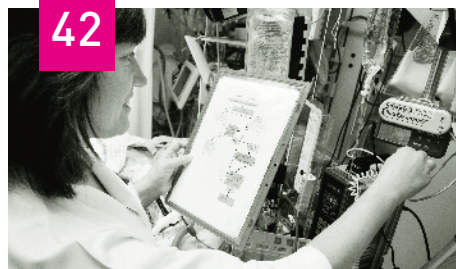


Leder	3
Forskning i praksis	4
Innspill: Jon Bing	6
Evidence Based Nursing	8
Artikkel: Fysisk aktivitet blant eldre	16
Kommentar fra praksisfeltet: Turid Furnes	23
Artikkel: Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort	24
Kort innpå	32
Artikkel: Kunnskapsbasert praksis i høgskolen	34
Internasjonal forskning	41
Forskning i praksis	42
Artikkel: Innkomst-CTG	44
Kronikk: Den gode kliniske samtale	52
Cochrane	56
Innspill: Marit Kirkevold	60
Nytt og nyttig	61



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



Anners Lerdal
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud



Tone Rustøen
Professor ved Høgskolen i Oslo



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



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo



Lars Mathisen
Seksjonsoversykepleier 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 uanhengig og kritisk forskningsformidling.

Sykepleien Forskning

Tollbugt 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. 22 04 32 04. Faks: 22 04 33 75
www.sykepleien.no

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

Redaktør: Liv Merete Brynildsen Reinar
liv.merete.reinar@sykepleien.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Redaksjon: Nina Hærnes
nina.hærnes@sykepleien.no

Redaksjon: Torhild Apall Dybvik
torhild.apall@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Layout: Gazette as
Repro og trykk: Stibo Graphic AS

Forskning er en selvfølge

Da jeg gikk på sykepleierskolen på begynnelsen av 1980-tallet gikk diskusjonen om sykepleie var en profesjon. Sykepleiere driver ikke med egen forskning og kan dermed ikke være en profesjon, ble det hevdet. I dag er bildet et helt annet. Forskning er en selvfølgelig del av det sykepleiere er opptatt av, både i utdanning og i praksis.

Velkommen til første nummer. Vi i redaksjonen til Sykepleien Forskning ønsker å bidra til at sykepleiere blir «forskningsskonnemter». Vi håper å vekke interesse for å lese forskningsartikler og stimulere til bruk av forskningsresultater i praksis. Vi publiserer forskning fra inn- og utland, nye originale primærstudier og artikler som har vært publisert internasjonalt. I tillegg vil vi bidra til at systematiske oversiktsartikler blir kjent og brukt. Vi har en bred tilnærming og vil gjøre dere kjent med relevant forskning.

Vi tror du vil finne flere artikler av interesse. På den ene siden har vi vitenskapelige artikler om eldre og fysisk aktivitet, om ettervirkninger etter abort og om jordmødres syn på innkomst-CTG. Men vi har også vært på praksisbesøk, og både Jon Bing og Marit Kirkevold har fått slippe til med sine synspunkter. Ellers kan du ha glede av forskerintervjuet med Ellen Blix og en reise i praksis med filosofen Skjervheim.

Forfatterne i flere av artiklene diskuterer aspekter av makt-

avmakt i sykepleie. Dette er viktig. Sykepleiere står ofte mellom lege og pasient og skal være lojale overfor begge. I et slikt forhold er det av uvurderlig verdi at sykepleier er faglig oppdatert og kan diskutere fag med kolleger og møte pasienter på en slik måte at de kan støttes til å ta godt informerte valg. Vi håper at Sykepleien Forskning særlig vil bidra til dette.

Kan du stole på resultatene fra forskningsartikler? Hvordan kan du øve deg på å være kritisk til det du leser? Vi har valgt å legge inn elementer som skal gjøre lesingen lettere og mer tilgjengelig for alle, som ordlister og faktabokser. Du vil også finne metodeartikler for deg som ikke skal forske selv, men som likevel har interesse av å lese forskningsartikler med et kritisk blick. Her starter vi med å stille spørsmål.

Ønsker du å publisere hos oss? Forfatterveiledning finner du på sykepleien.no. Vi gir rask tilbakemelding, gode fagfellevurderinger og mange lesere!

Liv Merete Reinar

Redaktør
Liv Merete Brynildsen Reinar (MSc)
liv.merete.reinar@sykepleien.no
Oslo, november 2006





» Brenner for alderspsykiatri: Kari Hauff og Inger Margrethe Eriksen på alderspsykiatrisk avdeling på Gaustad, Aker universitetssykehus i Oslo.

RYDDEPIKENE OGSÅ GAMLE HJERNER KAN LÆRE Å TENKE NYTT

Strømmer av negative tanker kan snus. Ved hjelp av kognitiv teori hjelper to sykepleiere eldre psykiatriske pasienter å vikle seg ut av negative mønstre.

• Tekst: **Nina Hernæs**
Foto: **Leif Gabrielsen**

Inne på Gaustad, så langt inne at du unnslipper rummelet fra Ringveien og bråket fra trikken til og fra Rikshospitalet, ligger alderspsykiatrisk avdeling. Inger Margrethe Eriksen er oversykepleier. Kari Hauff er sykepleier ved en av sengepostene. Sammen driver de terapeutisk samtalegruppe for pasienter med moderat angst og/eller depresjon.

– Hensikten er at pasientene skal øke selvinnsikten i egen situasjon og trene opp evnen til sosialt samvær, forteller de.

KUNNSKAP OG ERFARING

Da Eriksen videreutdannet seg, skrev hun oppgave om hvordan gjennomføre terapeutiske samtaler med deprimerte eldre. Hun ville dele dette med flere og brukte grupper for å veilede andre sykepleiere. Så kom Hauff, og hun hadde lederkurs i depresjonsmestring. Sammen har de masse kunnskap, bred erfaring og de utfyller hverandre. De slo seg sammen.

De startet åpen terapeutisk samtalegruppe i januar 2005.

KOGNITIV TEORI

Tankens makt er essensen i kognitiv terapi. Teorien ble utviklet på 1960- og 70-tallet og er basert på at følelser påvirkes av tolkninger og tanker. Hvordan man tolker, farges igjen av stemninger, forventninger og feiloppfatninger. Tolker man systematisk feil, kan det vedlikeholde eller forsterke en

” Essensen i kognitiv teori er tankens makt.

depresjon. Men går man tolkningene nærmere etter i sømmene og avslører feil, kan omfang og varighet av depressive følelser reduseres.

Et eksempel: Du opplever en situasjon der du ikke føler deg verdsatt. Du tenker på situasjonen igjen og igjen. Tankene kverner. En som er deprimert vil alltid konsentrere seg om det som er negativt,

og sitte igjen med en negativ opplevelse av hele situasjonen. Men ser du på situasjonen én gang til, viser det seg flere løsninger.

I samtalegruppen brukes konkrete situasjoner. Pasientene oppfordres til å fortelle om hendelser fra sin hverdag, som så drøftes i gruppen. På den måten hjelper de hverandre; ved å dra kjensel på andres historier og gi hverandre råd om nye måter å mestre på. De får hjelp til å se situasjoner fra andre vinkler.

EGEN ERFARING

Det viktige er å identifisere og endre tanker som ikke er funksjonelle, og som bare bidrar til å forsterke negative følelser. De kan man lære å kjenne igjen og så prøve å endre. Kognitiv teori handler om å bearbeide informasjon mer presist.

I gruppene bruker Hauff og Eriksen sine erfaringer, både faglige og personlige. Hauffs mor på 88, som har angst og til tider er deprimert, er ett eksempel. Eksempler pasienter kommer med, bruker de til å belyse eller utfylle teorien.

– Vi bruker forskningsbasert kunnskap som belyser pasientenes situasjon. For eksempel kan en pasient si «jeg er så trett». Da kan vi vise til at det er et symptom på depressive lidelser. Vi anerkjenner deres opplevelser og hjelper dem videre. Men innsatsen må de selv gjøre. Derfor er samtalerapi bare nyttig om man er villig til å prøve å tenke på nye måter. Det fordrer tid og egen innsats.

BRUKER HVERANDRE

Å delta i gruppen er et frivillig behandlingstilbud, og pasientenes primærgrupper (ansvarlig behandler, primærsykepleier og psykiatrisk hjelpepleier) avgjør hvem som får tilbudet. Pasienten takker ja eller nei. I gruppen kan det være mellom to og sju pasienter, fire – fem er vanligst. Gruppen treffes en gang i uken, og holder på i én time. Hauff og Eriksen er opptatt av å utnytte hverandres erfaring.

– Før vi begynte, ble vi enige om at vi måtte kunne korrigerer hverandre, sier Hauff.

– Og det har vi gjort, sier Eriksen.

– Kari kan stoppe meg og si: «Hva mener du med det?» Eller «Nå synes jeg det ble litt mye teori».

RETT PÅ SAK

De som er med i gruppen, har taushetsplikt. Kommer det opp ting som bør tas tak i, bes pasienten om selv å snakke med hovedbehandler og/eller sin primærgruppe.

Sykepleierne er konkrete. Stilen er rett på sak: En spade er en spade. Ingenting skal bli hengende i luften. Alt som kommer opp, skal få forslag til løsning.

I motsetning til vrangforestillingen om at alderspsykiatrisk er nest siste stopp før sykehjem, blir mange pasienter bra og reiser hjem. Derfor er det gjennomtrekk. Det betyr at sykepleierne må bygge videre på pasientene som har deltatt før og samtidig integrere nye pasienter.

– Vi takler det fordi vi er trygge på hverandre, både faglig og personlig, presiserer Hauff.

For noen i gruppen er det å dele tanker og følelser veldig uvant.

– For oss ser det ut som om kvinner har lett for å sette ord

på følelser. Menn trenger litt mer tid, sier de.

Men det kan endre seg; erfaringen gjelder de som er eldre i dag.

– Noen forteller om ting de aldri før har satt ord på. Når man har begynt å snakke om det som er vanskelig, er prosessen startet og åpner mulighet for bearbeiding. Vi spør alltid pasientene om hvordan de har det før vi avslutter hvert gruppemøte, utdyper Eriksen.

GAMMEL OG LÆRENEM

Hauff og Eriksen er også opptatt av å integrere tankegangen i miljøet og lære opp andre sykepleiere. De ser at pasientene drar nytte av metoden.

– Mange sier at eldre ikke lærer. Det er ikke riktig. De lærer dersom de ser hensikten med ny kunnskap.

KILDER:

Egidius H. Psykologisk leksikon.
www.psykiskhelset.no

DET STJERNER ER LAGET AV

Av JON BING f. 1944
Cand.juris. 1969
Dr.juris. 1982
Professor dr.juris ved
Senter for rettsinformatikk
Universitetet i Oslo



Foto: Scampix

> Den franske filosofen Auguste Comté levde midt på nittenhundretallet, i en tid da naturvitenskapene gjorde store fremskritt. Men det var grenser for den kunnskap mennesker kunne vinne om naturen, mente Comté – og fremsatte i 1835 som eksempel spørsmålet om «hva slags stoff stjerner var laget av».

> Da hadde allerede Joseph von Fraunhofer konstruert det første spektroskopet, som gjenga solens spektrum. Han merket seg noen fine, mørke linjer som er blitt oppkalt etter ham. Årsaken viste seg å være at når lys passerer gjennom gass, absorberer gassen den frekvensen som er særegen for gassen. Linjene i solens spektrum kommer av at kjernen er omgitt av en sky av gasser som hver tegner sin linje i spektrumet. I 1868 oppdaget Sir Joseph Lockyer i England og Pierre Janssen i Frankrike en linje som de ikke kunne forklare med noen kjent gass – de oppkalte den etter det greske ordet for solen, helium. Og i 1895 klarte Sir William Ramsay faktisk å isolere helium på jorden.

> Auguste Comté døde før disse resultatene forelå, han unngikk å

oppleve at hans absolutte grense for menneskers viten bare varte i cirka 20 år, og at mennesker faktisk klarte å finne et stoff vår nærmeste stjerne er laget av før det samme stoffet ble funnet på jorden.

> Man kan nesten ikke tenke seg noe som er fjernere fra hverandre enn solen på en sommerhimmel og et fødselsdagselskap for smårollinger som begeistret leker med ballonger, og hviner av skuffelse når en av dem unnslipper og stiger mot den solen som har gitt navn til gassen som løfter den. Men forskning slår altså bro mellom sol og selskapslek.

> Annet enn en parabel blir likevel ikke denne anekdoten. Kanskje den ikke makter å bære frem undringen som er en del av all virkelig forskning – nysgjerrigheten som skapes av at det er noe man ikke skjønner, ikke vet, ikke forstår ... Personlig tror jeg forskning kan være en vel så sterk lidenskap som kjærlighet og hat.

> Ofte sondres det mellom grunnforskning og anvendt forskning. En måte å se skillet på, er at ved anvendt forskning har man en

forestilling om hva man leter etter og hvilken nytte det kan ha. Grunnforskningen har ofte ikke annen begrunnelse enn uvitenheten. Likevel vet vi at det er denne som vil gi oss bitene til det puslespillet vi ennå ikke har lagt.

> Anvendt forskning kan begrunnes med betraktninger om kostnad og nytte. Det gjøres for eksempel av farmasøytiske selskap på jakt etter ny og bedre medisin. Et slikt eksempel minner oss om de store utfordringene anvendt forskning står ovenfor, og de ressurser som kreves om man skal kunne nå de resultatene man ønsker seg. For grunnforskning mangler et slikt regnskap. Men man kan snu seg og vurdere erfaringene. Ingen bestrider da betydningen av grunnforskning. Det er bare det at man ikke riktig vet hva som vil føre til ny kunnskap og nyttig innsikt, og hva som ikke vil føre til noe.

> Jeg tenker av og til på den siste lørdagen i februar 1953. Den dagen arbeidet James Watson og Francis Crick i Cavendish-laboratoriet i Cambridge. Og denne dagen avdekket de DNA-molekylet som danner menneskets arve-

stoff, formet som dobbeltspiraler – en symmetrisk, vakker form lik kunstverk skjult i våre egne celler. Jeg tenker på forholdet mellom denne engelske vinterdagen og den store kartleggingen av det menneskelige genom på omtrent 100 000 gener. Og forhåpningene om at denne forståelsen skal gi oss nye former for terapi, nye muligheter for å sikre mennesker et langt og virksomt liv.

> Det er en lang vei fra Cavendish-laboratoriet og til vår egen hverdag. Den strekker seg over mer enn et halvt århundre. Men eksempelet viser oss hvor viktig forbindelsen er. Vi ville ikke vært den lørdagen i 1953 foruten, noen av oss. Denne veien strekker seg med forgreninger fremover inn i vår egen uvitenhet. Og det er bare én av mange slike veier som forskningen har staket ut fremover, inn i det ukjente landet som er vår felles fremtid – og som vil forme dette landet og gjøre fremtidens hverdager forskjellige fra de vi har bak oss.

10 TOPP 10 ... MEST LEST

Hva leser helse- og sosialfagstudentene ved Høgskolen i Bergen? Hvilke bøker blir oftest utlånt?

Bibliotekarene ved HiB syntes det var et vanskelig spørsmål. Men Sykepleien Forskning fikk hjelp fra BIBSYS. De gir bruker støtte på bibliotekenes dataverkøy, og fant raskt ut at Hilde Eides bok «Kommunikasjon i relasjoner» toppet listen over mest utlånte bøker i perioden 1. september 2005–31. august 2006.

- 1 Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk**
Hilde Eide og Tom Eide (1996).
159 lån
 - 2 Metode og oppgaveskriving for studenter**
Olav Dalland (2000).
104 lån
 - 3 Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid**
Tom Eide og Hilde Eide (2004).
78 lån
 - 4 Etikk for helse- og sosialarbeidarar**
Einar Aadland (1998).
64 lån
 - 5 Sykepleiehistorie**
Jorunn Mathisen (1993).
64 lån
 - 6 Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode**
Knut Halvorsen (2002).
59 lån
 - 7 Utviklingspsykologi**
Vigdís Bunkholdt (2000).
59 lån
 - 8 Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi**
Dag Jacobsen [et al.] (2001).
59 lån
 - 9 Demens: fakta og utfordringer: en lærebok**
Knut Engedal og Per Kristian Haugen (2004).
55 lån
 - 10 Mellom makt og hjelp: om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper**
Greta Marie Skau (2003).
54 lån
-
KILDE: bibsys



Den maskuline rollen, styrke og ansvarlighet overfor andre var viktig for deprimerte menn

Emslie C, Ridge D, Ziebland S, et al. Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? Soc Sci Med 2006;62:2246-57.

Hvordan påvirker depresjon menns kjønnsidentitet?

SETTING

Intervjuer ble gjort for et engelsk nettsted som rapporterer personlige erfaringer om helse og sykdom (www.dipex.org).

DELTAKERE

16 deprimerte menn >18 år (30-75) (depresjon ved selvrapporing) og som var friske nok til å delta i et intervju. Fem menn var homoseksuelle, tre var fra etniske minoriteter og fem hadde bipolar lidelse.

METODE

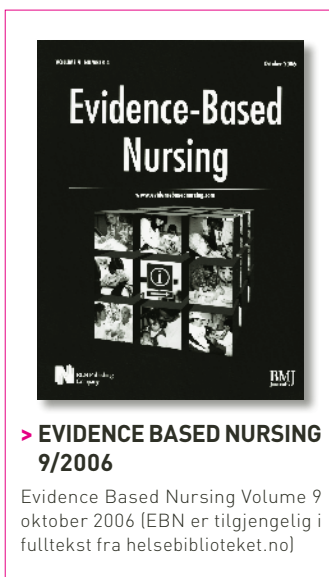
Dybdeintervjuer som varte i 90 til 180 minutter. Intervjueren var en mannlig forsker med lang erfaring. Deltakerne ble oppmuntret til å fokusere på faktorer rundt depresjon som var viktige for dem. De ble også oppmuntret til å snakke om spesielle temaer som for eksempel erfaringer med depresjon, sosi-

ale konsekvenser og strategier de brukte for å søke hjelp og mestre sin situasjon. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert i to faser. I den første fasen ble kategorier identifisert og kodet ved hjelp av en modifisert grounded theory tilnærming. I den andre fasen ble temaer relatert til maskulinitet og kjønnsidentitet identifisert fra de originale utskriftene for å besvare problemstillingen som var reist i utgangspunktet.

HOVEDFUNN

(1) Oppleve depresjon. Mange menn følte at depresjonen stammet fra barndom og ungdomsår. De hadde opplevd flere episoder som truet deres maskulinitet i form av sårende bemerkninger fra familie og venner. I tillegg ble det forventet av dem at de skulle være «macho».

(2) Skape seg identitet i henhold til hegemonisk (kulturell dominant) maskulinitet. Noen menn påpekte at det å bli «en av gutta» hjalp for å komme ut av depresjon. Andre følte at presset om å passe inn gjorde depresjonen verre og kunne til og med lede til selvmords-



> EVIDENCE BASED NURSING 9/2006

Evidence Based Nursing Volume 9 oktober 2006 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

forsøk for å fremstå som modige. Mennene la vekt på hvor viktig det var med maskuline holdninger som å gjenvinne kontroll over en situasjon og å være uavhengige av rusmidler og helsepersonell. På den annen side var det noen menn som så på rusmidler som et våpen de hadde kontroll over i kampen mot depresjonen. Noen menn så på selvmord som den ultimate måten å gjenvinne kontroll på. Selv om støtte fra partnere og ansvarsfø-



Foto: Colourbox

lsen de hadde ovenfor familiene sine gjorde noen menn bedre og hindret selvmordstrangen, så var presset fra samfunnet med tanke på kjønnsrollene så sterke at det kunne hindre dem i å komme ut av depresjonen.

(3) Konstruere «annerledeshet» som en fordel. For noen få menn var det faktum at deres depresjon gjorde dem annerledes enn andre menn en god ting – en indikasjon på at de var mer intelligente og følsomme. Homoseksuelle menn eller menn fra minoritetsgrupper var særlig opptatt av å konstruere forskjeller. En mann la vekt på at det var viktig for ham å plassere sin kjønnsidentitet mellom «macho» og «svak», slik at sårbarhet ble godtatt.

KONKLUSJON

Det maskuline konseptet med kontroll, styrke og ansvarlighet var viktig for deprimerte menn. Noen menn skapte seg identiteter som var en motvekt til tradisjonelle definisjoner av dominant maskulinitet. Andre tolket aspekter og erfaringer ved potensiell feminisering av depresjon som maskulint.

Den maskuline rollen og hva den betyr for deprimerte menn er ofte oversett av klinikere og forskere. Studien til Emslie og medarbeidere forsøker å fylle dette tomrommet i forskningslitteraturen og gir viktig innsikt i kjønnsidentitet og depresjon hos menn. Funnene er i samsvar med annen forskning på menns

opplevelser av sykdom og kontakt med helsevesenet. Hovedfunnene gir oppmerksomhet til potensiell «deleterious» påvirkning av hegemonisk maskulinitet når noen menn blir bedre av depresjon. Likevel, i kontrast til tidligere studier viser Emslie og medarbeidere at noen menn kan og vil snakke om depresjon og

sine følelser og at andre former av (ikke-dominant) maskulinitet kan ha positiv effekt på menns mentale helse. Disse funnene samsvarer med ny forskning som framhever den komplekse maskuline natur og hvordan den virker inn når menn kommer seg etter alvorlig sykdom.

En konsekvens av studien til

Emslie og medarbeidere kan være at sykepleiere vurderer problemer som kommer opp i møte med deprimerte menn i lys av at de kan føle seg presset til å leve opp til hegemoniske forventninger til maskulinitet. Den gir sykepleiere en veiledning når de skal støtte deprimerte menn ved eksplisitt å møte deres erfa-

ringer om maskulinitet og styrke og dette kan hjelpe dem med å retolke erfaringer rundt det å være maskulin. Til slutt, studien leder til konklusjonen at vanlige generaliseringer, som at deprimerte menn føler seg presset til å være «sterke og stille», er en overforenkling og feil.

Kommentaren er skrevet av Paul Michale Goldas, RN, PhD, University of Sheffield, Sheffield, England.

For korrespondanse: Dr C Emslie, MRC Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow, UK. c.emslie@msoc.mrc.gla.ac.uk

© BMJ Publishing Group Limited 2006

Forsinket diagnostisering av lungekreft fordi pasienter ikke erkjente symptomer som alvorlige eller av en slik art at de trengte lege

Corner J, Hopkinson J, Roffe L. Experience of health changes and reasons for delay in seeking care: a UK study of the months prior to the diagnosis of lung cancer. *Soc Sci Med* 2006;62:1381-91

Hvordan kan pasienter med lungekreft selv ha påvirket tidspunktet diagnosen ble satt på?

DESIGN

Strukturerte og semistrukturerte intervjuer.

SETTING

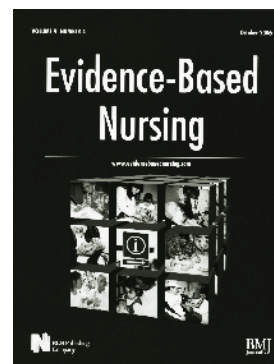
To poliklinikker ved kreftsykehus i England.

METODE

Pasienter deltok i strukturerte og semistrukturerte intervjuer. De fleste ble intervjuet fra tre dager til en måned etter diagnose. Pasientene ble spurt om hendelser i forkant av diagnosen, og viktige hendelser ble beskrevet på en tidslinje. Dette ble så fulgt opp med spesifikke spørsmål om hvert symptom. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.

HOVEDFUNN

Alle pasienter hadde symptomer i fire måneder før de kontaktet lege på grunn av suspekterte symptomer – pasientforsinkelse. Seks temaer ble identifisert som årsak til forsinkelsen (1) Oppleve usikkerhet over hva som er normalt og være sein med å gå til lege. Pasientene syntes ikke symptomene var alvorlige nok til å ville oppsøke lege, de trodde de hadde et ubetydelig problem og mente symptomene skyldtes dagligdagse ting heller enn alvorlige helseproblemer. De var usikre på hva som var normalt. (2) Forandringer i helse som en del av hverdagslige/normale forandringer i kroppen. Pasientene bagatelliserte symptomene og skyldte på «hverdagslige» forandringer slik som kosthold, muskelstøhet og en naturlig aldringsprosess. (3) «Fjerne» tolkninger av kroppsforandringer. Pasientene tolket individuelle symptomer og kroppsforandringer hver for seg og skyldte på årsaker som ikke var forbundet med sykdom. Symptomene og kroppsendingene ble ikke sett på som tegn på sykdoms-



> EVIDENCE BASED NURSING 9/2006

Evidence Based Nursing Volume 9 oktober 2006 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

utvikling. Pasientene fortsatte som før drevet av krav på jobb og i familien. (4) Problemet med komorbiditet. Pasienten kunne ikke identifisere nye og forskjellige symptomer fra de andre kroniske sykdommer de allerede hadde, som astma, diabetes og hjertesykdom. Disse andre sykdommene gjorde det også vanskeligere for legene å sette riktig diagnose

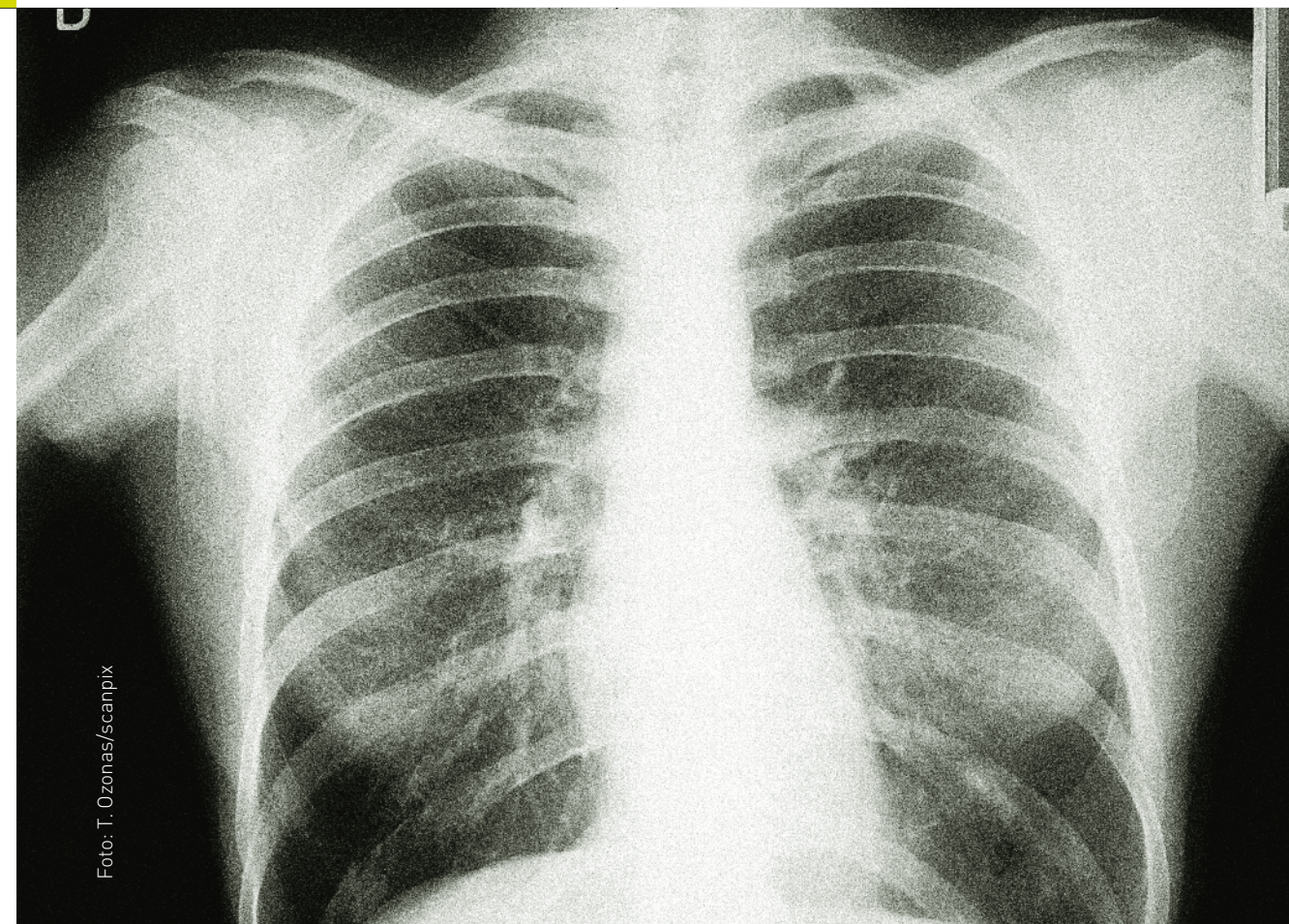


Foto: T. Ozonias/scanpix

fordi symptomene kunne relateres til eksisterende, kjent sykdom. (5) Ikke assosiering av forandringer i helse med lungekreft. Pasienten kjente ikke til symptomene på lungekreft og forbandt derfor ikke sine egne symptomer med lungekreft. (6) Ikke føle seg verdig for behandling. De fleste pasienter var røykere eller tidligere røykere.

En kvinne følte hun ikke hadde rett til behandling fordi hun var røyker.

KONKLUSJON

Forsinkelse i diagnostisering av lungekreft fordi pasienter ikke oppfatter eller reagerer på symptomer er et alvorlig problem som fortjener oppmerksomhet. Årsa-

kene til at pasientene forsinket eller utsatte legebesøk var at de feilaktig tolket symptomene som hverdagsproblemer eller forbundet med andre kroniske lidelser de hadde. De satte ikke de forskjellige symptomene sammen og kjente ikke til symptomer på lungekreft. Noen følte seg uverdige for behandling fordi de var røykere.

Studien til Corner og medarbeidere belyser flere komplekse utfordringer for sykepleiere og andre helseprofesjoner. Å få bedre utfall for kreftpasienter er i stor grad avhengig av primærforebygging og av tidlig og presis diagnostisering. Til tross for dette, som studien til Corner og medarbeidere viser, vil lungekreft vise seg med flere, ulike og

vage symptomer. Disse vil ikke nødvendigvis være av en slik art at pasienten forbinder dem med en alvorlig diagnose med dårlig prognose. I motsetning til for brystkreft, hvor en kul i brystet kan få kvinnen til umiddelbart å kontakte helsevesenet for å få en diagnose, så vil lungekreft gi symptomer innenfra og vil ofte være assosiert med ko-morbi-

ditet, særlig hos de eldre. Uheldigvis er det lite evidens for at tidlig diagnose er assosiert med høyere overlevelse blant lungekreftpasienter. Med begrensede ressurser og økende forekomst av lungekreft verden over, er det hensiktsmessig å fokusere på årsaker og iverksette tiltak for å forebygge denne alvorlige sykdommen. Sigarettøyking og

fattigdom er to av de viktigste faktorene som må konfronteres. Effekten av tiltak som har til hensikt å finne kreft tidligere og øke oppmerksomheten på tidlige symptomer bør testes. For å redusere insidensen av lungekreft bør sykepleiere vurdere å støtte tiltak som utfordrer tobakksindustrien. På helsetjenestenivå bør helseopplysning

bedres og i den andre enden bør palliativ omsorg være prioritert for lungekreftpasienter som ofte opplever et dramatisk og kort sykeleie. Gitt størrelsen på problemet og den mangel på oppmerksomhet det får, studien til Corner og medarbeidere antyder at det er verdifullt å sette spørsmål ved praksis i den hensikt å støtte det økende antall pasien-

ter som høyst sannsynlig vil få diagnosen lungekreft i framtiden.

Kommentaren er skrevet av Daniel Kelly, RN, PhD, Middlesex University, London, UK.

For korrespondanse: Dr J Corner, School of Nursing and Midwifery, University of Southampton, Southampton, UK. J.L.corner@soton.ac.uk

Ingefær forebygger 24-timers postoperativ kvalme og oppkast

Chaiyakunapruk N, Kitikannakorn N, Nathisuwan S et al. The efficacy of ginger for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:95-9.

Fungerer ingefær bedre enn placebo til å forebygge 24-timers postoperativ kvalme og oppkast?

METODE

Systematisk oversikt: Forfatterne søkte etter studier i Medline, International Pharmaceutical Abstracts, CINHAL, Cochrane Central, Health Star, Current Contents, bibliografier fra relevante artikler, farmasøytiske firmaer og kontakten eksperter på området.

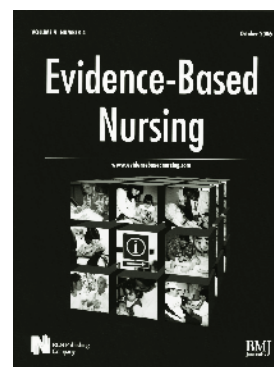
Inklusjonskriterier og kvalitetsvurdering: Publiserte og upubliserte randomiserte, kontrollerte undersøkelser (RCTs) som sammenliknet den kvalmestillende effekten av 1g ingefær med pla-

cebo for å forebygge postoperativ kvalme og oppkast. Studiene skulle bruke tilfredsstillende metode for å beregne forekomsten av 24-timers postoperativ kvalme og oppkast eller postoperativ oppkast. Fem randomiserte studier (n=363) møtte inklusjonskriteriene (alder 31-46 år, først og fremst gynekologiske operasjoner). Alle inkluderte studier hadde kvalitetsskår på 3 eller 4 av 5 (JADAD).

Utfallsmål: Postoperativ oppkast, postoperativ kvalme og oppkast, og bivirkninger.

HOVEDFUNN

Metaanalysen viser at blant pasienter som får ingefær før induksjon av anestesi (fire RCT, n=363) eller før og etter operasjon (en RCT, n=55) var det en lavere forekomst av postoperativ oppkast og lavere forekomst av postoperativ kvalme enn blant de som mottok placebo (tabell). I en RCT (n=80),



> EVIDENCE BASED NURSING 9/2006

Evidence Based Nursing Volume 9, juli 2006 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

var det en pasient som ga uttrykk for ubehag i magen.

KONKLUSJON

Ingefær er bedre enn placebo for å forebygge kvalme og oppkast 24-timer postoperativt.

Selv om sykepleiere har forsvart bruk av produkter som inneholder ingefær (for eksempel ingefærøl, te og kandisert ingefær) til behandling av kvalme og oppkast, vil forebygging av kvalme og ubehag for pasienten være et optimalt utfall. For praktiserende sykepleiere med tillatelse til å foreskrive medisiner, er disse funnene viktige i forbindelse med pasienter som er i risikogruppen for postoperativ oppkast eller postoperativ kvalme og oppkast, ettersom 1g ingefær gitt i forkant av operasjon kan forebygge utviklingen.

kvalme og oppkast, og dette må derfor tas med i betraktningen.

Funnene i metaanalysen er relevante for sykepleiere (peroperative). Da de fleste av pasientene hadde gynekologiske og laparoskopisk inngrep er undersøkelsen særlig relevant for sykepleiere som jobber med denne typen pasienter. Funnene øker vår kunnskap om komplementær og alternativ behandling, en kunnskap som er allment kjent, men underlagt få systematiske studier.

Postoperativ kvalme og oppkast er et stort problem som kan føre til postoperative komplikasjoner, økte utgifter til pleie og misfornøyde pasienter. De fleste av pasientene som deltok i Chaiyakunapruks metaanalyse var asiater, og gjennomsnittspasienten veide 50 kg. Funnene er derfor ikke fullstendig overførbare ettersom en av tre pasienter veide under 60 kg. Et annet moment er at en minimal mengde anestesi ble brukt. Overvekt, mengde og varighet av anestesi er faktorer som øker risikoen for postoperativ

Foto: Scanpix

I tillegg kan denne kunnskapen være nyttig fordi dosen med ingefær i øl, te og kandisert form er langt under den terapeutiske dosen som ble brukt i metaanalysen. I de fleste studiene var ingefærrot gitt i kapsel-

form, noe som vanligvis er mer akseptabelt og velsmakende for pasientene enn pulver.

Kommentaren er skrevet av: Hilarie J Thompson, APRN, PhD, BC og Pamela J Potter, APRN, DNS. University of Washington, Seattle, Washington, USA

For korrespondanse: Dr N. Chaiyakunapruk, School of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand.nui@u.washington.edu

1 Broomhead, C.J. Physiology of post-operative nausea and vomiting. *Br J Hosp Med* 1995;53:327-30

© BMJ Publishing Group Limited 2006

TABELL: Ingefær versus placebo for postoperativ kvalme og oppkast

Utfall 0 til 24-timer postoperativt	Antall studier (n)	Ingefær	Placebo	RRR(95%KI)	NNT (KI)
Postoperativ kvalme og oppkast	3 (268)	39%	60%	35% (16 til 49)	5 (4 til 11)
Postoperativ oppkast	5 (363)	24%	38%	38% (16 til 54)	7 (5 til 7)



LITE TRIM FOR ELDRE

PÅ DE NESTE SIDENE
KAN DU LESE HVORFOR

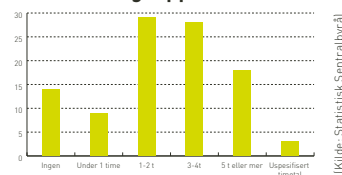


Hva vet vi om dette temaet fra før:

Mer enn halvparten av den voksne befolkningen er mindre aktive enn anbefalt.

Hva tilfører denne artikkelen:

De viktigste faktorene som hindrer de eldre i å være fysisk aktive er angst for å skade seg og angst for å gå ut alene.

Timer i fysisk aktivitet i snitt per uke i aldersgruppen 55–75 år

(Kilde: Statistisk Sentralbyrå)

Bakgrunn og formål.

De helsefremmende og helseforebyggende effektene ved fysisk aktivitet er dokumentert i litteraturen. Videre er det dokumentert at over halvparten av den voksne befolkningen er fysisk inaktive. Formålet med denne studien var å kartlegge det fysiske aktivitetsnivået blant eldre og å finne frem til faktorer som påvirker variasjonene i de eldres aktivitetsnivå.

Metode.

I løpet av en observasjonsuke høsten 2005 svarte et tilfeldig utvalg på 111 hjemmeboende eldre fra en bykommune i Østfold på et spørreskjema. Spørreskjemaet ble distribuert blant kommunens fastlegekontorer og innholdt spørsmål om fysisk aktivitet og ulike påstander som begrunnet aktivitetsnivået.

Resultater.

Studien viser at de fleste eldre har et aktivitetsnivå som ikke samsvarer med en anbefaling om en halv time med daglig fysisk aktivitet for å kunne høste en helsegevinst. De viktigste faktorene som hindret de eldre i det å være fysisk aktive er angsten for å skade seg og angsten for å gå ut alene.



Foto: Leif Gabrielsen

Background and purpose. Literatures emphasize the beneficial outcome of physical activity. At the same time more than half of the adult population in Norway is physically inactive. The aim of this study is to survey the rate of physical activity among elderly people and in what degree certain factors influence the range of variation in physical activity.

Method. During one week of observation in the fall of 2005, a random sample of 111 elderly people from a municipality in Østfold completed a questionnaire. The questionnaire was distributed among the general practitioners in the municipality and contained questions about the frequency and level of their physical activity. It also contained several statements which question the reasons behind their level of physical activity.

Results. The study found that the majority of the elderly have a frequency and level of physical activity that does not conform with the recommendation of half an hour of daily physical activity. The major factors that inhibit elderly people from being active are the fear of falling and the fear of going out alone.

>> Fysisk aktivitet blant eldre

Forfatter: Jörg W. Kirchhoff

Forskning viser at fysisk aktivitet har både helsefremmende og sykdomsforebyggende effekter (1). Samtidig vet man at folks daglige fysiske aktivitetsnivå er betydelig redusert og at mer enn halvparten av den voksne befolkningen har et aktivitetsnivå som er lavere enn anbefalt (1). Denne motsetningen, mellom kunnskapen om helsefremmende atferd og det individet faktisk gjør, forteller oss med andre ord at kunnskap i seg selv ikke garanterer for en helsefremmende atferd (2). Til tross for dette bruker man fortsatt store

ressurser på helseinformasjon som helsefremmende tiltak (1).

FYSISK AKTIVITET OG ELDRE

I en oversiktsartikkel om forskning knyttet til fysisk aktivitet og eldre, fremhever Hjort (2000) de store helsegevinstene ved å være fysisk aktiv (1). Fysisk aktivitet reduserer sykkelighet, fremmer mental og fysisk helse, samt øker funksjonsdyktigheten. Fysisk aktivitet har ved å fremme helse og forebygge sykdom en primær forebyggende effekt. I tillegg kommer den sekundære og tertiære forebyggingen som er forbundet med fysisk aktivitet. Eksempelvis

viser Lavie og Milani (2004) til studier der deltagelse i rehabiliteringsprogrammer ved hjertesykdom, bestående av blant annet lett til moderat trening, medførte større signifikante helseeffekter blant eldre pasienter(1).

Hvor mye skal til for å kunne forvente en helsegevinst av fysisk aktivitet? Tidligere bygget man på en antakelse om at aktiviteten måtte være hard nok til å gi treningseffekt. Dette bildet er endret og i dag anbefales en halv time med moderat aktivitet daglig for å oppnå en gunstig helseeffekt (1,1,2). I tillegg påpeker van den Brink et al. (2005) at man ved et

valg mellom intensitet og varighet høster større gevinster av å forlenge varigheten enn å øke intensiteten (1). Til de vanlige aktivitetene blant eldre hører blant annet turging, sykling, hagearbeid, dans eller andre fysiske fritidssysler.

Til tross for at aktivitet er gunstig vet man at aktivitetsnivået blant befolkningen generelt, og blant eldre spesielt, er lavere enn det som er anbefalt (2). Aktivitetsnivået varierer med alder, inntekt og utdanning, der folk med lav utdanning eller lav inntekt er mindre aktive enn andre. I tillegg er eldre i aldersgruppa 70–75 år minst aktive hvorav 14 prosent er helt inaktive og der opplevelsen av dårlig helse er en viktig årsak (1). Mange eldre befinner seg av den grunn i en ond sirkel der dårlig helse reduserer aktiviteten og derigjennom forverrer deres helsetilstand.

I tillegg til dårlig helse har man funnet at opplevelsen av angst, nærmere bestemt redselen for å falle, påvirker Eldres aktivitetsnivå (1,2,3). Denne angsten påvirkes av tidligere opplevelser av fall og/eller skade av fall og gir en reduksjon i aktivitetsnivået. Samtidig er angsten for å falle uavhengig av om en fallopplevelse er identifisert som en egen årsak til inaktivitet (9,11). Av den grunn har man testet ulike tiltak for å redusere angsten og derigjennom bidra til en økt fysisk aktivitet (10,11). Eksempelvis fant Brouwer et al. (2003) at både veiledningsgrupper og aktivitetsgrupper reduserer angsten for å falle – om enn gjennom ulike mekanismer. Aktivitetsgruppene styrket den fysiske evnen til aktivitet, mens veiledningsgruppene fikk styrket sin mentale helse gjennom diskusjoner rundt fallproblematikken, deriblant hvordan man kan redusere risikoen for fall (11).

Med utgangspunkt i anbefalingen om en halv time fysisk aktivitet daglig gjennomførte Bakstad

og Tjernes (2005) høsten 2005 en tverrsnittstudie, der man kartla aktivitetsnivået til eldre i en mindre kommune i Østfold og hvilke faktorer som kunne forklare eventuelle variasjoner (1). Denne artikkelen bygger på en re-analyse av data fra deres studie.

METODE

Formålet med studien var å kartlegge de Eldres fysiske aktivitetsnivå og analysere funnene ut fra anbefalingen på et helsefremmende aktivitetsnivå, det vil si en halv time daglig med fysisk aktivitet (1). I tillegg hadde man som mål å finne frem til faktorer som kunne forklare variasjoner i den fysiske aktiviteten. Fysisk aktivitet ble definert ved hjelp av på forhånd beskrevne aktiviteter som forutsetter fysisk bevegelse, som for eksempel sykling, hagearbeid og handling.

” Fysisk aktivitet reduserer sykkelighet, fremmer mental og fysisk helse, samt øker funksjonsdyktigheten.

En sammenligning av funnene med anbefalingen forutsetter data om både aktivitetsfrekvens og aktivitetens varighet. Av den grunn ble respondentene bedt om å svare på hvor ofte man var fysisk aktiv (aktivitetsfrekvens), samt om man var aktiv i 30 minutter eller mer under siste fysiske aktivitet (varighet). Ved å kombinere de to variablene fikk man en aktivitetsindeks som i analysen ble brukt for å vurdere om respondentens aktivitetsnivå var i samsvar med anbefalingen, det vil si de respondenter som oppgav at de trente daglig og at varigheten på siste

aktivitet var på 30 minutter eller mer. I tillegg gav indeksen mulighet for å bruke lineær multipl regresjon i analysen av faktorenes betydning for aktivitetsnivået.

Aktivitetsindeksen som mål på helsefremmende aktivitetsnivå samsvarer ikke med målingene i de studiene som er referert innledningsvis. Av den grunn kan ikke funnene sammenlignes med litteraturen som er presentert. Samtidig er svaralternativene for variabelen aktivitetsfrekvens utarbeidet i samsvar med målingene til Vågane (2001) og tallene fra Statistisk Sentralbyrå (9,1) for å kunne anvende de som sammenligningsgrunnlag med tidligere studier.

I tillegg inneholdt spørreskjemaet spørsmål knyttet til sosial bakgrunn, samt faktorer som i tidligere studier har vist seg å være betydningsfulle for aktivitetsnivået. Spørsmålene ble kategorisert og presentert som påstander knyttet til hvorfor man er fysisk aktiv, hva som hindrer en og hva som ville virke motiverende for å øke aktivitetsnivået. Spørreskjemaet ble distribuert blant 15 fastlegekontorer i en bykommune i Østfold i løpet av en observasjonsuke høsten 2005.

Med bakgrunn i en spørning til fastlegekontorene fikk man estimat på hvor mange eldre som oppsøker fastlegekontorene i løpet av en uke. Utfra estimatet om forventede legebesøk ble det utdelt 185 spørreskjemaer blant de 15 fastlegekontorene som deltok hvorav 111 av skjemaene ble returnert utfylt. Dette gir en svarprosent på minimum 60 prosent, siden det reelle antall eldre under observasjonstiden var færre enn 185 eldre.

Utvalget i studien avviker i liten grad fra populasjonen, det vil si eldre over 67 år, dersom man sammenligner utvalgets kjønn og alder med populasjonen i undersøkelseskommunen (tall

fra SSB). Samtidig er det sannsynlig at sykkeligheten i utvalget er noe høyere enn for populasjonen for øvrig siden observasjonene er gjort blant eldre som har oppsøkt sin fastlege. Dermed er utvalget ikke representativ og sannsynligvis skjevfordelt i forhold til sykkelighet, noe som vil kunne føre til et noe lavere aktivitetsnivå enn i populasjonen for øvrig.

Analysen av dataen ble gjort ved hjelp av SPSS 13.0 og metodene som ble anvendt var frekvensfordelinger, krysstabeller og lineær multipl regresjon. Valgt signifikansnivå er fem prosent.

PRESENTASJON AV FUNN – HVOR AKTIVE ER DE ELDRE?

Aktivitetsfrekvensen til de eldre i denne studien avviker fra tall fra Levekårsundersøkelsen til SSB, ved at respondentene rapporterer om en høyere aktivitetsfrekvens. I 2005 var det ifølge SSB 26 prosent av de eldre (67 år og over) som aldri mosjonerte (14). I denne undersøkelsen derimot er det kun 1,8 prosent som rapporterer at de aldri er fysisk aktive. Denne relativt store forskjellen kan skyldes faktiske forskjeller i aktivitetsfrekvens og at man til tross for en sammenlignbar operasjonalisering av aktivitetsfrekvens opererer med ulike definisjoner av

” I tillegg til dårlig helse har man funnet at opplevelsen av angst, nærmere bestemt redselen for å falle, påvirker Eldres aktivitetsnivå.

begrepet fysisk aktivitet. SSB definerer fysisk aktivitet som mosjon/fysisk trening, som for eksempel sykling, jogging, og så videre. I denne studien derimot er fysisk aktivitet noe videre definert ved å inkludere annen fysisk aktivitet, slik som hagearbeid og handling. På den måten favner man andre fysiske aktiviteter, noe som kan føre til en høyere observert aktivitetsfrekvens. Dette viser at ulik operasjonalisering av fysisk aktivitet kan gi utslag i målingen av aktivitetsfrekvensen. Dette problematiseres videre i den avsluttende diskusjonen.

Figur 1 viser de Eldres aktivitetsnivå ved hjelp av variablene aktivitetsfrekvens (Spørsmål: Hvor ofte er du i fysisk aktivitet?) og aktivitetens varighet (Spørsmål: Hvor lenge var du i aktivitet sist gang?).

Med utgangspunkt i at litteraturen anbefaler en halv time

fysisk aktivitet daglig for å ha et helsefremmende aktivitetsnivå, viser figur 1 at bare 21,7 prosent av de eldre i denne studien har et aktivitetsnivå som er i samsvar med denne anbefalingen. Krysstabellanalysen viste at aktivitetsfrekvens og aktivitetens varighet hadde en positiv statistisk signifikant sammenheng, ved at en økning i frekvens gir en økning på varigheten av aktiviteten.

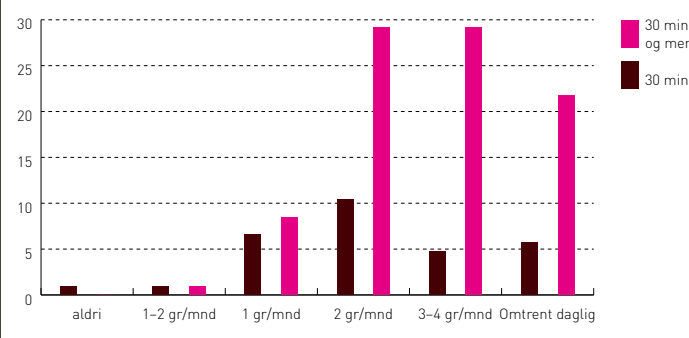
Krysstabellanalysen viste ingen signifikante forskjeller mellom de som fulgte anbefalingen og de andre når man kontrollerte for kjønn, utdanning og alder. Derimot var det en signifikant forskjell mellom de som opplevde sin helse som «meget dårlig/dårlig» og «god/meget god». Eldre som opplevde sin helse som «god/meget god» var i større grad fysisk aktive, noe som samsvarer med tidligere funn (7). Samtidig viste analysen at deres aktivitetsnivå var motivert ut fra motivasjonsfaktoren «å bevare helsen» (2).

I tillegg viste krysstabellanalysen en positiv signifikant korrelasjon (Pearson's R = 0,29) mellom holdningen til fysisk aktivitet, det vil si man mener at regelmessig fysisk aktivitet er av betydning, og de som faktisk fulgte anbefalingen om en halv time med fysisk aktivitet daglig. Sannsynligheten for at respondenten fulgte anbefalingen økte dersom respondenten tillot fysisk aktivitet større betydning. Samtidig var det kun 32,8 prosent av alle eldre som tillot fysisk aktivitet «stor» betydning som fulgte anbefalingen, mens 82,6 prosent av alle respondenter som fulgte anbefalingen oppgav at fysisk aktivitet er av stor betydning. Dette indikerer at selv om holdningen til fysisk aktivitet og selve handlingen påvirker hverandre gjensidig har handlingen en større effekt på holdningen enn omvendt.

Ser man på hvilke aktiviteter

FIGUR 1

Eldres aktivitetsnivå etter frekvens og varighet, der varighet er kategorisert etter 30/30 min og mer. Prosent.



eldre benyttet seg av var spaserturer (82 prosent), hagearbeid (51,4 prosent) og handling (36 prosent) de mest forekommende aktiviteter. Analysen viste at forekomsten av aktiviteten spaserturer ble redusert når den eldre opplevde sin helse som «dårlig/meget dårlig». Sykling, svømming og trim/gym var de mosjonsaktivitetene som 12–15 prosent av respondentene utførte, mens Dans (5,4 prosent) og Golf (0) var mindre vanlig. Sammenligner man valget av de ulike typer aktiviteter med noen bakgrunnsvariabler (kjønn, alder og utdanning) finner man noen få statistisk signifikante forskjeller. Kvinner og respondenter med høyere utdanning (høyskole/universitet) forekom oftere blant de som hadde krysset av for aktiviteten Svømming.

HVA HINDRER FYSISK AKTIVITET BLANT ELDRE?

I tillegg til å kartlegge de eldres aktivitetsnivå hadde studien som målsetting å finne frem til faktorer som kunne føre til fysisk inaktivitet. Det ble formulert påstander om hvilke faktorer de eldre opplever som betydningsfulle for å bli forhindret fra å være fysisk aktive. Svarene ble i ettertid kategorisert etter fysiske og sosiale faktorer, samt opplevelsen av angst. Der det var flere påstander knyttet til samme tema dannet påstandene utgangspunkt for en indeks. Dette førte til konstruksjonen av indeksene for fysiske faktorer og opplevelse av angst (se modell 1). I tillegg ble det konstruert en aktivitetsindeks for å kunne bruke lineær regresjon i analysen av faktorenes betydning for de eldres aktivitetsnivå. Indeksen er en summering av scoren på variablene aktivitetsfrekvens og varighet. Maksimal score er verdien 7, det vil si de som følger anbefalingen. Modell 1 viser resultatet

av regresjonsanalysen, det vil si om og i hvilken grad påstandene som ble fremlagt i spørreskjemaet hadde en betydning på de eldres aktivitetsnivå.

Konstantverdien i modellen indikerer hvordan aktivitetsnivået hadde vært dersom ingen av faktorene opplevdes som betydningsfulle av respondentene. I tillegg viser verdien på parameterestimater effekten hver faktor har på aktivitetsnivået. I modellen har alle faktorer en negativ effekt på aktivitetsnivået. Samtidig viser modellen at det er graden av redsel som har størst negativ effekt på aktivitetsnivået, samt at den er signifikant. Dette utelukker ikke en negativ effekt av fysiske og/eller sosiale faktorer på de eldres aktivitetsnivå, men at forskjellene mellom respondentene først og fremst må tilskrives respondentens opplevelse av angst. Krysstabellanalysen viste i dessuten at opplevelsen av angst hadde en sterk signifikant sammenheng (Pearson's R = 0,57) med mangelen på å ha noen å mosjonere sammen med. Dette indikerer at den sosiale faktoren kan ha en indirekte effekt på aktivitetsnivået gjennom å påvirke opplevelsen av angsten som igjen påvirker graden av fysisk aktivitet.

DISKUSJON

Studien viser at de fleste eldre i denne studien er inaktive. Funnene styrker antakelsen om at fysisk inaktivitet er et reelt fenomen, også blant de eldre i befolkningen. I tillegg kan denne inaktiviteten delvis forklares med den eldres opplevelse av angst i forbindelse med utøvelsen av fysisk aktivitet. Samtidig viste studien at selv om målingen av aktivitetsfrekvens tok utgangspunkt i tidligere operasjonaliseringer ble dataene ikke sammenlignbare siden selve hovedvariabelen, det

vil si fysisk aktivitet, ble operasjonalisert ulikt. Av den grunn innledes diskusjonen med en problematisering av begrepsvaliditeten ved studier av eldres aktivitetsnivå.

Begrepsvaliditet handler i stor grad om operasjonalisering av det fenomen en ønsker å undersøke, det vil si hvordan fenomenet defineres og gjøres målbart (1). Operasjonaliseringen avgjør hva som skal til for å kategorisere respondenten som aktiv eller inaktiv og har av den grunn betydning for det bilde som skapes av utvalget. I denne studien er fysisk aktivitet blitt definert noe videre enn i materialet til Vågene (2001) og SSB, ved at andre fritidsaktiviteter enn rene mosjonsaktiviteter er inkludert. Ved å øke variasjonsbredden i antall aktiviteter vil en dermed kunne øke forekomsten

“ Det ble formulert påstander om hvilke faktorer de eldre opplever som betydningsfulle for å bli forhindret fra å være fysisk aktive.

av aktivitet under observasjonen, noe som antakeligvis forklarer avviket i aktivitetsfrekvens mellom denne studien og tallene som er presentert innledningsvis. Spørsmålet er hvilken av operasjonaliseringene som fanger det «reelle» bilde av det fysiske aktivitetsnivå blant eldre. Min påstand er at operasjonaliseringen av fysisk aktivitet i denne studien i større grad fanger det reelle bilde av de eldres aktivitetsnivå enn det tallene fra SSB viser. Dette fordi operasjonaliseringen i denne studien i noe større grad tar høyde

for de eldres forutsetninger og muligheter til fysisk aktivitet, det vil si kompleksiteten i fenomenet, noe som også er anbefalt i litteraturen (1). Eksempelvis viste dataene at eldre i mindre grad utførte mosjonsaktiviteten spaserturer når man opplevde sin helse som dårlig/meget dårlig. Dette kan lede til den feilslutningen at den eldre har gått fra en aktiv til en inaktiv tilværelse, dersom man ikke tar høyde for at andre fysiske aktiviteter (eks. hagearbeid) erstatter mosjonsaktivitetene. Av den grunn bør fremtidige studier av eldres fysiske aktivitetsnivå i større grad problematisere operasjonaliseringen av aktivitetsbegrepet, samt være kritiske i bruken av sekundære data for å evaluere tiltak der formålet er å endre de eldres aktivitetsnivå.

Til tross for at operasjonaliseringen av fysisk aktivitet favner videre i denne studien endrer dette ikke hovedfunnet om at de fleste eldre i utvalget har et aktivitetsnivå som er lavere enn det som er anbefalt. Samtidig viser analysen at eldre ser positiv på fysisk aktivitet ved at de fleste eldre (94,5 prosent) svarte at regelmessig fysisk aktivitet var av middels/stor betydning for deres helse. De uttrykker dermed en positiv holdning til fysisk aktivitet, mens de samtidig er fysisk inaktive. En positiv holdning til fysisk aktivitet er med andre ord ikke tilstrekkelig for å handle i tråd med holdningen. Det finnes med andre ord nok av gode holdninger, men få gode handlinger. Av den grunn ønsker jeg videre i diskusjonen å problematisere bruken av helseinformasjon, som for eksempel holdningskampanjer, som tiltak for øke aktivitetsnivået blant eldre.

Helseopplysning gjennom holdningskampanjer og annen helseinformasjon har vært og hører

fortsatt med blant hovedtiltakene for å påvirke folks helseatferd. Grunntanken er at helseinformasjon gjennom kunnskap om hva som fremmer/skader helsen vil føre til endret holdning til eksisterende atferd og derigjennom føre til en endring i helseatferden. Samtidig er det godt dokumentert at helseinformasjon ved hjelp av holdningskampanjer i liten grad påvirker folk til å endre helseatferden (3,4,1). En forklaring på kampanjenes manglende effekt er at helseinformasjonen utformes ut fra en medisinsk forståelse av hva helse er og hvordan den kan oppnås, som ikke samsvarer med befolkningens helsemodell (4,1). Den paternalistiske holdningen, som helseinformasjon ut fra en biomedisinsk helsemodell ofte representerer, kan av den grunn oppleves som ydmykende, noe som i neste omgang kan føre til at helseinformasjon skaper motreaksjoner i befolkningen istedenfor endret helseatferd (15). Kjennskap til de folkelige helsemodellene blant mottakergruppene, det vil si deres forståelse av helse og normene som regulerer helseatferden, er dermed en viktig forutsetning når man utformer helseinformasjon. En følge av dette kunne være å redusere innsatsen på de generelle informasjonskampanjene og heller søke etter å formidle helseinformasjon ut fra mottakernes virkelighetsforståelse i en relasjonell sammenheng. Et eksempel på dette er funn fra Raaheim og Aarø (1990) der helseinformasjon i en relasjon mellom helseprofesjoner og dens brukere har vært en viktig faktor for endre negativ helseatferd (3). I en slik sammenheng skapes det muligheter for å rette helseinformasjonen mot de konkrete handlingene brukerne velger for å bevare egen helse. Helseinformasjonens holdningsperspektiv, slik vi ofte finner det

i holdningskampanjene, erstattes med et handlingsperspektiv gjennom kjennskapet til individets egne valg knyttet til helseatferd. Dette viser at helseinformasjon kan ha effekt, men at effekten avhenger av hvordan informasjonen utvikles og formidles til målgruppen.

Et ytterlig funn i studien er den direkte negative effekten respondentens opplevelse av angst har på aktivitetsnivået. Denne opplevelsen er samtidig påvirket av mangelen på personer å være aktiv sammen med. Ut fra dette bør man kunne trekke den konklusjonen at tiltak som reduserer opplevelsen av angst vil kunne øke aktivitetsnivået. Denne konklusjonen støttes av studien til Brouwer et. al (2003) som jeg har referert til innledningsvis (11). Studien deres viste at det er mulig

“ Studien viser at til tross for at eldre har kunnskap om at fysisk aktivitet er av betydning for deres helse, er de fleste fysisk inaktive.

å øke aktivitetsnivået blant eldre ved hjelp av både veiledningsgrupper og aktivitetsgrupper. Utfordringen blir å finne aktørene som kan sette i verk og opprettholde lignende eller andre tiltak for å øke aktiviteten blant eldre. I denne sammenheng vil jeg avslutte diskusjonen med å vise til arbeidet i bydelen Stovner i Oslo (1). Gjennom en bevisst satsning på fysisk aktivitet som helsefremmende og forebyggende tiltak har man klart å få primærhelsetjenesten, frivillige organisasjoner og frivillige enkeltpersoner til å

samarbeide for å etablere ulike tilbud for å fremme aktivitetsnivået i befolkningen.

AVSLUTNING

Studien viser at til tross for at eldre har kunnskap om at fysisk aktivitet er av betydning for deres helse, er de fleste fysisk inaktive. Mye av kunnskapen kan med stor sannsynlighet tilskrives helseinformasjon gjennom ulike holdnings- og opplysningskampanjer. Samtidig vet man at økt viten ikke nødvendigvis fører til en endring i helseatferden, men istedenfor kan ha uheldige og uuntenderte konsekvenser. Av den grunn bør tiltak rettes mot de faktorer man kjenner til har en negativ effekt på øke Eldres aktivitetsnivå, deriblant tiltak som reduserer deres opplevelse av angst.

Et annen viktig moment er at forskning på fysisk aktivitet blant eldre forutsetter en forståelse av aktivitet som samsvarer med de Eldres muligheter og begrensinger for å være fysisk aktive. På den måten kan man øke påliteligheten til datamaterialet som samles og dermed øke sannsynligheten for å få et sannere bilde av Eldres aktivitetsnivå.

TAKK

En stor takk rettes til Merete Tangen Bakstad og Anita Tjernes som i løpet av høsten 2005 har gjennomført en større kvantitativ undersøkelse i forbindelse med sin fordypningsoppgave innen aldring og eldreomsorg (13). Det er takket være deres datamateriale og deres tillatelse til å bruke materialet at jeg har kunnet utarbeide denne artikkelen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

REFERANSER

- (1) **Hjort Peter F** (2000) Fysisk aktivitet og Eldres helse – gå på! Tidsskrift for Den norske lægeforsking 2000, 120, 2915–2918
- (2) **Stortingsmelding nr. 16** (2003) Resept for et sunnere Norge 2002–2003 Det kongelige helsedepartement
- (3) **Raaheim A, Aara L** (1990) Forskning om forebyggende helsearbeid: en oppsummering av norske undersøkelser NAVF rapport; Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, Rådet for medisinsk forskning, Oslo
- (4) **Sørensen M, Graff-Iversen S** (2001) Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? Tidsskrift for Den norske Lægeforsking nr 6, 2001; 121, 720–724
- (5) **Lavie C, Milani R** (2004) Benefits of Cardiac Rehabilitation in the Elderly Chest 2004 Oct; Vol. 126 (4), 1010–1012.
- (6) **Iversen, Kristensen, Holstein & Due** (2002) Medisinsk Sociologi – Samfund, Sundhet og Sygdom Munksgaard Danmark: København
- (7) **Anderssen S. & Andersen L. B.** (2004) Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003 – Data basert på spørreskjemaet «International Physical Activity Questionnaire» Sosial og Helsedirektoratet, Rapport IS-1254: Oslo
- (8) **Van den Brink, Picavet, Van den Bos, Giampaoli, Nissinen, Kromhout** (2002) Duration and intensity of physical activity and disability among European elderly men Disability and Rehabilitation; Vol 27, nr. 6, 341–347
- (9) **Vågane, Liva** (2001) Undersøkelse om fysisk aktivitet blant personer i alderen 55–75 år Dokumentasjonsrapport, Statistisk Sentralbyrå, Oslo
- (10) **Brouwer B, Musselman K, Culham E.** (2004) Physical function and health status among senior with and without a fear of falling. Gerontology 2004; 50 (3) sidene 135–141
- (11) **Brouwer B, Walker C, Rydahl S, Culham E.** (2003) Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: a randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society 2003; 51 (6) sidene 829–834
- (12) **Tennstedt S, Lawrence R, Kasten L.** (2001) An intervention to reduce fear of falling and enhance activity: who is most likely to benefit? Educational Gerontology 2001; 27 (3/4) 227–240
- (13) **Bakstad M og Tjernes A** (2005) Fysisk aktivitet og eldre – en undersøkelse om fysisk aktivitet blant hjemmeboende over 67 år Høgskolen i Østfold, Fordypningsoppgave ved Videreutdanningen i aldring og eldreomsorg.
- (14) **Statistisk Sentralbyrå** (2006) Statistikkbanken - <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken>
- (15) **Skog O. J** (1998) Å forklare sosiale fenomener – en regresjonsbasert tilnærming Ad Notam Gyldendal; Oslo
- (16) **Seefeldt V, Malina R, Clark M.** (2002) Factors Affecting Levels of Physical Activity in Adults. Sports Medicine 2002; 32 (3) sidene 143–168

(17) **Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009** (2004) Sammen for fysisk aktivitet Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo

(18) **Gjernes T** (2004) Helsemodeller og forebyggende helsearbeid Sosiologisk Tidsskrift 2004 Nr. 02, 143–165

(19) **Steihaug S, Ahlsen B, Eide W, Tjønneland A E, Refsnes K A, Kjær B, Sandvik E** (2005) Bydel Stovner – 14 år med grønn resept Tidsskrift for Den norske lægeforsking nr 3, 2005, 125, 310–311

EKSTREM VIRKELIGHET VED ABORT

> Det er viktig at det gjennomføres studier som kartlegger psykiske ettervirkninger etter spontan og provosert abort.

> Pasienter som står i en valgsituasjon, bør ha et godt tilbud om samtale, fyldig informasjon i forkant og god oppfølging i etterkant. Selv om det er begrenset med deltagere i studien til Broen og medarbeidere, kommer det frem at det er tildels langvarige psykiske ettervirkninger og da spesielt etter en provosert abort. Vil funnene i denne studien få noen konsekvenser for vår praksis? Bør denne kunnskapen være en del av den informasjonen vi gir pasientene? I så fall er det ikke med det for øye å påvirke valget deres, men for at de skal få kunnskap og være forberedt på de psykiske ettervirkninger som er naturlige etter en provosert abort. Dette bør drøftes innad i fagmiljøet. Her har både primær- og spesialisthelsetjenesten et ansvar.

> Alle pasienter har krav på respekt, omsorg og profesjonell sykepleie. Pasienter som kommer til oss på grunn av en provosert abort, eller som er hos oss på grunn av en spontan abort – oppholder seg på samme rom, bare med enkle forheng rundt sengen. Noen ganger er dette en ekstrem virkelighet.

> Vi ser at de som opplever en spontan abort viser naturlige reaksjoner, det er legitimt å sørge. De er oppløst i tårer og fortvilet. De har innstilt seg på det motsatte. For noen var dette siste sjansen til å få et barn. Det er lett å komme nær og trøste. De fleste av disse har en pårørende med seg.

> De som opplever en provosert abort kommer som regel alene. Få eller ingen av deres nærmeste vet hva de skal gjennom denne dagen. De har snakket svært lite med andre om aborten. Når de kommer tidlig om morgenen har mange et stort behov for å forklare. De ønsker å fortelle årsaken til det valget de har gjort. Når de forlater oss er mange preget av takknemlighet og lettelse. Broens studie antyder at kvinnene med tiden likevel kan få psykiske ettervirkninger.

> Vi ser at det er en hårfin balanse mellom det å formidle kunnskap og informasjon for å gi trygghet til pasienten, og det som kan oppfattes som moralisering. Kanskje det er grøften vi har gått i tidligere – redselen for å moralisere.

Foto: Vegard Eggen



AV TURID FURNES

Avdelingspsykepleier, gynekologisk poliklinikk, St. Olavs Hospital

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELTET

Les artikkelen på de neste sidene. >>

Hva vet vi om dette temaet fra før:

Cirka 9 000 kvinner behandles for spontan abort på norske sykehus hvert år. Rundt 15 000 får utført provosert abort.

Hva tilfører denne artikkelen:

Mange kvinner strever med psy-

kiske ettervirkninger både etter spontan og provosert abort.

Hvor populært har det vært å forske på dette temaet i Norge:

1970-tallet: ●●●●●●●●

1980-tallet: ●●●●●●●●

1990-tallet: ●●●●●●●●

Ord som ord

P-verdi og Statistisk signifikans.

Funnene i en studie kan være basert på en tilfeldighet. Å kalkulere p-verdien kan indikere om resultatene skyldes tilfeldigheter eller ei. Insidens Antall nye tilfeller i en spesifisert populasjon over en

definert periode. Prevalens Antall tilfeller av en gitt tilstand i en definert befolkning over en viss periode.

Les mer

Broen: «The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal,

five-year follow-up study» (www.biomedcentral.com/bmcmed) og Women's health, clinical Evidence, www.helsebiblioteket.no

Nøkkelord

- Abort
- Traumereaksjon

- Angst
- Depresjon
- Helsepersonell

Kontaktperson

anne.broen@modum-bad.no

Fra 1998 til 2004 ble det ved Sykehuset Buskerud utført en studie om kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. Førte kvinner med spontan abort og åtti kvinner med provosert abort ble intervjuet ti dager (T1), seks måneder (T2), to år (T3) og fem år (T4) etter aborten. I intervjuene fylte kvinnene ut en todelt psykologisk traumetest, en test som måler angst og depresjon, og et skjema for følelser tilknyttet aborthendelsen.

Resultatene viste at ved T1 hadde 47,5 prosent av kvinnene med spontan abort høy skår på en eller begge delene av traumetesten, ved T4 hadde 2,6 prosent høy skår. I gruppen med provosert abort hadde 30,0 prosent høy skår på en eller begge deler av traumetesten ved T1, og ved T4 hadde fortsatt 20,0 prosent høy skår. Kvinner med provosert abort hadde forhøyede gjennomsnittlige angstskår ved alle fire intervjutidspunkt, sammenliknet med kvinner i

normalbefolkningen. Kvinner med spontan abort rapporterte mye sorg og tapsfølelse de første ukene. Kvinner med provosert abort hadde mer blandede følelser, med både sorg, skyld, lettelse og følelse av å ha valgt riktig.

Foto: Samfoto



From 1998 to 2004, there was performed a study about women's psychological responses to miscarriage and induced abortion at Buskerud Hospital. Forty women with miscarriage and 80 women with induced abortion were interviewed ten days (T1), six months (T2), two years (T3) and five years (T4) after the pregnancy termination. In the interviews, the women filled in a psychological trauma test in two parts, a test measuring anxiety and depression, and

a questionnaire about feelings connected to the pregnancy termination. The results showed that at T1, 47,5 % of the women with miscarriage had a high score on one or both parts of the trauma test, and at T4, 2,6 % had high scores. At T1, 30,0 % of women in the induced abortion group had high scores on one or both parts of the trauma test, and at T4, still 20,0 % had high scores. The mean anxiety scores in the induced abortion group were

statistically significantly elevated at all four interview time points compared to women in the general population. Women with miscarriage had strong feelings of grief and loss the first weeks. Women with induced abortion had more mixed feelings, with grief, guilt, relief, and a feeling of having made the right choice.

» Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort

I Norge er det gjort lite forskning om et tema som berører tusenvis av kvinner hvert år: De psykiske reaksjoner på det å oppleve en abort.

Forfattere: Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker, Øivind Ekeberg

Cirka 8 000–10 000 kvinner blir behandlet for spontan abort ved norske sykehus hvert år (5).

I tiden etter at loven om selvbestemt abort ble innført i 1979, har cirka 14 000–15 000 kvinner årlig fått utført provosert abort (6).

I Norge er det gjort lite forskning om et tema som berører

tusenvis av kvinner hvert år: De psykiske reaksjoner på det å oppleve en abort. Cirka 8 000–10 000 kvinner blir behandlet for spontan abort ved norske sykehus hvert år (5). I tiden etter at loven om selvbestemt abort ble innført

i 1979, har cirka 14 000–15 000 kvinner årlig fått utført provosert abort (6).

Når det gjelder forskning angående psykiske ettervirkninger etter spontan abort, ser den ut til å mangle helt i Norge. Det er gjort noe forskning på reaksjoner etter provosert abort (7–10). I utlandet er det gjort atskillig mer forskning, både angående spontan abort (11–15) og provosert abort (16–22). Det rapporteres at angst er en av de hyppigste ettervirkningene etter både spontan og provosert abort, og at traumereaksjoner er observert i begge grupper.

Hensikten med vår undersøkelse var å kartlegge psykiske ettervirkninger etter spontan og provosert abort, i de fem første årene etter aborten.

MATERIALE OG METODE

I perioden fra våren 1998 til begynnelsen av 1999 ble 120 kvinner (spontan abort: n=40, provosert abort: n=80) mellom 18 og 45 år som kom til gynekologisk avdeling, Sykehuset Buskerud, inkludert i vår undersøkelse. Alle kvinner som ble innlagt på avdelingen på grunn av abort ble fortløpende spurt om de ville delta i undersøkelsen. Unntak var i ferietiden, og kvinner som fylte forhåndsbestemte kriterier for eksklusjon, som for eksempel at de ikke forsto norsk. Av kvinnene med spontan abort samtykket 50 prosent av de spurte i å bli med i undersøkelsen, mens 46 prosent av kvinnene med provosert abort samtykket. Kvinnene ble spurt av personalet etter at de våknet opp av narkosen, før de reiste hjem fra sykehuset. Responsraten varierende en god del: Av kvinner med provosert abort sa 52 prosent ja når sykepleier G. spurte, mens når andre i personalet spurte var det 30 prosent som sa ja. Sykepleier G. var genuint interessert i og posi-

tiv til undersøkelsen. For kvinner med spontan abort var det i starten 36,5 prosent som samtykket i å bli med. Etter et to timers informasjonsmøte for personalet på gynekologisk avdeling, der ANB fortalte om undersøkelsen, steg prosenten til 75 prosent.

De som ville bli med, ble senere kontaktet av ANB, som foretok alle intervjuene. Totalt ble 255 kvinner spurt. Av de 120 kvinnene som deltok, fullførte 109 kvinner (91 prosent) alle fire intervjuer: 39 av 40 kvinner med spontan abort (97,5 prosent), 70 av 80 kvinner med provosert abort (87,5 prosent). Langt de fleste intervjuene ble foretatt ansikt til ansikt, og på det stedet der kvinnene selv foretrakk å ha dem: I et kontor på sykehuset, hjemme, eller på en kafé. Elleve intervjuer ble gjort på telefonen eller per post (ved T3: En med spontan abort og en med provosert abort, ved T4: Tre med spontan abort, seks med provosert abort). Intervjuene var delvis strukturerte, slik at de inkluderte selvutfylling av spørreskjemaer og tester, samtale, og at kvinnene skrev ned tanker de hadde om aborten.

Prosjektet var i hovedsak lagt opp som en kvantitativ undersøkelse, ikke minst fordi det tidligere har vært gjort lite kvantitativ forskning på dette feltet. Det første intervjuet (T1) var det mest utførlige. Kvinnene oppga da demografiske data, og deres tidligere psykiske helse ble søkt fastslått ved å kombinere to mål: 1) En selvrapportering om behov for, og mottatt hjelp, fra helsevesenet på grunn av psykiske vanskeligheter tidligere i livet og 2) en diagnostisk vurdering av kvinnes psykiske helse, utført av ANB som er spesialist i psykiatri. Hun snakket med kvinnene om deres psykiske helse tidligere i livet, og kunne stille utdypende spørsmål. Ut fra dette

avgjorde hun om kvinnene skulle få en psykiatrisk livstidsdiagnose eller ikke. Det ble laget en ny variabel, «Tidligere psykisk helse», delt i tre: «God», «Middels» og «Tidligere psykiske problemer».

SPØRRESKJEMAER OG PSYKOLOGISKE TESTER

En psykologisk traumatetest (Impact of Event Scale, IES)

Impact of Event Scale er mye brukt internasjonalt (23–24). Den er oversatt til norsk og er brukt i flere norske studier (25–26). Testen er todelt. Den første delen omhandler grad av påtrengende minner, «flashbacks», vonde drømmer og sterke følelser som en person har hatt (i forhold til et bestemt traume, her aborten) i løpet av siste uken før intervjuet. Den andre delen omhandler grad av forsøk på å unngå minner om traumet, – som for eksempel ikke å ville snakke om eller tenke på det som skjedde og ikke tillate seg selv å ha følelser i forhold til det. Hvis en person har høy skår på en av deltestene (>19 poeng, kalt «case») indikerer det høy grad av subjektivt stress etter en spesiell hendelse. Det kan likevel ikke settes likhetstegn mellom det å være et «case» og det å ha en tilpasningsforstyrrelse eller en fullt utviklet post-traumatisk stresslidelse (PTSD), selv om IES fanger opp mange av elementene i disse lidelsene (27).

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

HADS er også mye brukt internasjonalt for å måle angst og depresjon (28–29). Den er også brukt i norske studier (30–31). Testen består av to deler, en del vedrørende angst og en del vedrørende depresjon i løpet av siste uken før intervjuet. Bjelland og medarbeidere anbefaler en grense >7 poeng på både angst og depresjonsska-

laen for å skille ut personer med klinisk signifikant lidelse av mild, moderat eller alvorlig grad (30), kalt «cases». I forbindelse med vår undersøkelse fikk vi anledning til å sammenlikne våre resultater med data fra et stort befolkningsmateriale fra HUNT (Helse Undersøkelse Nord Trøndelag, 1995–1997). Vi brukte HADS-data for kvinner i alder 30–35 år (n=2879) til sammenlikning.

SKJEMA FOR FØLELSER I FORHOLD TIL ABORTEN

Ved hvert intervju tidspunkt fylte kvinnene ut et skjema for følelser de hadde i forhold til aborten. De ble bedt om å tenke tilbake

på aborten, og så angi hvor mye de nå hadde av forskjellige følelser i tilknytning til aborten. Hver følelse kunne angis på en femtrinns skala: 1=ikke i det hele tatt, 2=litt, 3=en god del, 4=meget, 5=svært mye. Dette skjemaet ble laget særskilt til vår undersøkelse, men det er svært likt skjema brukt i andre undersøkelser om ettervirkninger av provosert abort (21, 32–33).

STATISTISKE METODER

Forskjeller mellom abortgrupper ble beregnet med en korrelasjonskoeffisient (point biserial) for gjennomsnittsforskjeller på kontinuerlige variabler (tilsvarende en t-test) og med kji-kvadrat for gruppevariabler.

Forskjellen mellom abortgruppene i andelen med «cases» ble beregnet ved koeffisienten.

RESULTATER

En oversikt over kvinnene som deltok, er vist i tabell 1.

Det var betydelig (statistisk signifikant) forskjell mellom de to abortgruppene med hensyn til antall barn, sivilstand og yrkesaktivitet, og det var nesten signifikant forskjell i tidligere psykisk helse. Når gruppen test-skår ble sammenliknet i statistiske analyser og det ble kontrollert for disse forskjellene (som mulige konfundere), førte det til kun små endringer i resultatene. I denne artikkelen er resultatene vist uten

TABELL 1

Alder (i år)	30.1 (28.2–31.9)	27.7 (26.2–29.3)	r = -0.17, n.s.
Svangerskapslengde (uker)	10.5 (9.4–11.5)	9.6 (9.3–9.9)	r = -0.18, n.s.
Antall tidligere provoserte aborter	0.3 (0.1–0.5)	0.3 (0.2–0.4)	r = -0.02, n.s.
Antall tidligere spontane aborter	0.4 (0.2–0.6)	0.4 (0.2–0.6)	r = 0.02, n.s.
Antall barn	0.8 (0.5–1.0)	1.2 (0.9–1.4)	r = 0.19*
Sivilstand		2 = 15.38***	
Gift	42.5%	21.3%	
Samboende	50.0%	37.5%	
Singel	7.5%	41.3%	
Utdannelse			
(høyest fullførte)		2 = 5.42, n.s..	
Ungdomsskole	10.0%	15.0%	
Videregående skole	15.0%	31.3%	
Yrkesfaglig utdanning	47.5%	31.3%	
Universitetsutdanning	27.5%	22.5%	
Yrke		2 = 10.34*	
Under utdanning	2.5%	21.3%	
Fast arbeid	75.0%	50.0%	
Vikariat	5.0%	11.3%	
Hjemmearbeidende	10.0%	8.8%	
Annet	7.5%	8.8%	
Livssyn		2 = 5.05, n.s.	
Kristen, troen betyr lite	80.0%	71.3%	
Kristen, troen betyr mye	12.5%	6.3%	
Agnostiker eller humanetiker	5.0%	17.5%	
Muslim eller annet	2.5%	5.0%	
Tidligere psykisk helse		2 = 3.63, n.s.	
God	65.0%	47.5%	
Middels	15.0%	17.5%	
Tidligere psykiske problemer	20.0%	35.0%	

Tabell 1. Kvinnene som deltok i undersøkelsen. Signifikansnivå for forskjeller mellom de to abortgruppene variabler er også vist.

TABELL 2: Gjennomsnittsskåre i begge abortgrupper ved alle fire intervjuetidspunkt.

	T1 (10 dager etter)		T2 (6 måneder etter)		T3 (2 år etter)		T4 (5 år etter)	
	Spontan abort n=40	Provosert abort n=80	Spontan abort n=40	Provosert abort n=74	Spontan abort n=39	Provosert abort n=72	Spontan abort n=39	Provosert abort n=70
IES påtrengende minner	17,6**	11,9	10,6	8,0	4,9	5,1	3,7	3,6
IES unngåelse av minner	7,0	11,1**	5,9	9,7*	3,2	9,3***	1,5	8,3***
HADS angst	6,1	6,6	5,5	6,8	5,6	6,0	5,2	5,9
HADS depresjon	4,5	3,9	3,0	3,3	2,3	2,6	2,0	2,7
Lettelse	1,3	2,8 ***	1,3	2,6 ***	1,3	2,7 ***	1,4	2,7 ***
Følelse av tap	3,6 ***	2,2	3,4 ***	2,2	2,5	2,2	2,0	1,9
Sorg	3,7 ***	2,4	3,2 ***	2,2	2,4 *	1,9	1,8	1,8
Skyld	1,9	2,1	1,5	2,1 **	1,2	1,9 **	1,1	2,0 ***
Skam	1,1	1,8 ***	1,1	1,9 ***	1,1	1,6 **	1,0	1,6 **
Anger		1,8		2,0		1,9		1,8
Følelse av å ha gjort det riktige		3,6		3,6		3,9		3,9

Statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på hvert tidspunkt: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.0

kontroll for mulige konfundere.

Tabellen viser gjennomsnittsskårene på traumatetsten IES i begge abortgrupper. Kvinnene med spontan abort hadde sterkest utslag kort etter aborten på IES påtrengende minner. I begge abortgrupper sank gjennomsnittet på IES påtrengende minner mye i løpet av det første halvåret. Gjennomsnittsskårene for IES unngåelse av minner viste et annet mønster: I gruppen med spontan abort var det relativt lave skår hele tiden. I gruppen med provosert abort var gjennomsnittsskårene betydelig høyere enn for spontan abort ved alle intervjuetidspunkt, og gjennomsnittet holdt seg nesten uforandret gjennom de fem årene undersøkelsen varte.

Kvinner som hadde >19 poeng på en av deltestene ble kalt «cases». Kvinnene med spontan abort som var «case» på en eller begge IES deltestene var ved de

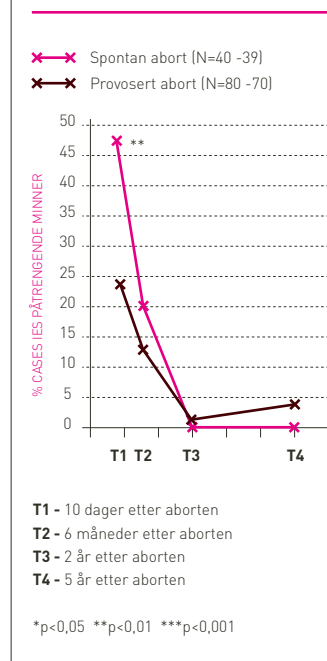
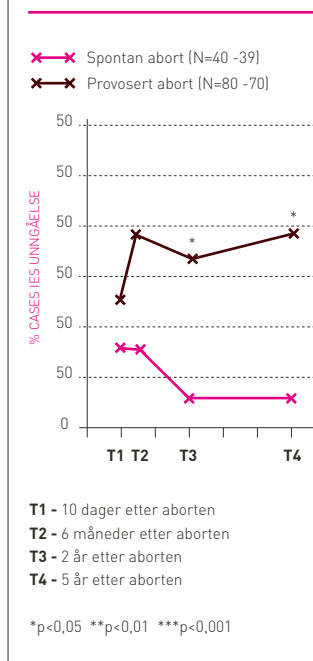
fire intervjuetidspunktene (T1–T2–T3–T4): 47,5 prosent–22,5 prosent–2,6 prosent–2,6 prosent. Tilsvarende var prosenttallene for kvinner med provosert abort som var «case» på en eller begge IES deltestene: 30,0 prosent–25,7 prosent–18,1 prosent–20,0 prosent. Hvordan prosent «cases» fordelte seg på IES påtrengende minner og på IES unngåelse av minner er vist i figur 1 og figur 2:

Kvinnene med spontan abort ga uttrykk for at de var blitt overrasket og sjokkert av det de hadde opplevd. Noen av kvinnene med provosert abort fortalte at de kunne slå av TV'en hvis det kom et program som hadde noe med temaet graviditet og abort å gjøre, og at de vegret seg for å besøke venninner og søsken som nylig hadde fått barn. En fortalte at hun nå forholdt seg helt taus hvis venninnene diskuterte abort, i motsetning til før aborten. Disse

uttalelsene stemmer med skårene på traumatetsten IES.

Tabell 2 viser også gjennomsnittsskår på angst og depresjon for begge abortgrupper. Gjennomsnittsskår for kvinner 30–35 år i normalbefolkningen er for HADS angst: 4,6±(3.4), for HADS depresjon: 2,6±(2,7). Ved sammenlikning av skårene viste det seg at kvinner med spontan abort hadde betydelig høyere (det vil si statistisk signifikant) skår på angst og depresjon enn normalbefolkningen ved T1, men ikke ved senere intervjuetidspunkt. Kvinner med provosert abort hadde betydelig høyere skår på angst enn normalbefolkningen ved alle fire intervjuetidspunkt. De hadde også betydelig høyere skår på depresjon ved T1 og ved T2.

I normalbefolkningen var det 17,9 prosent av kvinnene som var «cases» på angst, det vil si at de hadde >7 poeng på HADS angst-

FIGUR 1**FIGUR 2**

testen. For kvinnene med spontan abort var prosenten «cases» på angst ved intervjuetidspunktene: 32,5 prosent–15,0 prosent–25,6 prosent–20,5 prosent. For kvinnene med provosert abort var prosenten «cases» på angst: 37,5 prosent–47,3 prosent–31,9 prosent–T4: 34,3 prosent.

I normalbefolkningen var det 6,6 prosent av kvinnene som var «cases» på depresjon, det vil si at de hadde >7 poeng på HADS depresjon-testen. For kvinnene med spontan abort var prosenten «cases» på depresjon: 27,5 prosent–10,0 prosent–7,7 prosent–7,7 prosent. For kvinnene med provosert abort var prosenten «cases» på depresjon: 20,0 prosent–17,6 prosent–11,1 prosent–11,4 prosent.

I skårene på angst og depresjon var det bare en betydelig forskjell mellom abortgruppene: Angstcases ved T2: 47,3 prosent (provosert abort) versus 15,0 prosent (spontan abort).

Tabell 2 viser videre den gjennomsnittlige styrken av forskjellige følelser kvinnene hadde i forhold til aborten, ved de fire intervjuetidspunktene. Kvinnene med spontan abort hadde betydelig mer følelse av tap og sorg ved T1 og T2 enn kvinnene med provosert abort. Kvinnene med provosert abort hadde ved alle tidspunkt betydelig mer lettelse enn kvinnene med spontan abort, og ved nesten alle tidspunkt hadde de også betydelig mer følelse av skyld og skam.

DISKUSJON

Hele 47,5 prosent av kvinnene med spontan abort skåret høyt på en eller begge deltestene av den psykologiske traumatetsten IES ti dager etter aborten. De hadde også sterke følelser av sorg og tap. Sammenliknet med normalbefolkningen hadde de betydelig mer angst og depresjon ved T1. Vel et halvt år etter spontanaborten hadde imidlertid de ver-

ste plagene gitt seg. Resultatene fra vår undersøkelse er samsvarende med hva som rapporteres internasjonalt om ettervirkninger av spontan abort (12–15, 34).

Kvinnene med provosert abort hadde ikke så sterke reaksjoner initialt som kvinnene med spontan abort. Dette er naturlig, ut fra at de var mer mentalt forberedt på det som skulle skje.

Kvinnene med provosert abort hadde langvarige og nesten uforandrede verdier på unngåelsesdelen av traumatetsten i løpet av de fem årene oppfølgingen varte. Ved å nekte seg selv både å tenke på, snakke om, eller ha følelser i forhold til aborten, vil bearbeidelsen av hendelsen bli forsinket og vanskeliggjort. En nylig publisert internasjonal studie har gjort liknende funn av unngåelsesreaksjoner som de vi fant i vår undersøkelse (22). Derimot rapporterer en annen studie at fullt utviklet PTSD (post-traumatisk stress lidelse) er sjelden (1,4 prosent), to år etter provosert abort (21). I den sistnevnte studien ble kvinnene ikke undersøkt på traumereaksjoner før to år var gått.

Når det gjaldt følelser i forhold til abortopplevelsen, hadde kvinnene med provosert abort ganske blandede følelser, både positive og negative. Dette er også funnet i en svensk studie (20).

I motsetning til de to andre testene, var testen vi brukte for å måle angst og depresjon, HADS, ikke spesifikt knyttet opp mot aborthendelsen. HADS gir et bilde av det generelle angst- og depresjonsnivået den siste uken før intervjuet. Vi har derfor ikke grunnlag for å si at det var den provoserte aborten som var årsaken til de langvarige og forhøyede angstskårene i gruppen med provosert abort. Gruppen med spontan abort hadde også noe høyere angstskår enn normalbefolkning-



gen på alle tidspunkter, men disse forskjellene var ikke statistisk signifikante. Internasjonale studier har funnet en tendens til forhøyet angstnivå hos kvinner i tiden etter en abort. En oversiktsartikkel publisert i 2003 konkluderer med at angstsymptomer er den mest vanlige negative responsen etter en provosert abort (16).

Man kunne tenke seg at dårlig psykisk helse på forhånd ville være en risikofaktor for negative psykiske reaksjoner etter en abort. Det viste seg å stemme, da vi gjorde undersøkelser på dette i vårt datamateriale (1,4).

UNDERSØKELSENS BEGREN- NINGER

Bare knapt halvparten av kvinnene med abort ville være med i undersøkelsen. Det er grunn til å tro at de som ikke ble med hadde vel så store plager som de som deltok i undersøkelsen. To studier (en var om provosert abort) har vist at de som ikke ville være med på undersøkelser etter vanskelige livshendelser var minst like affisert som de som ble med (35–36).

Det å bruke angst- og depre-
sjonsresultatene fra helseundersøkelsen HUNT i Nord-Trøndelag som sammenlikningsgrunnlag kan ha svakheter. En artikkel som vurderte nivået av angst og depresjon i Nord-Trøndelag i forhold til andre steder i Norge, viste at det ikke var statistisk signifikante forskjeller i nivå (37).

Vårt skjema om følelser tilknyttet aborten var ikke undersøkt angående validitet og reliabilitet. Imidlertid er tilsvarende skjema for følelser brukt i andre studier om abort (21,32).

Av styrkene ved undersøkelsen kan nevnes at kvinnene ble intervjuet hele fire ganger, og at svarprosenten var høy ved oppfølgingen: 109 av 120 kvinner (91 prosent) fullførte

hele femårsundersøkelsen.

IMPLIKASJONER

Våre funn viser at det å oppleve en spontan eller en provosert abort kan være vanskelig for kvinner. Derfor er det viktig at kunnskap om vanlige psykiske ettervirkninger etter abort blir kjent blant helsepersonell.

Kunnskap om psykiske aspekter ved abort kunne også bli formidlet til elever i skolen, for eksempel i sammenheng med seksualundervisningen. Både menn og kvinner ville da være bedre forberedt hvis spørsmålet ble aktuelt for dem senere i livet.

KONKLUSJON

Kvinner med spontan abort reagerte kraftig kort tid etter aborten, men etter vel et halvt år var deres psykiske tilstand langt på vei normalisert. Kvinner med provosert abort reagerte ikke fullt så sterkt initialt på aborten, men de hadde mer langvarige plager.

Resultatene fra vår undersøkelse underbygges av funn gjort i utenlandske studier, og burde tilsi en økt innsats i helsevesenet for kvinner som har en spontan eller en provosert abort.

ETIKK

Abort er et sårbart tema. Likevel sa de fleste kvinnene som var med i undersøkelsen at de gjerne ville delta, og de syntes det var viktig at det ble forsket på dette temaet. Noen sa det hjalp dem å være med, fordi de fikk bearbeidet sine egne reaksjoner ved å svare på spørsmål i intervjuene. Dette gjaldt spesielt de med provosert abort, fordi mange av dem hadde snakket svært lite med andre om aborten. En del av kvinnene sa det føltes vanskelig å være med i undersøkelsen. Likevel ville de være med, fordi de håpet svarene deres kunne bli til hjelp for andre kvinner.

Undersøkelsen er godkjent av

regional faglig-etisk komité. Forfatterne har ingen kommersielle egeninteresser eller interessekonflikter i forhold til det innsendte manuskript.

TAKK

Takk til alle kvinner som deltok i undersøkelsen og til personale og ledelse ved Sykehuset i Buskerud, samt Dr.med. Eystein Stordahl som bidro med viktige data fra HUNT-undersøkelsen.

FINANSIELL BISTAND

Prosjektet har mottatt finansiell støtte fra Helse- og Rehabilitering, via Rådet for psykisk helse. Prosjektet har også mottatt støtte fra Maja og Jonn Nilsens legat, Josef og Haldis Andresens legat, Solveig og Johan P. Sommers stiftelse, og Universitetet i Oslo. Sosial- og Helsedirektoratet har bidratt med lønn til førsteforfatter for å skrive denne artikkelen.

REFERANSER

- (1) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27:36–43.
- (2) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: A 2-Year Follow-up Study. *Psychosom Med* 2004; 66:265–71.
- (3) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 2005; 3(18).
- (4) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:317–23.
- (5) Skjeldestad FE. Spontane aborter behandlet i norske sykehus. 1–9–2003. Ref Type: Personlig meddelelse.
- (6) Statistics Norway. Induced legal abortions. Woman's county of residence. <http://www.ssb.no/english/yearbook/tab/t-030110-130.html>. 2002.
- (7) Bergkåsa A-M. «Var det et liv jeg tok?» En kvalitativ studie om psykiske ettervirkninger etter provosert abort sett i lys av vekselvirkningen mellom individ og samfunn. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Institutt for

sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo., 1999.

(8) Grünfeld B. Legal abort i Norge: legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965–1971: en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse / av Berthold Grünfeld. Oslo.:Universitetsforlaget., 1973.

(9) Hansen K, Kristiansen L, Urdal K, Stray-Pedersen B. Sosiale og emosjonelle faktorer hos kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd. Reaksjoner før og etter inngrepet. 1996. Aker sykehus, Oslo, Norge.

(10) Kolstad P. Therapeutic abortion. A clinical study based upon 968 cases from a Norwegian hospital, 1940–53. Drammen, Norge: Oslo University Press, 1957.

(11) Beutel M, Deckardt R, von Rad M, Weiner H. Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57:517–26.

(12) Brier N. Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* 2004; 31:138–42.

(13) Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23:62–6.

(14) Frost M, Condon JT. The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30:54–62.

(15) Geller PA, Klier CM, Neugebauer R. Anxiety disorders following miscarriage. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:432–8.

(16) Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003; 23:929–58.

(17) Coughle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit* 2003; 9:CR157–CR164.

(18) Coughle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anxiety Disord* 2005; 19:137–42.

(19) Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study. *BMJ* 1996; 313:1431–4.

(20) Kero A, Lalos A. Ambivalence – a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2000; 21:81–91.

(21) Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:777–84.

(22) Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004; 10:SR5–16.

(23) Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41:209–18.

(24) Sundin EC, Horowitz MJ. Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosom Med* 2003; 65:870–6.

(25) Tjemland L, Soreide JA, Malt UF. Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: status one year after surgery. *Breast Cancer Research & Treatment* 1998; 47:141–51.

(26) Winje D. Long-term outcome of trauma in adults: the psychological impact of a fatal bus accident. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:1037–43.

(27) Joseph S. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *J Trauma Stress* 2000; 13:101–13.

(28) Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42:17–41.

(29) Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361–70.

(30) Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52:69–77.

(31) Stordal E, Bjartveit KM, Dahl NH, Kruger O, Mykletun A, Dahl AA. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:210–6.

(32) Adler NE. Emotional responses of women following therapeutic abortion. *Am J Orthopsychiatry* 1975; 45:446–54.

(33) Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological factors in abortion. A review. *Am Psychol* 1992; 47:1194–204.

(34) Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40:235–44.

(35) Soderberg H, Andersson C, Janzon L, Sjoberg NO. Selection bias in a study on how women experienced induced abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 77:67–70.

(36) Weisaeth L. Importance of high response rates in traumatic stress research. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1989; 355:131–7.

(37) Moum T. Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression. *Social Indicators Research* 1998; 45:279–318.

Kort innpå

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

Reduserer pasienter sine forventinger i sympati med travle sykepleiere?

Pasienter innlagt i en akuttavdeling tilpasser seg knapphet på ressurser og sier de er tilfredse selv om sykepleien kun er god nok. Dette er ett funn i en kvalitativ studie om hvordan det oppleves å være innlagt og få pleie på akuttavdeling på sykehus.

Narrative intervju ble brukt for å samle data. Pasientene ble opp-

fordret til å fortelle fritt om sine opplevelser og forskerne stilte kun oppfølgingsspørsmål for å få utfyllende beskrivelser. Fortellingene ble tatt opp på bånd, transkribert til tekst og analysert.

Studien ble gjort ved et svensk universitetssykehus, ved en avdeling som behandlet akutt syke i inn-til tre dager. Ti pasienter i alderen 32–90 år deltok. Diagnosene var hjertesvikt, kolangitt, pankreatitt, divertikulitt, paralyse, ryggsmarter og hodepine.

Tre hovedtema ble identifisert i analysen: Menneskelighet, kompromiss og sårbarhet. Menneskelighet sikter til pasientenes opplevelse av at sykepleierne var hengivne, åpne og ærlige overfor dem. Pasientenes vurdering av sykepleiernes profes-

sjonalitet hang sammen med hvordan de observerte at medpasienter ble behandlet. Kompromiss er knyttet til pasientenes opplevelse av at helsearbeidernes knapphet på tid og ressurser førte til at de ikke fikk det beste tilbudet, men et som var «godt nok». Pasientene følte at de var heldige fordi de tross alt var lagt inn på sykehus og dermed fikk hjelp. Deres sårbarhet ble uttrykt på flere måter. De som bodde alene følte seg hjelpeløse og var bekymret for hvordan de skulle klare seg fremover. Andre var usikre på hva sykdommen ville føre til.

FORFATTERINFO

[Sørli V, Torjuul K, Ross A, Kihlgren M. Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward. J Clin Nur 2006;15:1240–6.]

Personer med MS som later vannet om natten er plaget av tretthet og umattelse

Avbrutt søvn på grunn av vannlating om natten kan bidra til tretthet og utmattelse (fatigue) på dagtid. Dette er ett funn i en studie som studerte sammenhengen mellom søvnproblemer og tretthet/utmattelse hos personer med multipel sklerose (MS).

Søvn mønster og tretthet/utmattelse hos personer med MS ble studert over én uke i en tverrsnittstudie. Søvn ble kartlagt ved hjelp av en sju

dagers søvndagbok og med spørreskjemaet Epworth Sleepiness Scale (ESS). Hvis man enten hadde problemer med å sovne, med oppvåkning om natten eller med tidlig oppvåkning om morgenen, ble man bedt om å angi årsaken i dagboken. ESS inneholder åtte spørsmål som måler søvnighet om dagen. Deltakerne graderte søvnighet i ulike situasjoner fra 0 til 3. Hvis en deltaker scoret 10 eller

mer ble vedkommende klassifisert som «plaget av søvnighet». Tretthet/utmattelse ble målt ved Fatigue Severity Scale (FSS). FSS består av ni ulike utsagn hvor respondenten rangerer grad av enighet/uenighet på en Likert skala fra 1 til 7. En cut-off på 4,0 (respondentenes gjennomsnittscore) ble brukt for å definere hvilke respondenter som er alvorlig plaget av tretthet/utmattelse.

> 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

Pasienter som kom til poliklinisk behandling ved MS-klinikken ved Kings College Hospital i London ble spurt om å delta i studien. De som ikke klarte å fylle ut spørreskjemaene på grunn av redusert fysisk eller kognitiv funksjon inngikk ikke i utvalget. I alt 61 personer returnerte spørreskjemaene (78 prosent). Gjennomsnittsalderen var 41 år og 72 prosent var kvinner. Hovedandelen av utvalget hadde en relapsing-remittent MS-type (70 prosent), mens tolv personer hadde primær progressiv og seks sekundær progressiv MS-type. I alt 64 prosent av personene var alvorlig plaget av fatigue og 32 prosent var plaget av søvnighet om dagen. Respondentene tilbrakte i

gjennomsnitt åtte timer i sengen hvert døgn (tiden varierte fra fire til 13,5 timer). Problemer med å sovne ble registrert hos 42 prosent, mens 16 prosent våknet mer enn tre ganger per natt. Vannlating var den hyppigste oppgitte årsak til at man våknet i løpet av natten. To eller flere dager med tidlig oppvåkning ble registrert hos 58 prosent av utvalget. Plager med tretthet/utmattelse viste en signifikant samvariasjon med antall dager med oppvåkning.

Forfatterne konkluderer med at mange med MS er alvorlig plaget av tretthet/utmattelse. Plager med oppvåkning om natten og nattlig vannlating synes å ha en sammenheng med den generelle opplevelsen av tretthet/utmattelse.

FORFATTERINFO

[Stanton BR, Barnes F, Silber E. Sleep and fatigue in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis 2006;12:481–6.]

I tverrsnittstudier bør man generelt være varsom med å trekke slutninger om årsak og virkning. Artikkelen inneholder ikke opplysninger som belyser om forekomsten av tretthet/utmattelse og søvnproblemer hos MS-pasientene er høyere enn i befolkningen generelt. Hvilken rolle en eventuell depresjon hos pasientene har i forhold til søvn og tretthet/utmattelse er heller ikke vurdert. På bakgrunn av resultatene fra denne studien er det likevel grunn til å vurdere tiltak som bidrar til færre oppvåkninger om natten med spesielt fokus på nattlig vannlating.

KOMMENTAR

Bedret ernæring til intensivpasienter

Intensivpasienter ble tilført mer næring når sykepleiere og leger fulgte en ernærings-, vurderings- og tiltaksprosedyre (algoritme) i stedet for «gamle rutiner». Dette er hovedfunnet i en studie der man testet om innføring av en ernæringsalgoritme i en intensivavdeling bidro til at pasientene ble tilført flere kalorier de fire første dagene etter innleggelse.

Den kvasiekperimentelle studien omfattet 42 pasienter som ble rekruttert fortløpende. De første 21 utgjorde kontrollgruppen (KG). Blant annet målte man daglig kaloriinntak, måten ernæring ble gitt på og forskjell mellom hva som ble ordinert og hva som faktisk ble gitt.

Etter at målingen i KG var avsluttet, startet fortløpende rekruttering og måling av 21 pasienter i eksperimentgruppen (EG). Tiltaket i EG var at sykepleiere og leger ble utstyrt med et laminert flowchartkort for å vurdere og iverksette ernærings-tiltak. Pasientene ble fulgt opp i fire dager.

Studien ble gjennomført på en intensivavdeling i Norge, på kirurgiske og medisinske pasienter i alderen 20–70 år, som var minst fire dager i avdelingen. Det var ingen forskjeller med hensyn til kjønn, diagnose og alder mellom KG og EG.

76,2 prosent i EG fikk ernærings-tilskudd i løpet av første døgn, mot 66,7 prosent i KG. Tolv pasienter i

EG og sju i KG fikk enten kun enteral ernæring eller enteral sammen med parenteral ernæring. Etter to dager fikk alle i EG enteral ernæring mens sju pasienter i KG fikk det samme.

FORFATTERINFO

[Wøien H, Bjørk IT. Nutrition of the critically ill patient and effects of implementing a nutritional support algorithm in ICU. J Clin Nur 2006;15:168–77.]

Bruk av en standardisert vurderings- og tiltaksprosedyre bidro til forbedringer i intensivpasientenes ernæringsstilstand. Samtidig medførte en standardisering av ernærings-tiltakene til mindre forskjeller i pasientens ernæringsstilførsel basert på sykepleiernes og legens individuelle vurdering.

KOMMENTAR

Historie

Kunnskapsbasert praksis er en videreføring av begrepet evidensbasert praksis. Ordet evidens stammer fra det latinske evidētia, og kan oversettes med klarhet, tydelighet, visshet.

Ord som ord

Kunnskapsbasert praksis er bruk av gyldig og anvendbar kunnskap fra empirisk forskning i fagutøvelse. Kunnskapen fra forskning holdes opp mot praktisk erfaring og skjønn og mot brukernes kunnskap, erfaringer, verdier og preferanser.

Les mer

Jamtvedt G, Hagen K, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2003 og DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005

Nøkkelord

- KBP
- Kunnskapsbasert praksis
- Høgskole
- Sykepleie
- Utdanning
- Evidensbasert praksis

Kontaktperson

britt.kuven@bergendsh.no

Mer om forfatteren

Britt Moene Kuven, f. 1961, ble utdannet sykepleier i 1985, og tok hovedfag i helsefag i 2002. Hun er i dag høgskolelektor ved Diakonissehjemmets høgskole og har videreutdanning i IKT, veiledning og kunnskapsbasert undervisning.

Ved hjelp av fire faglige samlinger har vi ved Diakonissehjemmets høgskole i Bergen satt søkelys på begrepet kunnskapsbasert praksis, og hvordan det kan implementeres i sykepleieres hverdag. Vi har sammen trinnvis gått veien fra å utforske begrepet kunnskapsbasert praksis, til å kunne stille gode

spørsmål, vite hvor vi kan søke etter svar på dem, og analysere artikler. Ved at kollegiet over en periode på et halvt år har hatt kunnskapsbasert praksis som fokus på faglige samlinger, er bevisstheten økt i forhold til begrepet og hvordan vi anvender kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen. Artik-

kelen er et eksempel på hvordan vi har tilnærmet oss begrepet kunnskapsbasert praksis. Målet med artikkelen er å inspirere andre høgskoler og praksisfelt til å arbeide videre med begrepet kunnskapsbasert praksis.



Foto: Erik M. Sundt

In a series of workshops, the faculty of Bergen Deaconess University College have focused on evidence-based practice and how it may be implemented into daily nursing practice. The article describes how the teachers, in a step-by-step process, have progressed from exploring the concept of evidence-based practice to being able to ask good clinical

questions, to knowing where to search for answers, and to analysing articles. By concentrating on evidenced – based practice as the focus of workshops over a period of six months, the ability of the faculty regarding the concept of evidence-based practice and how it may be used has been heightened.

The article offers an example of how the concept of evidence-based practice may be approached in nursing education. The aim/purpose of this article is to inspire other university nursing colleges and nurses in clinical practice to continue working together with the concept of evidence-based practice.

» Hvordan introdusere kunnskapsbasert praksis i høgskolen

Vi strøk til reakkreditering – og svarte med å kurse lærerne.

Forfatter: Britt Moene Kuven

VI STRØK TIL REAKKREDITERING

Sykepleierutdanningen ved Diakonissehjemmets Høgskole ble våren 2005 vurdert av komiteen for revidering av akkreditering av bachelorstudium i sykepleie (1). Komiteen var oppnevnt av Nasjonalt Organ for Kvalitet i Utdanningen (NOKUT), et uav-

hengig statlig organ, som blant annet skal kontrollere, og bidra til å utvikle kvaliteten på, høyere utdanning.

Høgskolens visjon er å utdanne og utruste mennesker til kompetent, omsorgsfull og modig tjeneste for medmennesker (2). Vårt kristne og diakonale verdigrunnlag danner utgangspunkt for et helhetlig menneskesyn. NOKUTs kommisjon (3) skriver i rapporten

etter revideringen at «komiteen har inntrykk av at høgskolen har en fin faglig satsing på holistisk tilnærming i fagplanen». De skriver videre at «et aktivt utdanning og forskningsmiljø med profilering savnes».

Komiteens konklusjon er at «Bachelorgradsstudiet i sykepleie ved Diakonissehjemmets høgskole er i en god utvikling. Studietilbudet tilfredsstillende likevel ikke de

oppgitte krav i revideringen» (1). NOKUT påpeker forventning til at lærerne i større grad gjør bruk av kunnskapsbasert undervisning og praksis (KBP) og utfordrer studentene til å oppsøke forskningsbasert kunnskap.

VI SVARTE MED KUNNSKAPS-BASERT PRAKSIS

På bakgrunn av NOKUT's tilbakemeldinger så høgskolen det som nødvendig å arbeide videre med KBP i lærerstaben. For å øke kompetansen på området valgte høgskolen å kurse fire av lærerne ved bachelor i sykepleie. De deltok på kurset «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» ved Høgskolen i Bergen høsten 2005. Deretter utviklet disse fire lærerne sammen et undervisningsopplegg for resten av undervisningspersonalet ved høgskolen.

Undervisningsopplegget ble gjennomført i løpet av fire samlinger over en periode på fem måneder. Hver samling var av to til tre timers varighet avhengig av tema og arbeidsmetode. Målet var at lærerne skulle arbeide sammen mot en felles forståelse av begrepet KBP. Videre at vi skulle bli mer bevisst vår anvendelse av forskningsbasert kunnskap i undervisningen. Ved hjelp av dialog og gruppearbeid ble det belyst ulike konsekvenser KBP kan få for undervisning i høgskolen. Et langsiktig mål er at studentene i økende grad selv anvender KBP i utøvelsen av sykepleiefaget.

Hver av de fire deltagerne på kurset var ansvarlig for hver sin fagsamling. På første samling ble det gitt en innføring i begrepet KBP. Andre samling hadde fokus på hvordan formulere gode kliniske spørsmål. På tredje samling sto analyse av artikler sentralt, mens på fjerde samling var temaet implementering i fagplan. Det var obligatorisk fremmøte på

MODELL 1: Å arbeide og undervise kunnskapsbasert



samlingene for at kollegiet skulle gå veien sammen. Begrunnelsen for valg av tema på samlingene og rekkefølgen de kom i var at temaene naturlig bygget videre på hverandre.

HVORDAN KAN KUNNSKAPS-BASERT PRAKSIS FORSTÅS?

Begrepet kunnskapsbasert praksis er en videreføring av begrepet evidensbasert praksis. Ordet evidens stammer fra det latinske ordet *evidentia*, og kan oversettes til klarhet, tydelighet og visshet (4). Evidens kan også oversettes med ordet bevis og det utleder oversettelsen til bevisbasert praksis (5). Betegnelsen «Evidence based practice» blir av Bjørndal videre oversatt til norsk som «kunnskapsbasert praksis» (6).

Se modell 1

Nordtvedt og Hansen mener KBP innebærer å kombinere den kliniske erfaring og ekspertise med best tilgjengelig kunnskap fra forskning (5). I dette ligger at kunnskapen er oppdatert og kritisk vurdert. Det er denne kunnskapen som sammenfattes

med sykepleiers erfaringer og pasientens preferanser og de ressurser en har til rådighet. Ut fra dette dannes så grunnlaget for de beslutninger sykepleier tar i praksis (7). Dette samspillet og konteksten det foregår i er illustrert i modell 1.

KBP er på sterk frammarsj innen mange profesjonsfag. De senere år har det i Norge vært ført en debatt innenfor helsefagene om begrepene evidensbasert praksis og kunnskapsbasert praksis. Hammer og Collinson (4) mener at vi i søken etter kunnskap i større grad bør inkludere kunnskap fra databaser som har systematiske oversikter. Videre at ulike problemstillinger har behov for ulike metoder. Nordtvedt og Hansen (5) viser til at en av sykepleieforskningens viktigste hovedoppgaver er å produsere kunnskap som kan underbygge og bedre sykepleiepraksis. De mener at man i sykepleierutdanningen er for lite flink til å lære studenter opp til å kunne basere sin praksis på forskningsbasert kunnskap. Målet er å støtte sykepleier i å ta beslutninger, slik at praksis utvikles og man unngår uhensiktsmes-

sig, kostbar og potensiell skadelig praksis (7). Martinsen og Boge (8) er uroet over at evidensbasert praksis vil kunne føre til et kunnskapshierarki som ikke dekker helheten i den kunnskapen sykepleie innebærer. De mener at ulike kunnskapstyper bør likestilles, og at evidensbasert kunnskap er en reduksjonistisk kunnskapsform. Videre stiller de spørsmål ved om det er forskning sykepleiestudentene bør ha fokus mot. De trekker frem faren for at kvalitativ forskning blir presset inn i et kvantitativt lignende format, dersom den kvalitative forskningen skal passe inn i aktuelle databaser (9). Derfor blir fremdeles bøker en viktig kunnskapskilde mener de. Nordtvedt og Hansen (5) viser også til at primærlitteratur fortsatt må brukes som basis for kunnskapsbasert praksis. Dette fordi evidensbasert praksis forutsetter at det finnes mye forskning tilgjengelig, og at dette ikke er tilfelle innenfor alle felter av sykepleie. Likevel ønsker de et større fokus mot forskningsbaserte databaser, og særlig de som har systematiske oversikter.

Hva er så forskningsbasert kunnskap? Jamtvedt (10) mener forskningsbasert kunnskap er kunnskap hentet fra rapporter, artikler og andre dokumenter som innehar krav til systematikk, innhold og struktur. Likevel må man være observant på at publikasjon i et velrenommert tidsskrift ikke i seg selv er en garanti for kvalitet. Derfor er det viktig å lære hvordan man går stegvis frem i informasjonsjungelen for å kunne luke ut arbeider som ikke svarer på problemstillingen eller som ikke er av god nok kvalitet.

De fire kursdeltagerne som ledet de fire fagsamlingene ved vår høgskole har vært bevisst på at det innenfor helse- og sosialfag ikke er mulig å samle all kunnskap i tilgjengelige data-

baser. Derfor har de valgt en vid forståelse av begrepet forskningsbasert kunnskap. Ved Diakonisehjemmets Høgskole preges vi av et praksisnært syn, som tilsier at kunnskap først og fremst utvikles og innhentes i de unike møtene med pasienten. Dersom det blir et ensidig fokus på kunnskap satt i system ved naturvitenskaplig tilnærming, kan vi fjerne oss fra det relasjonelle møtet med pasienten. Sykepleien kan da bli preget av objektivisme. Vi mener også at innenfor KBP er det det unike møtet mellom sykepleier og pasient som har forrang. Konteksten vil alltid være avgjørende for hvordan sykepleierne bruker forskningsbasert kunnskap, sin erfaring og pasientens medvirkning i en helhet (modell 1). Med dette perspektivet som bakteppe gjennomførte vi de fire fagsamlingene ved høgskolen.

FØRSTE FAGSAMLING:

INNFORING I «KUNNSKAPS-BASERT PRAKSIS»
Første samling ble avholdt november 2005. Dette var en to timers innføringssekvens hvor temaet «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en innføring til konsept og arbeidsmåte» ble introdusert.

Målet med denne fagsamlingen var at deltagerne skulle få redskaper og bli inspirert til å arbeide videre med KBP i forhold til undervisning. Det ble delt ut et ressurshefte som underviser hadde laget. Dette inneholdt hovedpunkter fra forelesningen, illustrasjoner, et avisutklipp, situasjonsbeskrivelse fra praksis og oversikt over ulike typer databaser og søketips. I tillegg ble det vist til fire artikler som omhandlet diskusjoner i forhold til ulike syn på KBP. Dette for at deltagerne skulle bli bevisst på ulike sider ved begrepet.

Etter en innføringsøkt på

omtrent 40 minutter arbeidet deltagerne i grupper med situasjonsbeskrivelsen i heftet. Først ble de bedt om å erkjenne og identifisere informasjonsbehovet i forhold til problemet. Deretter å formulere spørsmål. Grunnlaget for spørsmålsformulering var den firedelede modellen PICO (11). PICO er en forkorting sammensatt av de fire hovedelementene i modellen. P står for patient/problem, I for intervention/indicator, C for control/comparator og O for outcome. PICO-modellen er hensiktsmessig som en hjelp til å formulere spørsmål i forhold til hva sykepleier lurer på. Den kan og nyttes som en huskeliste når søkestrategier skal planlegges.

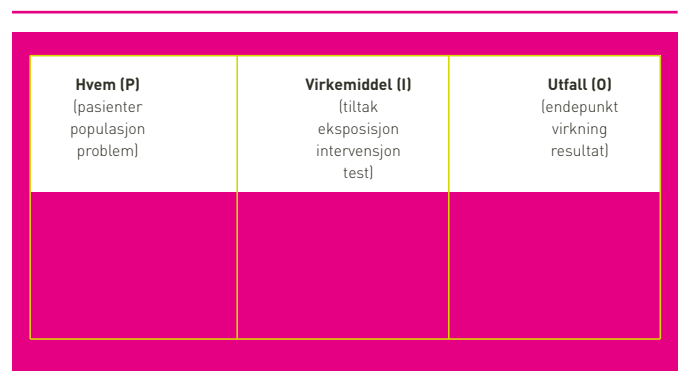
Underviser besluttet å dele PICO-skjemaet inn i tre deler for å gjøre arbeidet noe lettere første gang det skulle brukes. Den sammenlignende delen ble tatt ut av skjemaet (control/comparator). Da så modellen ut som på side 38.

Reaksjonene fra fagsamlingens deltagere i etterkant av forelesningen var meget positive. De ga muntlig uttrykk for at det var spennende. De ønsket å lære mer om KBP og syntes det var interessant. Dette første møtet ga anledning til videre refleksjon og undring for deltagerne. Dette ga seg synlige utslag ved at de spredte sin entusiasme videre i miljøet ved høgskolen. Avdelingsleder for sykepleierutdanningen var på forhånd anmodet av underviser om å gi en mer inngående evaluering av struktur, innhold og samspill. Tilbakemeldingen var positiv og særlig var målet om å inspirere deltagerne til videre arbeid med KBP nådd.

ANDRE FAGSAMLING:

«HVORDAN FORMULERE GODE SPØRSMÅL?»

Andre fagsamling ble avholdt april 2006. Nå var temaet «Hvordan formulere gode spørsmål».

MODELL 2: PICO

Dette fordi vi ønsket en bevisstgjøring i hvor vi kunne finne forskningsbasert kunnskap. For å søke i databaser etter ny forskning er det viktig å være bevisst hva vi søker etter. Ved hjelp av presise spørsmålsformuleringer kunne vi lettere finne svar på våre kliniske problemstillinger. Bakgrunn for denne samlingen var undervisningen om KBP som var avholdt i november. Det var nå gått noen måneder siden KBP var løftet frem i staben, og begrepet ble stadig diskutert blant lærerne i faglige sammenhenger. Det ble parallelt arbeidet med revidering av fagplanen, med konkretisering og tydeliggjøring både når det gjaldt arbeidsmåter, studiekrav og vurderingsformer og pensum. Deltagerne var nå opptatt av: Hvordan nytte KBP i undervisningen? Slik ble undervisningen fra første fagsamling videre utforsket og utprøvd. Denne gang var det en to timers samling hvor målet var å formulere gode spørsmål, samt få kjennskap til hvilke databaser vi kunne søke i når vi jaktet på artikler som kunne gi oss svar på våre spørsmål. Til hjelp med å formulere spørsmål brukte vi også denne gangen en komprimert utgave av PICO-modellen (modell 2) for utarbeiding av kjernes spørsmål.

Som en hjelp i arbeidet med å klassifisere kjernes spørsmål er det i hovedsak tre spørsmål man bør stille til problemstillingen. Det første er hvilke mennesker (P) det omhandler. Det andre er hvilken eksponering (I) de er utsatt for, og det tredje er hvilket resultat eller utfall (O) som man er interessert i (12). Ved å klassifisere spørsmål i ulike kjernes spørsmål, innhenter vi samtidig kunnskap om hvor vi kan søke etter svar på våre spørsmål (6).

Se modell 3

For at deltagerne skulle være forberedt til samlingen ble artikkelen «Å lete etter forskningsbasert kunnskap» (10) delt ut en uke på forhånd. Tre skritt i informasjonsinnhentingen ble nå særlig vektlagt. Det første var formulering av kliniske spørsmål, det andre var valg av informasjonskilde og informasjonstype på bakgrunn av det informasjonsbehovet som forelå. Det tredje var utvikling av en søkestrategi hvor søkeord, kombinasjoner av søkeord og eventuelt forskningsmetode ble bestemt for deretter å kunne gå til de aktuelle kilder (12). Og ikke hvilke som helst kilder, nå var det evidensbasert kunnskap som gjaldt (5). For å møte under-

visningspersonalets behov for å mestre søk i databaser fikk alle de vitenskapelig ansatte tilbud om et dags søkekurs med bibliotekar før denne fagsamlingen. Her ble det særlig fokusert på databasene PubMed, Cochrane Library, og Medline.

For å få en felles forståelse av hvordan bruke PICO, tok vi en runde i plenum hvor deltagerne kom opp med spørsmål de kunne tenke seg å få svar på. Forslagene ble skrevet på transparent etter hvert som de kom opp. Deretter var det tid for arbeid i grupper der deltagerne selv måtte klassifisere spørsmålene i forhold til PICO-modellen. Problemstillinger som kom opp var: Vil aktivisering av slagpasienter forebygge nye hjer- neslag? Kan grad av hevelse predikere forløpet ved hjertesvikt? Er blodsuktermåling en pålitelig test for å avsløre høyt blodsukker hos mennesker med diabetes type II?

PICO ble gjennomgått og deltagerne satte hvert enkelt spørsmål inn i skjemaet de fikk utlevert (modell 2). Dette arbeidet tok omtrent 30 minutter. Deretter ble det gjennomgang av hver enkelt problemstilling i plenum. Hvert spørsmål ble klassifisert i ulike kjernes spørsmål, og satt i en eller flere kategorier (modell 3).

Deltagerne fikk så utlevert en oversikt over ulike kjernes spørsmål knyttet opp mot databaser, og utarbeidet deretter forslag til hvilke databaser de kunne nytte for å finne svar på sine spørsmål (modell 3). Flere av deltagerne ga muntlig uttrykk for at arbeidet var meningsfylt. Det ble sagt at man oppfattet PICO og søkeskjemaet som gode redskaper som ville bli brukt i veiledning av studenter både i praksis og ved oppgaveskriving.

På slutten av samlingen ble det foretatt en skriftlig evaluering hvor struktur innhold og samspill var i

MODELL 3: Hvor finner jeg svar på hvilke kjernes spørsmål?

Spørsmål	Systematisk oversikt?*	Database
Hvordan kan vi avgjøre om noen ...?	Diagnose	1. The Cochrane Library: DARE 2. Medline, Embase og/eller andre generelle helsefaglige databaser
Hvordan går det?	Prognose	1. Medline, Embase og/eller andre generelle helsefaglige databaser
Hvorfor får noen?	Årsak (etiologi)	1. Clinical Evidence 2. Medline, Embase og/eller andre generelle helsefaglige databaser
Hva kan vi gjøre?	Effekt av tiltak (behandling, forebygging, rehabilitering)	1. Clinical Evidence 2. The Cochrane Library: Cochrane Reviews, DARE, HTA, CENTRAL 3. PEDro 4. Medline, Embase og/eller andre generelle helsefaglige databaser
Hvordan oppleves det?	Pasienterfaringer	1. Cinahl (har god dekning innenfor kvalitativ forskning) Medline, Embase og/eller andre generelle helsefaglige databaser

KILDE: Bente Tveito, HIB

fokus. På en skala fra 1 til 5, der 1 var i liten grad og 5 var i høy grad, skulle deltagerne vurdere innholdet i samlingen. Det ble blant annet spurt etter samsvar mellom prioritering av det mest vesentlige og disponering av tiden, klart og konsist budskap, om ord og begrep ble tilpasset tilhørernes ulike behov med mer. Gjennomsnitt-scoren fra de fleste deltagerne lå rundt 4 på skalaen. Resultatet var oppløftende, og inspirerte underviserne til videre innsats.

TREDJE FAGSAMLING:

«HVORDAN VURDERE EN KVALITATIV ARTIKKEL?»
Tredje fagmøte fant sted to uker etter. Nå var temaet «Hvordan vurdere en kvalitativ artikkel». Målet med samlingen var å vurdere kvalitative artikler ved hjelp av sjekklister hentet fra Nasjonalt

kunnskapssenter (14). Artikkelen som nå ble brukt var delt ut en uke på forhånd.

Samlingen startet med at underviser gikk gjennom kriterier for vurdering av en artikkel og viste til at kriteriene er ulike for ulike typer artikler. Deretter arbeidet gruppene sammen med å analysere artikkelen som de hadde lest på forhånd. Deltagerne vurderte den i forhold til sjekklisten for kvalitative artikler. Arbeidet engasjerte. Tilbakemeldingen underveis var at dette var nyttig. Deretter gjorde vi en gjennomgang av vurderingen av artikkelen i forhold til sjekklisten i felleskap. Hver gruppe måtte begrunne sine standpunkter noe som førte til diskusjoner rundt de ulike punktene.

Erfaringen var at vi ikke ble mestere etter første forsøk på

bruk av sjekklister. Derfor ble vi enige om å arbeide mer sammen om analyse av artikler. Det ble vist til Bjørndal (6) som mener at bruk av KBP i høyskolen vil føre til at vi kombinerer klinisk erfaring og ekspertise med best tilgjengelig kunnskap fra forskning. Forskningen vi bruker må være oppdatert og kritisk vurdert. Ved å øve seg på gjennomgang av artikler vil tiden man bruker per artikkel bli redusert fra timer til minutter. En utrent leser bruker i gjennomsnitt 45 minutter på å lese en forskningsbasert artikkel. Dersom man trener på å lese etter sjekklisten kan tiden komme ned i 15 minutter (16).

Tilbakemeldingen etter denne samlingen var også positiv. Muntlig ga deltagerne uttrykk for at arbeidet både var slitsomt og spennende. De opplevde det som inspirerende å arbeide sammen, og at de var flere som var usikre. Bruk av sjekklister og skjema hjalp dem videre i prosessen. Flere uttalte at de så en sammenheng og progresjon mellom de tre samlingene. Samme evalueringsskjema som ble brukt på forrige samling ble delt ut. Resultatet var også denne gang overveiende positiv, og scoren lå rundt 4 i gjennomsnitt.

FJERDE FAGSAMLING:

«HVORDAN IMPLEMENTERE <KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS> I FAGPLANEN?»

På denne samlingen ble temaet KBP satt inn i en videre sammenheng. Det ble foretatt en kort repetisjon av hva vi hadde arbeidet med på de tre foregående samlingene. Videre ble det belyst hvordan vi ved høyskolen nå implementerer KBP i undervisning og fagplaner, og hvilke konsekvenser dette har for undervisningen.

KONKLUSJON:

MÅLET ER Å OMSETTE KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS TIL UNDERVISNING

Ved bruk av fire fagsamlinger har vi ved Diakonissehjemmets høyskole, i løpet av en seks måneders periode, trinnvis gått veien fra å utforske begrepet kunnskapsbasert praksis til å kunne stille gode spørsmål, vite hvor vi kan søke etter svar på dem, og analysere artikler. Det blir arbeidet videre med å implementere kunnskapsbasert praksis i utdanningen. Dette fordi målet er å anvende kunnskapsbasert praksis i undervisningen av sykepleierstudenter, og slik presentere et redskap de kan bruke videre i sin sykepleiehverdag.

Fagsamlingene har vært ledet av fire av høyskolens egne lærere som har gått på kurs i forkant av samlingene. At vi hadde interne undervisere har bidratt positivt til å stimulere de øvrige lærerne ved skolen til engasjement og aktivitet i prosessen. Tilbakemelding fra deltagerne er at flere ønsker å arbeide for at forskning i enda større grad blir en del av undervisningen ved høyskolen. Denne høsten er ytterligere tre av skolens lærere deltagere ved kurset «Kunnskapsbasert praksis» ved Høyskolen i Bergen.

I det videre arbeidet ved høyskolen er det viktig at lærerne fortsatt arbeider sammen for å integrere KBP i undervisningen. NOKUTs rapport viser til at det er ønskelig at de ansatte kommer frem til en samstemmig og klar oppfatning av forskningsbasert undervisning (1). Dette er ingen lett oppgave da det er rom for mange ulike tolkninger av begrepet. Gjennom at lærergruppen bevisstgjøres på området, vil i neste omgang studentene dra nytte av tenkning omkring KBP, og allerede i studiet ta ansvar for



Foto: Erik M. Sundt

å etterspørre og oppsøke KBP. Dersom høyskolen fortsetter å satse på et holistisk menneskesyn, og samtidig tydeliggjør dette gjennom forskning og utviklingsarbeid kan vi nå vår visjon om å utdanne mennesker til kompetent, omsorgsfull og modig tjeneste for medmennesker. – Og kanskje vi kan bli reakkreditert i tillegg.

Vi vil i fortsettelsen være oppmerksomme på at det for oss ikke er noe mål i seg selv å bli for samstemmige i oppfatningen av hva KBP innebærer. Den dagen alle lærerne er enige i sin oppfatning av begrepet, vil debatten i høyskolen stilne. Debatten og diskusjonene det ble vist til tidligere i artikkelen er noe av det som fortsatt holder liv i fagmiljøet her ved høyskolen.

Konklusjonen fra oss som har deltatt i denne prosessen er klar: det har vært en inspirerende måte å arbeide på, samtidig som vi har ervervet oss redskaper som kan hjelpe oss videre i vår søken etter best mulig undervisning og praksis. Håpet er nå at flere kan

bli inspirert til å forsøke å belyse begrepet Kunnskapsbasert praksis i sitt arbeidsfellesskap.

REFERANSER

- (1) Rapport fra sakkyndig komité for revidering av akkreditering av bachelorstudium i sykepleie, Diakonissehjemmets høyskole, 30.08.2005
- (2) Diakonissehjemmets høyskole. Studiehåndbok 2005/2006 Bachelor i sykepleie.
- (3) Nasjonalt organ for kvalitet i helsetjenesten. Tilgjengelig på: <http://www.nokut.no/>
- (4) Hammer S og Collinson G (2003) Evidensbasert Praksis-grunnbok for sundhetspersonale. Dansk bearbeidelse av Jens Bydam. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- (5) Nortvedt MW og Hansen TA Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. Tidsskriftet Sykepleien 2001;18:42–45
- (6) Bjørndal, A Flottorp, S Klovning, A (2002) Medisinsk kunnskapshåndtering. Gyldendal Akademisk Forlag
- (7) Nortvedt M, Hansen TA, Lygren H, Wahl A Metodisk mangfold. Kritikken mot evidensdebatt eller akademisk øvelse? Tidsskriftet Sykepleien 2004;15:62–63
- (8) Martinsen K og Boge J Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. Tidsskriftet sykepleien 2004;13:58–61
- (9) Boge J og Martinsen K Uro kring evidens. Tidsskriftet Sykepleien 2004;19:64–65
- (10) Jamtvedt G, Hilde G, Nordheim L Kunnskapsbasert fysioterapi – å lete etter forskningsbasert kunnskap. Fysioterapeuten 2000;3:15–20

2000;3:15–20

- (11) Haraldstad AM og Christophersen E Litteratursøk og personlig referansedatabase i Forskningsmetode i medisin og biofag. Benestad, HA og Laake, P red. Gyldendal Norsk forlag AS 2004
- (12) Hilde G og Jamtvedt G Kunnskapsbasert fysioterapi. Første trinn er å formulere gode spørsmål. Fysioterapeuten 2000; 2:19–21
- (13) Hansen TA og Nortvedt M Evidensbasert sykepleie. Sykepleien 2001; 16:59–61
- (14) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig på: <http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?show=52&expand=14,20,52>
- (15) Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A: Kunnskapsbasert fysioterapi, Metoder og arbeidsmåter. Gyldendal Akademisk 2003
- (16) Borbasi, S Jackson, D og Langford RW Navigating the Maze of Nursing Research –An interactive Learning Adventure. Mosby Publishing 2004

MODELLER

- Modell 1 hentet fra http://www.hib.no/avd_ahs/senter/Videreutdanning06.pdf
- Modell 2 fritt laget av undertegnede ut fra henvisning nr 11 og 15 (se referanselisten)
- Modell 3 hentet fra søkekurs ved Bente Tveito, Høyskolen i Bergen

Lang eller kort nål?

Oversatt og bearbeidet av Liv Merete Reinart

Lange nåler reduserer forekomsten av lokal reaksjon hos barn som vaksineres. Basert på best tilgjengelig kunnskap bør helsepersonell slutte å bruke korte nåler når de gir intramuskulær vaksine til barn og i stedet bruke nåler som er 25 mm lange.

Hensikten med studien til Diggle og medarbeidere var å vurdere «immunogenicity» av vaksiner for små barn og undersøke om forekomsten av lokal reaksjon blir redusert ved å bruke nåler av ulik lengde og tykkelse.

Studien var en randomisert, kontrollert engelsk studie. Atten legesenter deltok og til sammen 696 friske barn ble vaksinert. De var i alderen to, tre og fire måneder og ble fulgt opp frem til de var fem måneder. Vaksinen som ble testet var en kombinert vaksine mot difteri, kuma, stivkrampe og haemophilus influenza type b samt vaksine mot meningokokker type C. Vaksinen ble gitt enten ved å bruke en vid, lang nål (23 gauge/0,6 mm diameter, 25 mm), en kort tynn nål (25 gauge/0,5 mm diameter, 16 mm), eller en tynn lang nål (25 gauge, 25mm). Det var 196, 179 og 189 barn i de tre gruppene.

Foreldrene til barna registrerte lokale og generelle reaksjoner (rødhet, hardhet og hevelse) etter vaksineringsen i tre dager etter hver dose. I tillegg ble det tatt en blodprøve av barna 28 til 42 dager etter tredje dose vaksineringsen for å teste immunisering.

Resultatene var at lokale reaksjoner på vaksineringsen minsket signifikant ved bruk av vid lang nål sammenliknet med kort, tynn nål. Det var signifikant færre av barna som ble vaksinert med lang nål som fikk alvorlige, lokale reaksjoner.

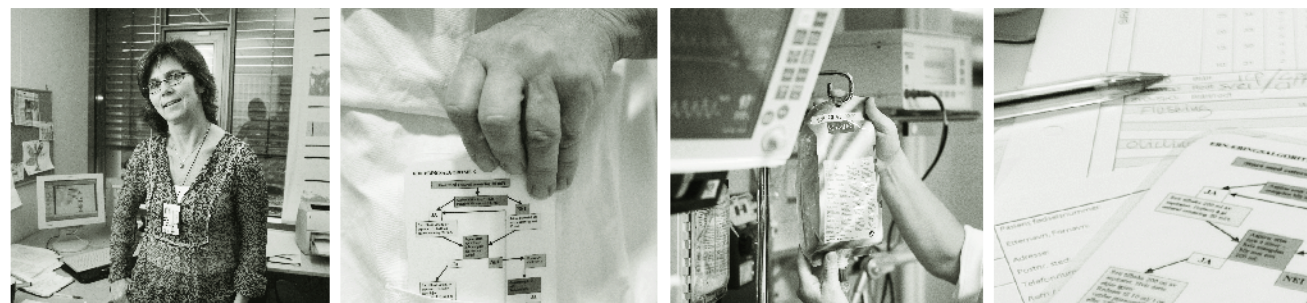
Forfatterne konkluderer med at bruk av lange nåler (25 mm) ved barnevaksineringsen reduserer lokale reaksjoner ved hver dose mens den gir samme immunitet som ved bruk av kort nål (16 mm). Antall barn som trengte å vaksineres for å forebygge lokal reaksjon hos ett barn («numbers-needed-to-treat») lå mellom seks til åtte, avhengig av dose.

KILDER

- Zimmerman RK. Size of the needle for infant vaccination. *BMJ* 2006;333:563–4.
- Diggle L, Deeks JD, Pollard AJ. Effect of needle size on immunogenicity and reactivity of vaccines in infants: randomised controlled trial. *BMJ*;333:571–4.

Ord som ord

Randomisert, kontrollert studie: Et studie-design hvor deltakerne er tilfeldig fordelt til tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i tiltaksgruppen og kontrollgruppen.



Hilde Wøien

ERNÆRING PÅ INTENSIV

For dårlig ernæring av intensivpasienter førte til nye prosedyrer ved intensiv på Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Løsningen ble en algoritme – en veiledning for individuell ernæring av hver pasient.

📌 Tekst: Geir Arne Johansen

Foto: Leif Gabrielsen og Stig Weston

– Mangelfull og feil ernæring av kritisk syke pasienter er et stort, generelt problem, mener fagutviklings- og forskningssykepleier Hilde Wøien.

For tre år siden skrev hun sin hovedfagsoppgave i Sykepleievitenskap med fokus på ernæring av intensivpasienter, basert på en klinisk studie. Den har resultert i at nye prosedyrer er tatt i bruk ved anesesiavdelingens intensivseksjon på Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Wøien har mange års erfaring fra avdelingen, og holdt tidligere kurs i ernæring. Hun er ikke i tvil om at det er helt avgjørende for kritisk syke pasienter å få riktig, og ikke minst tilstrekkelig, ernæring.

– Man bruker mye energi når man er kritisk syk, så det har betydning for hele sykdomsforløpet. Underernæring og raskt vekttap, i kombinasjon med sykdom, øker risikoen for komplikasjoner, svekker immunforsvaret, forsinker tilhelingen og kan være livstruende. Dessuten kan liggetiden

på respirator bli lengre. Ernæringsstøtte kan derimot redusere vekttap, forbedre og påskynde rehabilitering, og i enkelte tilfeller forhindre komplikasjoner og død, sier hun.

ALGORITME

Det er ifølge Wøien flere grunner til at mange intensivpasienter ikke får den ernæringen de har behov for. I noen tilfeller avventer man to–tre dager for å se om pasienten kan spise selv, dermed blir oppstarten treger. En annen faktor er at legene ordinerer for liten mengde ernæring til den enkelte pasient.

– Faktisk viser en rekke internasjonale studier at sykehuspasienter generelt underernæres, og for pasienter som allerede er i ernæringsmessig risiko ved innleggelse, forverres situasjonen under oppholdet, påpeker hun.

Vanskeligheter med gjennomføringen er et annet problem som ofte oppstår når intensivpasienter skal gis ernæring. Utfordringen ligger i å kartlegge hvilken ernæringsterapi hver enkelt pasient trenger og tolererer. Løsningen på det fant Wøien da hun utformet en

ernæringsprotokoll, eller ernæringsalgoritme. Algoritmen fungerer som en veiledning for individuell ernæring av hver pasient, og er et slags trinn-for-trinn skjema som peker på hvilke tiltak som må iverksettes i forhold til pasientens tilstand. Alle leger og sykepleiere ved avdelingen har nå denne i laminert lommeformat, i tillegg er den hengt opp på alle rom.

TVERRFAGLIG ANSVAR

Wøien har gitt kolleger opplæring i ernæring av intensivpasienter, og i hvordan algoritmen fungerer. I tillegg har hun reist landet rundt og undervist ved forskjellige sykehus. Wøien understreker at ernæring av kritisk syke pasienter er et tverrfaglig ansvar, hvor både avdelingssykepleiere, leger og sykepleiere i turnus er sentrale nøkkelpersoner. Men i hvilken grad kan en ernæringsprotokoll bidra til at intensivpasienter får dekket sitt behov for ernæring?

– Ernæringen blir medisinsk ordinert av legen. Men det er like mye sykepleierens oppgave å observere om pasienten får nok, og se til at ernæringen fordøyes.



Sykepleierne har i algoritmen fått et hjelpemiddel de ikke hadde før, som gjør det enklere å unngå feil- og underernæring, sier hun.

GOD EFFEKT

I studien fulgte Wøien to pasientgrupper over en femmåneders periode. De besto av en sammenlikningsgruppe og en eksperimentgruppe. Hver gruppe talte tjueen pasienter. Inklusjonskriteriene var at pasienten skulle være mellom 18 og 70 år, respiratorbehandlet og ha liggetid på minst fire døgn. Det var ikke nødvendig å utelukke enkelte diagnoser.

– Kan man si at ernæring har effekt tidlig i intensivpasientens forløp?

– De tre første døgnene etter innleggelse ble ordinert- og tilført mengde ernæring målt i kcal/kg/døgn, og tidspunkt for oppstart

” Algoritmen er et slags trinn-for-trinn-skjema.

og form for administrasjon av ernæring ble notert. I studien kunne jeg konkludere med at man ved å følge ernæringsalgoritmen økte tilført mengde ernæring til intensivpasientene de tre første døgn etter innleggelse, og effekten viste seg å være størst i forhold til enteral ernæring, forklarer hun.

STOR ETTERSPORSEL

Wøien ønsker å understreke at takket være en fantastisk samarbeidsvillig og profesjonell stab i avdelingen, gikk gjennomføringen av studien knirkefritt, og resultatene er fulgt opp hundre prosent. Det er ingen tvil om at algoritmen er fullt gjeldende i dag. Etter at studien ble publisert i Journal of Clinical Nursing, har hun også fått overraskende mange henvendelser fra hele verden. Flere ønsker å bruke algoritmen, og har bedt om tillatelse til å oversette og eventuelt modifisere den for bruk i praksis, og som innlegg i ulike lærebøker.



Historie

Trestetoskopet ble konstruert på 1800-tallet. Den første brukbare kardiokograf (CTG) ble laget i 1967.

Antall levendefødte barn i Norge 1986–2005

1986–1990: 56 862
1991–1995: 60 196
1996–2000: 59 522
2001–2005: 56 459
(Kilde: Statistisk Sentralbyrå)

Ord som ord

Grounded theory Kvalitativ metode for å oppdage teori ut fra empirien, teori som forklarer handlinger i den sosiale kontekst som studeres.

Les mer

National Institute of Clinical Excellence (NICE) Clinical guidelines, Intrapartum Care. www.nice.org.uk/page.aspx?o=guidelines.inprogress.intrapartumcare

Engelske nøkkelord:

- Cardiotocography
- Labour admission test
- Midwifery practice.

Kontaktperson

eblix@baretsnett.no

Copyright

Gjengitt med tillatelse fra Elsevier Ltd (0266-6138). Artikkelen er forkortet, bearbeidet og oversatt av forfatterne. Originalartikkelen er: Blix E, Öhlund LS. Norwegian midwives' perception of the labour admission test. Midwifery. Doi:10.1016/j.midw.2005.10.2003. Publisert august 2006.



Foto: Leif Gabrielsen

>> Innkomst-CTG

Hvilken betydning testen kan ha for jordmødre i deres daglige arbeid.

Forfattere:

Ellen Blix og Lennart S. Öhlund

BAKGRUNN

Kardiokografi (CTG) er teknologi utviklet for overvåking av fosteret under svangerskap og fødsel. Fosterhertelyden og rienes hyppighet overvåkes kontinuerlig. Det er to måter å overvåke fosterhertelyden med CTG på: Utvendig registrering, hvor en transducer blir plassert på magen til kvinnen og festet ved hjelp av et elastisk belte. Hertelyden blir da registrert ved hjelp av ultralydssignaler. Ved innvendig registrering blir en spiralelektrode plassert direkte på fosterhodet etter at fosterhinnene er punktert, og hertelyden blir registrert ved hjelp av elektriske impulser. Riene registreres vanligvis ved hjelp av en utvendig transducer som blir festet med et elastisk belte. Transducerne eller elektrodene blir koblet til CTG-apparatet. På ett display kan man lese fosterhertelyden i antall slag per minutt, på et annet rienes hyppighet. Begge deler skrives grafisk ut på en papirstrimmel (1).

Innkomst-CTG innebærer at kvinnen får gjort en CTG-registrering av 20–30 minutters varighet ved innleggelsen i fødeavdelingen. Testen er en del av

undersøkelsene og vurderingene som blir gjort av kvinnen ved innleggelsen. Innkomst-CTG ble innført som en risikoscreening tidlig i fødselsforløpet, formålet var å oppdage foster truet av oksygenmangel allerede ved innleggelsen samt å selektere hvilke kvinner som trenger kontinuerlig fosterovervåking gjennom hele fødselsforløpet (2;3). Testen er i rutinemessig bruk (4;5). Den ble innført i en tid da det vitenskapelige grunnlaget for testens nytteverdi var tynt, men troen på at metoden var nyttig, var stor. Alternativet til innkomst-CTG er å auskultere fosterhertelyden ved hjelp av jordmorstetoskop eller dopplerutstyr.

Britiske retningslinjer som ble publisert i 2001, anbefaler ikke innkomst-CTG til lavrisikofødende, mens svenske retningslinjer publisert samme år anbefaler at testen tilbys alle fødende (6;7). Siden 2001 er det publisert tre randomiserte studier som evaluerer effekten av innkomst-CTG sammenliknet med auskultasjon ved innleggelse (8–10). De tre studiene inkluderer til sammen 11 259 lavrisikokvinner og er nylig evaluert i en systematisk oversikt (11). En meta-analyse av de tre studiene fant at kvinner som ble randomisert til

innkomst-CTG oftere opplevde inngrep som epiduralanestesi, kontinuerlig fødselsovervåking og blodprøvetaking av fosteret enn kvinner som ble randomisert til auskultasjon ved innkomst. Det var en trend mot flere operative forløsninger blant kvinnene randomisert til innkomst-CTG, men det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt utfall hos barna. Den systematiske oversikten vurderte også data fra elleve observasjonsstudier. Forfatterne konkluderte at innkomst-CTG ikke er en god metode for å forutsi uønska utfall, og at testen heller ikke kan forbygge disse utfallene. Testen anbefales derfor ikke for lavrisikofødende.

To studier har vurdert reliabiliteten av innkomst-CTG ved å måle graden av enighet i tolking mellom når forskjellige personer tolker de samme testene. Den ene studien fant rimelig god enighet (12), mens den andre fant liten enighet mellom de som tolket testene (13).

Gjeldene retningslinjer i Norge anbefaler innkomst-CTG (14). Nye retningslinjer som skal publiseres i slutten av 2006 vil ikke anbefale denne testen til lavrisikofødende (Torunn Eikeland, personlig meddelelse). Vi har inntrykk av at mange jordmødre (og fødselsleger) ikke ønsker å slutte

Formålet med studien: Å undersøke hvilken informasjon og kunnskap innkomst-CTG kan gi, og hvilken betydning testen kan ha for jordmødre i deres daglige arbeide.

Metode: Kvalitative intervjuer av tolv praktiserende jordmødre ble skrevet ordrett ut og analysert ved hjelp av grounded theory-metoden. Informantene arbeidet ved fire forskjellige norske fødeavdelinger.

Resultater: Kjernekategori «å oppleve selvmotsigelser» kom fram i analysen. Dette innebærer at jordmødrene opplevde motsetninger i seg selv eller mellom seg selv og andre når de forholdt seg til rutinemessig

bruk av innkomst-CTG. Motsetningene opplevdes mellom egen profesjonell identitet og økende bruk av teknologi, mellom trygghet og utrygghet og mellom makt og avmakt.

Konklusjon: Innkomst-CTG kunne være vanskelig å tolke, særlig for nyutdannede jordmødre. Noen jordmødre mente at innkomst-CTGen kunne beskytte dem i tilfelle anmelding eller rettssak. Makthierarkiet på fødeavdelingen påvirker bruk og tolkning av innkomst-CTG. Noen jordmødre følte at deres profesjonelle identitet var truet og at jordmødre generelt mister sine tradisjonelle kliniske ferdigheter på grunn av den økende bruk av teknologi.

Følger for praksis: Resultatene fra denne studien bør tas med i vurderingen når fødeavdelingene skal endre sin praksis til ikke å ta rutinemessig innkomst-CTG. Det er også behov for forskning på hvilken effekt økt bruk av obstetrisk teknologi har på jordmødres tradisjonelle kliniske ferdigheter.

med rutinemessig innkomst-CTG. Det er mulig at testen gir informasjon og mening som ikke er målt i studiene. Dersom man skal slutte å ta innkomst-CTG på grupper av fødende, vil det være nyttig å vite om forhold som gjør det vanskelig å avvike denne rutinen.

Formålet med denne studien var å undersøke hvilken informasjon og kunnskap jordmødre får fra innkomst-CTG, og hvilken betydning testen har for jordmødre i deres daglige arbeid.

METODE

For å få vite mer om hvordan jordmødre oppfatter innkomst-CTG brukte vi kvalitative dybdeintervjuer. Intervjuer ble valgt fordi det er en egnet måte å finne ut hvordan jordmødre selv beskriver hvilken betydning innkomst-CTG kan ha i deres daglige arbeide (15). Intervjuene ble analysert ved hjelp av grounded theory-metoden (16). Grounded theory har røtter i symbolsk interaksjon som fokuserer på hvilken mening mennesker gir omverdenen (17).

INFORMANTER

Antallet informanter ble ikke bestemt på forhånd. I begynnelsen ble det gjort strategisk utvalg, det vil si at man velger informanter med ulik erfaring og bakgrunn. På denne måten kan man få fram mange oppfatninger av og erfaringer omkring fenomenet som studeres. Etter hvert ble utvalget gjort etter prinsippet om «theoretical sampling», det vil si at informantene ble valgt med det formålet å finne variasjoner i begrepene og for å gi fylldige beskrivelser av kategoriene (17). Datainnsamlingen ble avsluttet når «metning» var oppnådd, det vil si når nye data ikke tilførte ny kunnskap (16).

DYBDEINTERVJUER

Intervjuene ble gjort på arbeidsplassen eller hjemme hos informantene og varte i 30–90 minutter. Intervjuene fokuserte på hvilken kunnskap og informasjon jordmor opplevde at hun fikk fra innkomst-CTG, hvordan hun informerte kvinnene om testen og hvilke konsekvenser resultatet av testen hadde for jordmor i den videre oppfølginga av kvinnen. Emner som kom opp og som var relevante for problemstillinga, ble fulgt opp. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, skrevet ordrett ut og analysert fortløpende. Alle intervjuene ble gjort og skrevet ut av EB. Informantene fikk tilbud om å få utskrift av intervjuet og ble bedt om å kontakte EB om de ønsket forandringer i teksten.

DATAANALYSEN

Datainnsamling og analyse ble gjort parallelt. Først ble hvert intervju lest nøye for å «få tak i helheten» i intervjuet, deretter ble analysen gjort i tre steg: 1. Åpen koding hvor hver setning ble lest nøye for å identifisere begreper og beskrive dem. 2. Neste steg var aksial koding, hvor det ble lett etter relasjoner mellom kategori-

” Formålet med denne studien var å undersøke hvilken informasjon og kunnskap jordmødre får fra innkomst-CTG.

ene. Kategoriene ble satt i sammenheng med underkategoriene og beskrevet. 3. Siste steg var selektiv koding, hvor en eventuell kjernekategori kommer fram. Til slutt ble alle intervjuene lest grundig gjennom for å verifisere resul-

tatene i data (18). De forskjellige nivåene i analysen ble gjort delvis parallelt. Analysene ble gjort av EB. LÖ leste alle intervjuene, diskuterte og bekreftet funnene i samarbeid med EB. I tillegg ble funnene presentert for ei gruppe av fire jordmødre; disse ble valgt ut fra klinisk erfaring og evne til kritisk refleksjon. Å la noen med liknende erfaring og arbeid som informantene validere resultatene regnes som nyttig (19;20). Tekstbehandlingsprogrammet NVivo (versjon 2.0, QSR International Pty. LTD) ble brukt som støtte i analysen.

ETISKE OVERVEIELSER

Studien ble vurdert av Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Det var ingen innvendinger mot studien.

RESULTATER

Til sammen tolv jordmødre ble intervjuet i denne studien. De var alle kvinner og arbeidet ved fire forskjellige fødeinstitusjoner: Ei fødestue, ei fødeavdeling, en kvinneklinikk og en jordmorstyrt fødeenhet i universitetssykehus. Tre av fødeinstitusjonene var i Helse Nord mens den fjerde var i Helse Øst. Ei av jordmødrene arbeidet også som hjemmefødselsjordmor. Informantene hadde mellom to uker og 38 år arbeidserfaring. Samlet hadde de arbeidserfaring som omfattet elleve forskjellige fødeinstitusjoner i Norge, to i Sverige, en i Finland og en i Danmark. Ni var utdanna ved norske jordmorhøgskoler mens to var utdanna i Sve- rige og en i Finland.

KJERNEKATEGORI OG UNDERKATEGORIER

Kjerne kategorien «oppleve motsetninger» ble identifisert, den forklarer hvilken betydning innkomst-CTG kan ha for jord-

mødre i deres daglige arbeid. Kjerne kategorien forklares av underkategoriene «jordmøridentitet versus teknologi», «trygghet versus utrygghet» og «makt versus avmakt». «Å oppleve motsetninger» innebar at jordmødrene opplevde motsetninger i seg selv eller mellom seg selv og andre når de forholdt seg til rutinemessig bruk av innkomst-CTG.

JORDMORIDENTITET VERSUS TEKNOLOGI

Jordmøridentitet ble beskrevet som at jordmor var ansvarlig for normale fødselsforløp. Dersom det var avvik fra det normale, ble jordmors rolle oppfattet som å støtte kvinnen og derved fremme fødselsforløpet mens legen tok det medisinske ansvaret. Begrepet «jordmorkunnskap» ble ofte nevnt og ble beskrevet som de kunnskapene jordmor har: Personligheten hennes, at hun kan bruke hender, øyne, ører, nese og intuisjon for å hente informasjon fra kvinnen og at hun kan gjøre egne vurderinger ut fra den informasjonen hun får.

Jordmødrene mente at deres profesjonelle identitet ble truet på grunn av økende bruk av CTG og annen teknologi. Det ble uttrykt bekymring over at innkomst-CTG ble tillagt større betydning enn andre observasjoner som ble gjort i forbindelse med innleggelsen. Det var vanlig praksis å holde opp innkomst-CTG på rapportene slik at alle kunne se strimla. Andre dokumenter, som for eksempel helsekort for gravide eller partogrammet, ble aldri vist fram på samme måte. Det ble også uttrykt en bekymring over at jordmødre generelt blir mindre flinke til å stole på egne kunnskaper på grunn av økende bruk av teknologi. Ei av jordmødrene sa at hun selv hadde blitt dårligere til å lytte med trestetoskop

fordi «teknikken har tatt så mye over». De andre informantene uttrykte bekymring på vegne av andre jordmødre, de nevnte for eksempel at unge jordmødre og jordmødre i store og travle avdelinger ikke lengre var så flinke til å lytte med stetoskop.

Innkost-CTG kunne bli brukt fornuftig og ufornuftig. Fornuftig bruk innebar at den ble sett på som en del av et hele og ikke ble «stolt for mye på». Ufornuftig bruk ble beskrevet som at jordmor ikke kjente til begrensningene til CTG, at hun kunne bli fiksert på CTG og ikke sette den i sammenheng med resten av observasjonene.

TRYGGHET VERSUS UTRYGGHET

En normal innkomst-CTG kan gjøre at jordmora føler seg trygg på at barnet har det bra der og da. Dette ble også beskrevet som en falsk trygghetsfølelse ettersom innkomst-CTG ikke nødvendigvis sier noe om hvordan barnet kommer til å få det seinere i forløpet. Det ble beskrevet flere eksempler på at friske barn ble født etter unormale CTGer og ett eksempel på at et alvorlig sykt barn ble født etter at både innkomst-CTG og påfølgende CTGer hadde vært normale. Jordmødrene med lang arbeidserfaring sa at de syntes det var enkelt å gjenkjenne normale innkomst-CTGer, også de som var klart patologiske. Det kunne imidlertid være vanskelig å tolke de som lå imellom, og slike resultater kunne gjøre at de følte seg utrygge under fødselsforløpet. Jordmødrene med kortest arbeidserfaring uttrykte at de syntes det var vanskelig å tolke CTG i det hele tatt og at de «manglet erfaring». Ei av dem sa at hun helst ville at en lege skulle signere strimla så snart som

mulig og gå god for at den var normal. Dette i tilfelle det skulle oppstå noe i fødselsforløpet og det i ettertid kunne vise seg at det var noe i CTGen hun ikke hadde fått med seg.

Ikke bare tolking av CTG kunne være en kilde til utrygghet, men også apparatet i seg selv. Det kunne ta inn mors hjertefrekvens i stedet for barnets, og en av jordmødrene fortalte at hun hadde opplevd at transduceren lå oppå apparatet og tok inn en lyd med normal frekvens.

Det var tre forskjellige oppfatninger av hvilken verdi CTG-strimla hadde som dokumentasjon. Den ene var at bare ei CTG-strimle signert av en lege gjaldt og at et journalnotat med beskrivelse av hjertelyden etter auskultasjon ikke hadde juridisk gyldighet. Den andre oppfatninga var at auskultasjon dokumentert i journalen var akkurat like gyldig juridisk dokumentasjon som ei CTG-strimle. Det var også en oppfatning om at riktignok var et journalnotat like gyldig dokumentasjon som ei CTG-strimle, men jordmors evner og trover-

” Jordmødrene mente at deres profesjonelle identitet ble truet på grunn av økende bruk av CTG og annen teknologi.

dighet kunne bli stilt i tvil. Informasjon fra CTG er dokumentert på papir og tilgjengelig for alle, ved auskultasjon har hjertelyden bare vært i jordmors øre i ei kort stund og det kan være vanskelig for andre å vite hva jordmor virkelig hørte og hva hun sier at hun hørte.

MAKT VERSUS AVMAKT

På fødeavdelinga er det et makt-hierarki hvor jordmødrene står under legene, men over fødekvinnene. Dette makthierarkiet påvirker bruk og tolking av innkost-CTG. Informantene beskrev at rutinemessig bruk av innkost-CTG var noe som var bestemt av legene. Noen syntes at dette var uproblematisk og beskrev testen som nyttig fordi den gav informasjon som var umulig å få fra auskultasjon og kliniske undersøkelser, som korttidsvariabilitet og deselerasjoner. Andre følte seg tvunget til å gjøre en rutine som de ikke selv syntes var nyttig. Noen av jordmødrene mente at de fikk samme informasjon ved å auskultere, palperer magen for å vurdere rienes hyppighet og styrke og ved å spørre kvinnen om fosterbevegelser.

Informantene beskrev tilfeller hvor de vurderte at det ville være best for kvinnen at fosterhertelyden bare ble auskultert og at det ikke ble tatt innkost-CTG. Årsaken til ikke å ta innkost-CTG kunne være at kvinnen var kommet langt i fødselsforløpet eller hadde smertefulle rier og syntes det var ubehagelig å være i ro. Noen av jordmødrene var redde for å få kritikk dersom de vurderte å ikke ta innkost-CTG. Denne redselen påvirket deres individuelle vurdering. Andre jordmødre hadde antakelig mer selvtilitt og en høyere posisjon i hierarkiet og kunne derved gjøre mer individuelle vurderinger. De kunne også få kritikk fra legene, men de var ikke redd for det og forventet at det ble stolt på de vurderingene de hadde gjort.

De fleste informantene jobbet i avdelinger hvor innkost-CTG alltid skulle signeres av lege. Jordmor vurderte CTG-strimla først, dersom den var unormal ville hun vanligvis tilkalle lege for vurde-

ring og videre behandling. Dersom innkost-CTG var normal, ville den bli signert når det passet legen og gjerne etter at barnet var født. Jordmødrene hadde forskjellige oppfatninger av denne praksisen. Noen mente at legen var den som hadde det medisinske ansvaret og hadde best kompetanse til å vurdere CTG. En annen oppfatning var at signering ved lege ikke hadde noe med jordmødrene å gjøre, men med opplæring av assistentleger. En tredje oppfatning var at legeunderskrift på normale innkost-CTGer innebar en undervurdering av jordmors kompetanse til å ha ansvar for normale fødsler. Legen ble ikke nødvendigvis ansett som dyktigere enn jordmor til å tolke CTG, noen av informantene regnet seg selv som svært dyktige. Det ble sagt at når det gjelder tolking av CTG, er det ikke kunnskapen som teller, men hvilken plass du har i systemet.

Jordmødrene beskrev at de hadde makt over kvinnene på den måten at kvinnene stolte på dem. De fikk makt og tillit gjennom omsorgsrollen. Noen av informantene sa at de kunne få

” På fødeavdelinga er det et makt-hierarki hvor jordmødrene står under legene, men over fødekvinnene.

kvinnen til å gjøre akkurat som de ville. De kunne la kvinnen «være i kontroll», eller de kunne «ta kontrollen» om de fant det nødvendig. Et par av informantene beskrev at jordmødre kunne misbruke denne makten ved å ta den hele tiden og ved ikke å la kvinnen «være i kontroll». Det ble også nevnt at dette kunne

være problematisk for kvinnene, men at de underordna seg og aksepterte at det var jordmor som hadde makta. Jordmødrene ga kvinnen informasjon om innkost-CTG på en positiv måte, at det var for å se om barnet hadde det bra og som noe man gjorde ved innleggelsen. Det ble spurt på en måte som gjorde at kvinnene ikke protesterte eller sa at de ikke ønsket å ta testen. Den ble for eksempel ikke presentert med fordeler og ulemper slik at kvinnen kunne gjøre et informert valg. Når jordmor påvirker kvinnen til å gjøre det «systemet» forventer av henne, kan det hindre at jordmor får kritikk eller andre problemer.

DISKUSJON

Hovedfunnet i denne studien var at jordmødre opplevde motsetninger mellom seg selv og andre, eller i seg selv når de forholdt seg til rutinemessig bruk av innkost-CTG. Det er mulig at jordmødre opplever liknende motsetninger i andre områder av yrkespraksisen. Vi har opplevd at jordmødre har hatt delte meninger og heftige debatter om blant annet strenge rutiner for å henge opp oksytocindrypp for å framskynde fødselen, strenge regler for når kvinnen skulle begynne å presse aktivt, rutinemessig oksytocinprofylakse i fødselens tredje fase og rutinemessig tidlig avklemming av navlesnor. Det var ikke mulig å finne publiserte studier som undersøkte dette.

Det ble uttrykt en bekymring om at jordmødres profesjonelle identitet ble truet på grunn av økende bruk av CTG og annen teknologi. Sinclair har undersøkt jordmødres holdning til bruk av CTG og fant at noen jordmødre mente at bruk av teknologi gjorde at jordmødre ble mindre dyktige (21). Sinclair har også undersøkt

jordmorlederens synspunkter på bruk av teknologi i fødselsomsorgen (22). Også her fant hun en frykt for at bruk av CTG kunne svekke tradisjonelle ferdigheter som å lytte med trestetoskop og å palperer abdomen. Det fantes også en oppfatning om at teknologi kunne erstatte kliniske ferdigheter hos jordmødre som ikke var så flinke. Woodward skriver at kliniske ferdigheter hos sykepleiere og jordmødre er langt mindre verdsett enn kunnskaper og ferdigheter om teknologi (23). Det ble ikke funnet studier som vurderer virkningen av teknologi på jordmødres kliniske ferdigheter. Det er uten tvil en økende bruk av teknologi innen fødsels-hjelpen, men vi har ingen vitenskapelig kunnskap om hvordan det påvirker jordmødres kliniske ferdigheter. Det er mulig at bruk av teknologi svekker kliniske ferdigheter, men det er også mulig at jordmødre integrerer teknologi på en måte som bevarer og utvikler klinisk dyktighet.

Noen av jordmødrene syntes det var vanskelig å tolke innkost-CTGer som ikke var klart normale eller patologiske. Jordmødrene med kort arbeidserfaring syntes det generelt var vanskelig å tolke CTG. Enkelte av informantene sa at de kunne føle seg utrygge over hvordan utfallet av fødselen ble, spesielt i tilfeller hvor de syntes at innkost-CTG var vanskelig å tolke. Smythe hevder at innen fødsels-hjelpen vil usikkerhet alltid være til stede (24). Selv om jordmor arbeider på en måte som ansees som forsvarlig, kan fødselsutfallet være dårlig. Smythe gir også et eksempel på hvordan uforsvarlig fødsels-hjelp kan gi gode utfall: På ei travel aftenvakt ble en kvinne «glemt» og var uten tilsyn i mange timer. Da jordmor kom inn på rommet presset kvinnen og fødte et friskt

barn like etterpå. Fødselsutfallet trengte ikke forsvarlig fødsels-hjelp ettersom barnet og fødselsarbeidet var trygge (eller forsvarlige) i seg selv. Omvendt kan heller ikke selv den beste fødsels-hjelp garantere gode utfall. Smythe hevder at vi må akseptere at jordmødre noen ganger føler seg utrygge med hensyn til egne avgjørelser og fødselsutfallet.

Det hevdes at det er et økende antall rettsaker hvor fødsels-hjelpere blir anmeldt, og at CTG-strimler er svært viktige

” Makten i autoritativ kunnskap er ikke at det er denne kunnskapen som er riktig eller sann, men at det er den som regnes for riktig.

dokumenter i slike tvister (25). Noen av jordmødrene i vår studie mente at CTG-strimler var viktigere og mer objektive enn annen dokumentasjon. Det er vanskelig å forstå årsaken til at jordmødrene hadde så forskjellig oppfatning av CTG-strimlens juridiske gyldighet.

Jordmødrene beskrev rutinemessig bruk av innkost-CTG som noe som var bestemt av legene. Antropologen Jordan beskriver omstendighetene omkring fødselen som et kulturelt system (26). Hun hevder at i den vestlige verden er autoritativ kunnskap omkring fødselen vanligvis forvaltet av leger. Makten i autoritativ kunnskap er ikke at det er denne kunnskapen som er riktig eller sann, men at det er den som regnes for riktig. Autoritativ kunnskap blir til i en prosess som konstruerer og gjenspeiler

maktrelasjoner, eller hvordan makta er fordelt. Jordan hevder at obstetrisk teknologi (for eksempel CTG-maskiner) har en symbolsk rolle som kultgjenstander. Eierskapet til kultgjenstandene definerer og viser hvem det er som forvalter autoritativ kunnskap. At alle innkost-CTGer skal signeres av leger, kan sees i denne sammenheng. Det er påfallende at når en normal hjerterefreksjon kommer på et stykke papir og gjennom en maskin, skal den vurderes og signeres av en lege. En lege vil neppe spørre ei jordmor nøye ut om en normal fosterlyd hun har hørt gjennom et trestetoskop og det forekommer svært sjelden at leger selv undersøker hertelyder med trestetoskop. Dette kan tyde på at CTG-apparatet som kultgjenstand har en verdi i seg selv, ut over at den viser hertelyd og rienes hyppighet. Sinclair fant at jordmorledere mente at når jordmødre hadde kompetanse på og mestret obstetrisk teknologi, førte det til at de fikk et mer likeverdig forhold med legene (22). Vi fant ikke noe liknende i vår studie, men vi undersøkte heller ikke jordmødres ferdigheter i å bruke CTG. Studien vår begrensa seg til hvordan innkost-CTG ble oppfattet.

Jordmødrene uttrykte at de hadde makt eller innflytelse på fødekvinnene, men bare et par av dem reflekterte over at dette kunne ha uheldige virkninger overfor kvinnen. Dette kan kanskje indikere at jordmødrene ønsker å beholde makta i forhold til kvinnene. Henderson har gjort en studie som undersøkte sykepleieres og pasienters syn på at pasienter skulle få medansvar og innflytelse i sykehus (27). Hun fant at de fleste sykepleierne ikke ønsket å dele sin makt med pasientene. I vår studie uttrykte jordmødrene at de hadde makt og

innflytelse over kvinnene gjennom sin omsorgsrolle og fordi kvinnene stolte på dem. En islandsk studie fant at fødekvinne oppfattet at møtet med ei omsorgsfull jordmor ga dem en følelse av å bli styrket (28).

METODEKRITIKK

Informantene i denne studien var tolv jordmødre som arbeidet ved fire forskjellige fødeinstitusjoner i Norge. Selv om de tolv jordmødrene var utvalgt slik at flest mulige erfaringer og oppfatninger skulle representeres, er det mulig at andre jordmødre har andre oppfatninger om innkomst-CTG. Man skal være forsiktig med å generalisere resultatene til å gjelde alle jordmødre i Norge.

Grounded theory er en induktiv metode som tar utgangspunkt i empiriske data. Likevel vil det være nærmest umulig å hente teori bare fra data. Kvalitativ forskning vil aldri være objektiv. Forskerens perspektiv er alltid begrenset og bestemmer hva som kan sees (29). Data i denne studien ble til i møtet mellom de tolv jordmødrene og EB. Forskerens interesser påvirker både spørsmålsstilling og hvilke data som blir produsert i intervjuene. Dette er ikke nødvendigvis galt, men man skal være klar over at det kan finnes mange ulike versjoner av virkeligheten og at alle kan være gyldige (30). Resultatene vi kom fram til er ikke nødvendigvis de eneste, de representerer måter innkomst-CTG kan oppfattes på, ikke måten testen oppfattes på. For å sikre gyldighet, ble det underveis i analyseprosessen hele tiden «stilt spørsmål til data», lett etter data som eventuelt motsa teorier og kategorier som vokste fram (18) og intervjuene ble grundig gjennomgått etter analysen for å undersøke om kategorier og modeller hovedsaklig kom fra

data. Alle intervjuer ble lest av to personer (EB og LÖ). Analysene ble gjort av EB, resultatene ble diskutert og bekreftet av LÖ. Den eksterne valideringa hvor resultatene ble drøftet med fire praktiserende jordmødre, var også nyttig. De fire jordmødrene bekreftet at resultatene kunne være gyldige.

KONKLUSJONER

Det finnes jordmødre som mener de får mer informasjon fra en CTG enn fra auskultasjon, og det finnes jordmødre som opplever innkomst-CTGen som en trygghet. Derfor kan det være hensiktsmessig å drøfte dette i avdelinga, finne ut hvordan jordmødre og leger forholder seg til dette og eventuelt tilby opplæring i auskultasjon. Det bør være skriftlige retningslinjer for hvilke undersøkelser som bør gjøres ved innleggelsen og hvordan disse skal dokumenteres i journalen. Fødekvinnene bør informeres om hvorfor testen ikke lenger anbefales.

Det vil også være nyttig å undersøke hvilken innvirkning den økende bruken av obstetrisk teknologi har på legers og jordmødres tradisjonelle kunnskaper og ferdigheter, som lytting med jordmorstetoskop, vurdere fosterets leie og størrelse, vurdere rier og evne til å beskrive og bruke disse vurderingene.

REFERANSER

- (1) **Tucker S.** Fetal monitoring and assessment. St. Louis: Mosby; 2000.
- (2) **Ingemarsson I, Arulkumaran S, Ingemarsson E,** et al. Admission test: a screening test for fetal distress in labor. *Obstetrics and Gynecology* 1986;68:800–6.
- (3) **Phelan J.** Labor admission test. *Clinics in Perinatology* 1994;21:855–79.
- (4) **Berglund S, Nordström L.** National survey (Sweden) of routines for intrapartum fetal surveillance. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2001;80:552–3.
- (5) **Devane D, Lalor J, Daly S,** et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (protocol).

The Cochrane Library 2005;1.

- (6) **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** The use of electronic fetal monitoring. London: RCOG Press; 2001.
- (7) **Nordström L, Waldenström U.** Handläggning av normal födsel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
- (8) **Mires G, Williams F, Howie P.** Randomised controlled trial of cardiotocography versus -doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. *British Medical Journal* 2001;322:1457–60.
- (9) **Cheyne H, Dunlop A, Shields N,** et al. A randomised controlled trial of admission electronic fetal monitoring in normal labour. *Midwifery* 2003;19:221–9.
- (10) **Impey L, Reynolds M, MacQuillan K,** et al. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:465–70.
- (11) **Blix E, Reinart L, Klovning A, Øyan P.** Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005;112:1595–604.
- (12) **Farrell T, Mires GJ, Owen P, Patel NB.** The influence of interpretation on the value of routine labour admission cardiotocography in a 'low risk' obstetric population. *J Obstet Gynaecol* 1995;15(3):161–4.
- (13) **Blix E, Sviggum O, Koss KS, Oian P.** Inter-observer variation in assessment of 845 labour admission tests: comparison between midwives and obstetricians in the clinical setting and two experts. *BJOG* 2003 Jan;110(1):1–5.
- (14) **Norsk gynekologisk forening.** Veileder i fødselshjelp. Oslo: 1998.
- (15) **Kvale S.** *InterViews.* An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications; 2006.
- (16) **Strauss A, Corbin J.** *Basics of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
- (17) **Hallberg L-M.** *Qualitative methods in public health research.* Lund: Studentlitteratur; 2002.
- (18) **Strauss A, Corbin Juliet.** *Basics of qualitative research.* Thousand Oaks: 1998.
- (19) **Mays N, Pope C.** Rigour and qualitative research. *British Medical Journal* 1995;311:109–12.
- (20) **Silverman D.** *Doing qualitative research. A practical guide.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- (21) **Sinclair M.** Midwives' attitudes to the use of the cardiotocograph machine. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35:599–606.
- (22) **Sinclair M.** Midwifery managers' perspectives on midwives' use of birth technology. *All Ireland Journal of Nursing and Midwifery* 2001;1:213–9.
- (23) **Woodward V.** Professional caring: a contradiction in terms? *Journal of Advanced Nursing* 1997;26:999–1004.
- (24) **Smythe E.** Uncovering the meaning of «being safe» in practice. *Contemporary Nurse* 2003;14:196–204.

(25) **Williams B, Arulkumaran S.** Cardiotocography and medicolegal issues. *Best practice and research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2004;18:457–66.

(26) **Jordan B.** Authoritative knowledge and its construction. In: Davis-Floyd R, Sargent C, editors. *Childbirth and authoritative knowledge.* Berkeley: University of California Press; 1997.

(27) **Henderson S.** Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12:501–8.

(28) **Halldorsdottir S, Karlsdottir S.** Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International* 1996;17:361–79.

(29) **Malterud K.** Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483–8.

(30) **Malterud K.** Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001 Aug 11;358(9280):483–8.



HVORFOR . . . STATISTIKK KAN BLI TULL

Hvor mange ungarer er ugifte menn? Eller hvor mange søstre er kvinner? Ganske innlysende, sier du? Likevel brukes statistiske tester for å kaste lys over sammenhenger som egentlig er like åpenbare som disse. At det er en sammenheng mellom hvor sterkt man tror på en oppgave og hvor hardt man vil prøve å løse den er påvist statistisk opptil flere ganger.

Slike tester skal bare brukes på sammenhenger mellom

logisk uavhengige begreper og er nyttige om man skal sjekke om resultater av en studie kan overføres på en hel befolkning.

Forsker Geir Smedslund har skrevet mer om dette i tidskriftet *Quality and Quantity*.

KILDE

Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no>

Den kulturelle verdensveven

Vi i redaksjonen kan bli beskyldt for å ha et noe firkantet syn på verden og på forskningen. Dette med en viss rett. Men livet er for oss, som for dere engasjerte og våkne lesere, fylt med ting som verken har med forskning, kritisk vurdering eller jobb å gjøre.

Vi har stor glede av verdensvevens mange ulike muligheter. I dag vil vi gjerne peke på noen litterære steder:

www.abebooks.com

Sjeldne bøker, nye og brukte. Signerte bøker. Bra søkemotor!

www.gutenberg.org Det første digitale bibliotek. Prosjektet Gutenberg distribuerer – gra-

tis og i elektronisk form bøker som ikke lenger er beheftet med copyright. Påstår de tilbyr mer enn 19 000 e-bøker.

www.bookslut.com

En fantastisk side med forfatterintervjuer og lenker til de beste litterære artikler fra verdenspressen. Eksklusivt på nett. Enjoy!

www.readysteadybook.com

Engelsk litteraturside redigert av Mark Thwaite. Bra design, intelligent tilnærming, full av spesielle og grundige anmeldelser av romaner og poesi. Ukens dikt.

Alle nettstedene var tilgjengelige 3. november 2006.

Bygget på idé fra TheWeek – All you need to know about everything that matters. www.theweek.co.uk

Av ANNE MARIT SAND f. 1952
NSH lærerlinjen 1982
Can.san. 1999 ved Institutt for Sykepleie, UiB
Vitenskapsteori 2006
Vestnorsk Nettverk forskerutdanningen
Senter for vitenskapsteori, UiB

Den gode kliniske samtale

› Refleksjoner med utgangspunkt i vitenskapsfilosofen Hans Skjervheim

Den norske filosofen Hans Skjervheim levde fra 1926 til 1999. Han er særlig kjent gjennom sine essay der han er kritisk til tendensen til å objektivisere mennesket. Artikkelen bygger på to av hans essay; Deltaker og tilskodar og Tillit til vitenskapen og tillit til mennesket, begge fra boken *Mennesket* (1). Tyngden legges på Deltaker og tilskodar. I refleksjonene om den kliniske samtale med utgangspunkt i Skjervheims tekster, trekker jeg inn to erfaringer fra klinisk praksis. Den ene er fra min tid som sykepleierelev ved psykiatrisk klinikk. Den andre er fra en legevisitt hos en pasient med langtkommen kreft og kort forventet levetid. Selv om hendelsene ligger flere år tilbake i tid sitter de spikret i minnet; også de tankene jeg gjorde meg i situasjonene. Hendelsene knyttes til noen av Skjervheims beskrivelser av møtet og samtalen med den andre.

SPRÅKETS VERDI

Hans Skjervheim legger vekt på hvor viktig språket er. Det er gjennom språket, muntlig og skriftlig, vi kommer i kontakt med hverandre. Uten å forstå hverandre, lever vi i hver vår verden, og kontakten kan kun være av overflattisk art. Skjervheim skriver om makten den ene samtalepartneren kan ha

i en samtale. Jeg tror makt er en viktig faktor i den kliniske samtale. Bruk av et språk som den andre, pasienten, ikke skjønner, kan være en måte å bruke makt på. Foruten språket, er konteksten en faktor som påvirker maktforholdet i samtalen. Står en pasient og sitter, ser en samtidig innimellom på klokken, lar en seg avbryte i samtalen av en telefon, er det medpasienter i nabosengene? Eksempelene er mange, og dette er bare noen.

Den gode kliniske samtale bygger på tillit. Pasienten må ha tillit til at vi som fagpersoner vil ham eller henne vel. I et møte går tilliten begge veier. Men det er fagpersonen som har ansvaret og makten til å skape grunnlaget for at samtalen kan preges av tillit. Skjervheim sier det slik: «Prinsippet er enkelt; ein bør ta mennesket alvorleg» (1) s. 39.

Skjervheim advarer mot at en alltid ser etter motiver bak det den andre sier, eller gjør. Et eksempel er den psykiatriske pasienten som spør: «Hva er klokken?». «Hva er det som får deg til å spørre om akkurat det?», er svaret han får. Selv om en trekker på smilebåndet, illustrerer eksempelet noe av det problemstillingen kan dreie seg om. Skjervheim er skeptisk til at vi i så stor grad psykologiserer. For som han sier: «Psykologien er

såleis eit uvanleg effektivt våpen» (1) s. 25.

DET PSYKOLOGISKE BLIKKET

Skjervheim er skeptisk til Freud fordi han bidrar til at en ser etter det egentlige budskapet bak en handling. Som Skjervheim selv uttrykker det, en «demaskerer» den andre. Det skaper rom for mistillit til den andres handlinger. Knyttet til eksemplet ovenfor kan det se slik ut: Når du spør om hva klokken er, hva er det egentlig du ønsker? Kontakt? Oppmerksomhet? Skjervheim anerkjenner at Freud oppdaget viktige sammenhenger, og at det av og til er nødvendig å gå bak masken, finne de egentlige drivkreftene. Det er ikke psykologien, men som han kaller det, psykologismen, han advarer mot. Det er tendensen til å vektlegge de psykologiske synsmåtene i for stor grad, å sette dem i sentrum ved forståelsen av handlingene. Som hvis man stadig prøver å finne det egentlige motivet bak handlingen til det psykiatriske pasienter sier eller gjør. En bør ta den andre alvorlig; at det han sier og gjør er motivert av de grunner han selv sier han har. I motsatt tilfelle innebærer det en mistillit til personens integritet. Det er grunn til å anta at det bryter ned menneskers helse stadig å bli møtt med «hva er det

egentlig som gjør at du sier eller gjør som du gjør?»

Følgende erfaring er selvopplevd: Jeg har hatt senvakt som sykepleierelev i praksis på en psykiatrisk avdeling. Personalet og pasienter bruker kun privat tøy. Da nattevakt kommer, merker jeg at hun er usikker på om jeg er pasient eller en av personalet. Her er flere unge på min alder og hun har ikke sett meg før. Jeg sitter sammen med pasientene da hun kommer på vakt. Jeg husker ennå, etter så mange år, min opplevelse av at alt jeg sa eller gjorde, tolket hun som en bekreftelse eller avkreftelse på om jeg var psykiatrisk pasient eller ikke. Det var blikket hennes som ga meg den følelsen av å bli gransket, betraktet. Jeg husker jeg tenkte, og ble litt forbauset over, at ens handlinger betraktes i et helt annet lys om en er pasient eller ikke. Jeg tenkte at det må være slitsomt, og ikke helsefremmende, når ens handlinger tolkes hele tiden.

Kanskje fikk jeg selv merke hvordan det er å bli møtt med det psykologiske blikket som Skjervheim beskriver? Sagt med hans egne ord: «Vi kjenner alle dette spesielle gjennomskodende, avkledende, psykologiske blikket» (1) s. 24. Et blikk som gjør at vi kjenner oss litt ille til mote. Et blikk som ikke fremmer selvfølelse. Man føler, slik jeg gjorde det, at alt en sier eller gjør betraktes som et symptom på noe. Vi opplever å miste vår frihet. Skjervheim beskriver det som en måte å skaffe seg herredømme over den andre på.

Bruk av det psykologiske blikket er et faremoment i relasjonen pasient-helsepersonell, både innen psykiatri og somatikk.

DEN GODE SAMTALEN

Samtalen er en treleddet relasjon, ifølge Skjervheim: Den andre, meg og sakstilhøvet, hvor vi deler sakstilhøvet med hverandre. Vi er sammen om saken. Likeledes skriver Skjervheim om hvorvidt en lar seg engasjere og deltar i samtalen med den andre eller ikke. Som fagperson i møtet med pasienten kan en enten la seg engasjere i hans problem, eller motsatt, kun konstatere det som et faktum. I den gode kliniske samtalen opplever pasienten at vi er sammen om, deler og er engasjert i, saken som er problemet eller det som pasienten er opptatt av. Det er en treleddet relasjon. Pasienten opplever at han blir tatt på alvor.

Men relasjonen kan være to-leddet: Pasienten opplever at fagpersonen ikke engasjerer seg i hans problem, men at det pasienten (alter) gjør, er et faktum i fagpersonens (ego) verden. En lever i hver sin verden, der alter, pasienten, er et faktum for ego, fagpersonen, i hennes eller hans verden. Det er nok det som skjer når den psykiatriske pasienten blir møtt med «hva er det som får deg til å spørre om akkurat det» når han spør om: «Hva er klokken?» Samtalen er to-leddet.

Den andre hendelsen er en situasjon fra en legevisitt hos en pasient med langtkommen kreft. Hendelsen brukes til å reflektere om klinisk samtale med utgangs-

punkt i Skjervheims teori. Pasienten vet at han ikke har lenge igjen å leve. Han og hans kone sørger over å være i en så fortvilet situasjon. Noen cellegiftkurer har han fått, men er nå innstilt på at det ikke blir flere behandlinger. Imidlertid sier legen på visitten i dag at det er grunn til å gi ham ytterligere cytotostatikakur. Mannen som ligger tilbaketrukket på putene, tydelig preget av sykdom, spretter formelig opp og sier: «Betyr det at jeg kan bli frisk?» Legen svarer: «Det har vi snakket om før». Mannen synker tilbake på putene og fra et øyeblikk å ha sett glad ut, ser han svært trist ut. Jeg husker ennå hvordan jeg tenkte at dette ble feil; her ble pasienten møtt på en dårlig måte. Dette er ingen god klinisk samtale. Det er som pasienten føler seg dum fordi han i et øyeblikk får håp om at han likevel kanskje kan bli frisk. De har jo snakket om dette før, at det kan han ikke. Men det ble tent et nytt håp hos pasienten ved at legen vil gi ham mer behandling.

Svaret fra legen plasserer pasientens ytring som en hendelse av en type som helst ikke burde finne sted. Den er nærmest forstyrrende. Pasientens ytring «kan jeg likevel kanskje bli frisk?» blir objektivert av legen og behandlet som et faktum. Dermed blir samtalen i følge Skjervheim en toleddet relasjon. Legen lar seg ikke engasjere i hans problem, det pasienten er opptatt av. Spørsmålet: «Kan jeg bli frisk?» konstaterer legen som et faktum, og kanskje til og med et upassende faktum. Svaret er en avvisning av en problemstilling. Brukt med Skjervheims egne ord:



Foto: Scapix



Foto: Scampix

Eg (legen) konstaterer det som et faktum at han (den andre, pasienten) spør om han kan bli frisk. «Vi har då to toledda relasjonar, den eine inni den andre som kinesiske øskjer, nemlig eg i relasjonen mitt sakstilhøve, faktum, og mitt sakstilhøve, som den andre i relasjon til sitt sakstilhøve» (1) s. 20. Den andre muligheten er at samtalen kan bli en tre-leddet relasjon, dersom legen engasjerer seg i pasientens spørsmål og at de da deler sakstilhøvet, kan jeg bli frisk, med hverandre. At han tar det pasienten sier på alvor.

DELTAKER ELLER TILSKUER

I relasjonen pasient–fagperson er det fagpersonen som har nøkkelen til å la seg engasjere i sakstilhøvet/saken eller ikke. På denne legevissitten velger legen, bevisst eller ubevisst, ikke å gjøre det. Han viser til at «dette har jeg jo fortalt deg før, at frisk det kan du ikke bli.» Skjervheim, så langt jeg har studert tekstene hans, beskriver ikke tonen i samtalen. Tonen i samtalen er viktig. Tonen i svaret bidro ikke, slik jeg erfarte det, til å gjøre det bedre for pasienten. Fenomenologene legger vekt på situasjonens kontekst. At legen sto under visitten og holdt journalen i hendene, økte nok heller ikke pasientens opplevelse av legens engasjement i hans situasjon, men bekreftet antagelig legens manglende involvering i det pasienten var opptatt av.

Selv om legen hadde brukt de samme ordene, men valgt å sette seg, legge journalen ned og ha blikkontakt med pasienten, kunne det bidratt til at pasienten

følte seg møtt på en bedre måte. Min intuisjon sa meg at pasienten følte seg betraktet som dum som kunne komme med et slikt spørsmål; «kan jeg bli frisk?» En dyktig lege jeg møtte på et hospice i England sa dette om den kliniske samtalen: «They maybe forget what you say, but they never forget how».

Brukt med Skjervheims terminologi behandler legen spørsmålet fra pasienten som et faktum at han lurar på om han likevel kan bli frisk. Han henviser bare til at «men vi har jo før snakket om at det kan du ikke; dette er så alvorlig at du vil dø av sykdommen.» Det blir en situasjon preget av liten tillit. Pasienten sier ikke noe mer, ser trist ut, og visitten er over. Ingen ny avtale om å komme tilbake og snakke mer sammen blir gjort.

I «Deltakar og tilskodar» lesar vi at Skjervheim setter et tydelig skille mellom på den ene siden å delta, la seg engasjere, og på den andre siden å konstatere, å objektivisere. Behandler en det den andre sier som et faktum, så stiller en seg selv utenfor, og gjør seg selv til en fremmed i forhold til temaet. Det er nettopp dette jeg opplevde i situasjonen. Det er din sykdom, din skjebne, og det er du som har kort tid igjen å leve. Det er faktum. På den annen side, så er det å rammes av uheldelig kreftsykdom med kort forventet levetid noe som kan ramme oss alle. Det har vi felles, både pasienter og helsepersonell. Selv om legen er frisk i dag, har han ingen garanti for ikke selv å være rammet av sykdom i morgon. Dermed

kan en si at sakstilhøvet, som pasient og lege i dette tilfellet er sammen om, er at en slik skjebne er en trussel for alle menneske. Tar en dette perspektivet med i den kliniske samtalen, kan det være et utgangspunkt for å la seg engasjere i pasienten, nettopp fordi vi deler det felles menneskelige som å kunne bli rammet av sykdom. Dermed kan det være et grunnlag for å forstå litt av hvordan pasienten har det. Et grunnlag for å vise empati.

For mange kan det nok kjennes tryggere å behandle det den andre sier («men kan jeg bli frisk?») som en konstatering, som et psykologisk faktum eller som en konstatering av hvordan noen faktisk tenker og håper. Man slipper å møte den andre som et menneske som lever nær sine eksistensielle spørsmål, som: «Hvor lenge har jeg igjen å leve?» «Hvordan er det å dø?» Og dermed slipper man å se sorgen hos den andre.

Kanskje er en redd for å åpne opp for den type kontakt? For hva skal en si? Og hva er det å si? Hva hvis pasienten kommer med følelsesmessige reaksjoner? I slike samtaler har ikke fagpersonen spørsmålene og svarene i sin hånd. Det dreier seg mer om å være der. I mange samtaler har jeg erfart at en egentlig står igjen med seg selv. Å ha mot til å være til stede som et medmenneske med fagkunnskap. Det er en styrke at en har vært i lignende situasjoner før, sett pasienter i lignende situasjoner, selv om enhver pasient skal møtes som det unike menneske han eller hun er. Kanskje dreier det seg om å våge å være hjelpe-

løs? En fagperson som ikke tør å erkjenne sin hjelpeløshet er virkelig hjelpeløs, tror jeg.

FRIHET TIL Å VELGE

Skjervheim skriver at engasjement ikke er en egenskap som vi av og til har, og av og til ikke har. «Vi kan ikkje velja å vera engasjert; i og med at vi er i verda, er vi alt engasjert, i eit eller anna» (1) s. 29. Det vi kan velge er hva vi vil la oss engasjere i. Vi kan velge selv, eller la andre velge for oss. Enten konkret andre personer, eller «skikk og bruk» eller «common sense». Knyttet til klinisk samtale kan det være kultur knyttet til den rollen en har. Kanskje sosialiseres man allerede som student inn i en rolle der det ikke forventes at man skal engasjere seg noe særlig i pasienters eksistensielle problemer? En slik klinisk praksis kan i stor grad bære preg av å objektivere pasienten. Skjervheim viser tilbake til grekerne som var de første i historien som fremhevet viljen til selv å ta sitt valg og ikke blindt følge sedvanen. Skjervheim trekker frem friheten til selv å velge: «Det første som må veljast, er sjølv å ta valet» (1) s. 29.

Knyttet til møte med pasienter og den kliniske samtale kan Skjervheim inspirere en til å se sin frihet til å tenke nytt. Frihet til å gjøre andre valg. Frihet til å se nytt og handle anderledes. Det å objektivere den andre fungerer kanskje som et skjold og vern mot å kjenne på egen sårbarhet og hjelpeløshet. Det kan også rokke ved en faglig tradisjon preget av paternalisme. Pasienten spør, legen svarer. Svarenes inn-

hold preges av faglig autoritet. Svarene retter seg i stor grad mot pasientens disease, som diagnose, prognose, kliniske prøvesvar og behandling. Kunnskaper fra den positivistiske vitenskap. Svar i forhold til pasientens illness, hvordan det er å leve med sykdommen, har mindre plass. Skjervheim var skeptisk til at positivistisk kunnskap ble fremhevet og verdsatt i så stor grad.

I den gode kliniske samtale er det ikke et spørsmål om enten eller. En god klinisk samtale, som er noe pasient og pårørende trenger, inneholder både fakta om pasientens disease, og et lyttende øre og hjerte til pasientens illness. Den bygger på klokskap som vet at ingen har alle svar. Dikteren Stein Mehren sier det slik: «Din fornuft er uten forstand før den har steget til ditt hjerte».

Hans Skjervheim har mye å bidra med for å bedre den kliniske samtale. Ikke minst i forhold til den treledda relasjonen. Som Skjervheim skriver er det trist, og nok dessverre ofte en sannhet, at «i vitenskapen viser det seg på den måten at det ikkje lenger er respektabelt å vurdere, å delta i menneska sine vurderingar, men derimot handsama vurderingar som fakta» (1) s. 26. Imidlertid har vi frihet til å velge annerledes. Min erfaring er at mange fagpersoner gjør det. For prinsippet er svært enkelt som Skjervheim sier: «Ein bør ta mennesket alvorleg».

Takk til veileder førsteamanuensis Torjus Midtgarden, Senter for Vitenskapsteori, UiB.

REFERANSER

- (1) Skjervheim H. Deltaker og tilskodar og Tillit til vitenskapen og tillit til mennesket. I: Hellestnes J, Skirbekk G (red.). Mennesket. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
- (2) Skjervheim H. Filosofi og dømmekraft. Oslo: Universitetsforlaget; 1992.
- (3) Sørbø J. Hans Skjervheim ein intellektuell biografi. Oslo: Det Norske Samlaget; 2002.

Musikk som smertelindring

Nytt fra internasjonal forskning oversatt og bearbeidet av Liv Merete Reinar

Å lytte til musikk reduserer smerteintensitet og reduserer behov for opioider som smertelindring. Effekten er liten, og det er uklart hvor viktig effekten er for pasientene.

Smerte påvirker livet til mange pasienter og deres pårørende. Flertallet av kreftpasienter opplever smerter i løpet av sykdomsforløpet. Personer som blir utsatt for ulike inngrep av diagnostisk eller behandlende karakter vil også ofte føle smerter til tross for at de får

farmakologisk smertelindring.

Ikke-farmakologiske tiltak er ofte brukt i den hensikt å lindre smerter. Det å lytte til musikk er et av tiltakene som brukes for å redusere smerter og bruken av farmakologiske midler. Hensikten med denne systematiske oversikten var å vurdere og sammenstille studier som hadde testet ut musikk som smertelindring i kliniske forsøk. Forfatterne inkluderte randomiserte, kontrollerte studier hvor musikk var brukt som smer-

telindring ved akutte, kroniske og kreftrelaterte tilstander.

Forfatterne fant 51 studier med til sammen 1867 personer som var eksponert for musikk og 1796 personer i kontrollgruppene. Studiene var publisert i perioden 1986 til 2003. Musikk ble gitt til et bredt aspekt av pasientgrupper og pasientenes smerter ble oftest målt ved hjelp av selvrapportering med VAS-skala eller lignende. Bruk av annen smertelindring, særlig morfin ble også målt.

RESULTATER

I 31 studier som hadde evaluert gjennomsnittlig smerteintensitet var det betydelig variasjon i effekten av musikk. I gruppen av studier som hadde vurdert effekten av musikk på postoperative smerter var smerteintensiteten 0,5 enheter lavere for gruppen som fikk musikk (målt på en skala fra en til ti) enn for dem som ikke lyttet til musikk. Musikk reduserer smerter, øker antall pasienter som oppgir å få redusert smerter med 50 prosent (fire studier), og reduserer behov for morfinlignende smertelindring.

KONKLUSJON

Musikk bør ikke være førstevalg eller den eneste metoden man tilbyr som smertelindring. Helsepersonell bør likevel kjenne til den begrensede, men likevel nyttige effekt musikk kan ha for å redusere smerteopplevelser og bruk av annen analgesi.

Forfatterne konkluderer videre med å si at de i den systematiske oversikten kun har sett på effekten av musikk på smerte og på bruk av morfinlignende medikamenter. Det er behov for å undersøke effekten av musikk på andre utfall som for eksempel angst. Kombinasjonen av musikk og andre ikke-farmakologiske tiltak kan ha en synergieffekt og det er behov for å undersøke dette nærmere.

KILDE:

Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.

Art. No.: CD004843. DOI: 10.1002/14651858.CD004843pub2.

Rensing av trykksår

Trykksår (også kalt liggesår) er sår som forekommer hos eldre personer, hos akutt eller kronisk syke eller hos underernærte personer som ikke kan endre sitte- eller liggestilling på egen hånd. Trykksår er en betydelig økonomisk og menneskelig byrde i helsevesenet og har en negativ effekt på livskvaliteten til de som rammes. Det å rense sår er tenkt som en viktig komponent i stell av pasienter med trykksår.

Hensikten med denne systematiske oversikten var å få svar på følgende spørsmål: Hvilken effekt har sår-rensing med ulike væsker og sår-rensingsteknikker på tilheling av trykksår?

Forfatterne søkte etter randomiserte studier som hadde sammenliknet effekten av sår-rensing med ingen rensing eller rensing med ulike væsker («wound cleansing solutions») eller ulike rensesåter/teknikker. Studiene rapporterte at sårtilheling var målt på en objektiv måte.

Ingen studier sammenliknet rensing med ingen rensing. To studier sammenliknet forskjellige midler for rensing av sår. Det var en statistisk betydelig bedring i skår for heling av «Pressure Sore Status Tool» for sår som var renseså med en saltvannspray som inneholdt aloe vera, sølvklorid og decyl glucoside (Vulnopur) sammenliknet med isotonisk saltvann. Ingen signifikant forskjell ble funnet når saltvann ble sammenliknet med vann (relativ risiko (RR) 3,00, 95 prosent konfidensintervall (KI) 0,21 til 41,89). Én studie sammenliknet rensesåter, men ingen forskjell ble funnet for sår renseså med eller uten en «whirlpool» (RR 2,10, 95 prosent KI 0,93 til 4,76). Studiene hadde

en oppfølgingstid fra 14 dager til seks uker.

Forfatterne fant kun tre studier. En studie viste effekt av en spray tilsatt aloe vera, sølvklorid og decyl glucoside når den ble sammenliknet med saltvann alene. Totalt sett er det ingen kunnskap fra gode studier som støtter en spesiell væske/løsning eller en spesiell teknikk for å fremskynde helingsprosessen for trykksår.

Forfatterne kommer også med anbefalinger for videre forskning. Tatt i betraktning av problemets omfang er det svært bekymringsfullt at det er forsket så lite på dette. Det er viktig at framtidig forskning er av robust metodisk kvalitet hvor følgende elementer er tatt i betraktning:

1. Tilfeldig fordeling til tiltaks- og kontrollgruppe (ekte randomisering).
2. Adekvat antall deltakere i studien (styrke).
3. Grupper som er sammenliknbare ved oppstart av studien (baseline).
4. Skjult fordeling til tiltaks- og kontrollgruppe.
5. Blinding av utfallsmåler.
6. Intention-to-treat analyse.
7. Rapportering av studier i henhold til CONSORT-kriterier.

KILDE:

Moore ZEH, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4.

Art. No.: CD004983. DOI: 10.1002/14651858.CD004983.pub2.



Behandling av nyfødtes abstinens symptomer med opiater

Nytt fra internasjonal forskning oversatt og bearbeidet av Liv Merete Reinar

Opiater, gitt som morfin eller fortynt net opiumsoppløsning bør antakelig være førstvalget når nyfødte skal behandles for abstinens på grunn av mors bruk av heroin eller metadon i svangerskapet.

Mellom 48 og 94 prosent av nyfødte som blir eksponert for opiater i svangerskapet får kliniske symptomer forbundet med abstinens. Disse abstinenssymptomene forekommer hyppigere når mor har brukt metadon enn heroin. Kliniske symptomer på abstinens er blant annet nevrologisk irritabilitet/oppstemthet, magetarmdysfunksjon og kliniske symptomer som tegn på affeksjon av det autonome nervesystemet.

Barna kan også ha spiseproblemer, søvnproblemer, oppkast, dehydrering, mangelfull vektøkning og kramper. I tillegg er barn av mødre som har misbrukt narkotika i svangerskapet mer utsatt for spedbarnsdødelighet, krybbedød og unormal nevrologisk utvikling. Barna tilbys behandling for å lindre symptomer og for å forebygge sykdom. Tiltakene kan være opiater, sedativer eller ikke-farmakologisk behandling som reiving, og tiltak som massasje, avslappende bad, smokk og vannseng blir brukt for å roe ned, berolige barnet.

Osborne og medarbeidere stilte følgende spørsmål i denne systematiske oversikten: Finnes det forskningsbasert kunnskap om at opiater er bedre enn sedativer eller ikke-farmakologiske tiltak for å behandle neonatale abstinenssymptomer som skyldes stopp i tilførsel av opiater?

Forfatterne gjorde et omfattende søk etter randomiserte, kontrollerte eller kvasi-randomiserte studier.

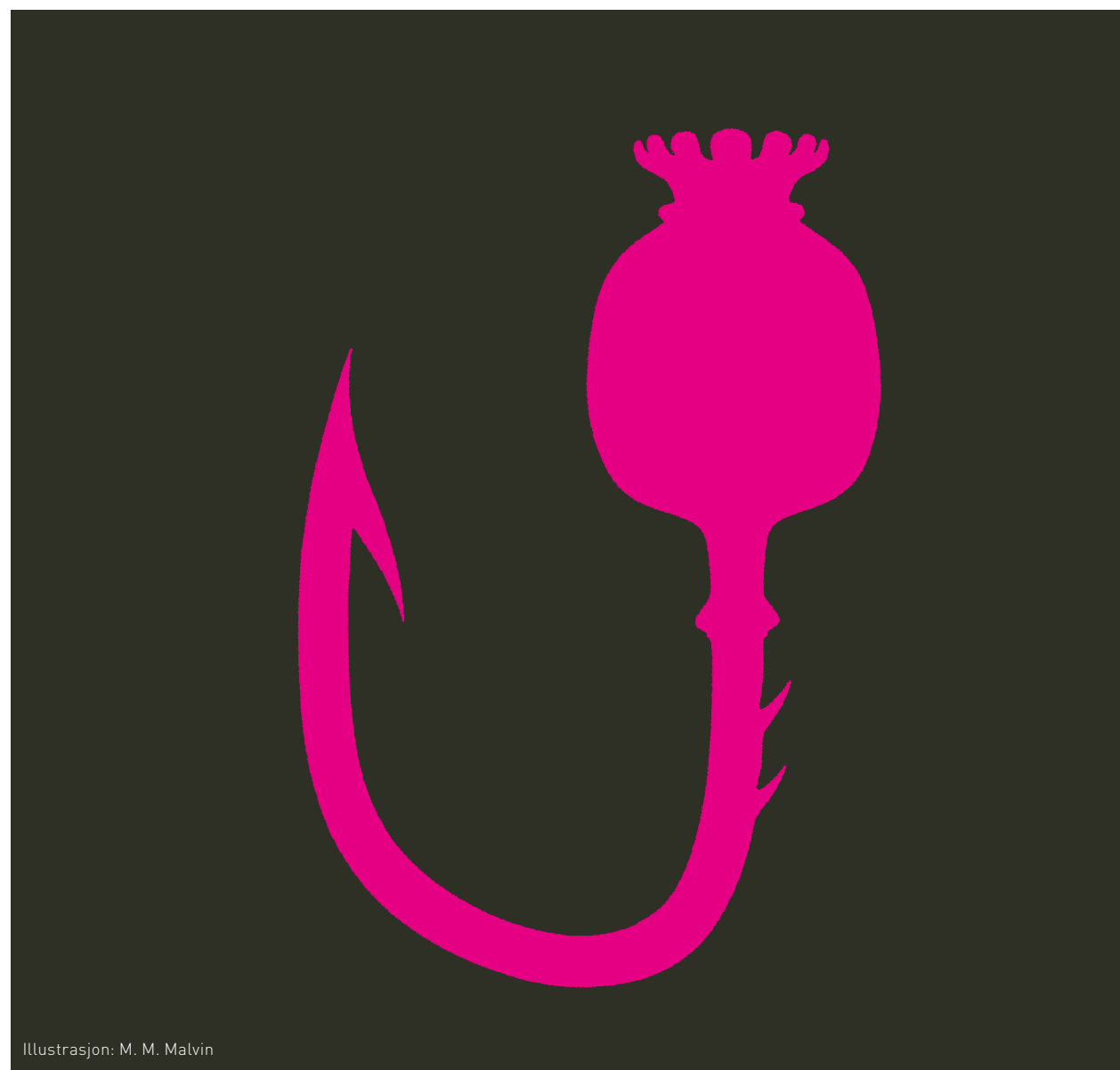
De inkluderte sju studier med totalt 585 spedbarn. Disse studiene var publisert i tidsrommet 1977 til 2004. Det framkommer ikke av oversikten hvilke land studiene var utført i. Barn av mødre som hadde brukt opiater alene eller sammen med andre rusmidler var rekruttert til studiene. Det var metodiske begrensninger i flere av studiene, blant annet kvasi-randomisering i tre av dem, betydelig forskjell i antall barn i tiltaks- og kontrollgruppene i fire studier og ubalanse mellom gruppene når det gjaldt karakteristika i én studie.

RESULTATER

Opiater (morfin) versus støttende ikke-farmakologisk behandling: Én studie fant ingen signifikant forskjell med henhold til manglende terapeutisk effekt (RR 1,29, 95 prosent KI 0,41 til 4,07), men gruppen som fikk opiater lå lenger på sykehus (gjennomsnittlig forskjell 15 dager, 95 prosent KI 8,9 til 21,1). Det var også signifikant reduksjon i tiden barna tok for å ta igjen fødselsvekten (gjennomsnittlig forskjell -2,8 dager, 95 prosent KI -5,3 til -0,3) og i tiden barna fikk generell støttebehandling (gjennomsnittlig forskjell -197,2 minutter per dag, 95 prosent KI -274,2 til -120,3).

Opiater versus barbiturater (phenobarbitone): Meta-analyse med fire studier fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt forekomsten av manglende terapeutisk effekt (RR 0,76, 95 prosent KI 0,51 til 1,11).

Opiater versus diazepam: Meta-analyse med to studier fant en signifikant reduksjon i antall mislykkete behandlinger (RR 0,43, 95 prosent KI 0,23 til 0,80) ved bruk av opiater.



Illustrasjon: M. M. Malvin

Forfatterne konkluderte med at opiater, sammenliknet med støttende ikke-farmakologisk behandling, ser ut til å redusere den tiden barna

bruker på å ta igjen fødselsvekten og på støttende tiltak, men øker tiden barna ligger på sykehus. Det ble ikke påvist forskjell mellom

gruppene når det gjaldt manglende terapeutisk effekt. Når opiater ble sammenliknet med barbiturater reduserte opiater forekomsten av

Ord som ord

Cochrane Library: Databaser med systematiske oversikter og annen informasjon om effekter av virkemidler i helsetjenesten.

kramper, men ellers var det ikke forskjell på resultatene av disse behandlingene. Sammenliknet med diazepam kom opiater best ut. Det kan være forskjell på behandlingseffekt for barn med mødre som kun har brukt opiater eller som har hatt et blandingsbruk av rusmidler. I lys av de metodiske begrensningene i studiene bør resultatene tolkes med forsiktighet.

KILDE:

Osborn DA, Jeffery HE, Cole M. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD002059. DOI: 10.1002/14651858.CD002059.pub2.

Vi trenger forskning



Av Marit Kirkevold
marit.kirkevold@medisin.uio.no

> Det er nesten 55 år siden verdens første «Sykepleien Forskning» kom ut. I 1952 så det amerikanske Nursing Research dagens lys. Hensikten var å formidle sykepleieforskning som møtte datidens krav til kvalitet og relevans. Utgivelsen markerte at sykepleieforskning i USA var tilstrekkelig etablert til at det var behov for et eget organ for å formidle den.

> Det skulle gå et halvt hundre år før Norge skulle få sitt eget Sykepleien Forskning. Skjønt, helt riktig er ikke det. Allerede i 1998 utkom Norsk tidsskrift for sykepleieforskning, som sammen med Vård i Norden banet veien for å publisere sykepleieforskning på norsk. Når det nå likevel er behov for et nytt forskningstidsskrift som når ut til de cirka 81 000 sykepleierne i Norge, er det ikke fordi de eksisterende tidsskriftene ikke har lyktes, men fordi sykepleieforskningen har nådd en ny fase.

> I løpet av de siste tjue årene har sykepleie gradvis blitt et etablert forskningsfelt i Norge. For noen år siden ble det i regi av Norges forskningsråd gjennomført en ekstern evaluering av norsk forskning, deriblant sykepleieforskning. Konklusjonen var at kvalitet og nivå var bra og at viktige samfunnsbehov ble ivarettatt. Samtidig ble det understreket at forskningsfeltet burde videreutvikles.

> I de senere år har flere store syke-

hus etablert fag- og forskningsstillinger i sykepleie. En tilsvarende trend ser vi nå i kommunehelsetjenesten. Også høyskolene er i ferd med å bli sentrale aktører i sykepleieforskning. Dette fører til at stadig flere sykepleiere er aktive i forskning på ulikt nivå og i varierende omfang. Denne gledelige utviklingen står i nær sammenheng med forskningsekspløsjonen på de fleste samfunnsfelt. Ikke minst i helsevesenet er forskning et stadig viktigere fundament for å utvikle kvalitet og endre praksis.

> Forskning er mer vanlig og stadig mer forskning publiseres. Derfor er det blitt en større utfordring å holde seg à jour innen eget felt. For å unngå at forskning anvendes tilfeldig og uten kvalitetssikring er en rekke tiltak iverksatt, og det har gradvis utviklet seg en tradisjon som skal sikre kritisk vurdering av det enkelte forskningsprosjekts kvalitet og pålitelighet. Et viktig tiltak for å sikre kvalitet er å publisere forskning i tidsskrifter med fagfeller som kritisk gransker alle manus før det avgjøres om de skal publiseres. Til nå har det vært få kanaler som har gjort sykepleieforskning lett tilgjengelig og gjort det enkelt å formidle egen forskning på eget språk. Dette skal Sykepleien Forskning være med å rette på.

Men å publisere forskning i tidsskrifter med fagfelleevaluering kan kun bidra til å sikre kvaliteten på den enkelte artik-

kel. For å sikre best mulig bruk av forskning i praksis, må ikke bare resultatene i en enkelt artikkel, men den samlede viten på et bestemt forskningsfelt, tas i betraktning. Dette er grunnen til at evidensbasert praksis er blitt et stadig mer fremtredende begrep. I sykepleie er det god grunn til å drøfte kritisk hva slik praksis innebærer og hvilken evidens vi trenger. To aspekter er viktige: For det første fratar ikke fagfellevurdering leseren ansvaret for kritisk å vurdere artiklene. For det andre er det å anvende forskning i praksis en komplisert og krevende prosess, som ikke kan overlates til den enkelte. Derfor er systematiske forskningssammenstillinger svært viktig, og noe jeg håper Sykepleien Forskning kan bidra til å gjøre lettere tilgjengelig.

> Ett forhold understrekes ikke godt nok i den evidensbaserte bevegelsen, et forhold som er en nødvendig forutsetning for at evidensbasert praksis skal bli god praksis. Og det er at omsetting av forskningsbasert kunnskap i praksis forutsetter erfarne, reflekterte og moralsk bevisste utøvere som kan sette kunnskapen inn i en større klinisk sammenheng. Dette krever utøvere med et avbalansert forhold til forskning. Jeg har tillit til at vi i sykepleiefaget kan integrere forskning, erfaring, klokskap og kyndighet til beste for våre pasienter. Det ligger i vårt mandat og i vår tradisjon.

NYTT OG NYTTIG

62: DET STARTER MED ET SPØRSMÅL

65: LOGG DEG INN



DET STARTER MED ET SPØRSMÅL

For deg som vil lese forskning

Tekst Liv Merete Reinar

Sykepleiere skal være faglig oppdatert. Forskningsbasert kunnskap bør være en av kildene de henter sin informasjon fra. Men hvordan vurdere denne kunnskapen? Og hva er gyldig kunnskap? Hvilke spørsmål trenger svar? Hvordan finne svar på spørsmål? Hvordan vurdere informasjon? Hvordan sette kunnskap ut i praksis? Disse spørsmålene belyser vi gjennom en artikkelserie i Sykepleien Forskning.

> FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP IKKE NOK

For at pasienter skal få best mulig sykepleie bør det være sentralt at avgjørelser tas slik at de er så velinformerte som mulig. Det er her begrepet kunnskapsbasert praksis kommer inn. Kunnskapsbasert praksis betyr at du integrerer pasientens og pårørendes behov, holdninger og preferanser med kunnskap fra den beste tilgjengelige forskningen som finnes og supplerer dette med egen erfaring og tilgjengelige ressurser. En mye brukt definisjon er denne:

«Evidence based nursing is the process by which nurses make clinical decisions using the best available research evidence, their clinical expertise and patient preferences, in the context of available resources».

I en kunnskapsbasert og verdiforankret helsetjeneste hjelper fagutøveren den det gjelder å treffe beslutninger ved å ta hensyn til all gyldig og relevant informasjon.

> HVA ER ET GODT SPØRSMÅL?

Kunnskapsbasert praksis formuleres gjerne i seks trinn (2):

1. Erkjenne informasjonsbehov
2. Stille spørsmål: Informasjonsbehovet kommer fra praksis og formuleres i klare spørsmål
3. Innhente kunnskap: Spørsmålet brukes som basis for litteratursøk for å finne relevant forskningsbasert kunnskap
4. Kritisk vurdere kunnskap: Forskningsbasert kunnskap vurderes kritisk med hensyn til gyldighet og relevans

5. Anvende god kunnskap: Gyldig og anvendbar kunnskap integreres med erfaring og brukerens preferanser for å planlegge og gjennomføre tiltak
6. Evaluere praksis

Med utgangspunkt i for eksempel et klinisk scenario blir sykepleieren utfordret til å formulere gode spørsmål. Et godt startsted er å gripe fatt i pasientens behov. Det er pasientens situasjon som er utgangspunkt for deg, og det som er viktig for dem er viktig for deg. Å stille et godt spørsmål kan bety avgjørende forskjell på jobben og for pasienten. Men å stille spørsmål og søke etter svar er også viktig for fagutviklingen. Dagsaktuelle, presiserende spørsmål må besvares her og nå. Ikke alle slike spørsmål greier du å besvare på stående fot. Enten har du ikke pålitelig svar i hodet eller så har du ikke tid til omfattende leting etter svar. Det er en fagutviklingsoppgave. Da blir det viktig at det å stille spørsmål er en del av fagutviklingen blant sykepleiere.

Du må skille litt mellom det å svare på spørsmål som et kollektivt arbeid (gjennom primær- og sekundærforskning) og det å stille spørsmål her og nå. I begge tilfeller er det nyttig å sette sammen spørsmål på en god måte, det vil si på en måte som gjør det lettere å svare på dem.

> KJERNESPØRSMÅL

Hva slags kunnskap er medisinsk kunnskap? Er sykepleierkunnskap noe genuint annet enn det legene driver med? Hvilken særskilt kunnskap er det de ulike helseprofesjoner forvalter? Fagutviklingen i helsefagene drives i stor grad framover av forsøk på å besvare seks spørsmål, også kalt kjernes spørsmål (2).

1. Hvor mange har et helseproblem?
2. Hvordan kan vi avgjøre om noen har dette problemet?
3. Hvorfor får noen slike problemer?
4. Hvordan går det med den som har problemet?
5. Hva kan vi gjøre for å forebygge eller behandle problemet?
6. Hvordan oppleves det å ha dette problemet?

Formulert på en annen måte så trengs kunnskap om:

- Prevalens (forekomst)
- Diagnostikk og tester

- Etiologi (årsaksforhold)
- Prognose (sykdomsforløp)
- Effekt av forebygging, behandling og rehabilitering
- Erfaringer og opplevelser

Hvis du tar de mest leste internasjonale tidsskriftene og leter fram artikler som presenterer forskningsfunn, vil 4/5 av studiene uten videre kunne kategoriseres etter denne inndelingen. Denne måten å dele inn kunnskap på gjør den medisinske forskningslitteraturen mer oversiktlig. Det korresponderer også med forskjellige måter å innhente kunnskap på (design). Hvis du vil ha svar på spørsmål om en sykdoms årsaker, må du gå fram på en annen måte enn hvis du vil utforske pasientenes tanker, følelser og verdier. Inndelingen i disse hovedområdene hjelper deg å holde oversikt over faget og gjøre det lettere å innhente og vurdere informasjon. Dette er til god hjelp når du skal holde deg faglig oppdatert. Det er spørsmålet som må avgjøre hvordan du går fram for å innhente kunnskap.

> SPØRSMÅL FRA PRAKSIS

En grei regel når du skal formulere spørsmål er å ha klart for deg

- Hvem (hvilke mennesker) det handler om
- Hvilket virkemiddel (risikofaktor, test, prognostisk faktor eller tiltak) du er interessert i – og eventuelt hva du sammenlikner med
- Hvilke utfall eller endepunkter som er av interesse

Disse elementene kan settes inn i det tredelte spørsmål i en inndeling med «hvem», «virkemiddel» og «utfall». Dette hjelper deg å stille praksisrelevante spørsmål, hjelper deg å finne ut hva slags kunnskap du trenger for å besvare spørsmålet (forskningdesign), og ikke minst å lage en søkestrategi for å finne den forskningsbaserte kunnskapen. Noen ganger er det hensiktsmessig med et firedelt spørsmål med «hvem», «virkemiddel», «alternativ» og «utfall». En søkestrategi vil gjerne innholde elementer fra alle deler av spørsmålet.

For å definere et spørsmål som det går an å svare på kan vi begynne med å beskrive en situasjon fra hverdagen.

Eksempel 1

En nyfødtafdeling tilbyr sorggrupper til foreldre som har mistet et barn. Dette tiltaket krever mange ressurser. Sykepleier og barnepleier leder gruppene, ofte i sin fritid og på frivillig basis. Oppslutningen fra brukerne varierer fra gruppe til gruppe. Avdelingssykepleier mener tilbudet er bra, men det er vanskelig å rekruttere gruppeledere. Finnes det forskning som dokumenterer effekten av sorggrupper? Bør i så fall dette arbeidet prioriteres?

Det kan være nyttig å klassifisere problemstillingen i et skjema for lettere å komme fram til et eller flere klare og konsise spørsmål.

Hvem	Tiltak/virkemiddel	Alternativ	Resultat/utfall
Foreldre som har mistet et barn	Sorggruppe	Rutinemessig oppfølging	Mestring
Foreldre som har mistet et barn	Sorggruppe	En samtale hos barnelege	Foreldres tilfredshet

Avhengig av hvilke utfall du er mest interessert i, vil du kunne formulere ulike spørsmål. Når du skriver spørsmålene helt ut ser de slik ut:

- Vil foreldre som tilbys sorggruppe etter å ha mistet et barn mestre sin situasjon bedre enn de som bare får rutinemessig oppfølging?
- Vil foreldre som tilbys sorggruppe være mer tilfredse med oppfølgingen enn de som får en samtale med barnelegen?

Eksempel 2:

Du er helsesøster. Et foreldrepar ønsker ikke at barnet deres på tre måneder skal ha MMR-vaksine. De er redd for at barnet skal bli autistisk. De har lest i avisen at vaksinerer kan gi autisme. Vaksinerer er frivillig. Du ønsker å sette deg inn i forskning på feltet slik at du kan bidra til at foreldrene gjør et velinformert valg.

LOGG DEG INN

Har du ikke råd til å holde deg faglig oppdatert?
 Ingen unnskyldning.
 Logg deg heller inn på Helsebiblioteket.

Hvem	Tiltak/virkemiddel	Alternativ	Resultat/utfall
Spedbarn på tre måneder	MMR-vaksiner	Ingen MMR-vaksinering	Autisme
Spedbarn på tre måneder	MMR-vaksiner	Ingen MMR-vaksinering	Ettervirkninger av meslinger

Ved å skrive spørsmålene ut kan de se slik ut:

- For spedbarn som får MMR-vaksiner, hva er forekomsten av autisme sammenliknet med barn som ikke får vaksinen?
- For spedbarn som ikke får MMR-vaksiner, hva er forekomsten av ettervirkninger fra meslinger?

Eksempel 3:

Du jobber i hjemmesykepleien. Du er kontaktsykepleier for en pasient med langt kommet kreft. Pasienten er i terminalstadiet og har selv tidligere ytret et ønske om å få dø hjemme. Nå er pasienten redd for å være for stor belastning for familien og lurer på om det hadde vært bedre å flytte på sykehjem. Du er interessert i om det finnes forskning om pårørende til mennesker som dør hjemme, om deres tanker og opplevelser i ettertid. Finner du slik informasjon kan du kanskje bidra i diskusjonen med pasient og pårørende før de velger hva de skal gjøre.

Hvem	Tiltak/virkemiddel	Alternativ	Resultat/utfall
Pasient i terminalstadium	Dør hjemme	Dør på sykehjem	Pårørendes opplevelser

- Hvordan opplever pårørende det når pasienter dør hjemme?
- Hvordan opplever pårørende det når pasienter dør på sykehjem?

Dette er noen forslag til klinisk relevante spørsmål som illustrerer at det trengs ulike forskningsdesign når du skal lete etter forskningsbasert kunnskap. Forenklet kan vi dele disse eksemplene slik at i det første eksemplet trengs svar fra randomiserte, kontrollerte studier og i det andre fra kohortstudier eller kasus-kontrollstudier. Du

trenger informasjon fra kvalitativ forskning i det tredje eksemplet.

Et viktig prinsipp i kunnskapsbasert sykepleie er at kunnskap fra forskning aldri alene er nok for å ta valg for utøvende sykepleiere. I sykepleien må du alltid avveie fordeler og ulemper for den enkelte pasient i den enkelte situasjon. Det er også kostnader og andre avveininger som vurderes og i en helhetlig sykepleietjeneste skal pasientens preferanser og verdier være med i vurderingen. Uansett – vi verken kan eller ønsker å være kunnskap fra forskning foruten! Neste artikkel handler om hvordan du kan lete etter svar.

Artikkelserien bygger blant annet på tidligere publiserte artikler (3–8).

REFERANSER

- (1) DiCenso A. Evidence-Based Nursing. Evidence Based Nursing 1998;1(2).
- (2) Jamtvedt G, Hagen K, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003.
- (3) Reinart L, Bjørndal A. Kunnskapsbasert praksis. Tidsskrift for jordmødre 1999;1(1-2):17-8.
- (4) Reinart L, Bjørndal A. Hva er et godt spørsmål? Tidsskrift for jordmødre 1999;1(1-2):18-20.
- (5) Reinart L, Bjørndal A. Å lete etter svar. Tidsskrift for jordmødre 1999;3(3):15-8.
- (6) Reinart L, Bjørndal A. Å vurdere kunnskap. Tidsskrift for jordmødre 1999;4(4):15-8.
- (7) Reinart L, Bjørndal A. Hva var resultatene? Tidsskrift for jordmødre 1999;5(5):15-8.
- (8) Reinart L, Bjørndal A. Å flytte kunnskap ut i praksis. Tidsskrift for jordmødre 1999;7(7-8):15.

i Vil du publisere i Sykepleien Forskning?
 Les forfatterveiledning på www.sykepleien.no

Tekst Nina Hernæs
 Foto Leif Gabrielsen

En nettside er det du trenger for å holde deg faglig oppdatert. Det er i hvert fall intensjonen bak www.helsebiblioteket.no.

> OPPDATER PRAKSIS

Nettstedet eies av Sosial- og helsedirektoratet sammen med de fem regionale helseforetakene. Ingen kommersielle interesser er involvert, og det er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som står for den daglige driften. Ifølge redaktør Magne Nylenna vokser biblioteket seg stadig større.

- Hvorfor bør sykepleiere bruke Helsebiblioteket?
- Fordi det er en lett tilgjengelig og oppdatert kilde for fagkunnskap, sier han.

> COCHRANE OG CINAHL

I dag inneholder biblioteket først og fremst lenker til tidsskrifter og databaser som Cochrane Library og Clinical Evidence. På sikt vil sykepleierne kunne lete i egne emnebibliotek.

– Foreløpig har vi bare ett, men det er høyst relevant for sykepleiere. Nemlig emnebiblioteket om psykisk helse reklamerer Nylenna.

Her finner du blant annet mer enn fem hundre relevante tidsskrifter, ulike skåringsverktøy og de ferskeste norske retningslinjene innenfor psykisk helse. Nylenna håper også på egne emnebibliotek for blant annet kreft, legemidler og eldre.

- Noen tips til sykepleierne?
- Vi jobber med å lage en egen inngang for sykepleiere. Men konkrete tips til tidsskrift er Evidence Based Nursing og database er Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature).

> FAVORITTER

Nylenna oppfordrer sykepleierne til å bruke ti minutter til å orientere seg på siden. For eksempel kan de tilte nærmere på «Nyttige kilder for spørsmål om...».

Innholdet i Helsebiblioteket er kvalitetssikret. I tillegg til tidsskrift og databaser, finner du også oppsummert forskning på norsk, helsestatistikk og regelverk. Mye av innholdet er tilgjengelig for alle, noe er begrenset til helsepersonell.

- Noen personlige favoritter?
- Blant tidsskrifter må det bli British Medical Journal og The Lancet. Blant søkemotorer Pubmed, sier Nylenna.
- Å ha favoritter er lurt. Da blir man kjent med noen publikasjoner og lærer hvordan de presenterer stoffet sitt.



> Bibliotekarer i helse, fra venstre: Anne Nordli Ekanger, Irene Wiik Langengen, Sigrunn Espelin Aasen og Kaja Ødegård

SÅNN GJØR DU:

Dette må du ha: E-postadresse og autorisasjonsnummer i helsepersonellregisteret.

1. Finn ditt autorisasjonsnummer i helsepersonellregisteret: Logg deg inn på www.safh.no (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell sin hjemmeside). Velg HPR-nummer autorisasjonsstatus til venstre på siden. Oppgi fødselsnummer. Er du autorisert helsepersonell i Norge, får du oppgitt ditt sjusifrede autorisasjonsnummer. Skriv det ned.
2. Logg deg inn på www.helsebiblioteket.no. Velg logg inn øverst til høyre. Så blir du bedt om å oppgi e-postadresse og passord. Oppgi din e-postadresse og som passord oppgir du ditt autorisasjonsnummer.
3. Lag ditt eget passord som er lett å huske.
4. Velg og vrak.

Teknologi og fødselshjelp

» Det er ikke all forskning som får konsekvenser for praksis. I så måte er Ellen Blix' doktorgrad nærmest en akademisk solskinnshistorie.

ELLEN BLIX

f. 1956

Utdanning: Sykepleier, jordmor, master i folkehelsevitenskap

Arbeidssted: Hammerfest sykehus. Bistilling ved Høgskolen i Finnmark

Aktuell med: Disputerer 19. desember i Tromsø med doktorgradsavhandling om inntakst-CTG



UTVIKLINGEN I MIN HJERNEAKTIVITET

0 år 10 år 20 år 30 år 40 år Nå

Tekst Susanne Dietrichson

Foto Jan Hermansen

Ellen Blix har levert og fått godkjent sin doktorgrad der hun undersøker nytten av inntakst-CTG. Sykepleien Forskning kontaktet henne på telefon til Hammerfest og ba henne fortelle mer om dette arbeidet:

– Avhandlingen går i hovedsak ut på å vurdere det som heter inntakst-kardiotokografi (CTG) på fødende kvinner og finne ut i hvilken grad denne testen kan forutsi uønskede fødselsutfall, om den kan forebygge disse utfallene, om forskjellige fødselshjelpere tolker testen på samme måte, og hvilken betydning testen kan ha for jordmødres kliniske arbeid, utdyper hun.

GRAFISK BILDE

I mange år har det vært vanlig praksis å ta denne testen på alle fødende kvinner når de ankommer fødeavdelingen. Den fødende blir lagt på en benk og får to utvendige følere festet på magen ved hjelp av elastiske belter. Følerne blir koblet til CTG-apparatet, og ut tikker en papirstrimmel som gir en grafisk gjengivelse av det alt dreier seg

om i et slikt øyeblikk; nemlig fosterhertelyden og riene.

– Doktorgraden din består av til sammen fem artikler. Hva handler disse artiklene om?

– En studie vurderer i hvilken grad inntakst-CTG kan forutsi om barnet kan få oksygenmangel i fødselsforløpet, og fant at testen bare oppdaget 15 prosent av de utsatte fostrene. I to av studiene har jeg bedt leger og jordmødre om å tolke flere hundre inntakst-CTG'er. Denne undersøkelsen viste at når det gjaldt normale tester var det i stor grad enighet om utfallet av testene (cirka 80 prosent), men når det gjaldt unormale resultater var det større uenighet (her var bare rundt 30–50 prosent av de spurte enige om resultatene).

TEKNOLOGISK MAKT

Ifølge Blix var dette med på å underbygge hypotesen om at det er vanskelig å tolke resultatene av inntakst-CTG når disse avviker fra normalen. Dette skyldes at fosterhertelyden er lite spesifikk og ikke alltid lett å tolke. En unormal fosterlyd kan for eksempel skyldes oksygenmangel, medikamentpåvirkning eller dyp søvn hos et friskt foster.

Blix har også laget en syste-

matisk oversikt over all forskning som er gjort på inntakst-CTG. Resultatet viser at testen ikke har noen nytteverdi hos friske fødende, og at den fører til flere inngrep i fødselsforløpet uten at det blir født friskere barn av den grunn. Den siste studien undersøker hvilken betydning testen kan ha for jordmødre i deres daglige arbeid. Denne gjengis i dette nummeret av Sykepleien Forskning.

«Ingen leger stiller spørsmål om fosterets hertelyd til en jordmor som har lyttet på en gravid kvinnes mage med trestetoskop.»

Blix er nøye med å presisere at selv om hun har vært første-forfatter er alle de fem artiklene skrevet i samarbeid med andre forskere.

– Er bruken av teknologiske virkemidler med på å skape hierarki på en fødeavdeling?

– Ja, den siste studien vår kan kanskje tyde på det. Det er ingen leger som stiller spørsmål

om fosterets hertelyd til en jordmor som har lyttet på en gravid kvinnes mage med trestetoskop, mens det er vanlig at leger skal se på og godkjenne alle inntakst-CTG'er. Inntakst-CTG har blitt tillagt større betydning enn andre undersøkelser som baserer seg på jordmødres kliniske kunnskaper og erfaringer. Dette, og utstrakt bruk av annen teknologi innen fødselshjelpen, kan medføre at mange jordmødre opplever sin profesjonelle identitet som truet.

ULIKE METODER

– Av de fem artiklene er det bare en undersøkelse som baserer seg på kvalitativ metode, mens de andre fire er epidemiologiske eller kvantitative. Hvorfor valgte du en kvalitativ tilnærming i akkurat den bestemte studien?

– I utgangspunktet hadde jeg tenkt å gjøre to kvalitative undersøkelser, ett dybdeintervju med mødre og ett med jordmødre, som er det studiet som beskrives i denne artikkelen. Men underveis viste det seg at det var så mange faktorer som pekte i retning av at man kom til å gå bort fra rutinemessig inntakst-CTG, at det virket fåfengt å spørre mødre om deres opplevelse av noe som

høyst sannsynlig ville bli fjernet. Jeg valgte kvalitativ metode fordi jeg ønsket å gjøre en mest mulig nyansert undersøkelse. I en kvantitativ studie vil man bare få svar på standardiserte spørsmål man selv har sittet og klekket ut. Hvis man ikke helt vet hva man er ute etter, slik som i dette tilfellet, må man gå dypere til verks. Man må åpne opp for at det kommer fremting man ikke var forberedt på, og da er et ferdig trykket spørreskjema rett og slett ikke tilstrekkelig.

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

– Opplever du at du har fått gjennomslag for din teori i praksisfeltet?

– Ja, jeg føler meg absolutt både sett og hørt ute i den praktiske virkeligheten. Jeg har møtt stor interesse for temaet underveis og har holdt flere foredrag om emnet. Dessuten er Legeforenningen i ferd med å gi ut nye retningslinjer for fødeavdelinger i Norge (foreløpig foreligger bare nettgaven), der jeg har blitt bedt om å bidra med min kunnskap. Resultatet er at man anbefaler å gå bort fra praksisen med å utføre inntakst-CTG på normalfødende, det vil si fødende som ikke har blødninger, hvor

fosteret ikke er spesielt lite eller hvor det er tegn på svangerskapsforgiftning eller andre komplikasjoner. I Storbritannia er det nylig kommet nye nasjonale retningslinjer om omsorg under fødselen, hvor de viser til vår systematiske oversikt og anbefaler ikke inntakst-CTG til fødende uten komplikasjoner.

– Hva er planene dine fremover?

– Jeg regner med å fortsette med forskning, og er i gang med et prosjekt om normalfødende. Vi ønsker å undersøke hva som regnes som normalt under fødselen, for eksempel hvor lang tid en normal fødsel kan vare. Vi ønsker også å gjøre studier på hva det er som fremmer normale, spontane fødsler. Dette er en reaksjon på det vi ser som en økende tendens i den vestlige verden; nemlig at det blir gjort stadig flere inngrep i normale fødselsforløp.

Les artikkelen til Ellen Blix på s. 44: Inntakst-CTG: Hvilken betydning testen kan ha for jordmødre i deres daglige arbeid.