medisinlister ved multidosepakking? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3595-7.

8. **Heier KF, Olsen VK, Rognstad S, Straand J, Toverud EL.** Helsepersonells oppfatninger om multidosepakkelegemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: akseptert for publisering.

9. **Multidosepakking av legemidler.** En samfunnsøkonomisk vurdering av tiltak. Rapport (12.januar 2007) utarbeidet av PricewaterhouseCoopers. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2007.

MULTIDOSEPAKKEDE LEGEMIDLER

– HVORFOR ER DET FORTSATT AVVIK?

> Alle som er involvert i legemiddelbruken må tenke over hvem som skal informeres hver gang det skjer en endring.

> Som en av «pionerene» innen farmasøytisk rådgivning i kommunehelsetjenesten og pådriver for innføringen av multidose i Stavanger i 2002, er det spennende å se om vi har fått rett i våre argumenter: At multidose gir færre overføringsfeil av legemiddelopplysningene, at det blir færre feil ved istandgjøring av dosene, at det frigjøres sykepleietid til andre oppgaver, samt en tydeliggjøring av fastlegens rolle som koordinator for opplysninger om legemiddelbruk.

Jeg har med interesse lest artikkelen til Heier, Olsen og medarbeidere i dette nummeret av Sykepleien Forskning, som har fokus på medikamentoversikter og tilleggsbruk av doseringsesker. Det er med en viss forbauselse jeg ser at de finner et avvik i legemiddelopplysningene for 52 prosent av pasientene, etter at multidose og tilsynelatende gode rutiner er innført. Det er neppe realistisk å eliminere alle avvik, men tallet bør være atskillig lavere.

I påvente av elektroniske overføring av legemiddeldata mellom aktørene (lege, apotek, pakkeprodusent, hjemmesykepleie – og

spesialisthelsetjenesten) eller felles elektronisk medisinkort, må vi bruke manuelle metoder. Å bruke ett medisinkort som resept, der kopien er pakkegrunnlag brukes i hjemmesykepleien og er en anbefalt rutine. Alle involverte parter må analysere sine avvik, for undersøkelser har vist at alle gjør feil.

Jeg tror ikke vi kan lykkes før det finnes en oppdatert oversikt over all legemiddelbruk. I Stavanger kommune har fastlegen dette ansvaret, og erfaringene er meget gode. Ordningen støttes i forslag til ny «Forskrift om legemiddelbehandling i virksomheter som yter helsehjelp». Dette inkluderer oppdatering med endringer som avtales med hjemmesykepleien per telefon og endringer som er foretatt ved sykehusopphold eller besøk hos spesialist. Orienteringen overfor spesialisthelsetjenesten har vært for dårlig ved innføring av multidose. Informasjon til fastlegen tar ofte for lang tid. Alle som er involvert i legemiddelbruken må ved hver endring tenke over hvem som skal informeres.

Utarbeidede rutiner må følges. Heier, Olsen og medarbeidere



Av Liv Rustenberg
farmasøyt, Fag- og kvalitetssjef, Apotekene Vest HF

<< Les artikkelen på side 166

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lerdal**, førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud.



> TIPS OSS:

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere? Tips kan sendes til Anners.Lerdal@hibu.no

Livskvalitet hos eldre pasienter med kreft

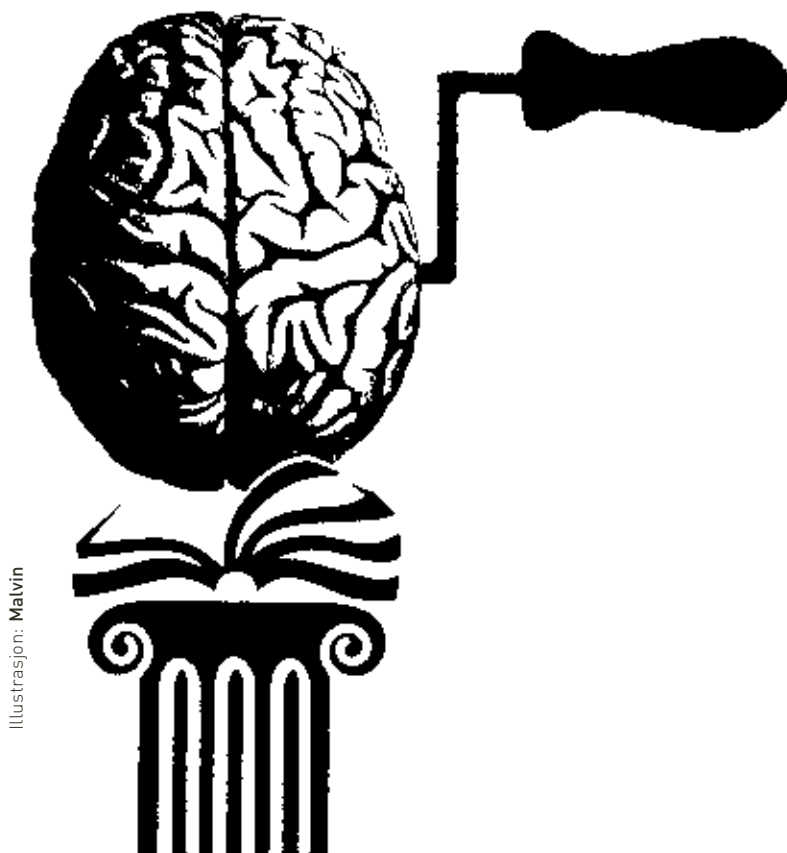
Tretthet/utmattelse og smerter var de hyppigste plagene hos eldre pasienter med kreft i de første seks månedene etter at de fikk diagnosen. Dette er ett av funnene i en prospektiv studie som hadde til hensikt å studere mulig endring i livskvalitet hos eldre over 65 år med kreftdiagnose. Standardisert intervju med pasienter i Danmark ble gjennomført tre ganger. Første gang innen en uke etter henvisning til onkologisk avdeling, neste etter tre måneder og deretter etter seks måneder. I tillegg til å beskrive pasientenes livskvalitet over tid, var hensikten også å undersøke om endring i livskvalitet kunne forutsis av i hvilken grad de selv kunne utføre ADL-funksjoner og deres opplevelse av håp, sosiale nettverk og støtte. 75 pasienter deltok, hvorav 57 var kvinner. Pasientene hadde enten kreft i bryst (n=24), tykktarm (n=22), underliv (n=21) eller lunge (n=18). Et spørreskjema utviklet av European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC QOLQ-C30, ble brukt til å måle helse-relatert livskvalitet. I tillegg til de to spørsmålene som målte overordnet livskvalitet inneholder skjemaet fem skalaer som måler funksjon (fysisk, rolle, emosjonell, kognitiv og sosial funksjon), tre skalaer og

fem enkeltspørsmål som måler ulike symptomer (fatigue, kvalme, brekninger, smerter, pustevansker, søvnforstyrrelser et cetera), samt spørsmål om helsens innvirkning på pasientenes økonomiske situasjon. I tillegg var Nowotny's Hope Scale (NHS) brukt til å måle håp, Katz Activities of Daily Living-Index til å måle ADL-funksjoner, samt Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) til å måle sosialt nettverk og støtte. Gjennomsnittsalder i utvalget var 75,5 år. Helse-relaterte livskvalitet endret seg ikke over seks måneder når hele utvalget ble analysert under ett, men 10 prosent viste tydelig reduksjon. Pasientene viste bedring i emosjonell funksjon de

tre første månedene. Plager med kvalme og brekninger var størst i denne første tiden. Symptomene som forekom hyppigst var fatigue, søvnproblemer og smerter. Forekomsten av disse symptomene endret seg ikke i løpet av de seks månedene. Pasienter som hadde hjemmesykepleie da de ble henviset, eller som oppgav at de trengte mer hjelp i hjemmet eller opplevde lite håp, hadde en tendens til å rapportere reduksjon i livskvalitet seks måneder senere.

REFERANSE

Esbensen BA, Osterlind K, Hallberg IR, Scand J Caring Sci 2007;21:178-90.



Illustrasjon: Malvin

Hele 26 personer deltok ikke på den siste målingen. Disse oppga større plager knyttet til fatigue og pusteproblemer ved første måling og over halvparten var pasienter med lungekreft. Hvis man antar at den krefttypen man er rammet av påvirker de symptomene man får og dermed pasientenes livskvalitet, er det en svakhet at studien har relativt få pasienter med flere ulike kreftformer. Dette gjør det vanskelig å generalisere ut fra funnene.

KOMMENTAR

God sykepleie til pasienter på intensiv

Kontinuitet, samarbeid, kunnskap og kompetanse er viktige faktorer i utøvelse av god sykepleie til kritisk syke pasienter innlagt på intensivavdeling. Dette går fram av en norsk studie som hadde til hensikt å gi en inngående beskrivelse av sykepleieres forståelse av hva som er god sykepleie. Data ble samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervju med 14 sykepleiere som arbeidet på en nisengs intensivavdeling i østlandsområdet. Delta-kerne ble inndelt i to grupper. Det ble gjennomført fire totimers intervjuer med hver av gruppene. Sykepleierne ble oppfordret til å presentere pasienthistorier som involverte spørsmål om hvorvidt man skulle opprettholde eller avslutte den kurative behandlingen. Intervjuene ble tatt opp på bånd, skrevet ut som tekst og analysert ut fra en fortolkende fenomenologisk grunntenkning. Studien beskriver hvilke generelle

forhold som sykepleierne mente var viktige. Pasientens situasjon ble karakterisert som «i livets grensone». Kontinuitet var viktig for å handle kompetent og for å redusere pasientenes belastninger. Samarbeid med pårørende, andre sykepleiere og leger var også vesentlig. Sykepleiernes kunnskap og kompetanse ble tatt for gitt, men var viktige forutsetninger for å gjøre adekvate observasjoner, vurderinger og for å sette i verk tiltak. Videre var også sykepleiernes engasjement sentralt for å forstå pasientenes behov og for å bidra til respektfull behandling. Typisk for pasientenes situasjon var at de ventet i usikkerhet, hvor tiden ble opplevd som lang og vanskelig. Videre erfarte pasientene en gjennomgripende utmattelse hvor de ofte var plaget av kvalme, oppkast, stive muskler og smerter. Noen pasienter var slitne etter å ha brukt alle sine

Artikkelen beskriver forhold og situasjoner som sykepleierne på intensivavdeling har erfart er sentrale for pasientene og viktige for utøvelse av god sykepleie. Erfaringene er fra et lite utvalg, og kan ikke nødvendigvis generaliseres til andre avdelinger. Funnene kan imidlertid danne utgangspunkt for interessante faglige diskusjoner, fagutvikling og forskning. Artikkelen har en fylldig og systematisk beskrivelse av hvordan man har sikret funnernes troverdighet og undersøkelsens holdbarhet.

KOMMENTAR

krefter på å puste og på problemer med slim i luftveiene.

REFERANSE

Hov R, Hedelin B, Athlin E, Intensive Crit Care Nurs 2007, doi:10.1016/j.iccn.2007.03.006

Tidlig mobilisering etter hjerneslag

Ulike helseprofesjoner legger ulikt innhold i begrepet «tidlig mobilisering» av pasienter med hjerneslag i den akutte fasen. Dette var ett av funnene i en spørreskjemaundersøkelse som ble sendt til leger, sykepleiere og fysioterapeuter med lederansvar for slagenheter i Skottland. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge helsepersonells kjennskap til forskningsbasert kunnskap om behandling av slagpasienter i den akutte fasen. Ledere i 13 av de 14 helseområdene/enhetene i Skottland fikk tilsendt spørreskjema. Respondentene omfattet 39 leger, 39 sykepleiere og 21 fysioterapeuter. Av disse besvarte 62,3 prosent (n=99) det tilsendte spørreskjemaet som

forskerne hadde utarbeidet spesielt for studien. Hovedandelen innenfor hver profesjon anga at pasientens medisinske tilstand skulle være stabil før pasientene ble mobilisert (henholdsvis 61,5 prosent, 79,5 prosent og 95,2 prosent). Da de ble spurt om hvem som skulle angi når pasienten skulle stå opp, mente 89,7 prosent av sykepleierne at det var dem. Tilsvarende 81,0 prosent av fysioterapeutene og 30,8 prosent av legene mente at det var representanter for deres egen profesjon som burde ha ansvar for dette. Bortsett fra evidensbasert kunnskap om sammenhengen mellom fall og urinveisinfeksjon i forhold til mobilisering, oppga legeguppen bedre kunnskaper vedrørende

Studien viser at ulike profesjoner har ulikt syn på egen rolle ved tidlig mobilisering av slagpasienter. Delta-kerne ble bedt om å vurdere egen kjennskap til evidensbasert kunnskap. Det er vanskelig å vite i hvilken grad egen vurdering gjenspeiler faktisk kunnskap om tidlig mobilisering, da deltakernes generelle selvtillit sannsynligvis spiller en rolle i angivelsen av egenvurderingen.

KOMMENTAR

evidensbasert kunnskap om andre komplikasjoner knyttet til immobilisering.

REFERANSE

Arias M, Smith LN, J Clin Nurs 2007;16:282-8.

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen har sett nærmere på hva de som møter pasienten i den siste livsfasen legger i begrepet en god død, og hvilke forutsetninger de mener må ligge til grunn.

Hva vet vi om temaet fra før:

Det eksisterer lite forskningsbasert kunnskap om hva som er en god død, spesielt med utgangspunkt i pasienter og pårørendes erfaringer i en sykehjemskontekst.

Nøkkelord:

- Sykehjem
- God død
- Dødspleie

Mer om forfatteren:

Elisabeth Gjerberg og Arild Bjørndal er forskere ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Postboks 7004 St.Olavs plass 0130 Oslo

e-mail:
elisabeth.gjerberg@kunnskaps-senteret.no

Fakta:

I Norge skjer 40 prosent av alle dødsfall på sykehjem, dette er en høyere andel enn i andre land i Europa. Kilde: Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no

Cirka 40 prosent av alle dødsfall i Norge skjer på sykehjem. Andelen vil trolig øke, og mange av disse vil ha behov for god dødspleie den siste levetiden. Med få unntak er det i Norge lite systematisk kunnskap om hva som karakteriserer en god død på sykehjem og hvordan behandling, pleie og omsorg ved livets slutt foregår. I en innledende fase av et større prosjekt om dette tema ønsket vi mer kunnskap om hva som kan betegnes som «en god død» og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn.

Et strategisk utvalg på 14 personer med ulik fagbakgrunn, ansatt ved fem sykehjem i fire helseregioner, ble intervjuet

om sine erfaringer med sykehjemspasienters livsavslutning. Informantene fremhevet fire sentrale temaer; god smerte- og annen symptomlindring, trygghet for å ikke være alene, at pårørende blir godt ivaretatt og at det ikke iverksettes unødig livsforlengende behandling. En grunnleggende forutsetning for å oppnå en god og verdig livsavslutning er personalets respekt for pasient og pårørende. Andre viktige forutsetninger som må være tilstede er: systematisk observasjon, god dokumentasjon, rutiner for oppfølging og ikke minst god kompetanse på lindrende behandling. I tillegg ansees kontinuitet i relasjonen mellom pasient/pårørende og

ansatte og god kommunikasjon som viktige forutsetninger.



About 40 percent of all deaths in Norway take place in nursing homes. The proportion will probably increase, and a majority will need end-of-life care/palliative care in the final days or weeks of their life. In Norway we know little about what constitutes a good death in nursing homes and how end-of-life care is practised. The project aimed at exploring what professionals working face-to-face with dying elderly persons defined as a good death and the necessary preconditions.

A strategic sample of 14 professionals, working in five nursing homes in four different health regions, was interviewed. The interviews focused on the informants' working experience with dying nursing homes patients.

Four main topics were emphasized: adequate pain and other symptom relief, not to be alone in the final days and hours, taking care of relatives and preventing unnecessary life-prolonging treatment. Paying respect to the patient and her/his relatives was considered an essential prerequisite to attain a good and dignified death. Other conditions that have to be fulfilled were adequate routines of observation and monitoring, and professional competence in palliative care. Also continuity of care and good communication between the patient, relatives and professional staff were emphasized as important.

Hva er en god død i sykehjem?

«Life is pleasant. Death is peaceful. It's the transition that's troublesome.»

Isaac Asimov

Forfatter: Elisabeth Gjerberg, Arild Bjørndal

Foto: Erik M. Sundt

INNLEDNING

Levealderen blant nordmenn er økende, og tallet på dem som er

90 år og eldre forventes å øke fra 27 000 til et sted mellom 80–160 000 i 2050, det vil si en seksdobling av antall personer som erfaringsmessig vil trenge mye pleie og omsorg (1). I 2002 var cirka 39 prosent av personer på 90 år eller eldre på sykehjem,

og gjennomsnittsalderen var 83 år (2). Det store flertallet av sykehjemsbeboere er ikke bare gamle, men også svært skrøpelige. Nesten alle pasientene har mange sykdommer, med omfattende behov for medisinsk behandling, omsorg og pleie. Studier viser at

sykehjemspasienter i gjennomsnitt har 5–7 diagnoser, og demens er hyppigst forekommende (3;4). Det anslås at cirka 95 prosent av alle pasienter på langtidsavdelinger på sykehjem vil dø der (4). I 2004 skjedde 38 prosent av alle dødsfall i Norge på sykehjem (5), en høyere andel enn i andre land i Europa og i USA (4;6;7). Med bakgrunn i forventede demografiske endringer, vil antall og andelen som dør på sykehjem trolig øke, og mange av disse vil ha behov for lindrende behandling den siste tiden (8).

Å legge til rette for god terminal pleie og omsorg på sykehjem representerer en rekke kompetanseutfordringer. For det første er det en utbredt oppfatning at lege-dekningen er for lav (9;10); 167

” Ikke bare smertelindring, men å lindre symptomer i hele sin bredde ble ansett som viktig.

sykehjemsbeboere per legeårsverk sammenliknet med ett legeårsverk for hver annen seng på sykehjemsene. For det andre er en høy andel av de ansatte ufaglærte. Per juni 2006 var for eksempel en tredel av de som jobbet i pleien uten fagutdanning (11). På tross av økende interesse for omsorg og pleie ved livets slutt og god lokal kunnskap på enkelte sykehjem, er kunnskapen i Norge med få unntak (4;12-15) lite systematisert. Dette gjelder både med hensyn til hvordan praksis foregår, hva som er god praksis og med hensyn til hva slags tiltak som bidrar til en bedre tjeneste. Internasjonalt foreligger en rekke enkeltstudier, men svært få systematiske oversikter (17;18).

I en innledende fase av et større prosjekt om omsorg ved livets slutt, ønsket vi å få mer kunnskap om hva som karakteriserer en god død på sykehjem, hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å få til dette og hvilke barrierer som finnes for å virkelig gjøre idealene. Denne artikkelen retter blikket mot hvilke erfaringer en gruppe ansatte på sykehjem hadde med disse spørsmålene.

METODE OG MATERIALE

Basert på en intervjuguide med fem åpne spørsmål er 14 personer (åtte sykepleiere, tre hjelpepleiere, to leger og en prest) på fem sykehjem i fire helseregioner intervjuet om sine erfaringer med sykehjemspasienters livsavslutning. Samtlige informanter hadde arbeidet mer enn fem år på sykehjem, og flere enn halvparten hadde mer enn ti års arbeidserfaring herfra. De fleste jobbet på langtidsavdeling, et par på avsnitt for senil demente, en på korttidsavdeling og to på en palliativ enhet.

Vi tok kontakt med sykehjem som har en eksplisitt målsetting rundt omsorg ved livets slutt, og søkte informanter som kunne antas å ha et reflektert forhold til egen praksis når det gjaldt omsorg og pleie av pasienter i livets slutt-fase. Informantene ble rekruttert via forespørsel fra sykehjemmets ledelse, oftest ved fagansvarlig sykepleier. Det vil si at vi foretok et strategisk utvalg som kunne gi oss relevante og informasjonsrike svar på de spørsmål vi var opptatte av (19;20). Intervjuene ble i hovedsak tatt opp på bånd, og det ble i tillegg tatt fyldige notater. Vi skrev ut intervjuene kort tid etter de var foretatt. Teksten ble sortert, tematisk organisert, fortolket og sammenfattet, og vi presenterer her de mønstrene vi identifiserte gjennom en deskriptiv analyse av dataene (20;21).

HVA ER EN GOD DØD FOR PASIENTER PÅ SYKEHJEM?

En grunnleggende forutsetning for å gjøre den siste fasen så god som mulig, er personalets respekt for pasient og pårørende. Dette ble på ulik måte formidlet av samtlige informanter. At pasientene blir sett og verdsatt må gå som en rød tråd gjennom hele oppholdet, men er ikke desto mindre viktig i den siste fasen av livet. Er ikke dette til stede, faller alt annet. Ifølge informantene kan respekt demonstreres på mange måter; å gi seg tid i stedet, i måten å snakke til den gamle på, i stemmebruk og håndlag, estetikk: gjøre det vakkert rundt den gamle, og å skape ro på rommet og i avdelingen. Men det handler også om respekt for livssyn og pasientens og pårørendes ønsker og preferanser i forhold til hvordan den siste fasen av livet skal være; skal det for eksempel iverksettes livsforlengende behandling hvis det skjer en forverring? Denne type avgjørelser innebærer utfordringer i forhold til etikk, kommunikasjon og dokumentasjon, der pasientens verdivalg og samtykke bør stå sentralt.

Det var ellers fire temaer som gikk igjen i så godt som alle intervjuene. Noen av disse er delvis overlappende, men vi har av analytiske grunner valgt å beskrive dem hver for seg.

- god smerte- og annen symptomlindring
- trygghet
- livsforlengende behandling
- forholdet til pårørende

Også andre forhold ble nevnt, som for eksempel hvordan møte pasienter og pårørende fra andre kulturer, men dette ble ikke tematisert med like stor tyngde.

God smerte- og annen symptomlindring

Smarter, pustebesvær, vekttap, angst og uro, munntørrehet, av og til kvalme og dødsralling er vanlig forekommende symptomer i den siste fasen i pasientens liv (22;23). Samtlige informanter fremhevet god smertelindring som særskilt viktig for at dødsfasen skal bli så god som mulig. «... de pasientene som har en god død, det er de som har det fredelig og slipper å slite med plagsomme symptomer, enten det er smerter, pustebesvær, kvalme eller hva det måtte være» (sykepleier).

Fokus på smertelindring avspeiler ikke minst det personalet opplever at pasienter og pårørende formidler til dem: «Det de fleste er opptatt av, de fleste er ikke redd for å dø, men hvordan de dør. Og det går mye på; hva skjer da? Dør jeg med smerter, blir det forferdelig?» (sykepleier).

Ikke bare smertelindring, men å lindre symptomer i hele sin bredde ble ansett som viktig: god væskebehandling, godt munnstell, passe på å snu pasienten ofte, og å sette inn tiltak for på best mulig måte å redusere for eksempel pustebesvær og dødsralling.

Informantene formidlet at flere forutsetninger må ligge til grunn for å lykkes med god symptombehandling. For det første personalets evne til systematisk observasjon der endringer i symptombildet registreres og dokumenteres. For det andre handler det om kompetanse både hos den enkelte pleier og på systemnivå, for eksempel at avdelingen har retningslinjer og rutiner for oppfølging som er nedtegnet og lett tilgjengelig for personalet. Flere informanter fortalte om gode rutiner for opptrapping av smerte- og annen symptomlindring dersom pasientens tilstand ble forverret. De mente dette var

spesielt viktig i situasjoner der sykehjemmets faste lege ikke var tilgjengelig, og bidro etter deres mening til mindre behov for å tilkalle lege utenfra. Flere sa at det hadde skjedd en økt bevissthet og kompetanseheving blant personalet i forhold til lindrende behandling, noe de så som et resultat av opplæring i smerte- og symptomlindring de senere år, enten i egen regi eller ved hjelp av ressurspersoner utenfra.

Trygghet

Uttrykket trygghet ble brukt i mange sammenhenger, men var først og fremst knyttet til å skape trygghet for at pasienten ikke skulle være alene den siste tida. Alle informantene understreket betydningen av å trygge pasient

” Pasientenes angst for det ukjente aktiveres ofte når de merker at det går mot slutten.

og pårørende på at det skal være noen tilstede de siste døgnene og timene. Et typisk utsagn var: «Å kunne gi den tryggheten at en skal slippe å dø alene» (hjelpepleier).

Mange understreket betydningen av at det var viktig å ha personale rundt seg som de følte seg trygg på: «Jeg tror trygghet for pasientene er det viktigste, et nøkkelord, at de har en visshet for at det er noen her for meg, noen som kjenner meg, vet hvilke behov jeg har» (sykepleier).

Forutsetninger for å få til dette var dels knyttet til samarbeid med pårørende der de fantes, dels knyttet til struktur og ideologi på sykehjemmet. Det var en uttalt oppfatning at pårørende må få komme og gå når de vil, og at de

får anledning til å overnatte. For pasienter uten nære pårørende, er det viktig at en fra personalet er hos pasienten så mye som mulig. For å få til dette, hadde flere avdelinger en ordning med innleie av ekstravakt, spesielt på kveld og natt for å unngå at pasientene blir liggende alene; oftest går ekstravakten inn i stellet ellers på avdelingen mens en av de fast ansatte sitter hos den døende.

Informantene la vekt på at trygghet også handler om å skape visshet hos pasient og pårørende for at smerter og andre symptomer skal lindres så godt som mulig. Slik informantene opplevde det, var det først og fremst angsten for smerter, men også for ikke å få puste og for å være alene, som lå til grunn for pasientenes behov for å snakke om sin forestående død. «Døden er jo et mysterium, det ukontrollerbare, det skremmende. Noen prøver å idyllisere, men det er jo skremmende. Ingen har kommet tilbake for å fortelle hvordan det er» (prest).

Pasientenes angst for det ukjente aktiveres ofte når de merker at det går mot slutten. Hvordan møter personalet dette? Mange opplevde det som en utfordring å gå inn i samtaler med pasienten om at døden nå nærmet seg. En krevende balansegang, der man på den ene siden skulle følge opp pasientenes tanker knyttet til det å dø, og på den annen side måtte en være bevisst pasientens grenser med hensyn til hva hun eller han ønsket å snakke om. «Det er nok ikke alle som er fortrolig med det. Det er en lang prosess. Det er ikke enkelt. Jeg synes ikke det er enkelt selv. Det blir til at en prøver å lytte etter noen signaler. De fleste kommer med noen stikkord, eller hva jeg skal kalle det. Sånn litt vage ting som er viktige å fange opp. Det er veldig lett å overhøre det, ikke

gripe fatt i det. De fleste har noen indirekte spørsmål, mens andre spør direkte: skal jeg dø nå?» (sykepleier).

Målet med slike samtaler er å skape ro og trygghet hos pasienten. Samtidig illustrerer dette sitatet at personalets erfaring og trygghet på egen rolle er viktige forutsetninger for å gå inn i denne type samtaler. Flere nevnte at spesielt yngre medarbeidere kviet seg for slike situasjoner dersom de ikke fikk nødvendig støtte og veiledning. Gode rollemodeller, at de unge måtte få være med i still og samtaler, før de prøvde seg ut på egenhånd var her sentralt. «De må slippe å være alene. Vi må ikke sette opp turnuser slik at vi har en helgeturnus der vi har to døende mennesker på en avdeling og hvor det er tre unger på vakt. Det går ikke. Det må være en veldig bevisst måte å sette opp turnus på» (lege).

Ikke unødig livsforlengende behandling

Spørsmålet om det skal startes eller avsluttes livsforlengende behandling i den siste fasen av livet, er et tema som mange informanter spontant tok opp. De mente at unødig livsforlengende behandling reduserte mulighetene for å få til en god livsavslutning. Det kan dreie seg om å starte en behandling med antibiotika ved lungebetennelse, å gi intravenøs væskebehandling fordi pasienten i liten grad tar til seg mat og drikke, eller innleggelse på sykehus ved akutt forverring av en tilstand. De fortalte om situasjoner der pårørende insisterte på aktiv behandling, av og til på tross av at den gamle selv tidligere hadde sagt at hun/han ikke ønsket dette. Pasientene går ofte inn i siste livsfase ved at de gradvis slutter å spise og drikke. Dette kan være vanskelig å akseptere for pårø-

rende. Informantene opplevde det som problematisk og som mangel på respekt å gi mat eller væske der pasienten viste motvilje.

Slike spørsmål er vanskelige og sårbare temaer å ta opp med pasient og pårørende. Hvordan nærmer personalet seg dette, og når? Vårt inntrykk er at dette bare unntaksvis er et tema som drøftes i inntakssamtalen med pasient og pårørende. Oftest tas det opp på et senere tidspunkt, etter noen måneder eller når det inntreffer en forverring i pasientens tilstand. Fordi mange pasienter er demente, tas slike samtaler oftest med pårørende, men pasienten er med der det er mulig: «Når det gjelder behandling hos demente pasienter, er det pårørende som bestemmer, men med en klar pasient er det han som bestemmer selv» (lege).

En nødvendig forutsetning for å håndtere spørsmål om unødig livsforlengende behandling på en god måte, er å sette av tid til samtaler med pårørende, helst med lege til stede. Da kan personalet forklare pårørende at det kan være til ulempe for den gamle å få intravenøs eller å lagt inn ernæringssonde. Pårørende må føle seg trygge på at pasienten ikke har unødige pleier. «... hvis jeg ikke synes at det er kunnskapsmessig grunnlag for en eventuell behandling eller innleggelse, at det har noe for seg – da fraråder jeg. Pårørende stiller meg spørsmål om intensiv eller intravenøs behandling ved livets slutt, om dehydrering og behov for oksygen. Intravenøs behandling fraråder jeg, og forklarer hvorfor og hvordan, og oksygen også. At vi ikke oppnår noe mer» (lege).

Mange informanter ga uttrykk for at de prøvde å unngå å legge pasienten inn på sykehus for aktiv behandling. De hadde erfaring for at dette oftest var en stor belast-

ning for pasienten. «Spørsmålet om sykehussinnleggelse er ofte knyttet til pårørendes egen hjelpeløshet i situasjonen, de vil at alt skal være til det beste for pasienten» (sykepleier).

De pårørendes følelse av avmakt må møtes med tid til samtale og informasjon. Noen hadde god erfaring med å spørre de pårørende om hva de trodde at mor eller far selv hadde ønsket hvis de hadde vært klare? Informantene mente at dette til syvende og sist handlet om pårørendes til-

” Pårørende må på et tidlig stadium få informasjon om at pasientens situasjon forandrer seg.

lit til personalets kompetanse i vid forstand. Tilgjengelighet på leger som kjenner pasienten og god kontinuitet i pleierstaben ble ansett som viktige forutsetninger.

Å ivareta pårørende

En god død innebærer at også pårørende ivaretas på best mulig måte (24;25), noe som ble påpekt av samtlige informanter. De understreket at det er viktig for den gamle i størst mulig grad å ha sine pårørende rundt seg, men at mange pårørende synes det er vanskelig å se sin mor eller far dø, at livet går mot slutten. «Vi hadde en pasient, en dame på cirka 95 år. Hun hadde vært her i mange år. Sønnen var veldig knyttet til mor og besøkte henne ofte. Det ble vanskelig for ham da morens liv gikk mot slutten. ... Det var vanskelig, han hadde nesten panikk. Men når han endelig skjønnte, og aksepterte hva som skjedde, at tida var kommet, da han skjønnte det og kunne si 'farvel

mor', da døde hun. Han trengte mye tid.» (hjelpepleier)

I slike situasjoner er det viktig at den pårørende selv får omsorg. Det kan dreie seg om alt fra mat og drikke, tilbud om overnatting, noen å snakke med og bli trøstet av. Ivaretagelse av pårørende omfatter også god informasjon. Pårørende må på et tidlig stadium få informasjon om at pasientens situasjon forandrer seg, og de fleste avdelingene hadde nedskrevet hvem som skulle kontaktes og når dette skulle skje. Løpende orientering, der personalet informerer om pasientens utvikling og hensikten med hva de gjør eller ikke gjør av tiltak. Mulighet for å snakke med lege, er her viktig. Flere understreket også at det var viktig for pårørende å kjenne seg involvert, med mulighet for å delta i noe av stellet. De hadde erfart at mange pårørende opplevde det positivt å kunne bidra med noe som er bra for den gamle. «Det å ivareta pårørende er viktig. Sånn at vi stiller det åpent for dem å være her, om de vil være med i stellet, både i forkant og etterpå, om de vil ta del. Å ha forståelse for at når pårørende trekker seg unna, og sier at nå klarer ikke vi mer. At vi gir dem en trygghet på at vi tar over, hvis det er et ønske. At det er lov» (sykepleier).

Selv om pårørende er mye til stede i den siste fasen, understreket flere at det er viktig at personalet ofte er innom for å se til pasienten. Pårørende må ikke få følelsen av å være overlatt til seg selv, at de overtar ansvaret.

Nødvendig informasjon, omsorg fra personalet og mulighet til å delta i stellet er således viktige og nødvendige forutsetninger for at pårørende skal føle seg ivaretatt, og at de minnene de tar med seg videre fra den siste livsfasen ikke blir som «sand i skoen». Et tillitsfullt forhold

mellom pårørende og personalet, bygd opp over tid er den beste forutsetningen for å få til dette. Flere informanter formidlet imidlertid at forholdet til pårørende også kan oppleves som en utfordring. Dette var blant annet knyttet til angst for kritikk, bebreidelser for at de ikke har gjort jobben sin, at de har vært for få på jobb. «Spørsmål fra pårørende blir ofte opplevd som identisk med kritikk. Mange ansatte liker ikke å ha så mye med de pårørende å gjøre, er redde for at det skal være kritikk. Men de pårørende er jo ofte bare hjelpeløse» (hjelpepleier).

DISKUSJON

Hensikten med denne studien har vært å få mer kunnskap om hva som karakteriserer en god dødsprosess for gamle på sykehjem. Informantene i et strategisk utvalg har gitt viktige innspill til hva som må være på plass og hvilke forutsetninger som må være tilstede, men var mindre tydelige på hvilke barrierer de møtte i hverdagen. Det ligger opplagte begrensninger i et materiale som kun er basert på ansattes oppfatning, og der vi heller ikke kan supplere med feltobservasjoner. Det er selvsagt først og fremst den døende selv som kan vurdere hva som er en god eller verdig død, og noen forskere mener at det bare er pasienten selv som kan si noe om dette (26). Andre mener at begrepet verdighet antas å ha både en subjektiv og en objektiv dimensjon, der den subjektive dimensjonen speiler den eldre egen opplevelse (27). Den objektive dimensjonen innebærer at også andre, som for eksempel pårørende og personale, kan identifisere handlinger som krenker en persons verdighet. Bruk av andre informanter er en viktig kilde til informasjon der vi har å gjøre med personer som av ulike grunner ikke selv kan

gi uttrykk for behov og ønsker (28). Vårt kvalitative materiale føyer seg inn i en slik tradisjon. Denne type design gir imidlertid ikke mulighet til å si noe om hvor utbredt enighet det er om det vi har funnet; det tar vi sikte på å finne mer ut av i en påfølgende studie.

Det er en utbredt oppfatning at vi har for lite forskningsbasert kunnskap om hva som er en god død, spesielt med utgangspunkt i pasienter og pårørendes erfaringer (29-31). Det foreligger en

” God omsorg ved livets slutt har de senere år fått økt oppmerksomhet.

rekke enkeltstudier og noen litteraturoversikter (24;25;31;32) av hva som kjennetegner en god død rent allment, men få studier har sett på dette i en sykehjemskontekst (33;34). Kehls (24) litteraturgjennomgang viser at det ikke eksisterer noen felles definisjon av begrepet «en god død», men at det er stor enighet om viktige kjennetegn: en følelse av selv å bestemme, god smerte- og symptomlindring, å ta farvel, å føle seg verdsatt, tillitt til omsorgsgiverne og tid sammen med nær familie (ibid). En kanadisk studie fra sykehjem (34) vektlegger det å imøtekomme pasientens ulike behov, god kvalitet på pleien, støtte til pårørende, skape et hjemlig miljø rundt pasienten, og at det er nok ressurser. Dette er i hovedsak i tråd med hva Hanson og medarbeidere fant (33), selv om detaljeringsnivået her var noe mindre, og begrepene forskjellige. Våre funn er i tråd med disse studiene, selv om det brukes andre ord og uttrykk; Grunnleg-

gende respekt for pasienten, god symptomlindring, trygghet for ikke å være alene, samarbeid med pårørende, samt at det avstås fra unødvendig livsforlengende behandling. En grunnleggende forutsetning er god kompetanse hos personalet, som når det er fraværende blir en barriere for å få til en god og verdig livsavslutning. Dette er i tråd med sentrale trekk ved hospicefilosofien (35;36), og i overensstemmelse med god dødspleie slik det kommer til uttrykk i norske anbefalinger (37-39).

God omsorg ved livets slutt har de senere år fått økt oppmerksomhet, både blant fagfolk og helsepolitiske myndigheter. Vårt bidrag har vært å se nærmere på hva de som møter pasienten i den siste livsfasen legger i begrepet en god død, og hvilke forutsetninger de mener må ligge til grunn. Dette handler ikke minst om holdninger og kompetanse på individuelt og organisatorisk nivå, samt å ha tid nok i stellet av pasienten. Sykehjemmene står her trolig overfor store utfordringer.

REFERANSER

1. Østby L. Den norske eldrebølgen. Samfunnspeilet 2004;18(1):2-8.
2. Statistisk Sentralbyrå. Tabell 04468: Beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, etter alder [nettdokument]. Statistisk Sentralbyrå; [updated 2007]. Available from: <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjiko/>.
3. Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(9):1188-90.
4. Husebo BS, Husebo S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg - hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(10):1352-4.
5. Statistisk Sentralbyrå. Dødsfall av underliggende dødsårsak, etter dødssted [nettdokument]. Statistisk Sentralbyrå; [updated 2006]. Available from: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2006-06-01-19.html>.
6. Casarett D, Karlawish J, Morales K, Crowley R, Mirsch T, Asch DA. Improving the use of hospice services in nursing

homes: a randomized controlled trial. JAMA 2005;294(2):211-7.

7. Rice KN, Coleman EA, Fish R, Levy C, Kutner JS. Factors influencing models of end-of-life care in nursing homes: results of a survey of nursing home administrators. J Palliat Med 2004;7(5):668-75.

8. Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening; 2007.

9. Gjerberg E. God kvalitet i sykehjemstjenesten? En analyse av virksomheten basert på avdelingsledernes vurderinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116(14):1692-6.

10. Statens Helsetilsyn. Scenario 2030. Sykdomsutvikling for eldre fram til 2030. Oslo: Statens Helsetilsyn; 1999. 6-99.

11. Tjenestekvalitet i pleie og omsorg [nettdokument]. [oppdatert 2006]. Tilgjengelig fra: <http://www.bedrekommmune.no/pleieogomsorg>.

12. Husebo BS, Husebo S. Etiske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(22):2926-7.

13. Husebo S, Husebo BS. Omsorg ved livets slutt eller aktiv dødshjelp? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(13):1848-9.

14. Husebo BS, Husebo SDBH. Old and Given up for Dying? Palliative Care Units in Nursing Homes. Illness, Crisis & Loss 2004;12(1):75-89.

15. Sørbye LW. Respekt for livet - respekt for døden. Faglige og etiske utfordringer ved livets slutt i sykehjem. Oslo 1988. 5/88.

16. Sørbye LW. Omsorg for døende og deres pårørende. Oslo 1980. 1/80.

17. Oliver DP, Porock D, Zweig S. End-of-life care in U.S. nursing homes: A review of the evidence. Journal of the American Medical Directors Association 2005;6(3 SUPPL.):S20-S30.

18. Carlson AL. Death in the nursing home: resident, family, and staff perspectives. J Gerontol Nurs 2007;33(4):32-41.

19. Malterud K. Shared Understanding of the Qualitative Research Process - Guidelines for the Medical-Researcher. Fam Pract 1993;10(2):201-6.

20. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug; 1996.

21. Miles M, Huberman A. Qualitative Data Analysis. A sourcebook of New Methods. Newbury Park: Sage Publications; 1984.

22. Husebo BS, Husebo S, Dahl BH. Old and given up for dying? Palliative care units in nursing homes. Illness, Crisis & Loss 2004;2004 Jan;12(1):75-89.

23. Hall P, Schroder C, Weaver L. The last 48 hours of life in long-term care: a focused chart audit. Journal of the American Geriatrics Society 2002;2002 Mar;50(3):501-6.

24. Kehl K. Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. American Journal of Hospice & Palliative Medicine 2006;23(4):277-86.

25. Steinhilber KE, Clipp EC, McNeilly

M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsy JA. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Ann Intern Med 2000;132(10):825-32.

26. Weisman AD. On death and dying. Does old age make sense? Decisions and destiny in growing older. J Geriatr Psychiatry 1974;7(1):84-93.

27. Ternstedt BM. God vård i livets slut. En kunnskapsöversikt om vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. 2004-123-9.

28. Fowler F, Coppola KM, Teno JM. Methodological Challenges for Measuring Quality of Care at the End of Life. Journal of Pain & Symptom Management 1999;17(2):114-9.

29. Smith R. A good death. Br Med J 2000;320:129-30.

30. Kendall M, Harris F, Boyd K, Sheikh A, Murray SA, Brown D, et al. Key challenges and ways forward in researching the 'good death': qualitative in-depth interview and focus group study. BMJ 2007;334(7592):521.

31. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. Lancet 1998;351 Suppl 2:SII21-SII29.

32. Mak JM, Clinton M. Promoting a good death: an agenda for outcomes research - a review of the literature. Nurs Ethics 1999;6(2):97-106.

33. Hanson LC, Henderson M, Menon M. As individual as death itself: a focus group study of terminal care in nursing homes. Journal of Palliative Medicine 2002;2002 Feb;5(1):117-25.

34. Brazil K, McAiney C, Caron-O'Brien M, Kelley ML, O'Krafska P, Sturdy-Smith C. Quality end-of-life care in long-term care facilities: service providers' perspective. Journal of Palliative Care 2004;20(2):85-92.

35. Saunders C. The evolution of palliative care. J R Soc Med 2001;94(9):430-2.

36. Saunders C. On dying and dying well. Proc R Soc Med 1977;70(4):290-1.

37. Sosialdepartementet. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. 2003. 7/2003.

38. Husebo BS, Husebo S. De siste dager og timer. Behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Oslo: Medlex; 2003.

39. Norsk forening for paliativ medisin. Standard for palliasjon. Oslo: Den norske lægeforening; 2007.

Forskningens nytte og teoriens betydning



Foto: Stig Weston

> Sykepleiefaget har i over 150 år, fra Nightingales tid, via diakonistradisjonen og katolske ordenstradisjoner i Norge og representert ved moderne sykepleieteorier og begrepsavklaringer, prøvd å definere, klarlegge og utdype hva som er kjernen i sykepleie. Dette har vært viktig som grunnlag for etablering av forskning og vitenskap i sykepleien og som grunnlag for utvikling av en sykepleieetikk. Selv om mye av sykepleiefagets teoretisering, ulike sykepleieteorier og modeller har vært svake på relevans for praksis, er vitenskaplig og teoretisk svakt underbygget, og i noen tilfelle direkte spekulative, så har de vært viktige for formin-gen av identitet og etablering av moderne sykepleieforskning.

Sykepleien i dag viser en stadig voksende forskningstradisjon med basis i empirisk forskning og forskning på pasientfenomener. Vi ser en pluralisme av metoder og tema, samt en stadig ivrigere skare av sykepleiere som vil gjøre akademisk karriere. Dette vil tjene fag og helsetjeneste i framtiden. Men man ser også en utarming av teoridebatten i sykepleiefaget. Hvor finnes kompetente teoretiske og filosofiske studier i dagens sykepleievitenskap i Norge? Hvor er den brennende debatten om teoriutvikling, og den kritiske stemmen? For 30 år siden sydet det av debatt i sykepleien, både i miljøet rundt Norges sykepleierhøgskole, i tids-

skriftet Sykepleien og i universitetsmiljøene. Debatten dreide seg om vitenskapstradisjoner i faget, akademisering og profesjonalisering. Debatten og frontene var kanskje unødige skarpe, men det var teoretisk nytenkning og betydelig filosofisk skolering i sykepleiens kretser. Den gang etterlyste man med rette den kliniske forskningen. I dag må man etterlyse teoretiske forskning og debatt om fag og utdanning.

Noen mener at filosofi og teoriutvikling ikke er vitenskap eller forskning. Det er helt feil. Hvis ikke empirisk forskning har et grunnlag i kreativ nytenkning og et teorigrunnlag som stadig er under debatt, vil den empiriske forskningen også forfalle. Vi trenger ikke en sykepleievitenskap som bare dokumenterer og kartlegger empiriske fakta. Vi trenger også den kritiske innstilling, kreativiteten og evnen til å stille de viktige og uredde spørsmål, den gode problemstilling og nysgjerrigheten på fagets idé og plass i helsetjenesten.

Noen sier at mastergrader i sykepleien i dag først og fremst er metodeskolering. Det er like mye feil. En mastergrad er også det. Men metoden er og blir et verktøy; for realiseringen av det viktige spørsmål, den kreative hypotese, den interessante problemstilling. Uten teori blir både praksis og metode blind, uten inspirasjon og mål.

Av Per Nortvedt

p.nortvedt@medisin.uio.no

Per Nortvedt er professor ved Medisinske Fakultet, seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Barn med atopisk eksem

Psykiske og pedagogiske tiltak er brukt i tillegg til vanlig behandling for barn med atopisk eksem. Hensikten er å øke effekten av den medisinske behandlingen.

Atopisk eksem er ganske vanlig og rammer cirka 15 prosent av barn. Bare én til to prosent av voksne har atopisk eksem. Symptomer som kløe påvirker livet negativt. Kløe fører blant annet til kloring og kan påvirke barns søvn, livskvalitet og familieliv. Behandlingen er avhengig av foreldre i stor grad. Ofte trengs for eksempel spesielle klær, sengetøy og hyppig smøring med kremer og spesielle bad. Det kan være både tidkrevende og kostbart å behandle barnas eksemplager. Derfor er det å følge behandlingsregimer («compliance») et viktig utfall i forskning om tiltak overfor barn med eksem.

Litteraturen beskriver ulike typer psykisk støtte som er brukt overfor barn og/eller foreldre. Det kan være atferdsterapi, avslapning og kognitiv atferdsterapi. Pedagogiske tiltak er også beskrevet. Målet har vært å endre atferdsmønstre. Hensikten med denne systematiske oversikten var å vurdere effekten av psykiske støtte-tiltak og pedagogiske tiltak målt i endring i utfall for barn med atopisk eksem.

RESULTAT

Forfatterne inkluderte fem randomiserte, kontrollerte forsøk. Alle tiltakene i forsøkene ble gitt i tillegg til konvensjonell behandling.

Fire av studiene fokuserte på tiltak rettet mot foreldre. Tre studier fant at pedagogiske tiltak førte til signifikant bedring av symptomer både i barne- og ungdomsalder. De viste også at foreldrene fikk bedre livskvalitet. Én studie viste at videobasert undervisning var mer effektivt enn direkte undervisning. Én studie fant at psykiske støttetiltak med avslapningsøvelser/teknikker førte til bedring av kliniske symptomer.

KONKLUSJON

Mangel på robuste studier (med unntak av en ny tysk studie) gir

begrenset kunnskap om effekten av psykiske og pedagogiske tiltak for å hjelpe behandling av barn med atopisk eksem. Det trengs mer forskning om effekten av tverrfaglige opplæringsprogrammer om eksem eller tilbud gitt av sykepleiere («nurse-led clinics»).

KILDE:

Ersser SJ, Latter S, Sibley A, Satherley PA, Welbourne S. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. CD004054.

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via www.cochrane.no)

Illustrasjon: Malvin



Permanent urinkateter

Det finnes nesten ikke anvendbar forskning om hvilken katetertype som er best for personer som trenger langvarig kateterbehandling.

Permanent kateterisering er mest vanlig for personer som er innlagt for lang tid i ulike pleieinstitusjoner eller i hjemmebasert omsorg. Vanlige grunner til å bruke kateter er urininkontinens og urinretensjon av fysiske og nevrologiske årsaker ved for eksempel multipel sklerose, skader i sentralnervesystemet, forstørret prostata, sårbehandling eller for å bedre komfort for pasienten. Det fleste komplikasjoner assosiert med permanent kateter er symptomatisk eller asymptomatisk bakterieuri, skorpdannelse, irritasjon og lekkasje.

Permanent kateter i urinveiene (definert som innlagt mer enn 30 dager) er en viktig årsak til nosokomiale infeksjoner. Insidensen for kateterassosierte infeksjoner er cirka 3 prosent til 10 prosent per dag kateteret ligger inne. Det betyr at de aller fleste brukere vil få påviselig bakterieuri innen 30 dager. Mest utsatt er kvinner, eldre og personer med flere sykdommer.

Det finnes flere typer kateter og de varierer i design og materialebruk. De kan være rene, innsatt antiseptiske eller innsatt med antibiotika. Det mest vanlige bakteriside middel er kolloidalt sølv.

Forfatterne av denne systematiske oversikten fra Cochrane Library ønsket å finne forsknings-



Illustrasjon: Malvin

basert kunnskap om hvilken type kateter som er best for voksne som har behov for permanent kateter. De søkte etter randomiserte studier som sammenlignet ulike typer kateter brukt i mer enn 30 dager. Til tross for et svært omfattende søk i databaser, hånd søk i tidsskrift, referanselistesøk, kontakter med eksperter og kontakt med industrien var det svært få randomiserte forsøk som ble funnet.

RESULTATER

Tre forsøk ble inkludert og disse hadde totalt 102 personer med. To sammenligninger var gjort: antiseptisk kateter versus standard kateter (en liten studie) og én type standard kateter versus en annen type (to små studier). Det var vanskelig å trekke noen konklusjoner basert på usikre funn fra disse forsøkene. Fra en av studiene kan det forsiktig konkluderes at latekskateter med hydrogen blir tolerert bedre enn silikonkateter (RR for tidlig fjerning 0,41, 95 prosent KI 0,22 til 0,77).

KONKLUSJON

Svært få studier har sammenlignet én type kateter med en annen type for langvarig kateterbehandling. Alle forsøkene var små og hadde metodologiske svakheter. Det er derfor ikke nok kunnskap fra disse studiene til å kunne trekke praktisk anvendbare konklusjoner.

Det viktigste (og mest nedslående) funn fra denne oversikten var at det var så få studier om et så viktig og klinisk relevant spørsmål. Forfatterne jobbet iherdig med å finne robust forskning på området og fikk nærmere 12 000 treff til å begynne med. De endte opp med tre studier fra Japan, Sverige og England.

KILDE:

Jahn P, Preuss M, Kernig A, Seifert-Hühmer A, Langer G. Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. CD004997.

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via www.cochrane.no)

Tiltak for å få dekket pasienters informasjonsbehov hjelper litt

KORT BESKRIVELSE AV KONKLUSJONEN

Brosjyrer med sjekklister og støtte («coaching») gitt til pasienter før de gikk inn til en konsultasjon hos lege eller sykepleier førte til at pasientene stilte flere spørsmål og var mer tilfredse med konsultasjonen.

HVA ER TILTAKET OG HVA ER HELSEPROBLEMET?

Pasienter rapporterer ofte at de ønsker mer informasjon fra helsearbeidere (leger og sykepleiere) eller at informasjonen de mottar ikke svarer til deres spesielle behov. Informasjon fra observasjoner gjort under konsultasjoner bekrefter at informasjonen som gis ofte er begrenset. Pasientene har ofte varierende behov som fordrer skreddersydd informasjon.

Å gi god informasjon er viktig fordi det påvirker brukernes tilfredshet, tilslutning til behandling, erindring og forståelse. Mangel på informasjon eller det å gi feil eller uønsket informasjon kan forringe konsultasjonen og gi negative utfall.

I Norge finnes det mange informasjonsbrosjyrer rettet mot ulike diagnosegrupper. Disse er ofte tilgjengelig på venteværelser, på sykehusavdelinger eller blir sendt i posten i forbindelse med innkallinger. Likevel er det lite informasjon som er spesielt utarbeidet i den hensikt å støtte pasienter til å få dekket sine særskilte informasjonsbehov.

VIRKER BROSJYRER OG ANDRE STØTTETILTAK?

Virker brosjyrer og andre støttetiltak gitt til personer før konsultasjoner med lege eller sykepleier? Tiltakene fører antakelig til:

- at pasienter stiller flere spørsmål
- liten eller ingen forskjell i pasientenes angstnivå
- at brukertilfredsheten øker noe

Kvaliteten på denne dokumentasjonen er middels. Dette betyr at det er sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til disse resultatene og kan endre dem.

Det er uklart om tiltakene fører til:

- forskjell i pasientenes kunnskap.
- endring i konsultasjonslengden

Kvaliteten på denne dokumentasjonen er lav. Dette betyr at det er veldig sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til disse resultatene og kan endre dem.

Det er uklart om tiltakene fører til endring i klinikerens tilfredshet.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt hvordan ulike informasjons- og støttetiltak gitt før konsultasjoner virker på pasientene og på helsepersonell. Forskerne fant 33 studier som oppfylte kravene de hadde

fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 8244 deltakere. Studiene de fant sammenlignet støttetiltak gitt før konsultasjoner (hovedsakelig sjekklister med spørsmål eller pasientcoaching) med vanlig behandling eller rene informasjonsbrosjyrer.

KILDE:

Kinnersley P, Edwards A, Hood K et al. Interventions before consultations for helping patients address their information needs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. CD004565



Hva vet vi om dette temaet fra før?

Det er forskjell mellom kjønnene i opplevelsen av å være omsorgsgiver for en hjemmeboende person med demens.

Hva tilfører denne artikkelen?

Menns pleie- og omsorgssituasjon kan karakteriseres som lite innvirkende på deres daglige liv. Kvinner derimot opplever bundethet og savn og kjenner seg låst i omsorgssituasjonen.

Nøkkelord:

- Demens
- Hjemmeboende
- Omsorgsgivere
- Kjønnforskjeller

Mer om forfatterne:

Live Aasgaard, spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg, Master i klinisk helsearbeid,
Torun M. Mogensen, spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg, Master i klinisk helsearbeid¹,

Ellen Karine Grov, sykepleier, dr.polit.
live.aasgaard@drammen.kommune.no

Fakta:

I Norge har rundt 65 000 personer demens
Kilde: Lommelgen, februar 2006

Bakgrunn: Forskning viser at kvinnelige og mannlige omsorgsgivere til hjemmeboende personer med demens opplever omsorgssituasjonen forskjellig. Systematisk kartlegging ved bruk av standardisert spørreskjema avdekket i en foregående delstudie at kvinner opplever omsorgssituasjonen mer belastende enn menn.

Metode: Denne studien har en kvalitativ tilnærming. Respondentene beskrev det de anså som betydningsfullt i omsorgssituasjonen, og 27 pårørende deltok. Data ble analysert ved Miles og Hubermans tretrinns prosess.

Resultater: Kategoriene *opplevelse* og *organisering* er beteg-

nende for begge kjønn. Menn har en mer positiv opplevelse av omsorgssituasjonen enn kvinner. Menn administrerer, mens kvinner utfører omsorgsoppgavene. Menn er mer fornøyd med det offentlige tjenestetilbudet og samarbeidet i familien enn hva kvinner er.

Konklusjon: Kvinner og menns ulike opplevelse av omsorgssituasjonen tilsier at helsepersonell bør tilnærme seg forskjellig når hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten planlegges og utføres.



Family based care for better or worse – Male and female caregivers' experience of the caregiver situation among dementia persons staying at home

Background: Research shows that female and male caregivers have different experiences of the caregiver situation. In a previous study performed by this research group, female caregivers report higher level of burden. We therefore wanted to give an outline of this difference by means of a qualitative approach to text data.

Methods: The respondents were invited to write down what they found important in the caregiver situation. Twenty-seven respon-

dents used this opportunity. Data were analysed using Miles and Huberman's methodological approach (1994), where their three point process includes data reduction, data display and verification.

Results: Categories identified in this study are «experiences» and «organization», where female and male caregivers have different content to each factor. Male caregivers reported more positive experience of the caregiver situation compared with female caregivers. Men more than women, reported satisfaction with formal care and collaboration with the rest of the family.

Conclusion: The findings illustrate that health care personnel

have to be aware of relatives' different perspectives related to the caring situation.

» Familiebasert omsorg på godt og vondt

– MENN OG KVINNERS BESKRIVELSE AV PLEIE- OG OMSORGSSITUASJONEN OVERFOR HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS

Forfattere: Live Aasgaard, Torun M. Mogensen, Ellen Karine Grov
Foto: Erik M. Sundt

INTRODUKSJON

Demens rammer ikke bare enkeltmennesket. Mange omtaler pårø-

rende som de skjulte ofre for sykdommen, andre kaller demens en pårørendesykdom (1). Personer med demens er en økende pasientgruppe. Det finnes i dag cirka 40.000 hjemmeboende personer med demens i Norge. Prognoser

fra Statistisk Sentralbyrå viser at antallet vil være fordoblet i løpet av 2040 (2).

I praksis møter vi pårørende til hjemmeboende personer med demens som forteller om en utfordrende hverdag med venteliste på

ønskede offentlige tjenestetilbud. Forskning viser at pårørende opplever det eksisterende tjenestetilbudet som standardisert og ikke tilpasset den enkelte brukers behov (2, 3, 4). I henhold til St.meld. nr. 50 skal eldre bo hjemme så lenge de ønsker, men det er også nødvendig på grunn av stram kommuneøkonomi (5). På bakgrunn av egen erfaring vet vi noe om hvordan det oppleves å være omsorgsgiver til en person med en demenssykdom. Menn gir i hovedsak uttrykk for mer avslappet holdning til omsorgssituasjonen enn hva kvinner gjør. Kvinnelige omsorgsgivere oppgir som oftest at de pleier den syke selv, mens det ser ut til at menn er mer tilfredse med det offentlige tjenestetilbudet. Mannlige omsorgsgivere mottar mer bistand fra pleie- og omsorgstjenesten i kommunen sammenliknet med hva de kvinnelige omsorgsgiverne gjør. Dette understøttes i flere studier (6, 7, 8, 9). Kvinner beskriver også oftere enn menn at de er svært slitne på grunn av lite hvile og tunge omsorgsoppgaver (6, 7, 10, 11, 12).

St.meld. nr. 50 anmoder kommunene om å tilrettelegge for samarbeid med de private omsorgsytterne fordi det offentlige ikke klarer å imøtekomme det økende behovet for tjenester uten innsatsen fra pårørende (5). For å møte handlingsplanens anmodning, er det en forutsetning å kartlegge hvordan det oppleves å inneha omsorg for en person med demens i hjemmet. Det kan gi en oversikt over sårbar områder, både for pårørende i direkte pleie- og omsorgsfunksjon, og for helsetjenesten på systemnivå. I Drammen kommune har det ikke tidligere vært utført studier som handler om erfaringer i forhold til å yte omsorg i hjemmet til personer med demens.

Sykepleieforskningen er tradisjonelt kvalitativt av frykt for dehumanisering, men det argumenteres for at sykepleieforskningen har behov for både kvantitativ tilnærming med objektive data og kvalitativ tilnærming med subjektive data. Metodene er likeverdige og gjensidig utfyllende (13).

For å innhente mer kunnskap om kvinner og menns opplevelse av omsorgssituasjonen overfor personer med demens gjennomførte vi en studie i Drammen kommune fra mai til oktober 2006. Resultater fra den kvantitative studien viste at kvinner opplevde omsorgssituasjonen mer belastende enn menn (12). I tillegg til et standardisert spørreskjema ble pårørende invitert til å utdype hva som var viktig for dem i pleie- og

Flere av kvinnene i studien rapporterer høy grad av psykisk belastning.

omsorgssituasjonen. Dette tekstmaterialet benyttes i denne kvalitative studien slik at resultatene ikke bare består av frekvenser og tallmessige størrelser, men også en nyansert forståelse av pleie- og omsorgssituasjonen. Målet med studien er økt kunnskap, dokumentasjon og et bredere grunnlag for vurderingen av pårørendes behov når tjenestetilbud skal utformes og tiltak iverksettes. Problemstillingene er:

- a) å beskrive eventuelle forskjeller mellom kvinnelige og mannlige pleie- og omsorgsgivere
- b) å avklare hva en eventuell forskjell mellom kjønnene innebærer.

METODE

Inklusjonskriterier for deltagelse i studien var at omsorgspersonen skulle inneha hovedomsorgen for

en hjemmeboende person med demens.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helse Sør tilrådte studien og den ble anbefalt iverksatt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Den kvantitative studien ga oss opplysninger om den uformelle omsorgen på gruppenivå (12, 14). I tillegg til spørreskjemaet Caregiver Reaction Assessment (CRA) (15, 16), sendte vi ut et skjema for bakgrunnsvariabler som også inneholdt et felt hvor respondene kunne fylle inn med egne ord hva de selv opplevde som viktig i omsorgssituasjonen. Det er tekstmaterialet fra de 27 respondene denne artikkelen bygger på. I tekstanalysen anvendes Miles og Hubermans tretrinns prosess

(17). Ved hjelp av datareduksjon, analyse som fokuserer og sorterer data, fant vi termer/ord som vi kunne kategorisere i grupper. Kategoriseringen av tekstmaterialet blir vist som en skematisk fremstilling, eller i henhold til Miles og Hubermans begrep: «display» (17). Etter presentasjonen av termene og kategoriene følger fremstilling av tekstmaterialet som understøtter valg av kategorier. For leseren er dette en dokumentasjon og verifikasjon på at kategoriene er sannsynlige og relevante (17). Presentasjonen av kategoriene følger som del av resultatene, mens kategoriernes og termenes begrepsinnhold blir beskrevet og kommentert i diskusjonen. Gjennom fortolkning av termenes innholdsmessige betydning, fremkommer begrepsinnhold slik det blir beskrevet i Ogdens trekant (18, 19). Begreps-

avklaring gjør det mulig å sammenstille resultatene fra denne studien med begreper som er anvendt i tidligere forskning.

RESULTATER

Femtien pårørende (32 kvinner og 18 menn) besvarte spørreskjemaet, hvorav 15 kvinner og 12 menn benyttet seg av muligheten til å beskrive sine opplevelser av omsorgsrollen. Respondentene var i hovedsak opptatt av den subjektive opplevelsen av omsorgsgiverrollen, organiseringen av den uformelle omsorgen samt det kommunale tjenestetilbudet. Tekstmaterialet utkrystalliserte to kategorier: *opplevelse* og *organisering*. Termene i de to kategoriene blir presentert for henholdsvis kvinner og menn i tabellene 1 og 2.

Kategoriseringen av kvinner og menns opplevelse av omsorgssituasjonen er ulik innholdsmessig. Termene vi har valgt for kvinnene er *negativt* ladet.

TABELL 1: Kategoriene *opplevelse* og *organisering* for kvinnelige pleie- og omsorgsgivere

Opplevelse	Organisering
Ensomhet og savn	Døgkontinuerlig omsorg
Bundethet	Offentlig bistand
Psykisk belastning	Praktisk problemløsning
Fysisk belastning	Selvoppofrelse

I kategorien *opplevelse av omsorgen* fokuserte kvinnene på det som opplevdes belastende i situasjonen. De ga uttrykk for ensomhet og forsakelse, å gi avkall på det som tidligere hadde vært deres liv, og de slet med dårlig samvittighet for

ikke å strekke til. En kvinne forteller at hun er alene om omsorgen for ektemannen som trenger tilsyn hele døgnet. Hun kjenner seg trøtt hele tiden fordi mannen er mye våken om natten. Kvinnen hadde tidligere en deltidsjobb hvor hun trivdes svært godt. Etter at mannen fikk demens har hun måttet gi avkall på samvær med venner og kolleger, dette er et savn.

En datter ser det som en selvfølge, det er hennes plikt å ta seg av moren, men sier samtidig at dette går ut over egne behov og at hun føler seg bundet.

Flere av kvinnene i studien rapporterer høy grad av psykisk belastning, spesielt vanskelig er personlighetsforandringene hos den syke. Sinne og aggresjon, det å ikke kjenne igjen mannen de giftet seg med, er vanskelig å forholde seg til. En hustru forteller at «den psykiske biten er verre enn det fysiske slitet». En annen beskriver sine pleierelaterte oppgaver som «det å ivareta personlig hygiene hos den syke, jeg må vaske og skifte på ham» samtidig som hun beskriver funksjonen «som å måtte holde hjulene i gang», noe som er fysisk og psykisk slit-somt.

Termene vi har valgt for kvinnene under kategorien *organisering* er utførende fordi de ivaretar store deler av omsorgen selv. En kvinne sier: «heldigvis har jeg mulighet til å være hjemmeværende, jeg hadde ikke kunnet ha jobb på grunn av mor». En annen kvinne forteller at hun har «24 timers vakt fordi hun er redd for hva ektemannen kan finne på når han er alene». Kvinnene forteller om totalansvar for legebesøk og medisiner, handling og økonomi, tøyvask og renhold av leiligheten – i tillegg til den daglige pleien. En datter forsikrer seg om at moren har det bra ved å ringe henne flere ganger daglig.

Kvinner gir uttrykk for lite samarbeid med familien: «Jeg er alene om omsorgen», samtidig som de uttrykker misnøye med det kommunale tjenestetilbudet. «Kommunen yter ikke tilstrekkelig assistanse» er en beskrivelse som flere anvender. De nevner at hjemmesykepleiens besøk er for kortvarige, at det er venteliste på ønskede tjenestetilbud og at enkelte tjenester er for kostbare.

TABELL 2: Kategoriene *opplevelse* og *organisering* for mannlige pleie- og omsorgsgivere

Opplevelse	Organisering
Fysisk sterk	Praktiske oppgaver
Positiv omsorgsopplevelse	Økonomi
Lite innvirkning på daglig liv	Samarbeid/informasjon

Termene vi har valgt for de mannlige omsorgsgiverne i kategorien *opplevelse av omsorgen* er positivt ladet. Menn fokuserer i stor grad på det de får til i rollen som omsorgsgiver. De er tilfredse og gir uttrykk for at omsorgssituasjonen hovedsakelig er positiv. Uttalelser om at de er i «fysisk fin form og heldigvis har god helse» bidrar til at de opplever at «pleien går bra». En ektemann forteller: «Jeg synes at pleien går bra for jeg har lest om demens og pårørende til demente. Jeg forstår at det er sykdommen som gjør henne sånn». De mannlige omsorgsgiverne er stort sett av den formening at omsorgssituasjonen har lite innvirkning på dagliglivet. De har fortsatt tid til jobb, kamerater og fritidsaktiviteter. Termene i kategorien *organisering* er administrative. Menn forteller at de tar seg av praktiske opp-

gaver som å betale regninger og gå i butikken, resten tar hjemmesykepleien. Samtlige mannlige respondenter er fornøyde med samarbeidet i familien. En sønn forteller at han «ordner det økonomiske, mens kona mi tar pleien». Omsorgsansvar blir delt mellom søsken ved at de for eksempel besøker sin mor annen hver dag. To nevøer samarbeider om å ivareta omsorgen for sin tante som i tillegg har kommunal hjemmehjelp og privat seniorhjelp daglig.

Menn forteller at de leser om demenssykdommen, men at de savner mer informasjon fra helsepersonell. Ellers rapporterer de hovedsaklig om tilfredshet med det offentlige tjenestetilbudet.

DISKUSJON

Problemstillingen fokuserer på forskjeller mellom kvinnelige og mannlige pleie- og omsorgsgivere, og hva forskjellen innebærer. Menns pleie- og omsorgssituasjon kan karakteriseres som lite innvirkende på deres daglige liv. Kvinner derimot opplever bundethet og savn og kjenner seg låst i omsorgssituasjonen.

To hovedkategorier beskriver pleie- og omsorgssituasjonen for begge kjønn; opplevelse og organisering, men kategoriene har ulike perspektiver og innholdsmessige komponenter for henholdsvis kvinner og menn.

OPPLEVELSE

Denne studien viser som tidligere studier (6, 7, 9, 12, 20, 21), at det er forskjell mellom kjønnene i opplevelsen av å være omsorgsgiver for en hjemmeboende person med demens. Kvinnene forteller om bundethet, savn og ensomhet. Det er fysisk og psykisk belastende og utfordrende å være omsorgsgiver. Beretninger om å være «totalt utslitt» til den

klare pliktfølelsen «en selvfølge å ta meg av mor», viser kompleksiteten. Plikten kan være tyngende i den forstand at forlystelser eller forpliktelser må vike. Men plikten kan også betraktes som et ønske fra omsorgsgiveren. Motsetningen mellom ønske om å være tilstede og plikten til å stille opp for sine

“ Svært få menn gir avkall på egne interesser, jobb og venner.

kjære, er også beskrevet av pårørende til alvorlig syke og døende der den syke hadde et sterkt ønske om å dø hjemme (22).

Svært få menn gir avkall på egne interesser, jobb og venner. En mulig forklaring til disse to relativt forskjellige opplevelsene mellom kjønnene kan være at kvinner er mer komfortable med å gi uttrykk for følelsesmessige problemer enn menn (2, 6, 9). I tillegg kan kvinner oppleve mer stress fordi de har mange forskjellige roller å fylle, som hustru, mor, datter, husmor og yrkeskvinne (9, 20). Kvinner stiller ofte høye krav til seg selv basert på tradisjonelle holdninger og forventninger om at kvinnen er den oppofrende og omsorgsfulle personen som lever for familien (8, 23). Menn kan se på omsorgsrollen som en forlengelse av sin autoritet i familien, og de er muligens flinkere enn kvinner til å distansere seg når de ikke direkte befinner seg i omsorgssituasjonen. Det kan synes som om menn har et mer rasjonelt syn på demenssykdommen, de ser på symptomene som en del av den hjerneorganiske lidelsen demens er, og går løs på omsorgsoppgavene på en problemløsende måte (6, 8, 9, 24).

Kvinnene forteller at de har lite tid for seg selv, omsorgen er døgnkontinuerlig. Det er vanskelig å komme seg til lege, tannlege og frisør, selv det å gå alene på toalettet kan være problematisk fordi ektemannen ikke tør være alene. Kvinnene føler seg bundet og opplever å ha mistet regien i eget liv. Resultatene understøttes av flere forskningsstudier (4, 7, 12, 25).

Det beskrives en konstant tretthet fordi pårørende aldri får sove ut. Mange er redde for hva den syke kan finne på når han blir overlatt til seg selv. Kontinuerlig bekymring og det å være «på tå hev» hele tiden er kjennetegn ved kvinnene. Menn bekymrer seg ikke over hva som kanskje kan skje, men iverksetter tiltak når behovet er reelt, slik det er beskrevet i boka «Fra fortvilelse til forståelse»: mens han leser avisen lar han sin demenssyke kone holde på i kjøkkenet, han rydder heller opp etterpå (23). Zarits studie understøtter dette, men det antydes at menn muligens bagatelliserer situasjonen noe, mens kvinner kan ha tendens til å overrapportere omsorgsbyrden (2, 10).

Kvinner og omsorg er synonymt, og ny forskning bekrefter denne oppfatningen (9). Det kan oppleves som et nederlag dersom man ikke lenger klarer å ivareta omsorgsoppgavene selv og andre må ta over, eksempelvis kommunale tjenester. Menn ser i hovedsak ut til å ha en avslappet holdning til praktiske, daglige gjøremål, og velger ofte bort denne delen av omsorgsoppgavene (2, 6, 8, 24). Det kan være fordi huslige sysler ikke har vært en del av mansrollen, men det kan også være at disse arbeidsoppgavene blir sett på som mindre viktige. Kvinnene utfører praktiske gjøremål selv, en forklaring på at kvin-

nene er slitne. Mennene delegerer praktiske oppgaver og beskriver seg som fysisk sterke.

Symptomene på demens varierer ikke bare i løpet av sykdomsutviklingen, men også fra person til person (2). Deltakerne i studien beskriver at det kan være vanskelig å håndtere de psykiske symptomene demenssykdommen medfører. Personlighetsforandring som umotivert aggresjon, sexfiksering eller bortfall av hendinger fører ofte til store problemer i sosiale sammenhenger. Den syke bryter med vanlige normer og regler og har en taktløs måte å være på som kan være sjokkerende og vond for pårørende. Dette kan være en mulig årsak til tilbaketrekning fra sosiale sammenhenger (2, 4, 8, 25). Når et nært familiemedlem utvikler demens innebærer det tapsopplevelser med påfølgende sorg hos pårørende (1).

ORGANISERING

Kvinnene beskriver at de får lite hjelp fra familien. Menn derimot forteller om arbeidsfordeling. Funnene stemmer med tidligere forskningsstudier (2, 6, 8). Det kan synes som om menn er bedre enn kvinner til å administrere, og ved at praktiske oppgaver blir løst, kan emosjonelle bekymringer muligens unngås (2, 6, 8, 9, 10, 21).

Resultatene i vår studie viser at kvinner ikke er fornøyde med det kommunale omsorgstilbudet. Lystrup (3) beskriver hjemmetjenestens tidsbruk hos den syke, hvor det nevnes gjennomsnittlig tid på 53 minutter per døgn. Studien viser at personer med demens ikke innvilges mer tid per hjemmebesøk fra hjemmetjenesten enn personer uten denne diagnosen. Våre respondenter forteller om 24 timers vakt og døgnkontinuerlig omsorg. Etter

hjemmesykepleiens besøk er det fortsatt 23 timer igjen av døgnet. Kvinnene beskriver ventetid på offentlige tjenester. De er utilfredse med tilbudet og mener det er for kostbart. Tidligere studier viser at kvinner bekymrer seg mer for økonomien enn hva menn gjør (8, 9). Dette kan forklares ved at

“ Er offentlig bistand best tilpasset menn og deres behov ...?

familiens økonomi ofte har vært et mannsdominert ansvarsområde. Morris beskriver at det kan være vanskelig for kvinner å være den autoritære i forholdet og ta avgjørelser, siden dette tidligere ofte har vært mannens domene (9).

Mannlige pårørende er relativt fornøyde med det offentlige omsorgstilbudet. De takker ofte ja til tjenester som hjemmehjelp, varmmat og hjelp til pasientens personlige hygiene (9, 24). Dette er tjenester som kvinner hypigere enn menn takker nei til, fordi dette er oppgaver de mener de bør utføre selv. Forskningsstudier viser at det er flest kvinnelige omsorgsgivere (2, 6, 8, 9, 10). Ifølge Zarit er menns største problem i omsorgssituasjonen ansvaret for husholdningen, mens for kvinnene er det totalansvaret som er vanskeligst å takle (10). Tradisjonelt har kvinnene hatt «omsorgsplikten» overfor familien. Hoffmann og Mitchells studie viser at døtre går rett inn i rollen som omsorgsgivere, mens sønner kun gjør det i fravær av en tilgjengelig kvinne (8). Det kan se ut til at de tradisjonelt kvinnedominante oppgavene vektlegges som betydningsfulle siden det hovedsakelig

er denne type bistand det offentlige tilbyr. Er offentlig bistand best tilpasset menn og deres behov, eller er det slik at menn er flinkere til å tilpasse seg et allerede eksisterende tilbud?

Denne studien viser som tidligere studier, at menn og kvinner har forskjellig problemløsnings-tilnærming (6, 7, 8, 9). Kvinner har en emosjonell tilnærming, og de sliter med dårlig samvittighet og føler at de ikke gjør nok, et fenomen definert som pleie- og omsorgsbyrde (16).

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Basert på funn fra denne studien foreslår vi at hjemmetjenesten retter oppmerksomhet mot kvinnelige omsorgsgivere som ivaretar både praktiske og følelsesmessige utfordringer. Kartlegging av hva kvinnene ønsker hjelp til fra hjemmetjenesten og bistand ut fra deres behov, kan bidra til at de opplever pleie- og omsorgssituasjonen mindre belastende.

KONKLUSJON

Kvinner og menn har ulike opplevelse av omsorgen og ulike tilnærming til problemer. De kan derfor ha behov for ulike tiltak fra de hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenestene. Offentlige retningslinjer og forskrifter gir pålegg om at hjelpen bør være individuelt tilpasset (5, 26). Gjennom studier av denne art, kan beskrivelser av pleie- og omsorgssituasjonen bidra til økt forståelse for individuelle behov. Videre norsk forskning bør kartlegge konsekvensene av pårørendes omsorgsbyrde overfor denne pasientgruppen slik flere internasjonale studier har fokusert på (7, 27, 28).

REFERANSER

- (1) **Ulstein I.** Pårørendes situasjon. I: K Engedal, PK Haugen. Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2005: 329-342.
- (2) **Engedal K, Haugen PK.** Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2005.
- (3) **Lystrup LS, Lillesveen B, Nygård, AM et al.** Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1917-20.
- (4) **Sirkka H.** Når kjærlighet ikke er nok. Aldersdemente og pårørende i Tromsø behov for kommunale og fylkeskommunale tilbud. Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram om aldersdemens, Rapport nr.16, Sem: INFO-banken, 1995.
- (5) **St.meld. nr.50 (1996-97).** Handlingsplan for eldreomsorgen. Sosial og helsedepartementet.
- (6) **Dunkin JJ, Anderson-Hanley C.** Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology 1998; 51(1) 53-60.
- (7) **Grafström M.** The experience of burden in the care of elderly persons with dementia. PhD-avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 1994.
- (8) **Hoffmann, RL, Mitchell AM.** (1998) Caregiver Burden: Historical Development. Nurs Forum 1998; 33 (4) 5-11.
- (9) **Morris RG, Woods RT, Davies KS et al.** Gender differences in carers of dementia sufferers. Br J of Psych 1991; 158 (10) 69-74.
- (10) **Zarit SH, Todd PA, Zarit JM.** Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. The Gerontologist 1986; 26 (3) 260-266.
- (11) **Chumblor NR, Grimm JW, Cody M et al.** Gender, kinship and caregiver burden: The case of community-dwelling memory impaired seniors. Int. Ger. Psyc. 2003; 18: 722-732
- (12) **Mogensen TM, Aasgaard L, Mogenssen B et al.** A comparative study of spouses and other relatives as caregivers among persons with dementia. 2006; Innsendt til Klinisk Sygepleje.
- (13) **Grov EK.** Pluralism as scientific approach within nursing studies-reflections based on Lakatos' analysis and philosophy. Nor Tidsskr for Sykepleieforsk 2004; 6 (4) 17-29.
- (14) **Thornquist E.** Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, 2003.
- (15) **Grov EK, Fosså SD, Tønnessen A et al.** The caregiver reaction assessment: psychometrics, and temporal stability in primary caregivers of Norwegian cancer patients in late palliative phase. Psycho-Oncology 2006; 15: 517-527.
- (16) **Grov EK.** Primary caregivers of cancer patients in late palliative phase. Aspects of their quality of life and caregiver reaction. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.
- (17) **Miles MB, Huberman AM.** Qualitative data analysis: an expanded source book. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc, 1994.
- (18) **Baune Ø.** Vitenskap og metode. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
- (19) **Ogden CK, Richards IA.** The meaning of meaning: a study of the influence upon thought and of science of symbolism. London: Routledge & Kegan Paul, 1949.
- (20) **Sparks MB, Farran CJ, Donner E et al.** Wives, husbands and daughters of dementia patients: Predictors of caregivers' mental and physical health. Scholarly Inquiry of Nursing Practice 1998; 12 (3) 221-238.
- (21) **Heru AM, Ryan CE, Iqbal A.** Family functioning in the caregivers of patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19: 533-537.
- (22) **Grov Høiberg, EK (1994)** Hvilke faktorer mener pårørende må være tilstede for at personer med langtkommen kreft skal ha mulighet til å dø hjemme. Publikasjonsserie 10/1994. Oslo: Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 1994.
- (23) **Hotvedt K, Smebye KL.** Fra fortvilelse til forståelse. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, INFO-banken, 1999.
- (24) **Collins C, Jones R.** Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives. Int J Ger Psych 1997; 12: 1168-1173.
- (25) **Ingebretsen R, Solem PE.** Aldersdemens i parforhold. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, 2002.
- (26) **St.meld.nr.25 (2005-06).** Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- (27) **Given CW, Given B, Stommel M et al.** The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. Res Nurs Health 1992; 15 (4) 271-283.
- (28) **Albinsson L, Strang P.** Existential concerns of families of late-stage dementia patients: Questions of freedom choices, isolation, death, and meaning. J Palliative Med. 2003; 6 (2) 225-232.



Våre lesere går i dybden

Når du har en annonse, vil du at de riktige menneskene skal finne den. Men det er ikke nok. Du vil at de skal være grundige, søkende. De skal se annonsen din. De skal høre hva den sier. De skal huske den.

Og hvis det var opp til deg, tok de til og med vare på budskapet ditt. Satt det inn i bokhylla og tok det frem igjen. Og igjen.

Sykepleien Forskning er for lesere som ønsker å gå i dybden. Med tidløst innhold som forskning-sresultater, internasjonale fagartikler og aktuelle problemstillinger får sykepleiere en unik mulighet til å holde seg oppdatert innenfor fagområdet sitt.

I tillegg er formatet lite og praktisk. Det gjør Sykepleien Forskning til en lett tilgjengelig kunnskapskilde - som er verdt å samle på.

sykepleien
Forskning

Sykepleien Forskning kommer fire ganger i året

Sykepleien Forskning som du nå holder et eksemplar av i hånden, kommer fire ganger i året sammen med Sykepleien.

Vi har fått mange positive tilbakemeldinger på Sykepleien Forskning. Kontakt oss gjerne med ris eller ros på e-post eller telefon. Vi er til for deg som er sykepleier, og andre med helsefaglig bakgrunn.

Neste utgave av Forskning kommer 6. desember.

God lesning!

Hilsen redaksjonen

Leena Honkavuo, redaktør: leena.honkavou@sykepleien.no, tlf. 90956072
Susanne Dietrichson, redaksjonssekretær: susanne.dietrichson@sykepleien.no,
tlf. 22 04 33 53

NYTT OG NYTTIG

198: HVA VAR RESULTATENE?

202: LIVET SOM ALVORLIG SYK



LESERNE MENER

> MANGELFULL

Jeg reagerer på artikkelen «Å vurdere kunnskap» på side 126 i Sykepleien Forskning 02/07. Dette er «mitt fagfelt», og derfor har jeg festet meg ved den og lest den grundig. Dette er en artikkel – med både innhold og «skrivemåte» – som jeg gjenkjenner i min egen artikkel utgitt for noen år siden. Jeg reagerer også på manglende kildehenvisninger underveis. Jeg kan for eksempel ikke se en eneste henvisning på artikkelside 127 og lite på side 128. For at sykepleiere skal få anerkjennelse og respekt i sin utøvelse av både skrivekunst og forskning er det en ufravikelig regel som gjelder gyldighet.

Jeg ønsker ikke å mistenkeliggjøre eller vise mistillit til verken Sykepleien Forskning eller artikkelforfatteren. Innspillet bunner i en faglig reaksjon fra min side, du kan også kalle det undring, over at jeg leser en artikkel som er bygget opp etter de prinsippene jeg selv har utgitt i tidsskriftet Sykepleien, samt at jeg reagerer fordi artikkelen i Sykepleien Forskning har mangelfulle litteraturhenvisninger på det fagstoff som presenteres, samt en del faglige feil jeg gremmes litt over, og «lette» forklaringer.

I sin oversikt over «spørsmål å stille» er det ingen henvisninger. Dette er ikke hennes kunnskap, men trukket ut fra fag/metodelitteratur. Man skal være redelig og oppgi sine kilder. Hadde dette vært en student i utdanning, eller meg selv som doktorgradsstudent, så hadde ikke dette blitt slått hardt ned på. Langt mindre blitt antatt i et tidsskrift. Jeg syntes også litteraturlisten som er oppgitt er noe mager, om jeg kan utrykke meg slik.

Fra egen erfaring vet jeg at det tar lang tid å skrive en metodeartikkel slik at stoffet kan formidles på en forståelig måte. Det er gjort noen snarveier på bekostning av kvalitet, men det er nå bare mitt inntrykk.

Jeg opplever også at det er litt feil forståelse av fagstoffet. For eksempel under systematiske oversiktsartikler, spørsmål 5: Dette er slik det fremstår i sin nåværende form ikke riktig. En systematisk oversiktsartikkel kan for eksempel inneholde metaanalyse. Konklusjon: Hvis effektmål og avvik er store statistisk sett så betyr ikke det at leseren skal lese konklusjonen med varsomhet. Leseren får oppgitt at det er ulike funn og så videre, og at det derfor er vanskelig og konkludere i den ene eller andre retningen. Det blir også feil og omtale noe som «vanlig» oversiktsartikkel. Hva mener forfatteren med det? På fagspråket har vi to kategorier: Usystematisk eller Systematiske review/oversiktsartikler.

Jeg reagerer også litt på Reinars henvisning under randomiserte studier, hvor det står i siste setning i andre avsnitt «De siste kalles ofte kvasiexperimentelle». Dette er en lettvindt henvisning til et seriøst design, som ikke nevnes videre og som ikke er korrekt! Når

man ikke holder seg til skjemaet som hun sier så blir det kvasiexperimentelt? Slik det fremstår i artikkelen så er kvasiexperimentelt altså et design med «fordeling» etter prinsippet annenhver. Dette er direkte feil.

Et Kvasiekseperimentelt design innebærer ikke nødvendigvis fordeling av subjekter etter annenhver prinsippet. Annenhver prinsippet, til kontroll eller intervensjon, er et fordelingsprinsipp som kjenner seg som randomisering. Altså: det kan være helt korrekt og bruke en slik fordeling i et randomisert kontrollert design, men ikke nødvendigvis i et kvasiexperimentelt design. Artikkelforfatteren snur dette på hodet. Kvasiekseperimentelt betyr kort og godt at designet er svakere enn et randomisert design fordi det for eksempel mangler enten randomisering og/eller en kontrollgruppe. Så er det også slik at om man i utgangspunktet har startet en studie som randomisert, men det av praktiske årsaker er lite gjennomførbart, da er det ikke bare å skifte design og fortsette datainnsamlingen. Man må begynne på ny datainnsamling ellers blir alle data forvrengt. Artikkelforfatteren glemmer også og få frem regel nummer 1: Datainnsamlingen styrer analysen og resultatene og er ergo den viktigste og mest sårbare fasen i hele studiet.

I lys av dette ser jeg også at artikkelforfatteren er redaktør i samme tidsskrift. Kanskje dette er litt uheldig?

Kristin Markussen

Takk for dine kommentarer til artikkelserien som har stått i Sykepleien Forskning 1-2006 og 1-2, 2007. Det er bra at lesere engasjerer seg og at det blir debatt. Jeg forstår det slik at du har tre hovedinnvendinger til artiklene: mangelfulle henvisninger, faglige feil og sammenblandingen av forfatterskap og redaktøransvar.

Mangelfulle henvisninger

Litteraturhenvisningene i artikkelserien er sentrale bøker som tar for seg «Kunnskapsbasert praksis» eller «Evidence based practice/medicine/nursing». Det dreier det seg om gangen eller trinnene i kunnskapsbasert praksis som grovt kan skisseres slik:

1. Å stille spørsmål
2. Å lete etter svar
3. Å kritisk vurdere forskning
4. Å sette forskning ut i praksis

Jeg henviser til litteratur skrevet av sentrale personer med lang erfaring i å skrive om og undervise i dette både i inn og utland. Det er også henvist til artikler fra Evidence Based Nursing og Journal of Advanced Nursing.

Faglige feil

Du reagerer på at jeg snakker om «vanlige» oversikter og systematiske oversikter og mener de skal omtales som «Usystematiske» og systematiske oversikter. Her er vi vel egentlig ikke uenige, de fleste vanlige oversiktsartikler er jo ikke systematiske oversiktsartikler og er dermed usystematiske. Det brukes forskjellig fagspråk i ulike miljøer. Jeg etterlyser referanse til det du sier om «på fagspråket har vi to kategorier ...» Etter min oppfatning brukes mange av disse betegnelse om hverandre.

Når det gjelder omtalen av spørsmål fem i den korte (og absolutt ikke fullstendige) sjekklisten for systematiske oversikter, så tror jeg ikke uenigheten er stor. Dersom resultater fra flere inkluderte studier varierer eller peker i ulike retninger så er det ikke riktig å slå resultatene sammen i en meta-analyse. Dermed blir konklusjonen mer forsiktig og man bør være varsom i fortolkningen.

Når det gjelder definisjon av randomiserte og kvasi-randomiserte studier så bygger vi nok på ulike kilder. Jeg bruker definisjonene som blant annet brukes av «Cochrane Collaboration» (www.cochrane.org). I følge disse definisjonene ville et forsøk der deltakerne er fordelt etter «annen hver» – prinsippet bli betegnet som en kvasi-randomisert studie.

Artikkelforfatter er redaktør

Artiklene er publisert under «Nytt og nyttig» som er en fast spalte. Dette er redaksjonelt stoff som står for redaksjonens regning. Målgruppen er sykepleiere som skal lese forskningsartikler. Artikkelsen er ikke primært beregnet på forskere. Forfatteren var, som du bemerker, redaktør av tidsskriftet.

Liv Merete Reinar

DOKTORAVHANDLINGER 2007

ANNE LISE BRANTSÆTER

Validation of dietary data in pregnancy. Validation of the food frequency questionnaire developed for the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)

Disputas 21.06.2007

Veileder: Helle Margrete Meltzer, Nasjonal folkehelseinstitutt
Utgår fra Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO

REIDUN HOV

Nursing Care for Patients on the Edge of Life. Nurses' experiences related to withholding or withdrawing curative treatment, in the contexts of ICU and nursing home

Disputas 21.09.2007

Veileder: Elsy Athlin, Karlstads universitet og Høgskolen i Hedmark, Institutt for Helse og Idrett
Utgår fra Karlstads universitet

Tips oss!

Disputerer du eller vet du om noen som gjør det eller nylig har gjort det? Send inn opplysningene til susanne.dietrichson@sykepleien.no

HVA VAR RESULTATENE?

– For deg som leser forskningsartikler

Tekst: Liv Merete Reinar

Foto: Colourbox

I forrige artikkel i denne serien tok vi opp hvordan det går an å finne ut om det som står i en artikkel er sant (1). Vi viste framgangsmåter som øker sannsynligheten for at det en forsker har funnet ut og presenterer er et riktig bilde av virkeligheten. For å vurdere dette viste vi til spørsmål fra noen sjekklister for kritisk vurdering av forskning. Et eksempel på et slikt spørsmål var om tilfeldig fordeling av personer til intervensjons- eller kontrollgruppe i en effektstudie øker sjansen for at gruppene blir sammenlignbare.

Vi tok ikke opp spørsmålet om hva resultatene var. Det må vi også kunne bedømme før det gir mening å gå videre med artikkelen. Vi må vite hva resultatene betyr før vi eventuelt tar funnene videre ved å bruke dem i faglige retningslinjer eller iverksette tiltak som endrer praksis. Vi må vite om resultatene av en primærstudie eller fra en systematisk oversikt virkelig tyder på at et tiltak gir helsegevinst, om det skader eller om det ikke har effekt i det hele tatt.

> STATISTIKK

Når vi skal oppsummere kvantitative resultater, er faget statistikk nyttig. Dels tilbyr statistikken noen verktøy som gjør det enklere å oppsummere resultatene. Å beregne et gjennomsnitt er et eksempel. Noen andre statistiske mål blir nevnt senere. I tillegg hjelper statistikken oss å ta høyde for graden av tilfeldig variasjon. Hvis du ser en effekt av et tiltak kan det nemlig skyldes rene tilfeldigheter. En statistisk vurdering hjelper oss å bedømme hvor stor feilmargin resultatet er beheftet med. Statistikk kan man lære seg på ulike nivåer. Noe må man lære seg for å vurdere et kvantitativt arbeid, men det er ikke nødvendig å bli ekspert. I denne artikkelen farer vi nokså lett over statistikken og du vil behøve mer utfyllende litteratur (2,3,4).

> Å BEDØMME EFFEKT

Effektspørsmål handler om tiltak som settes i gang innen forebygging, behandling eller rehabilitering. Eksempler på slike spørsmål er:

For gutter i alderen 16 til 18, fører gratis tilgjengelig kondomer til at færre ungdom får klamydia-infeksjon?

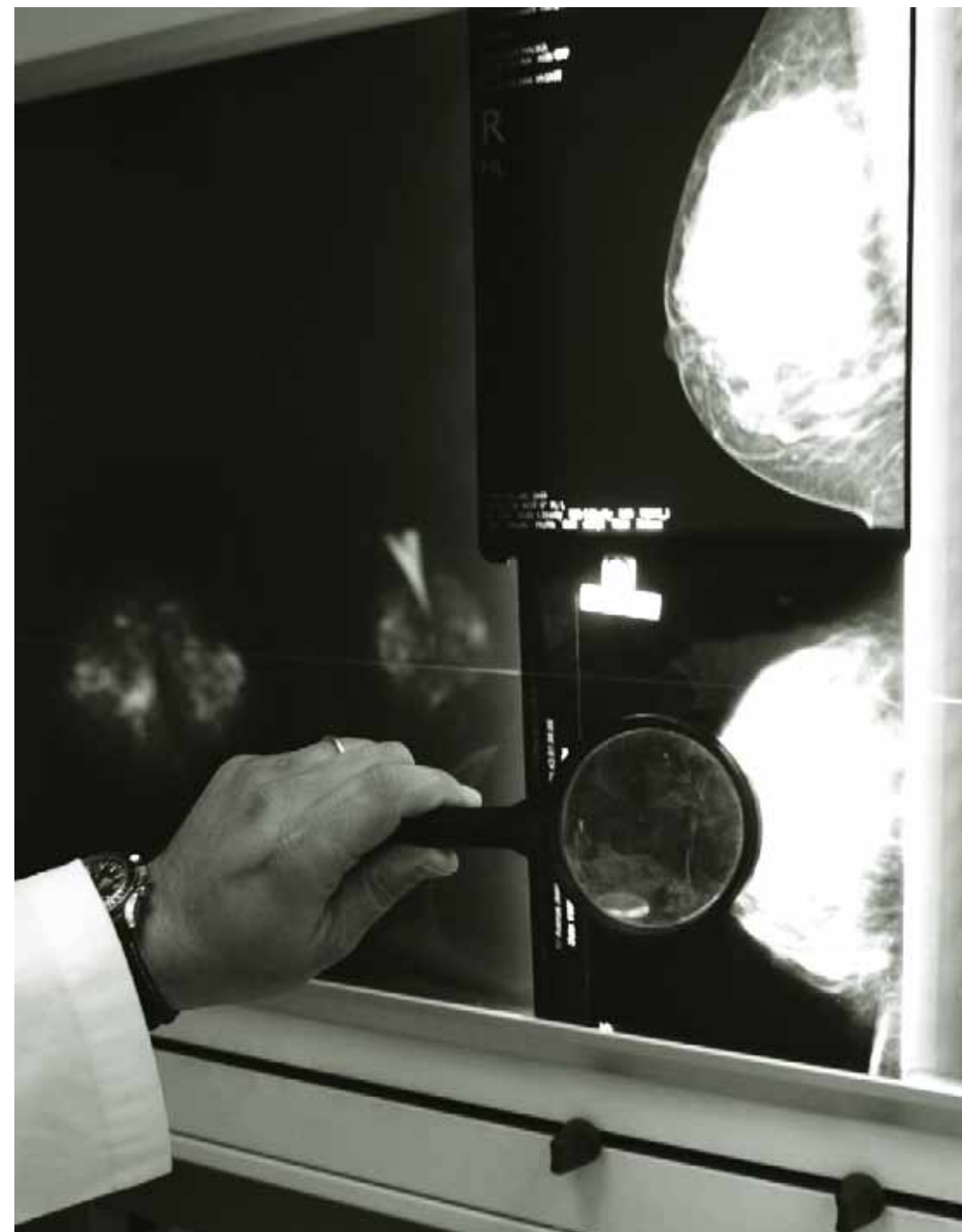
For pasienter over 70 år med leggsår, hva er effekten av ettlagsbandasje sammenlignet med firelagsbandasje på sårtilheling?

For kvinner som har fått diagnosen brystkreft, vil trening i grupper med fysioterapeut gi bedre livskvalitet?

Som regel måler vi effekt av forebygging og behandling ved å telle negative hendelser og bedømme risiko for sykdom eller død. Den ennå mest vanlige måte å vise hvor store (eller små) resultater man fikk, er ved hjelp av *relativ risikoreduksjon* (RRR). Hvis risikoen for et negativt utfall i intervensjonsgruppen var 4 prosent og 10 prosent i kontrollgruppen, er risikoreduksjonen lik 6 prosent. Relativ til bakgrunnsrisikoen (som synliggjøres i kontrollgruppen) innebærer dette en risikoreduksjon på 6 prosent: $10 \text{ prosent} - 4 \text{ prosent} = 6 \text{ prosent}$ – i en annen måleenhet – 60 prosent. Dette er en veldig grei måte å beregne resultatene på. Problemet med RRR er at den ikke skjelner mellom situasjoner med lav utgangsrisiko for sykdom (hvor en RRR på 60 prosent ikke gjør så mye fra eller til) og situasjoner med høy utgangsrisiko for sykdom (hvor en risikoreduksjon på 60 prosent virkelig er imponerende).

Den *absolutte risikoreduksjon* (her 10 prosent minus 4 prosent = 6 prosent) fanger imidlertid opp både utgangsriskoen og effektstørrelsen. Denne tallstørrelsen er imidlertid ikke så lett verken å huske eller bruke, men et lite triks bringer oss raskt over til et klinisk meningsfullt uttrykk for effekt.

Antall som må behandles beskriver antall personer som må behandles for å unngå ett uønsket utfall og kalles ofte NNT etter det engelske uttrykket *numbers needed to treat*. NNT finner vi ved å invertere den absolutte risikoreduksjon (i andeler av 1) $0,1 - 0,04 = 0,06$ og $1/0,06 = 17$. I dette forsøket måtte 17 personer behandles (i så lang tid som man fulgte pasientene i forsøket) før man unngikk ett negativt utfall. Det er kanskje lettere å se logikken hvis du tenker prosent. Hvis 10 prosent ble helbredet i intervensjonsgruppen mot 4 prosent i kontrollgruppen, var det 6 prosent som



kom seg på grunn av intervensjonen. En forutsetning for denne slutningen er at gruppene var «like» i utgangspunktet («baseline») og utenom selve tiltaket ble behandlet helt likt. Hvis vi tilbyr en intervensjon til 100 pasienter, vil derfor seks av dem få en effekt. Ett hundre dividert med seks er 17 eller med andre ord; hver 17. pasient blir bra på grunn av den nye behandlingen.

> ETT TALLEKSEMPEL

Eksempelet nedenfor er hentet fra boka til Trish Greenhalgh. Spørsmålet er om hjertekirurgi øker sjansen for overlevelse blant hjertepasienter sammenlignet med bare å gi dem medisinsk behandling i form av tabletter og vanlig oppfølging.

Effekt av hjertekirurgi på overlevelse			
	Utfall etter ti år		Antall pasienter
Behandling	Døde	I live	
Medisinsk	404	921	1325
Kirurgisk	350	974	1324

Enkel regning forteller deg at pasienter som fikk medisinsk behandling hadde en $404/1325=0,305$ eller 30,5 prosent risiko for å være døde etter ti år. La oss kalle dette tallet for X. Pasienter tilfeldig fordelt (randomisert) til kirurgisk behandling hadde en $350/1324=0,264$ eller 26,4 prosent risiko for å være døde etter ti år. La oss kalle dette tallet for Y.

Den absolutte risikoreduksjonen er X minus Y, dvs. 4,1 prosent (0,041).

Antall som må behandles, er $100/4,1$ eller $1/0,041$, det vil si 24. Hvis hundre pasienter behandles med kirurgi, er det fire som får en fordel de ikke ville fått med medisinsk behandling. Hver 24. pasient har følgelig nytte av kirurgi.

Relativ risiko for død blant de opererte sammenlignet med de andre er X/Y eller $0,87$ (87 prosent). Den relative risikoreduksjonen (X minus Y)/X dvs. $0,13$ eller 13 prosent.

Den siste måten å uttrykke effekt på som vi skal omtale er utbredt, men ikke intuitivt helt enkel å forstå, nemlig odds ratio. Odds er sjan-

sen for det ene utfallet dividert med sjansen for det andre utfallet. Odds for å dø sammenlignet med odds for å overleve i den medisinske gruppen er $404/921=0,44$. For pasienter i kirurgigruppen er det tilsvarende tallet $350/974=0,36$. Forholdet, eller ratioen mellom disse sjanseregningene (odds ratio), er $0,36/0,44 = 0,82$.

> ULIKE EFFEKTESKRIVELSER

Om denne undersøkelsen – som sammenligner kirurgisk og medisinsk behandling av en alvorlig lidelse – kan vi derfor konkludere:

- Kirurgi reduserer dødeligheten med 13 prosent
- Kirurgi gir en absolutt reduksjon i sjansen for å dø på 4 prosent
- Kirurgi øker sjansen for å overleve fra 70 til 74 prosent
- 24 pasienter må behandles kirurgisk for å unngå ett dødsfall.

Alle måtene å uttrykke seg på er «korrekte», men de etterlater litt forskjellig inntrykk. Det krever litt trening å turnere disse forskjellige uttrykkene. Den viktigste treningen får du ved å lese artikler og forsøke å forstå hva resultatene er og se hvordan de er tallfestet. Øvelse gjør mester!

> KONFIDENSINTERVALL

Hver gang vi forsøker å beregne en effektstørrelse i et forsøk, må vi reflektere over innslaget av tilfeldig variasjon. Et forsøk vil gi ett resultat. Hvis vi gjorde det samme forsøket om igjen på nye pasienter, ville vi finne en effekt i samme størrelsesorden, men vi ville ikke finne akkurat det samme tallet. Hvor mye tilfeldig variasjon vi må regne med avhenger av 1) hvor mye informasjon som er tilgjengelig, det vil si hvor stort utvalg som er med i forsøket og 2) hvor mye underliggende variasjon det er i det fenomenet vi prøver å påvirke.

En måte å kvantifisere den tilfeldige variasjon som alltid følger med en måling på, er å beregne et konfidensintervall der vi kan være rimelig (for eksempel 95 prosent) sikre på å finne den sanne verdi. Hvis den absolutte risikoreduksjon i et forsøk var 6 prosent og vi beregner et 95 prosent

konfidensintervall som gikk fra 2 til 9 prosent, er det dette intervallet vi har tillit (konfidens) til. Med andre ord: hadde vi gjort forsøket om igjen hadde gevinsten sikkert ikke vært en risikoreduksjon på akkurat 6 prosent, men med en 95 prosent sannsynlighet hadde vi funnet et tall mellom 2 og 9 prosent. Et slikt konfidensintervall eller feilmargen viser oss med hvilken presisjon en effekt er bedømt. Du vil sikkert være enig i at en 20 prosent reduksjon i dødelighet som har et smalt konfidensintervall, for eksempel 18 til 23 prosent, er «mer til å stole på» enn en tilsvarende reduksjon med en stor feilmargen, for eksempel 6 til 45 prosent. Hvis konfidensintervallet inneholder tallet null og for eksempel går fra -5 til 60 prosent kan vi ikke med rimelig grad av sikkerhet utelukke at behandlingen har null effekt (eller endog skader).

> EKSEMPLER

Kikk på den faste spalten i Sykepleien Forskning som heter Evidence Based Nursing. Velg deg en av de kvantitative forskningsartiklene du finner. I disse sammendragene har en person systematisk gått gjennom <l>design, fordeling, blinding, oppfølgingsstid, populasjon/pasientgruppe, intervensjon og utfall i randomiserte studier<l>. Resultatet gis tydelig i en resultattabell. <l>Systematiske oversikter<l> oppsummeres på lignende måte. Se for eksempel den systematiske oversikten om ingefær og kvalme [4]. Se på resultattabellen. Kjenner du igjen begrepene relativ risikoreduksjon (RRR) og konfidensintervall (KI) og NNT? Kikk også på tabellene i Sykepleien Forskning 2-2007, side 78 til 83, her er RRR, OR, NNT oppgitt med konfidensintervaller. Ser du at konfidensintervallet krysser 1 der hvor resultatet ikke er statistisk signifikant? Du ser det tydelig i tabellen i artikkelen om kosttilskudd ved hoftebruddsoperasjon. I eksemplaret av Sykepleien Forskning som du holder i hånden nå er det enda flere tabeller i artiklene «Evidence Based Nursing». Kikk på tabellene og referer gjerne til denne artikkelen hvis du trenger nærmere forklaring på hva de statistiske begrepene betyr.

Ved å bruke artikkelserien i Sykepleien Forskning (1,6-7) kan du også gå systematisk gjennom

forskningsartikler. «Evidence Based Nursing» er gode eksempler på hvordan dette kan gjøres og formidles på en tilgjengelig måte. Vårt viktigste poeng er at du – med litt tid og tålmodighet vil kunne lese en artikkel med kritisk blikk. Du vil kunne gjøre deg opp en egen oppfatning om holdbarheten av funnene, hva resultatene var og reflektere over betydningen for egen fagutøvelse.

Denne artikkelen er en revidert versjon av en artikkel som tidligere er publisert [8].

REFERANSER

1. Reinar LM. Å vurdere forskning. Sykepleien Forskning 2007;1 (2):126-9
2. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for helse- og sosialfagene. Revidert utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2004.
3. Greenhalgh T. How to read a paper. Third edition. Oxford: Blackwell Publishing Group: 2006.
4. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing, A guide to clinical practice. St. Louis: Elsevier Mosby Inc, 2005.
5. Ingefær forebygger 24-timers postoperative kvalme og oppkast. Evidence Based Nursing. Sykepleien Forskning; 1:2006, 12-13.
6. Reinar LM. Det starter med et spørsmål. Sykepleien forskning 2006;1:62-64.
7. Reinar LM. Å lete etter svar. Sykepleien Forskning 2007;1 (1):58-61.
8. Reinar LM, Bjørndal A. Hva er resultatene? Tidsskrift for Jordmødre 1999;5:15-18.

Livet som alvorlig syk

> Et brennende ønske om å gi pasienter med alvorlig kreftsykdom en stemme, er motivasjonen bak Berit Sæterens studie: «Kampen for livet i vemodets slør – Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet».

BERIT SÆTEREN

f. 1950

Utdanning: Sykepleier, embetseksamen i sykepleievitenskap.

Arbeidssted: Fagområdet sykepleie, Kreftklinikken, Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF, Bistilling ved Høgskolen i Oslo.

Aktuell med: Avhandlingen: Kampen for livet i vemodets slør – Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet. Åbo Akademis forlag, 2006.



Tekst: Geir Arne Johansen

Foto: Erik M. Sundt

– Vi lever i en kultur hvor vi kjemper med å holde døden på avstand. I møte med en progredierende kreftsykdom tvinges pasienten til å forholde seg til seg selv og «egen død». Intensjonen i denne studien er å søke en dypere forståelse for hvordan pasienter med alvorlig kreftsykdom opplever livet når trusselen om død er større enn håpet om liv, sier Berit Sæteren.

Studien tar utgangspunkt i et sykepleievitenskaplig perspektiv, og Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutikk. I alt tjuen pasienter og åtte sykepleiere deltar i studien, som er gjennomført i form av kvalitative forskningsamtaler. Pasientene er alvorlig kreftsyke, og har fått vite at det ikke finnes mer medisinsk behandling for å helbrede sykdommen. Sykepleierne har lang erfaring i å utøve omsorg til denne pasientgruppen. Tekster fra samtaler med pasientene og sykepleierne, og utvalgte tekster av Søren Kierkegaard, har vært grunnlaget for den hermeneutiske tolkningsprosessen.

– Det som berørte meg mest gjennom samtaler med pasientene var deres opplevelse av ensomhet. Det å være alvorlig syk ble beskrevet som en ekstremt ensom kamp. Pasienten kjemper en kamp mellom smerte, angst og fortvilelse på den ene siden, og et sterkt ønske om å leve normalt, med håp og livslengsel, på den andre. Dette snakkes lite om, selv med de nærmeste, da pasienten og de pårørende forsøker å beskytte hverandre, sier Sæteren.

TAUST OM DØDEN

Resultater fra pasientstudiene viser at menneskets forhold til seg selv, til andre, til Gud eller en høyere makt, og naturen, utgjør den meningssammenheng hvori menneskets vorden i helse og lidelse utspilles i en dialektisk bevegelse mellom utleverthet, imøtekomme og bekreftelse.

– I sin utleverthet streber pasientene etter helse og integrasjon, etter å bli seg selv ved å bli forsonet med seg selv. Pasientene er ensomme i denne kampen, da samtaler knyttet til eksistens og død sjelden forekommer verken med de nærmeste eller med hel-

sepersonell. Forholdet til døden forblir i stor grad i taushet forklarer Sæteren, og utdyper:

– Jeg tror det er en taushet knyttet til det å være alvorlig syk og døende som må være der. Vi blir ofte tause innenfor det uut-sigelige, og denne taushet skal vi ha stor respekt for. Samtidig snakker Kierkegaard om den demoniske taushet som gjør at mennesket slutter seg inne i seg selv, og den må vi bryte. Dette krever stor grad av varhet, innlevelse, og kjennskap til pasienten. Jeg har stor tro på samtalen som en vei ut av angstens innesluttethet. Pasientene fortalte at det var sjelden sykepleiere inviterte dem til samtale om hvordan de egentlig hadde det. Min tanke er at vi i større grad må ha stukturerte omsorgssamtaler som en integrert del av omsorgstilbudet til disse pasientene.

TREDOBBEL KAMP

– Pasientenes livskamp fremstår som en tredobbel kamp: mot tiden og tilintetgjørelse, for imøtekomme og bekreftelse, og for gjenoppsett og forsoning. Gjennom en yttligere tolknings-

prosess fremstår pasientenes livskamp som en viljeskamp mellom angst og kjærlighet. Som tolket helhet fremstår det å leve i spenningsfeltet mellom håpet om liv, og trusselen om død; som kampen for livet i vemodets slør.

Sæteren skjønte fort at hun trengte en referanseramme for å kunne få en dypere forståelse av pasientens indre verden. Denne fant hun i Søren Kierkegaards angstanalyse og i Kierkegaards tenkning om menneskets etiske ansvar.

” Det som berørte meg mest gjennom samtaler med pasientene var deres opplevelse av ensomhet.

For Kierkegaard er ikke angst et psykisk fenomen som skal døyes for en hver pris. Angsten er tvetydig, den kan lamme, men den kan også bli noe fruktbart, en vei til frihet. Omdreiningspunktet; fra å være innelukket og fanget i angsten, til å åpne seg og komme

ut i frihetens rom, er menneskets selvbevissthet og vilje. Det ligger en stor utfordring for helsepersonell i å utvikle bekreftende relasjoner med pasienten som tillater at angst og fortvilelse kan deles, og gi rom for håp og livslengsel.

ANSVAR FOR EGET LIV

– Vi må styrke de ressursene pasientene har, og hjelpe dem til å leve fullt ut. Det å leve som alvorlig syk vil være en lidelsesfull erfaring, men pasientene beskriver også mange gode erfaringer og øyeblikk av helse i denne prosessen. Familier kommer nærmere hverandre, og tiden man deler med hverandre blir utrolig dyrebare. Mennesket har en enorm bæreevne, og det er utrolig å se hvordan den enkelte bærer dette når man kommer i en slik situasjon.

Gjennom studien oppdaget Sæteren at pasientene er veldig opptatt av å få lov til å ta ansvar for livet sitt.

– Det er viktig for pasientene å ta egne valg og beslutninger til det siste. Nettopp i det personlige ansvaret ligger mye av pasientens verdighet. Vår oppgave blir å være medvandrere og legge til rette

for at pasienten får leve «sitt liv» inntil døden.

VIKTIG MED FORSKNING

– Jeg tror forskning innenfor sykepleie er kjempeviktig. Vi har mye erfaringskunnskap i sykepleie. Det er bra, men ikke tilstrekkelig. Men det ligger en stor utfordring i å få forskningen fra papiret og ut i praksis. Kunnskapen som utvikles gjennom sykepleieforskning må tilegnes tilbake til pasienten. Dette er et etisk ansvar. Hovedhensikten med omsorgsforskning er jo å bedre situasjonen for pasientene, og det tror jeg sykepleiere er veldig opptatt av. Jeg håper studien kan bidra til å gi helsepersonell større mot til å gå inn i pasientenes situasjon, sier Sæteren, og legger til:

– Jeg håper ikke minst at den kan bidra til at tid til samtale med pasientene prioriteres i større grad. Vår helsetjeneste er så preget av effektivitet, at mangel på tid dessverre er et gjennomgående problem. Disse pasientene lever i en annen tidssfære, med en indre visshet som krever både tid og romslighet.