



Sykepleien

Fag og forskning

2019



#Seksualitet,
fødsel og oppvekst

Sedix[®]

Demper mild uro - letter innsøvning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnevansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsøvningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsøvning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Reseptfritt på alle apotek

Sedix[®]

Plantebasert sedativum. Beroligende.

ATC-nr.: N05C M-F
TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsøvning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsøvning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning. Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. *Insomni*. Tidsskrift for Norsk Legeforening 2009;129:1766-8.



En fin og varm serie. Personene ble jeg fort kjent med, og gleder meg til fortsettelsen. Hovedpersonen vil jeg ha som venninne.

LISE SOLENG, BOKELSKER



Wow! Vi ble helt hektet! Sidene lukker seg rundt oss når vi leser og vi blir sugd inn i atmosfæren. Vi kjenner lukten av regnet, vi kjenner redselen på kroppen.

ELIN & ANNE-BRIT, SERIELESERE

Tårnsvalene

Sterk romanserie fra Merete Lien, forfatteren bak seriesuksessene *Barn av stormen* og *Rosehagen*.

Bli med til Bergen i 1896

De tre søstrene Engevik er av god familie, men moren måtte forsake mye da hun giftet seg av kjærlighet, med en fri kunstnersjel. Når han ikke dikter skillingsviser, drømmer faren om å seile til fjerne farvann. Moren prøver å holde begge bena på jorden, men det er ikke lett når eventyret lokker.

Mathilde, Louise og Leah aner ikke at hele deres fremtid kan falle i grus dersom den store seilasen settes ut i livet ...

En familie med hemmeligheter – tre søstre som ikke kjenner fortiden ...

**Få første bok
tilsendt GRATIS!
Send BOK til 2205**

porto- og gebyrfritt,
HELT uforpliktende.

VI SPANDERER FØRSTE BOK!

Bestill den på www.norskeserier.no
eller ring kundeservice 21 89 70 70

C Fragmin Pfizer

INJEKSJONSØSÆSKE, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsøsning og 1 ml. Uten konserveringsmiddel. INJEKSJONSØSÆSKE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzylalkohol, vann til injeksjonsøsning til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering: Tromboseprofylakse ved kirurgi:** Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 dogn eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. **Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. **Behandling av akutt dyp venetrombose:** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Vekt (kg):	Dose (IE)
46-56	10 000 (0,4 ml sprøyte)
57-68	12 500 (0,5 ml sprøyte)
69-82	15 000 (0,6 ml sprøyte)
83-90	18 000 (0,72 ml sprøyte)
>90 kg:	Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige.

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombose sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsettes i minst 5 dogn, eller inntil nivåene av protrombin kompleks faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombose. **Behandling av lungeemboli:** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. **Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:** Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. **Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:** 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i dognet (maks. 10 000 IU 2 ganger i dognet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinngang (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revascularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med mindre 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner <80 kg og menn <70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). **Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppveidd, maks. 14 dager. **Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangsprøyer (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombotypeni: Ved blodplattell <50 000/µl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattellet er >50 000/µl. Ved blodplattell 50 000-100 000/µl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattell ≥100 000/µl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombotypeni (50 000-100 000/µl):

Vekt (kg)	Dose (IE)	Redusert dose (IE)	Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)
≤56	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
≥99	18 000	15 000	17

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangsprøye og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på ≥10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, og det skal sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte prøyer som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. **Tilberedning/Håndtering:** Fragmin injeksjonsøsning er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombotypeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombotypenistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødse er absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsøsningen som inneholder benzylalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralys. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Insetting eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og

etter minst 24 timer hos personer som får høye dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og forsatt høy oppvåkning for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggsmertor, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blærefunksjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematoma vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargskompressjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gitt til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombotypeni og blodplattelfunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetessinnetopni. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasienten, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allernivå koagulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjokk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalcium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingens lengde, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma for oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombotocytter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykkelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombotypeni er til stede. Slik trombotypeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombotocytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombotypeni og alvorlig trombotypeni (<100 000/µl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemningen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, urafuksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retningslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåkning anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzylalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gaspung syndrom». Benzylalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og deokstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrøm og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfonpyrazon, probencid, etakrinsyre, cytotastika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematoma skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdømmende eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzylalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. **Amning:** Små mengder med dalteparinatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan derfor ikke utelukkes. Fordelene av amning for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. **Fertilitet:** Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfef: Mild trombotypeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger. Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrige: Subkutant hematoma og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudenrose, forbigående alopeci. Ukjent frekvens: Blod/lymfef: Immunologisk mediert heparin-indusert trombotypeni (type II), med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utsett. Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematoma. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoadosteronisme som kan føre til økt kalium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Etter fornyning høyst 12 timer. **Pakninger og priser: 12 500 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 269,90 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 613,20. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 979,60. (0,3 ml = 7500 IE) 5 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 653,10, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 499,90, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 580,10, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 681,80, 10 000 IU anti-Xa/ml 10 ml (hettegl.) kr. 723,20. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kraftig. **Refusjonskode:** IPC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse. IC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68,8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68,9 Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20,0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Anen emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), Z99,2 Avhengighet av nyredialyse. Vilkår: 136 Refusjon utvises selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 09.05.2016

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet¹
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering²
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft³



Fragmin[®]
dalteparinnatrium

Indikasjon for Fragmin:

Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Viktig sikkerhetsinformasjon:

Bivirkninger: vanligste bivirkninger er blødninger, subkutan hematom og smerte ved injeksjonsstedet, mild trombocytopeni og forbigående, mild til moderat levertransaminaseøkning. **Kontraindikasjon:** Fragmin er kontraindisert ved akutt ulcus, hjerneblødning, andre aktive blødninger, alvorlige koagulasjonsforstyrrelser, samt ved akutt/subakutt septisk endokarditt eller skader og operasjoner i CNS, øyet og øret. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Særskilt oppmerksomhet kreves ved antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi. Forsiktighet i forbindelse med trombocytopeni og blodplate-funksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv- eller diabetes retinopati, og ved tilstander som kan medføre forhøyet blødningsrisiko.



INNHold

Fag og forskning 04 | 2019

#Seksualitet, fødsel og oppvekst

- 8** Leder, Barth Tholens: Vi skriver, altså er vi
- 10** Gjesteleider, Kristin Sofie Waldum-Grevbo: Gode beskrivelser av fagfeltet vårt er vårt eget ansvar
- 14** Snakker terapeuter for lite om seksuell helse?
- 18** Kunnskap om vulva kan bidra til god seksuell helse
- 22** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Tale Wetteland Stoa
- 24** Hvordan reagerer unge kvinner på positiv klamydiatest?
- 28** Fødselshjelp til fostre i seteleie ved Oslo universitetssykehus, Ullevål fra 2000–2012
- 36** Etikk, Per Nortvedt: Kan tvillingabort forsvares etisk?
- 38** Gulsott hos nyfødte kan være farligere enn du tror
- 42** Barselerfaringer etter akutt keisersnitt
- 50** Møt forskeren: Monica Nilsen Mørch: Hvordan står det til med mor etter keisersnitt?
- 54** Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold
- 59** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Elisabeth Holm Hansen
- 60** Ungdom med tarmsykdom må forberedes på overgangen til voksenavdeling
- 64** Stomi kan være ekstra utfordrende for unge
- 68** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Silje Helen Krabbe
- 70** Hyppige luftveisinfeksjoner kan være symptom på en arvelig sykdom
- 74** Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn
- 80** Møt forskeren: Anja Vasset: Når et barn ikke får puste
- 84** Barn med delt bosted: som å leve i to verdener
- 89** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Katrin Lindeflaten
- 90** Sykepleierdrevet poliklinikk betyr mye for pasienter med hydrocefalus
- 94** Hvilke oppgaver kan sykepleiere ha i primærhelseteam?
- 99** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Anne Svelstad Evju
- 100** Unge revmatikere får hjelp til å takle voksenlivet
- 105** Forfatterveiledning for fagartikler
- 108** Forfatterveiledning for forskningsartikler



18



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf 40852179

Temareduktør:

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Tlf 97632910

Design og forside:

Hilde Rebård Evensen

Grafisk produksjon:

Hilde Rebård Evensen, Sissel Vetter
og Monica Hilsen

Manusredaktør:

Signe Marie Flåt

Fagredaktører:

Eli Smedstad og
Torhild Apall Dybvik

Forskningsredaktør:

Edith Roth Gjevjon

Deskansvarlig:

Ellen Morland

Desk:

Johan Alvik og Eivind Solfjell

Journalister:

Kari Anne Dolonen,
Ingvald Bergsagel, Ellen Morland
og Elin Marie Fredriksen

Mer om redaksjonen:

Se sykepleien.no

Repro og trykk:

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato:

29. august 2019

.....

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf 99402409

Tlf.: (+47) 994 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Fagpressen **F**
KOPPLAGSKONTROLLERT



42



28



60



38



70



50

Vi skriver, altså er vi

For første gang utgir Sykepleien en komplett samling av fag- og forskningsartikler publisert i år. Den utgaven du nå har i hendene, vil inneholde artikler som er relevante for ditt fagfelt.

Jeg tenker, altså er jeg, skrev filosofen Rene Descartes for mer enn 300 år siden. Han grunnet mye på hva vi egentlig kan si med sikkerhet, når alt som vi antar er sant, kan møtes med tvil. Ingenting er sikkert, konkluderte han, bortsett fra vår egen eksistens som tvilende vesener. Faktisk er vår evne til å tvile kanskje det ultimate beviset på at vi er til: Cogito, ergo sum (jeg tenker, derfor er jeg).

PRAKSISEN MÅ VURDERES KRITISK

Slik er det også med sykepleie som fag. I diakonistiden var sykepleie en praktisk beskjeftigelse, en hjelpende hånd til de syke. Faget var basert på neste-kjærlighet, observasjon og muntlig overlevert erfaring. Men skulle sykepleie få ordentlig substans, måtte den bli beskrevet og vurdert kritisk. Det holdt ikke lenger å si at «slik har vi alltid gjort det». Med oppblomstringen av sykepleie som egen vitenskap er den kritiske tenkingen – og tvilen om eksisterende sannheter – selve grunnlaget for fagets utvikling.

FORSKNING GIR GEVINST

Veien mot sykepleie som vitenskap har vært lang og kronglete. Det unge faget ble i sin tid møtt med skepsis og nedlatenhet. Selv i dag finnes det røster som mener at sykepleiere ikke bør teoretisere seg bort fra sin egen praktiske betydning.

Men de fleste forstår nå at sykepleiens tilnærming til pasienten ikke bare kan baseres på håndlag og magefølelse. Videreutvikling av faget gjennom forskning og systematisk kunnskapsdeling kan gi betydelige

gevinster for helsetjenesten. Kritisk tenkning kan drive faget videre, bidra til å forkaste gammelt gods og bane veien for nytenkning. Da må fag- og forskningslitteratur være lett tilgjengelig, forståelig og konkret nok til å bli anvendt i praksis.

VIL BEKJEMPE ORDMAGI

Sykepleien har formidlet fagartikler nær sagt helt siden den spede begynnelse for 100 år siden, og siden 2006 ble vi også en viktig kanal for formidling av fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler. Kvaliteten på disse artiklene er blitt bedre med årene.

Som redaksjon har vi vært opptatt av å bekjempe kvasiakademisk tåkeprat og ordmagi. Vi har dyrket de

«**Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.**»

knappe, kritiske og konsise artiklene der forfatterne kommer raskere til poengene sine. Det har sammenheng med at vi har vært mer opptatt av å kommunisere med de brede massene blant sykepleiere enn av å skape en plattform der forskere kun kommuniserer med hverandre.

NY KUNNSKAP MÅ DELES

Vi trenger ikke bare de gode pennene som tør utfordre vedtatte sannheter i faget på en måte som sykepleiere forstår. Vi trenger også at flere tar seg bryet med å skrive. Sykepleien får inn mange vitenskapelige artikler



Barth Tholens

Ansvarlig redaktør



KUNNSKAP: Hva er vitsen med at stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad om ikke den kunnskapen disse tilegner seg, deles med flere, spør Sykepleiens redaktør Barth Tholens. Foto: Mostphotos

og fagutviklingsartikler, men vi har også en mistanke om at mye klokskap blir lagt i en skuff og ikke når ut til praksis. Stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad, men funnene de har kommet frem til, når dessverre ikke alltid ut til klinikken. Det er synd. Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.

FAGGRUPPENE KAN BIDRA

Med denne artikkelsamlingen håper vi å bidra til at flere sykepleiere klarer å holde seg faglig oppdatert. Ikke minst håper vi at utgaven inspirerer flere til å ta i bruk tastaturet for å dele ny kunnskap. Her må faggruppene i Sykepleierforbundet (NSF) spille en aktiv rolle. Faggruppene har en spesiell interesse i utvikling av faget på sine spesifikke områder. Erfaringsutveksling og kunnskapsdeling står høyt på deres agenda. Sykepleien ønsker derfor å samarbeide tett med faggruppene for å finne frem til ressurspersoner som kan ha «en artikkel i magen».

I denne utgaven gir vi faggruppene anledning til å presentere seg for alle sykepleiere som driver med det samme som dem.

ARTIKLER FRA DITT FAGOMRÅDE

Vi i Sykepleien har også gjort et helt nytt og ganske drastisk grep for at denne artikkelsamlingen skal «treffe» best mulig. I stedet for å sende alle fag- og forskningsartikler til alle medlemmene i NSF, vil den utgaven du nå holder i hendene, kun inneholde

artikler innenfor det feltet du selv jobber. Vi har delt sykepleierne inn i fem hovedkategorier som hver får sitt eget tidsskrift. Hver kategori representerer nødvendigvis nedslagsfeltet for flere fagområder og faggrupper, men stoffet vil kunne være interessant for alle som mottar utgaven.

FEM FORSKJELLIGE TIDSSKRIFT

Du har nå mottatt utgaven som handler om seksualitet, fødsel og oppvekst. Vi har valgt denne utgaven til deg på grunn av opplysninger i NSF's medlemsregister om hvor du jobber, hvilken stillingsbetegnelse du har og eventuelt hvilken faggruppe du tilhører.

Tilsvarende sender vi fire andre tidsskrift til sykepleiere som jobber med:

- #Etikk, metode og verktøy
- #Akutt, kritisk og kronisk sykdom
- #Rehabilitering, alderdom og død
- #Migrasjonshelse, psykisk helse og rus.

VIL DU HA ET ANNET TIDSSKRIFT?

Om du fikk tilsendt «feil» tidsskrift, eller ønsker å lese et annet tidsskrift enn det du fikk tilsendt, kan du etterbestille det ønskede tidsskriftet kostnadsfritt på www.webshop.nsf.no, under fanen Produkter.

Artikkelsamlingen med fag- og forskningsartikler vil bli en årlig utsending. Neste utgave er planlagt i august 2020. Allerede nå kan du gå til Min side i NSF's medlemsportal og krysse av hvilken kategori du ønsker å bli gruppert under. Da vil neste års utsending bli mer presis enn årets. ●

Gode beskrivelser av fagfeltet vårt er vårt eget ansvar

Vi trenger flere sykepleiere som skriver innsiktsfullt om sitt fagfelt, slik at vi kan dokumentere hvor skoen trykker.

Tidligere i år publiserte Sykepleien et temanummer med tittelen «Hva er egentlig sykepleie?». Det bidro antakelig til at både sykepleiere og andre lesere fikk utvidet sin oppfatning om hva profesjonen jobber med i ulike deler av helsetjenesten.

«SNILLE OG VARME»

Behovet for gode beskrivelser av fagfeltet vårt er stort. Dokumentasjon er etterlengtet i en tid der sykepleiere fortsatt blir karakterisert som «snille og varme», eller som legen Wasim Zahid uttalte tidligere i år: «Sykepleierne står på, bretter opp ermene og gir den omsorgen som trengs.»

Vel og bra det, men som kunnskapsrike og velutdannede sykepleiere blir vi litt lei av at vi karakteriseres med ord som er mer dekkende for morsrollen, og knapt nok den.

RANGERING

Nylig kunne jeg lese følgende nedvurdering av min egen yrkesgruppes kompetanse i den offentlige rapporten fra Stoltenberg-utvalget, som har sett på kjønnsforskjeller i skolen:

«Den relevante faglige kompetansen til sosialpedagogiske rådgivere, barne- og ungdomsarbeidere og ufaglærte assistenter er trolig ganske lav. Den relevante kompetansen til helsesykepleiere og ansatte med sosialfaglige utdanninger er trolig større. Den tyngste relevante kompetansen ligger hos psykologer, enten i PPT eller knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.»

Utvalget har rett og slett foretatt en rangering av ulike

yrkesgruppers kompetanse. De konkluderer med at psykologen er skolens viktigste ressurs i det flerfaglige samarbeidet. Utvalget har ingen referanser for sin rangering. Medlemmene i utvalget har åpenbart behov for mer kunnskap om hva helsesykepleiere faktisk bidrar med i skolen.

NÅ UT TIL BEFOLKNINGEN

«Fra å klage og syte til å handle og yte» er et slagord som lenge har fulgt helsesykepleiergruppen. Så hva kan vi selv gjøre for å utdype og nyansere debatten om vårt eget fagfelt?

Sykepleieres kompetanse og arbeidsmetoder beskrives heldigvis i økende grad, blant annet gjennom fag- og forskningsartikler. Ved å formidle kunnskap om eget fagfelt bi-

«Som kunnskapsrike og velutdannede sykepleiere blir vi litt lei av at vi karakteriseres med ord som er mer dekkende for morsrollen.»

drar den enkelte til større innsikt, både innad i profesjonen og ikke minst overfor befolkning og myndigheter.

SVAR SKYLDIG

Da jeg overtok som leder i Landsgruppen av helsesykepleiere i 2014, begynte journalister og politikere å ringe meg med spørsmål om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, situasjonen for barn og ungdom, andelen gutter som besøker helsesykepleier, hvilken tematikk som er hyppigst i konsultasjoner med ungdom, og hva foreldre opplevde.



Kristin Sofie Waldum-Grevbo

Faggruppeleder,
Landsgruppen av
helsesykepleiere NSF



SKRIVE FOR Å BEVISSTGJØRE: Sykepleiere må beskrive sitt fag for å utvikle det og for at andre skal forstå hva vi gjør. Illustrasjonsfoto: Andrey Popov / Mostphotos

Dessverre kunne jeg ikke alltid svare. Det var ikke alltid skrevet strukturert om forhold som jeg fikk spørsmål om.

Mange helsesykepleiere har riktignok utarbeidet lokal statistikk og satt i verk lokale tiltak for å kvalitetssikre tjenesten. Men det manglet systematiserte fag- og forskningsartikler som var tilgjengelige for alle, også utenfor egen tjeneste eller egen kommune.

TALL PÅ TILGJENGELIGHET

Som oftest spurte journalister og politikere om jeg hadde tall på tilgjengeligheten av helsesykepleiere i den lovpålagte skolehelsetjenesten. Da jeg begynte på en masterutdanning, valgte jeg derfor å kartlegge helsesykepleieres tilstedeværelse på ulike skoler i landet. Jeg satte bemanningen i sammenheng med de omfattende oppgavene tjenesten skulle utføre, ifølge forskrift og retningslinjer.

Det var egentlig en uvanlig politisk vri på en masteroppgave. Men kartleggingen ga et godt utgangspunkt for å se på innholdet i helsesykepleierjobben. Helsesykepleiere må ganske enkelt være på jobb for å kunne samarbeide med lærer, oppdage vold og overgrep, møte ungdommen med kjærlighetssorg og så videre.

NASJONALE ENDRINGER

Masteroppgaven ble til slutt til en forskningsartikkel. Den ble overlevert til helseministeren. Året etter ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å gjøre en tilsvarende kartlegging for hele tjenesten.

Snart kan SSB gi oss årlige rapporter på samme tema.

Det viser at strukturert informasjon og innsikt kan bidra til store nasjonale endringer. Siden vi er tett på alle mennesker gjennom ulike livsfaser, er fagområdet vårt også spesielt interessant for folk flest.

ØNSKEARTIKLER

Det er mange fagtemaer som trenger å bli belyst innen mitt eget fagfelt. Her er mine ønsker:

- Hvor stor andel gutter oppsøker skolehelsetjenesten og HFU? Enkelte steder er det satt i gang tiltak for å få flere gutter til å oppsøke tjenesten, men har andelen gutter økt som en følge av disse? Og når gutta først kommer, snakker de om det samme som jentene?
- Hvor utbredt er rustesting i skolehelsetjenesten? Hvordan påvirker denne kontrollfunksjonen relasjonen med ungdommen og bruken av skolehelsetjenesten?
- Hva skjer med arbeidet mot vold og overgrep på helsestasjonen?

MER ENN ET VARMT HJERTE

Det å skrive tvinger oss til å tenke gjennom vår faglige praksis og hvorfor vi gjør som vi gjør. Gode fag- og forskningsartikler fører til gode diskusjoner på jobben, og de kan endre vår måte å jobbe på. Vi må skrive mer for å systematisere og forbedre egen praksis, for å dele erfaringer og innsikt med våre kolleger i hele landet, for å påvirke politikere og byråkrater.

Gjør vi det, vil det forhåpentligvis bli lenger mellom hver gang vi kan lese beskrivelser av sykepleiere som ikke trenger særlig mye mer utrustning enn et varmt og bankende hjerte. ●



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Fem skreddersydd spesialutgaver!

Du som har fått dette bladet i postkassen, har fått en utgave av Sykepleien som er rettet mot medlemmene som jobber med det samme som deg. Ut fra opplysningene som NSF har om deg, hvilken faggruppe du tilhører og hvor du jobber, har vi delt NSF's 115 000 medlemmer inn i fem grupper.

Hver av disse gruppene har fått tilsendt en skreddersydd spesialutgave med fag- og forskningsartikler.

Dersom du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har fått, kan du bestille den i Fordelsbutikken på nsf.no. Dette byr vi på så lenge lageret rekker. Mye av innholdet fra de andre bladene kan også leses på sykepleien.no



Sykepleiens samling av fag- og forskningsartikler vil bli sendt ut hvert år.

Den neste kommer høsten 2020. Dersom du i fremtiden ønsker å bytte interessegruppe, kan du enkelt gjøre dette ved å gå inn på Min side på nsf.no.



Fordelsbutikken:

Skann QR-koden og kom rett til [Nsfs](http://nsf.no) sin fordelsbutikk hvor du kan bestille de enkelte utgavene.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Slik bruker du mobilen for å finne artiklene på nett

Nå kan du enkelt bruke mobilens
kamera til å skanne QR-koder.



Bruk mobilkameraet
og plasser koden innenfor
de gule merkene.

Det dukker opp en lenke
øverst på skjermen.

Trykker du på denne,
kommer du direkte til
artikkelen, videoen eller
PDF-en på nett.

sykepleien.no

Benytter du Android-telefon,
må du først aktivere Google
Lens eller en annen QR-leser.



HOVEDBUDSKAP

Mennesker som sliter med depresjon, føler ofte at de har redusert livskvalitet og utfordringer knyttet til seksuell helse.

Et velfungerende seksualliv har stor betydning for trivsel og velvære. Derfor er det viktig at vi i helsevesenet våger å snakke om dette temaet.

NØKKELORD:

- ▶ Seksuell helse ▶ Depresjon
- ▶ Samtaleterapi ▶ Skam

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.77406

Snakker terapeuter for lite om seksuell helse?

Depresjon kan henge sammen med seksuelle utfordringer. Derfor må terapeuter tørre å ta opp temaet.

arbeidshverdagen min møter jeg mange eldre pasienter med ulike behov. Det mest utfordrende er å kartlegge den seksuelle helsen til voksne, kvinnelige, deprimerte pasienter. Årsaken kan være at negative holdninger til seksualitet hos eldre setter en stopper for seksuelle uttrykk.

Jeg opplever at helsevesenet svikter når det gjelder kartlegging av slike vansker. Eldres egne holdninger til seksualitet, der de blant annet skammer seg over egne behov, fremmer heller ikke noen åpen diskusjon om seksualitet i samtalerommet.

HENSIKTEN MED ARTIKKELEN

Formålet med denne artikkelen er å drøfte i hvilken grad seksualitet og seksuell helse kan få en naturlig plass i samtaleterapi i den kommunale helsetjenesten for kvinnelige, voksne pasienter 45–60 år som har fått diagnosen depresjon, eller som selv definerer at de har en depresjon.

Hensikten er å sette søkelyset på hvordan terapeuter i kommunal førstelinjetjeneste kan være med på å avklare hvorvidt depresjonen henger sammen med relasjonen de er i. Da kan pasientene få et bedre behandlingstilbud og ikke minst avdekke seksuelle utfordringer som bør henvises for videre behandling.

METODE

Deprimerte pasienter føler ofte at de har redusert livskvalitet med utfordringer knyttet til den seksuelle helsen. I

FORFATTER



Tine Hegg
Klinisk sosionom, Enhet for psykososialt arbeid,
Kommunal psykisk helse, Frogn kommune

denne artikkelen benytter jeg en anonymisert casestudie (1) for å belyse betydningen av terapeutens sexologiske kompetanse om temaet «seksualitet i samtaleterapi». Jeg ønsket også å undersøke i hvilken grad det er rom for å diskutere sek-

suell helse med deprimerte pasienter i samtaleterapi.


I tillegg vil jeg påpeke at det er uklare retningslinjer og manglende videreutdanning for terapeuter i primærhelsetjenesten. Klarere retningslinjer og faglig oppdatering kan bidra til at terapeuter blir bedre egnet til å diskutere pasientens seksuelle utfordringer i samtaleterapi.

Litteratursøk i ulike databaser, som PubMed, Medline, Cochrane Library og Psykologtidsskriftet.no, viser at te-

«Vi har ingen god praksis for å diskutere verken seksualitet eller seksuell helse med voksne brukere.»

mativering av Eldres seksuelle helse er utfordrende for terapeuter i primærhelsetjeneste. Samtidig er temaet lite studert.

Det å skape en god terapeutisk allianse mellom pasienten og terapeuten (2, 3) er en forutsetning for å belyse forskjellige depresjonsrelaterte problemstillinger knyttet til den seksuelle helsen. Begrensninger med en casestudie er at innsamlede data ikke er generaliserbare, og studien kan påvirkes av skjevhet som utfordrer påliteligheten og gyldigheten (1).



TIL BEHANDLING: Fravær av seksuell nærhet kan være årsaken til depressive lidelser. Illustrasjonsfoto: Wavebreakmedia/Mostphotos

Artikkelen baserer seg på en fordypningsoppgave i seksuell helse og seksualitetsundervisning ved OsloMet – storbyuniversitetet. Refleksjonene gjenspeiler mine egne erfaringer i min praksis som terapeut i kommunehelsetjenesten.

LOKALT TILBUD

I kommunen jeg arbeider i, er det et bredt tilbud med vakttelefon og søknadskontor. Tanken er å supplere med tiltak for enkelte pasienter, slik som et lavterskeltilbud og rask tilgang til de ulike helsetjenestene.

Vi er en tverrfaglig stab i det psykiske helseteamet som består av en psykolog, en klinisk sosionom og tre psykiatriske sykepleiere, og vi sørger for smidige overganger mellom de ulike, tilpassede kommunale helsetjenestene til enhver tid.

Vi har ingen god praksis for å diskutere verken seksualitet eller seksuell helse med voksne brukere, kanskje fordi vi mangler bevissthet og kunnskap om seksuell helse i helseteamet for å kunne ta opp tematikken og avdekke forholdet mellom seksuell helse og depressive lidelser.

Når det gjelder seksuell helse, er utfordringen vår å utforme tjenester som påvirker seksualiteten og sette inn tiltak som skal fremme positiv seksuell helse og god livskvalitet (4).

DEPRESSIVE LIDELSER

Depresjon er en sammensatt sykdom som krever grundig kartlegging for å kunne fange opp belastningsfaktorer og årsaker.

I Norge er depresjon den psykiske lidelsen blant voksne som er mest utbredt (5, 6). Mellom 6 og 12 prosent av befolkningen sliter med depresjon til enhver tid, og livstidsprevalensen er rundt 40 prosent (7).

Betydelig flere rammes av redusert livskvalitet en eller annen gang i løpet av livet, og det er langt høyere forekomster av angst og depresjon blant kvinner enn blant menn. Det er dessuten flere som ikke rapporterer at de har en plage eller lidelse, og som ikke oppsøker helsepersonell (8).

Grunnsymptomene er depressivt stemningsleie, manglende interesse for lystbetonte aktiviteter, svekket konsentrasjon og oppmerksomhet og fravær av aktiviteter som gir mening, slik som arbeid eller skole. Dårlig fungerende seksuell helse kan også gi tilleggsdepresjonssymptomer i form av negativt selvbilde, skamfølelse og selvnedvurderinger (9).

FOREBYGGING

De vanligste behandlingsformene for depresjon i dag er samtalebehandling og antidepressive medikamenter, som har til hensikt å forebygge psykiske problemer.

Forholdet mellom seksuell uhelse og depresjon er lite undersøkt. Samtidig er det stor enighet i faglitteraturen om at positive og gode holdninger til sin egen kropp og seksualitet kan bidra til seksuell glede og tryggere seksuell identitet.

Seksuelle utfordringer kan ofte knyttes til samlivsproblemer, spesielt i forbindelse med kroppslige og hormonelle forandringer i voksen alder. Da kan parseksualiteten oppleves som problematisk. Større åpenhet i samtalerapi om seksualitet samt bedre tilgang på rådgivning om seksuelle

problemer bidrar ofte til å forebygge seksuelle og relasjonelle problemer (10).

SEKSUELL HELSE OG SEKSUALITET

Seksualitet kan ofte beskrives med den ømheten, nærheten, fortroligheten og bekræftelsen som kan knyttes til et erotisk forhold. Den påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker. Forplantning, sex og samleie er de vanligste temaene vi tenker på når vi hører ordet seksualitet.

Enkelte tenker på egen seksualitet som noe tabubelagt, privat, skamfullt eller kanskje også skittent (11). Et tabubelagt tema kan være utfordrende i samtale med pasienter som skal beskrive sin eldre seksualitet og seksuelle preferanser.

Fravær av god seksuell helse kan komme til uttrykk i form av ulike typer fysiologiske og mentale tilstander, som blant annet funksjonsnedsettelse av reisingen, redusert evne til å oppnå orgasme og skamfølelse. Selv om seksuell uhelse er ganske vanlig, er det likevel mange som ikke søker hjelp hos helsepersonell.

Derfor er seksuelle problemer ofte skjult for behandlingsapparatet. Som terapeut leter jeg etter faktorer som bidrar til at seksualitet fortsatt er et underkommunisert tema i samtaleterapi. Noen av disse faktorene kan relateres til skamfølelse hos pasienten, manglende empati hos terapeuten eller en svak terapeutisk allianse mellom pasienten og terapeuten.

TERAPEUTISK ALLIANSE

Terapeutisk allianse er en metodisk tilnærming med relasjonsbygging mellom terapeuten og pasienten. Allianzen kjennetegnes ved at terapeuten og klienten er enige om målene med terapien og metodene som skal benyttes for å nå målene i behandlingsprosessen.

All handling i terapirommet, inkludert kroppsspråk, verbal og ikke-verbal kommunikasjon, gir informasjon som påvirker pasientens persepsjoner og antakelser (12).

Ut fra min personlige erfaring som terapeut kan kvaliteten på og styrken ved etablerte relasjoner øke sannsynligheten for at man får til et godt behandlingsresultat. Det at terapeuten er et medmenneske som formidler håp, trygghet og realistisk optimisme, bidrar til å danne gode relasjoner mellom pasienten og terapeuten i behandlingsprosessen.

REFLEKSJONER OG ERFARINGER

Björg (se faktaboks) kom til samtale på mitt kontor første

Case: samtalen med Björg

Björg i femtiårene er gift med Ole i slutten av femtiårene, og de har vært gift i over 30 år. De har flere barn sammen. Björg har vært hjemmeværende, selv om hun tok en hjelpepleierutdanning da hun var yngre. Ole jobber som elektriker på et skip i utenriksfart. Han jobber i turnus to uker på og tre uker av. Björg beskrev ekteskapet med Ole som turbulent og opplevde Ole som dominant og egoistisk, samtidig som de hadde et varmt og aktivt sexliv.

Björg tror at sexlivet dem imellom har bidratt til at de har holdt ut med hverandre i disse årene.

Björg tok kontakt med helseteamet i kommunen fordi hun følte seg deprimeret og hadde behov for å ha noen å snakke med. Etter tre-fire samtaler begynte Björg å snakke om mannen sin og seksuallivet deres.

Björg beskrev gråtende at hennes mann ikke lenger viste noen tegn til å ville ha sex med henne. En kveld hun gikk og la seg, kom mannen hennes til sengs noen timer senere. Etter en stund gjorde Björg tilnærmelser og viste at hun ønsket samleie. Ole avviste henne og svarte følgende: «Jeg er ikke 20 år lenger, så jeg føler at lysten på sex er over for min del.» Björg fortalte at hun snudde seg vekk uten å si noe mer, og følte seg trist og krenket. Ole reiste ut igjen på jobb, og Björg slet nå med avvisningen og fraværet hans av seksuell lyst og hans manglende oppmerksomhet overfor henne. Björg forsto etter noen måneder at Ole hadde møtt en annen kvinne, og brøt sammen i sinne og gråt.

gang i 2017. På vårt første møte fortalte hun om sin familie og de belastningene hun hadde vært gjennom i livet. Hun fortalte at hun trodde hun slet med depresjon fordi hennes far hadde opplevd perioder med depresjon. Hun kom til samtalebehandling med mer eller mindre eksplisitte og implisitte ønsker om å få hjelp til å mestre sine depressive tanker.

I den tredje samtalen spurte jeg tilfeldig om hvordan deres sexliv hadde fortont seg i årene som ektepar. Det viste seg at fraværet av seksuell nærhet i livet hennes den siste tiden var hovedårsaken til hennes depressive lidelsene.

Forskning viser at det er terapeuten selv som påvirker i hvilken grad temaet seksualitet blir tatt opp, utelukkes, marginaliseres eller opprettholdes i samtaleterapi (13, 14). Vanligvis pleier jeg ikke å diskutere seksuell helse med mine pasienter hvis de ikke initierer det selv.

HVORFOR ER DET SLIK?

Manglende empati og terapeutisk allianse er mulige årsaker til at jeg sjelden tar initiativ til å snakke om seksuell helse med pasientene. Men det kan også være manglende kunnskaper og retningslinjer i kommunehelsetjenesten som gjør at vi terapeuter føler oss usikre på å ta opp seksualitet som tema i samtaleterapien.

Dersom vi ikke tar opp dette temaet, kan det medføre feildiagnostisering og uriktig behandling av pasienter.

Björg ønsket å fremstå som en selvstendig og ressurssterk dame med kontroll over sitt eget liv. Samtidig opplevde jeg at skamfølelsen til Björg sannsynligvis var til hin-

«Forholdet mellom seksuell uhelse og depresjon er lite undersøkt.»

der for å innrømme at hun hadde blitt avvist av mannen sin. Avvisningen kunne føre til at Björg følte seg verdiløs som kvinne.

PLISSIT-MODELLEN

I denne casen fremkommer det klart at jeg skulle ha koplet på PLISSIT-modellen som metodisk verktøy i samtalen.

PLISSIT-modellen (15) er en konseptuell, sexologisk intervensjonsmodell lansert av Jack Annon i 1976. Almås og Hildebrand (16) bruker metaforen «fra trakt til pyramide» for å beskrive hvordan modellen kan brukes som

støttende verktøy i planlegging av sexologisk behandling. Modellen har fire ulike nivåer (figur 1):

Jeg skulle først ha invitert til tematikken seksuell helse ved å be om tillatelse til å snakke om relasjon og seksualitet (P-nivå, «Permission» [tillatelse]). Deretter skulle jeg latt pasienten fortelle fritt om sine tanker og følelser rundt dette teamet. Terapeuten burde da antakeligvis ha forstått at avvisningen fra hennes mann var et problem som tok større plass i følelseslivet hennes enn antatt.

Etter hvert ville man beveget seg opp til nivå 2 (L, «Limited Information» [begrenset informasjon]) og snakket om ulike utfordringer rundt avvisningen og seksuallivet. Kartlegging på dette nivået hjelper terapeuten med å få bedre oversikt over problematikken.

Terapeuten bør også vurdere muligheten for å henvise pasienten videre for å få en ekspertvurdering fra sexolog eller psykolog med spesiell kompetanse i sexologi – nivået 3 (SS, «Specific Suggestions» [spesifikke forslag]) og 4 (IT, «Intensive Therapy» [intensiv terapi]).

Utfordringen på alle nivåene for terapeuter og annet helsepersonell er å spørre seg selv som følger: «Hvordan kan jeg forstå pasientens utfordringer best mulig slik at jeg kan yte optimal hjelp til å oppnå bedre psykisk helse og livskvalitet?»

AVSLUTNING OG UTFORDRINGER

Det er viktig å utvikle gode relasjoner med pasientene for å kunne tematisere seksuell helse i terapirommet. Jeg hadde ikke oppnådd utviklingen i samtale hvis jeg ikke hadde klart å etablere en god allianse med Bjørg basert på en empatisk tilnærming underveis i samtalen. Empatien kan forankres i felles samspill og uttrykk av kroppsspråk, samme type øyekontakt, smil og latter.

Det terapeutiske arbeidet er tjent med respektfulle og empatiske holdninger som fremmer en støttende atmosfære, og som bygger på brukerens egne oppfatninger og prioriteringer.

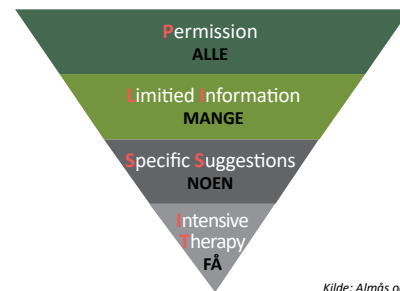
Ut fra min samtale med Bjørg og andre pasienter ble jeg mer bevisst på at flere faktorer må være på plass for at jeg skal kunne ta opp seksualitet i samtaleterapien. For pasientene er det også viktig å forstå hvordan seksualiteten endrer seg med alderen, ikke minst for å kunne søke hjelp hvis seksuelle problemer oppstår. Da blir det enklere å tilpasse seg en ny livssituasjon.

For terapeuter er det viktig med mer kunnskap om temaet seksualitet, for eksempel i form av tilleggskurs og klare retningslinjer. Uten klare retningslinjer og rammer har terapeuter kun sine egne erfaringer som referanse når vi tematiserer seksualitet i samtale med pasienter som er deprimerte. Dermed øker faren for at vi underrapporter seksuelt relatert atferd som viser seg som depressive lidelser, noe som kan forårsake feildiagnostisering og feilbehandling.

Eldres negative holdninger til sin egen seksualitet kan sette en stopper for seksuelle uttrykk. Terapeutenes utfordringer er å bryte tabuene ved å initiere temaet

Figur 1. PLISSIT-intervensjonsmodell

Modellen brukes som støttende verktøy i planlegging av sexologisk behandling



Kilde: Almås og Hildebrand (16)

seksualitet i samtaler med pasienter som sliter med depressive lidelser. En holdningsendring i samfunnet kan bidra til at helsepersonell ikke er redde for å ta opp temaet seksualitet i møte med pasienter som har seksuelle utfordringer. ●

REFERANSER

1. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 3. utg. Thousand Oaks: Sage; 2013.
2. Berge T, Repål A. Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
3. Ryum T, Stiles TC. Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2005;42(11):998–1003.
4. Bøe D, Thomassen T. Fra psykiatri til psykisk helsearbeid om etikk, relasjoner og nettverk. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
5. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry. 2001;158(7):1091–8.
6. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41:713–9.
7. Sakshaug S, Rønning M, Strøm H, Berg C, Littlekare I, Blix HS, et al. Legemiddelforbruket i Norge 2004–2008: en statistisk fremstilling av legemiddelforbruket i Norge for årene 2004–2008 basert på omsetning av legemidler fra legemiddelgrossister. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport nr. 2009:1 Legemiddelstatistikk.
8. Skogen JC, Bakken IJ, Clench-Aas J, Johansen R, Knudsen AK, Nesvåg R. Folkehelse rapporten 2014. Psykisk helse hos voksne. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trgContent_7242&MainContent_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:10542:0:7243:5:0:0 (nedlastet 20.05.2019).
9. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Del 1: voksne. Del 2: barn og unge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
10. Berge T, Repål A. Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
11. Træen B, Schaller S. Talking to patients about sexual issues: experiences of Norwegian psychologists. Sexual and Relationship Therapy. 2013;28(3):283–93.
12. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet, ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
13. Øfsti ASK. Parterapi, kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
14. Kunnskapssenteret. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten; 2012. Rapport nr. 2–2012.
15. Annon JS. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. Journal of Sex Education and Therapy. 1976;2(1):1–15.
16. Almås E, Hildebrand A. Fra trakt til pyramide – Plissit-modellen som utgangspunkt for planlegging av sexologisk behandling og utdanning. Sexologi. 2003;15–10.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

I seksualitetsundervisning uttrykker unge kvinner bekymring knyttet til deres eget kjønnsorgan. Bekymringen er relatert til hvordan vulva ser ut, lukter og smaker. I tillegg er de unge kvinnene usikre på kjønnsår og onani. Media, porno og ulike kulturer kan bidra til negative oppfatninger om kjønnsorganet. Forskning viser at kunnskap om kjønnsorganet kan bidra til god seksuell helse. I denne artikkelen diskuterer jeg hvordan seksualitetsundervisning kan forebygge at unge kvinner danner negative oppfatninger om eget underliv.

NØKKELOORD:

- ▶ Seksualitet ▶ Kvinne
- ▶ Ungdom ▶ Sykepleie

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75464

Kunnskap om vulva kan bidra til god seksuell helse

Mange unge kvinner tror at underlivet deres ikke ser bra ut, blant annet fordi de er påvirket av media og porno. God seksualitetsundervisning kan gi bedre selvbylde.

Unge kvinner lurer ofte på om deres kjønnslepper er for store, eller om deres underliv lukter vondt. Flere synes det er ekkelt å onanere eller å se seg selv i speilet for å bli kjent med seg selv. I denne fagartikkelen, som er skrevet etter inspirasjon fra en hjemmeeksamen i den tverrfaglige videreutdanningen i seksuell helse og seksualitetsundervisning ved Oslomet, drøfter jeg hvordan seksualitetsundervisning kan bidra til å forebygge at unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv.

Jeg jobber som psykiatrisk sykepleier og prosjektleder i Stiftelsen Sex og Samfunn i Oslo. Fagartikkelen tar utgangspunkt i møter med unge kvinner i seksualitetsundervisningen for niendeklasseelever og i Stiftelsen Sex og Samfunn i Oslo. Jeg møter daglig unge kvinner som mangler god kunnskap om eget underliv.

I et sosialt og digitalisert samfunn har unge mennesker tilgjengelig informasjon om kropp og seksualitet på nettet, for eksempel i sosiale medier. Ulempen med informasjon på internett er at informasjonen om seksuell helse ofte er overfladisk, og ikke fakta- og forskningsbasert. Det kan være vanskelig for unge mennesker å skille mellom god og lite god informasjon om seksualitet (12, s. 24). Økt informasjon om seksuell helse etablerer gode seksualvaner og reduserer uønsket seksualatferd (12, s.28). Fordi jenters

FORFATTER


Tale Wetteland Stoa
Psykiatrisk sykepleier, Stiftelsen
Sex og samfunn

kjønnsorganer er mer skjult enn gutters, trenger jenter ofte hjelp fra tidlig alder til å lære om vulva: klitoris, kjønnslepper og skjede (13, s. 26).

HVA ER EN NORMAL VULVA?

Mange unge kvinner lurer på om kjønnsorganet ser normalt ut. Flere unge kvinner har kun fått erfaringer om utseendet fra media og porno. Kvinnene i studien til Mullinax er opptatt av underlivets normalitet (8, s. 430). Det er interessant å vite hva kvinner definerer som «normalt». I seksualitetsundervisningen informerer vi om at vi er like forskjellige nedentil som i ansiktet. Dette er noe som bekreftes i Vildalen og Langfeldt (13, s. 48). For å utvikle gode tiltak er det viktig å vite hva slags kunnskap om seksualitet ungdom disponerer (5, s. 26).

Vulvas utseende er en av årsakene til at kvinner ikke er fornøyd med underlivet. Hos Mullinax mener flere av kvinnene at vulva har for mørk farge, er asymmetrisk eller at de indre kjønnsleppene er for lange (8, s. 427). Følgelig kan kvinners misnøye med kjønnets utseende ha dype implikasjoner for deres seksuelle opplevelse, uavhengig av hva de føler om utseendet sitt generelt.

Selv om vulva varierer i fasjon, størrelse og farge, viser blant annet pornografi et urealistisk og snevert bilde av hvordan det kvinnelige underlivet ser ut. Dette kan bidra til at kvinner får et negativt forhold til eget underliv.



Misnøye med underlivets utseende er en bekymring, spesielt hos unge kvinner, da de kan være ekstra utsatte for å danne negative oppfatninger om eget underliv (10, s. 400).

Som regel velger kvinner å få utført kosmetisk intimkirurgi kun for å endre utseendet på underlivet, og ikke av medisinske årsaker. Kosmetisk intimkirurgi utføres i økende grad, til tross for at man mangler vitenskapelige studier og profesjonelle helsearbeidere som anerkjenner operasjonene.

Denne utviklingen i samfunnet medfører at et unatur-

«Vulvas utseende er en av årsakene til at kvinner ikke er fornøyd med underlivet.»

lig underliv er idealet, og truer dermed en positiv oppfatning av et naturlig underliv (10, s. 396).

Samlet sett har både kvinner og menn positive holdninger til kvinners kjønnsorganer, men kvinner nevner noen flere aspekter de ikke liker. En forklaring på dette er at kvinner er selvkritiske og internaliserer negative tilbakemeldinger om eget underliv (8, s. 431).

Kvinner er opptatt av hva menn synes om deres underliv. Det kan skyldes en objektivisering av kvinner som gjør at de ser på seg selv gjennom andre (8, s. 421). Det kan se ut som at kvinner og deres seksuelle partnere tolker, på bakgrunn av kultur og samfunn, hva som skal være et naturlig utseende for kvinners kjønnsorganer.

VIL SE BEDRE UT: En del unge kvinner skammer seg så mye over utseendet på sin vulva at de vurderer kosmetisk operasjon for å føle seg bedre. Illustrasjon: Mostphotos / Monica Hilsen

Helsepersonell bør erkjenne menneskers preferanser, men også delta i diskusjonen om normative syn på kvinners kjønnsorganer. For å forebygge at kvinner blir misfornøyd med eget underliv kan bilder som avdekker mangfoldet av kvinners kjønnsorgan, ha en positiv effekt. Videre er det viktig å øke kvinners bevissthet i forhold til helse- og tvilsomme fordeler ved intimitet (10, s. 402).

Kvinner og menn har ulike preferanser når det gjelder det kvinnelige kjønnsorganet (8, s. 432). Dataene fra Mullinax og medarbeidernes forskning bekrefter videre at kvinner og menn foretrekker mangfold og variasjon. Seksualitetsundervisningen i skolen er et sted der man kan få relevant kunnskap, i motsetning til hvordan media og porno fremstiller underlivet og sex. Undervisningen bør fremme mangfold og bruke tid på kroppsaksept (8, s. 432).

Internasjonalt, så vel som i Norge (1, 3), finnes det bøker og prosjekter som fokuserer på positive aspekter ved det kvinnelige kjønnsorganet (10, s. 433). Bøker og prosjekter kan føre til utvikling av et godt seksualliv og gi fremtidige fordeler når det kommer til seksuell sikkerhet (8, s. 394).

Lærere og helsepersonell blir oppfordret til å øke kunnskapen om det kvinnelige underlivet (10, s. 431).

Jeg applauderer aktører som setter kvinnelig seksualitet på agendaen. Boken *Gleden med skjeden* har gitt kunnskap dedikert til alle kvinner (1). Skeiv verden og Sex og samfunn lanserte fotoprojektet «Viva la vulva», der kvinner kunne ta bilder av sin egen vulva i en selfiebod (fotoboks) som ble til en samling av anonyme bilder. Bildene bidrar til å vise et mangfold av underliv (3).

UNDERLIVETS LUKT OG SMAK

Vi får mange spørsmål om hvordan underlivet skal lukte, når vi har seksualitetsundervisning.

Studien til Mullinax bekrefter at lukt og smak er en av de vanligste årsakene til misnøye med eget underliv (8, s. 426). Misnøye med lukt og smak av kjønnsorganer kan medføre at kvinner ikke har et tilfredsstillende seksualliv (10, s. 401).

I den vestlige delen av verden er idealet av det kvinnelige kjønnsorganet luktfritt, hårfritt og uten utflod. Dette idealet medfører at unge kvinner benytter blant annet hygieniske produkter for at kjønnsorganet skal bli akseptert innen de sosiokulturelle normene. Et essensielt poeng er at kvinner i en canadisk studie faktisk fikk helseutfordringer i form av mer lukt og soppinfeksjoner ved å benytte seg av hygieniske produkter (2, s. 516). Dette viser at det er viktig å informere om helseutfordringene kvinner kan få ved å benytte seg av slike produkter.

Eksempelvis vil det å skylle opp i skjeden fjerne det ønskede bakteriemiljøet i skjeden (9). Flere av kvinnene i studien følte seg ikke rene dersom de hadde utflod. Selv om noen former for utflod kan være relatert til en infeksjon, er utflod til stede hos kvinner med god helse (2, s. 517).

Kvinnene uttrykker usikkerhet angående egen kroppslukt, og de er selv meget bevisste på hvordan de selv lukter når de er sammen med en partner (8, s. 426)

Misnøye med smak og lukt av egen kropp kan komme

fra medienes fremstilling om hvordan et kvinnelig underliv skal lukte (8, s. 432).

Noen menn trodde, viser Mullinax og medarbeidernes undersøkelse, at lukt var relatert til kvinners manglende hygiene. Kultur og media promoterer luktfrihet ved at det produseres produkter som deodorantspray og feminine våtservietter for å korrigere den naturlige lukten. Det er jo faktisk slik at kvinnens vagina er selvrensende, og hygieniske produkter fremmer ikke kvinners biologiske hygieneprosesser (2, s. 516)

KJØNNSHÅR OG UTFLOD

For mye hår var det kvinnene i Mullinax' studie likte minst ved eget underliv (8, s. 431). Ironisk nok gir kvinnene uttrykk for å slite med inngrodde hår og utslett i etterkant av å fjerne kjønns håret. Det at kvinnene fortsetter å fjerne håret, kan skyldes generelle holdninger til kjønns hår og et press om å fjerne kjønns hår (8, s. 432).

Kvinnene i studien sier at underlivet er «for hårete», og en av kvinnene sier dette: «Jeg skammer meg over underlivet hvis jeg ikke har vokset eller barbert det.» (8, s. 425)

«Kvinner er opptatt av hva menn synes om deres underliv.»

De fleste av kvinnene i studien fjerner håret, mens noen beskriver at de er veldig glade i kjønns håret sitt (8, s. 429).

Mullinax hevder at kvinner kan respondere på kulturbestemte idealer for fjerning av kjønns hår, eller på hvordan deres partnere forventer at de skal trimme kjønns håret (8, s. 422). Videre er kjønns hår et problem for kvinnene, fordi det blir assosiert med ikke å være renslig. Kjønns hår blir også sett på som en barriere fordi den reduserer hud-til-hud-kontakt.

I Crann og medarbeidernes studie finner de at menn liker bedre at vulva er hårløs (2, s. 517). Alle kvinnene i den canadiske studien til Crann hadde på et eller annet tidspunkt fjernet kjønns håret. Mange kvinner sier at det er forventet fra partnere at de skal fjerne håret. Forventninger fra partnere bidrar til å normalisere fjerning av kjønns hår.

Funn fra Cranns studie viser at kritikk fra partneren av kjønnsorganet kan medføre nedsatt seksuell tilfredshet. Tanken på at andre ikke skal like lukten, hadde negative følger for kvinnene i studien. Andre kvinner uttrykker at de fjerner håret grunnet kulturelle normer. En kvinne fra studien forteller at hun tenker sex- og pornoindustrien dominerer hvordan kvinner tar vare på sitt underliv, fremfor et helseperspektiv. Kvinnene beskriver likevel at det var deres valg å fjerne kjønns håret (2, s. 522). Årsaker til at kvinner velger å fjerne håret, kan variere fra at det er deres eget ønske, at det er partnerens ønske, eller at det er kulturelle betingelser (2, s. 524).

Å BLI KJENT MED SEG SELV

For å unngå at unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv, kan det å bli kjent med seg selv

gjennom onani være viktig. Mens gutter bruker ord som runke og dra'n, finnes det få ord som beskriver jenters onani. Onani er positivt for den seksuelle helsen og en fin måte å bli kjent med kroppen og dens erogene soner på (13, s. 45). Onani vil si å stimulere egne kjønnsorganer for å oppnå nytelse eller orgasme. Slik som kvinners seksualitet, har onani blitt undertrykt og vært tabubelagt i flere hundre år (13, s. 44).

Det å ikke oppnå en orgasme hos kvinner har ikke alltid vært sett på som problematisk, spesielt siden det ikke er nødvendig for reproduksjon. Det har også vært upassende for kvinner å oppnå en orgasme (13, s.38).

Rundt 55 prosent av kvinnene i studien til Giles og McCabe rapporterte problemer relatert til seksuell lyst og opphisselse, og rundt 50 prosent rapporterte problemer relatert til orgasme. En tredjedel av kvinnene problematiserte også lubrikasjon (fuktigheten som utskilles i skjeden under seksuell opphisselse) og smerte ved seksuell aktivitet (4, s. 2770).

Jeg møter flere unge jenter som ikke innrømmer at de onanerer. Vildalen og Langfeldt skriver i sin bok om at unge jenter forteller at onani er noe de ikke snakker om (13, s. 44). De stiller også spørsmålet om kanskje menn har mer trening i å onanere fordi ereksjonen er synlig (13, s. 42).

Træen, Kvalem og Lewin ser i sin studie at onani er økende blant både jenter og gutter (11, s. 678). Den seksuelle atferden til gutter og jenter har de siste 20 årene blitt likere. Likevel ser man at jenter ofte begynner å onanere først etter sitt første samleie, mens gutter onanerer uavhengig av om de har debutert seksuelt (11, s. 675). Forskerne hevder at kvinner som ikke er fornøyde med egen kropp, debuterer senere med onani, og onanerer sjeldnere (11, s. 678). Å kjenne på lyst til å ta på egen kropp er vanskelig dersom man skammer seg over kroppen (11, s. 681).

Nesten alle studier peker på at kvinner oppnår orgasme under onani med fokus på stimulering av klitoris (6, s. 332). Det var ikke før sent på 90-tallet at man så på hjerneaktivitet og skannet underlivet for å observere seksuell stimulering hos kvinner (7, s. 1559). Man observerte de dynamiske forandringene i vulva, vagina og klitoris. MR (magnetresonanstomografi) av underlivet har spilt en stor rolle for å forstå kvinnelig seksualitet og opphisselse (7, s. 1569).

I seksualitetsundervisning i 9. klasse kan unge diskutere informasjonen de får gjennom pornografi og sosiale medier. Dette er en unik mulighet for å kunne skille mellom fantasi og virkelighet innen seksualitet (12, s. 24) En viktig side ved undervisningen er å vise gode kilder til kunnskap som gjør at ungdom lærer å bruke mediene på en ansvarlig måte (12, s. 57, s. 62).

Til tross for at mange unge kvinner er misfornøyde med eget underliv, svarer flere av kvinnene i Mullinax' undersøkelse at de liker klitoris, kjønnsleppene og generelt hele underlivet.

Av 198 menn nevner de fleste lukt, smak, våthet og form for å beskrive det de liker ved kvinners underliv. Noen kvinner er ambivalente til eget underliv ved at de verken liker eller ikke liker underlivet sitt (8, s. 428) Våthet er det tredje mest likte aspektet for menn, og femte for kvinnen. Kvinnene og mennene nevner at de liker å ta på kvinnens kjønnsorgan og hvordan det føles. Mange liker at det er mykt og vått (8, s.430).

For at unge kvinner skal utvikle et godt forhold til sin seksualitet, er det viktig at de har kunnskap om seksualitetens betydning for et godt liv (12, s.18). Det er et stort behov for mer forskning på kvinners seksualitet (13, s.31).

Selv om forskning viser at kvinners oppfatninger av eget underliv spiller en stor rolle i hvordan deres seksualitet er, er dette ikke forsket nok på. Gjennom seksualitetsundervisningen og andre gode kilder til kunnskap, håper jeg at unge kvinner kan føle på mindre skam og usikkerhet knyttet til eget underliv. ●

REFERANSER

1. Brockmann H, Dahl ES. Gleden med skjeden. Oslo: Aschehoug; 2017.
2. Crann SE, Jenkins A, Money DM, O'Doherty K. Women's genital body work: Health, hygiene and beauty practices in the production of idealized female genitalia. *Feminism & Psychology* 2017;27(4):510–29. DOI: 10.1177/0959353517711964
3. Engesbak R. Viva la vulva. *Blikk*.13.04.18. Tilgjengelig fra: <https://blikk.no/viva-la-vulva/> (nedlastet 26.05.2018).
4. Giles, KR, McCabe MP. Conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response. *J Sex Med.* 2009;6(10):2761–71. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01425.x
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (nedlastet 28.03.2019).
6. Laan E, Rellini AH. Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sexual and Relationship Therapy.* 2011;26(4). DOI: 10.1080/14681994.2011.649691
7. Maravilla KR, Yang, CC. Magnetic resonance imaging and the female sexual response: Overview of techniques, results, and future directions. *The Journal of Sexual Medicine.* 2008;5(7). DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00839.x
8. Mullinax M, Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Reece M. In their own words: a qualitative content analysis of women's and men's preferences for women's genitals. *Sex Educ.* 2015;35(4):421–36. DOI: 10.1080/14681811.2015.1031884
9. Sex og samfunn. Underliv kvinner [internet]. Oslo: Sex og samfunn [sitert: 26.05.2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.sexogsamfunn.no/kropp/underliv-kvinner/>
10. Schick VR, Calabrese SK, Rima BN, Zucker AN. Genital appearance dissatisfaction: implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly.* 2010;34(3):394–404. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.14716402.2010.01584.x?journalCodepwq&doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x> (nedlastet 28.03.2019).
11. Træen B, Kvalem IL, Lewin, B. Masturbasjon, selvbylde og følelser for sex i et longitudinelt utvalg norske ungdommer. *Tidsskrift for norsk psykologforening.* 2008;45(6). Tilgjengelig fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=45382&a=3 (nedlastet 28.03.2019).
12. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: United Nations Educational and UNESCO; 2018. Tilgjengelig fra: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf> (nedlastet 28.03.2019).
13. Vildalen S, Langfeldt T. Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner: med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Tale Wetteland Stoa

Psykiatrisk sykepleier,
Stiftelsen Sex og samfunn

Jeg har skrevet fagartikkelen etter inspirasjon fra en hjemmeeksamen i den tverrfaglige videreutdanningen i seksuell helse og seksualitetsundervisning ved Oslo-met. Jeg jobber som psykiatrisk sykepleier og prosjektleder i Stiftelsen Sex og samfunn i Oslo. Jeg brenner for ungdoms generelle helse, deriblant deres seksuelle helse.

Jeg ønsker å bidra slik at alle kjønn får god kunnskap om kropp og seksualitet. Jeg mener videre at god seksualitetsundervisning kan bidra til å forebygge at blant annet unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv.

Sykepleiere som skal jobbe med ungdom og seksualitet, bør brenne for at ungdom får god kunnskap om kropp og seksualitet. Det er essensielt

å være åpen, lyttende og tilgjengelig, samtidig som man gir god informasjon som reduserer skam.

Sykepleiere og annet helsepersonell bør ha god kunnskap om seksua-

«God seksualitetsundervisning kan bidra til å forebygge at unge kvinner danner seg negative oppfatninger av eget underliv.»

litet. Ved å videreformidle kunnskap kan unge mennesker lære å skille mellom god og lite god informasjon om seksualitet.

Akkurat nå er jeg opptatt av at helse-tilbudet og seksualitetsundervisningen, uavhengig av kjønn og bosted, skal være likeverdig og helhetlig. Jeg ønsker også at seksualitetsundervisningen starter tidligere enn den gjør i dag. ●

Lunixen®

Bedre søvn - hele natten!

Lunixen® 500 mg (*valerianarot*) er et reseptfritt legemiddel som forbedrer søvnkvaliteten og søvnlengden. Legemidlet har klinisk dokumentert effekt på søvnproblemer, som urolig søvn eller for tidlige oppvåkninger. Brukes daglig for optimal effekt. Det er ingen påvist avhengighet ved bruk.

NYHET!



- ✓ Bedrer søvnkvalitet
- ✓ Forbedrer søvnlengde
- ✓ Ingen avhengighet påvist

➕ Fås reseptfritt på apoteket

Ta 1 tablett 1/2 til 1 time før leggetid.

Dersom symptomene forverres eller ikke blir bedre etter 2 ukers daglig bruk, bør lege kontaktes. Lunixen anbefales ikke til gravide eller ammende. For barn under 12 år kun i samråd med lege.

F. Hypnotika og sedativa – farmakoterapeutisk gruppe

TABLETTER, filmdrasjerte 500 mg: Reseptfritt. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av valerianarot (*Valeriana officinalis* L.) 500 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. **Dosering:** For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett ½-1 time før leggetid. Ved behov tas også 1 tablett tidligere på kvelden. Lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig. Maks. daglig dose er 4 tabletter. **Administrering:** Daglig bruk over tid anbefales, det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Lege/apotek kontaktes hvis symptomene vedvarer eller forverres etter 2 uker med kontinuerlig bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner:** Ingen rapportert. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kontraindisert under amming. Fertilitet: Ingen kliniske data. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Magetarmsymptomer (feks. kvalme, magekramp) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC sist endret: 14.11.2018

ATC-nr.: NO5C M09

HOVEDBUDSKAP

Klamydia er en av de vanligste kjønns sykdommene i dag, spesielt blant unge kvinner. Hvordan oppleves det egentlig for unge kvinner å teste positivt for klamydia? Hvilke tanker, reaksjoner og følelser oppstår når de får en slik beskjed? Målet med denne artikkelen er å gi helsesykepleiere og annet helsepersonell innblikk i hvordan unge kvinner opplever å få denne beskjeden. Jeg ser nærmere på unge kvinners reaksjoner ved positiv klamydiaprøve knyttet til stigmatisering, smitteoppsporing, seksuell atferd og infertilitet.

NØKKELORD:

- ▶ Klamydia ▶ Kvinner
- ▶ Erfaring ▶ Psykososialt

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76648

Hvordan reagerer unge kvinner på positiv klamydiatest?

Mange reagerer med sjokk på en positiv klamydiatest og kvier seg for å fortelle det til tidligere partnere. Helsesykepleierne kan hjelpe med å lette på skammen og stigmaet.

Jeg jobber som helsesykepleier og møter stadig ungdommer som ønsker å teste seg for kjønns sykdommer. Min opplevelse er at det helt klart er flest kvinner som oppsøker helsesykepleieren for å teste seg for kjønns sykdommer. Og sykdommen de fleste tester seg for, samt tester positivt for, er klamydia.

Klamydia er en tøff beskjed å få for unge kvinner, som er i en sårbar fase i livet fra før av. Flere ganger har jeg hatt kvinner inne på kontoret mitt som har vært i sjokk og grått etter å ha fått vite at de har testet positivt for klamydia.

Klamydia er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen vi har i Norge i dag (1). Det er høyere forekomst av klamydia hos kvinner, noe som kan skyldes at de er mer utsatt for smitte enn menn. Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet var det registrert 26 108 tilfeller av klamydia i Norge i 2016 (2). I denne fagartikkelen vil jeg se nærmere på unge kvinners reaksjoner og følelser knyttet til det å teste positivt for klamydia.

HVA ER KLAMYDIA?

Klamydia er en infeksjon med bakterien *Chlamydia trachomatis*. Den kan være lokalisert i livmoren, urinrøret og egglederne hos kvinner. Det finnes flere typer ulike klamydiabakterier. Klamydia er en av de vanligste seksuelt overførbare sykdommene vi har.

FORFATTER


Marina Nordhaug
Helsesykepleierstudent og jobber i helsesykepleierstilling, NTNU, Ålesund og Kristiansund kommune

Klamydia smitter ved kontakt mellom slimhinner under samleie eller ved annen seksuell kontakt. Det er stor sjanse for at en person som har samleie med en smittet person, selv blir smittet av infeksjonen. Seksti til åtti prosent av alle som er smittet med klamydia, får ikke sympto-

mer. De kan ofte gå lenge med infeksjonen uten å være klar over det (3).

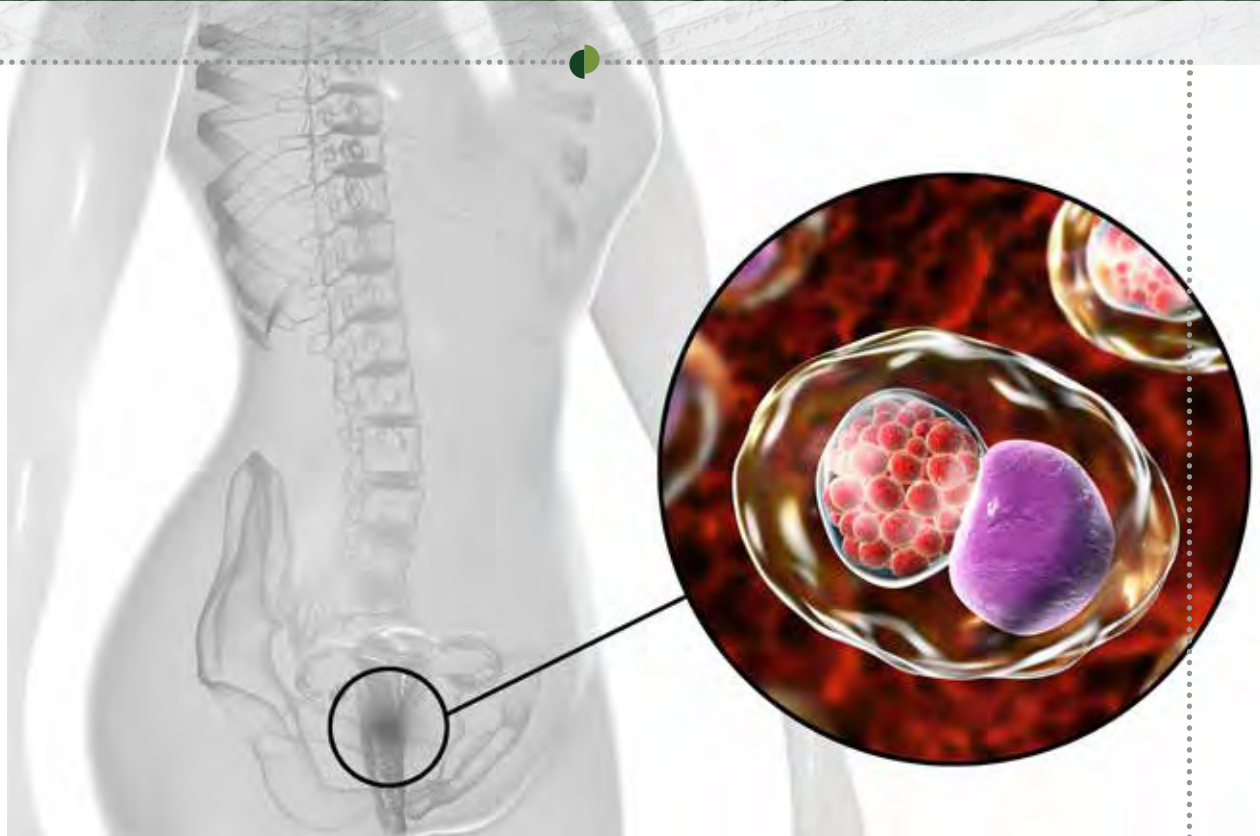
UTSETTER Å TESTE SEG

Jeg møter stadig unge kvinner som ønsker å teste seg for klamydia. Fellestrekk for denne gruppen er at de gruer seg til å gjennomføre testen. Derfor utsetter de testen gang på gang. Ofte grunner utsettelsene i at de frykter for svaret på testen: Er den positiv? Hva om jeg har smittet noen andre i mellomtiden? Hva skjer hvis jeg er positiv? Blir jeg i det hele tatt frisk?

Kvinnene jeg møter, har ofte mange spørsmål. Jeg har opplevd at ventetiden for mange er tøff. De gruer seg til svaret kommer. Noen oppsøker helsesykepleieren i mellomtiden for å høre om prøvesvaret foreligger. Hvordan oppleves det egentlig for unge kvinner å teste positivt for klamydia?

INFORMASJON TIL PARTNER

Noen reagerer med sinne mot partneren som har smittet



VANLIGSTE KJØNNSSYKDOM: De færreste som er smittet med klamydia, får symptomer. Her har bakterien *Chlamydia trachomatis* infisert cellene i livmorhalsen. Illustrasjon: Kateryna Kon / Shutterstock / NTB scanpix

dem, mens noen frykter å ha smittet andre. Kvinner som testet positivt for klamydia, er bekymret for å ha utsatt tidligere partnere for kjønnssykdommen (4, 5). Det å skulle informere tidligere og nåværende partnere tenker jeg ofte er noe av det vanskeligste med en positiv klamydiatest.

Som helsesykepleier møter jeg denne problemstillingen hver gang jeg skal informere om et positivt klamydiareultat til en kvinne. Mens noen tenker at det er greit, er andre langt mer bekymret. Hva som min tidligere partner kun har hatt samleie med meg, da vet han jo at det er jeg som har smittet ham? Hva skal jeg si til kjæresten min? Tenk om han har vært utro? Dette er noen av spørsmålene som kvinnene stiller meg.

SMITTEOPPSPORING

Hva skjer om man ikke ønsker å informere? Ifølge smittevernloven § 5-1 har man plikt til å delta i smitteoppsporing av klamydia og andre seksuelt overførbare sykdommer (6). Mange kvinner synes dette er ubehagelig. For noen er kanskje testen den aller første de tar, selv om de har hatt ubeskyttet samleie med flere partnere gjennom en lang periode.

Noen av kvinnene jeg har møtt, har vært redde for at helsesykepleieren skal tvinge dem til å ringe rundt til tidligere partnere mens de sitter på kontoret. De blir derfor svært lettet når jeg kan fortelle at jeg som helsesykepleier kan ta meg av den jobben, med forbehold om at de oppgir navn og telefonnummer til vedkommende.

Det er også viktig å forsikre kvinnene om at smitteoppsporingen gjøres anonymt, og at helsesykepleieren har taushetsplikt. Svært få velger selv å ta kontakt med smittekontaktene.

Smitteoppsporing er absolutt et misforstått tema hos mange. Derfor er det svært viktig at ungdom får god informasjon når de er hos helsesykepleieren eller legen for å ta en klamydiatest. Å snakke litt rundt hva som skjer ved et eventuelt positivt resultat, kan bidra til at det blir lettere

«Hva skal jeg si til kjæresten min? Tenk om han har vært utro?»

for dem å komme tilbake. Det gjelder å gi dem riktig informasjon om hva en klamydiatest innebærer, og om hva som skjer hvis resultatet er positivt.

VIKTIG Å INFORMERE

Ofta er det frykt og uvitenhet som gjør at ungdom ikke tester seg, nettopp fordi de er redde for at de skal bli tvunget til noe de ikke ønsker. Jeg har også opplevd at kvinnene er redde for at helsesykepleieren skal dømme dem ut fra antall sexpartnere de har hatt. Noen føler også ubehag over å fortelle at de har hatt ubeskyttet samleie med flere personer over en kort periode.

For meg har det vært viktig å støtte disse kvinnene og fortelle dem at de ikke er alene om å få påvist klamydia,

og at det er en infeksjon som er utbredt blant ungdom i dag. Jeg mener det er viktig å sette av god tid til en lang samtale når kvinnene kommer innom for å bli informert om diagnosen.

REAKSJONER PÅ KLAMYDIA

Jeg har ofte lange samtaler med kvinner etter at de har fått påvist klamydia. De kommer hovedsakelig innom kontoret for å få informasjon om diagnosen, men det utvikler seg ofte til en lang samtale, og kanskje også til flere i ettertid hvis kvinnene selv ønsker det. Det er lett å angre på det de har gjort, og det er ikke unormalt at de kan føle skam og skyldfølelse.

Noen forteller at de aldri mer skal ha samleie, mens andre er glade for og lettet over at de har fått testet seg. Det er kun en liten andel av kvinnene som er smittet, som får symptomer (7). Derfor merker de fleste ikke noe uvanlig, men tenker at de mest sannsynlig ikke er smittet av infeksjonen. Unntaket kan være hvis de er kontaktet av en tidligere partner som er smittet, men noen av dem har likevel et håp om at de ikke har blitt smittet.

I og med at svært få har symptomer, kommer et positivt klamydiareultat som et sjokk for de aller fleste. De fleste kvinnene jeg møter, er glade for at de har fått muligheten til å teste seg. Når det kommer til resultatet, er det svært individuelt hvordan de reagerer.

Det kan sammenliknes med sorg; de må bearbeide det på sin egen måte. Noen ønsker å snakke om det, andre ikke. Men felles for de fleste er at de er lettet over diagnosen, og over at de får oppfølging og behandling.

TABUBELAGT TEMA

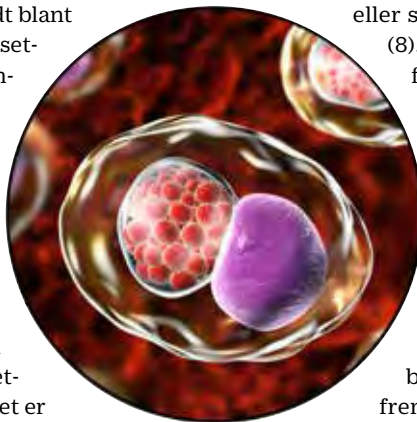
Kvinner kan få vanskeligheter med å stole på partnere i fremtiden etter at de hadde fått påvist klamydiainfeksjon. Noen kan føle at de ikke tar vare på seg selv og er lite stolte av handlingene sine (4). Det er også normalt for noen å få en følelse av skyld og anger (3). Som helsesykepleier har jeg ofte stilt meg dette spørsmålet «Hva er det med klamydia som gjør at det er forbundet med skam og tabu?»

For å sette det litt på spissen: Hadde disse kvinnene følt det samme hvis de hadde blitt smittet av streptokokker av noen de hadde kysset? Er det fordi de føler seg urene hvis de har klamydia? Fordi det er en infeksjon i underlivet? Eller er de redde for fordommer fra andre mennesker, og for hva tidligere partnere vil si?

Jeg tror det handler mye om hvordan de ønsker å bli oppfattet av andre mennesker. Eller kanskje er det konsekvensene av klamydiasykdommen som er skremmende – at kvinnene er redde for ufrivillig barnløshet senere i livet?

SKAM OG SINNE

De som tester positivt for klamydia, kan uttrykke skam



eller sinne rettet mot tidligere sexpartnere (8). Jeg tror det er sunt å kjenne på disse følelsene, fordi kvinnene faktisk ser hva som kan være konsekvensene av ubeskyttet samleie, og dermed kan de ta forholdsregler neste gang.

Men samtidig har jeg et ønske om at klamydia skal bli mer normalisert i dagens samfunn, slik at kvinner får et mer avslappet forhold til å teste seg for klamydia og ikke blir dømt hvis de skulle teste positivt. For bakteriene vil nok være der i mange år fremover, og mennesker vil bli smittet av klamydia.

Hvis vi hadde hatt et mer avslappet forhold til en positiv klamydiatest, ville det kanskje ha bidratt til at flere testet seg, og dermed forebygget den økte smitten av klamydia?

På den videregående skolen der jeg jobber som helsesykepleier, samarbeider vi med russestyret. I mai har vi planlagt en kampanje om testing for klamydia. Da skal

«Det er kun en liten andel av kvinnene som er smittet, som får symptomer.»

helsesykepleieren og russens prevensjonsansvarlige stå på stand ute i gangen i matfriminet. Der skal vi oppfordre elevene til å teste seg for klamydia.

Hvis vi involverer målgruppen, som i dette tilfellet er russerne, kan det bidra til at flere synes det er mindre tabubelagt å skulle testes.

REDDE FOR REAKSJONER

Mange synes det er vanskelig å snakke om diagnosen og kan være bekymret for at andre skal få vite at de har testet positivt. De fleste forteller det til utvalgte venner og familie, men ingen gjør det uten å være bekymret for negative reaksjoner. Sosial støtte fra familie og venner er viktig for dem (3, 4).

Det kan både være positivt og negativt å fortelle til andre om en positiv klamydiatest. Det er alltid godt å snakke med andre om utfordringer i livet, samtidig som man er redd for hva de kommer til å si. Ungdomstiden er sårbar, men jeg tror ikke alderen spiller så stor rolle. Om man er 17 eller 35 år, tror jeg det uansett er vanskelig å informere andre om at man har klamydia.

Men hva om venninnen din har gått gjennom det samme uten at du vet det? Da kan det være ekstra godt å dele tanker og erfaringer med vedkommende. Mange lurar på hvordan de skal si det. Og flertallet ønsker helst å snakke med venner og ikke familiemedlemmer.

Ofta er kvinnene jeg møter, redde for hva foreldrene kommer til å si hvis de finner det ut. De frykter å skuffe dem. Venner kan være lettere å snakke med og dele tanker

og følelser med. Noen ønsker også å snakke med helsesykepleieren etter diagnosen.

FRYKTER INFERTILITET

Hvis kvinner går med en ubehandlet klamydiainfeksjon kan noen få oppadstigende infeksjon og betennelse i egglederne, som kan føre til økt risiko for at arvevev tetter igjen egglederne helt eller delvis. Da kan kvinnen senere i livet få problemer med å bli gravid. Det er også økt risiko for graviditet utenfor livmoren (7).

Ofte har de gått med en ubehandlet klamydiainfeksjon over lengre tid og blir redde for at de ikke kan få barn senere i livet. Denne tanken kan være skremmende siden ønsket om å få barn er sterkt hos mange.

Mange kvinner er bekymret for at de ikke skal kunne bli gravide senere i livet. Noen av kvinnene har ingen symptomer på klamydia og blir derfor svært usikre på hvor lenge de kan ha vært smittet. Og det er ikke unormalt at man da tenker på sammenhengen mellom infeksjonsvarigheten og sannsynligheten for fremtidig infertilitet.

Disse tankene om fertilitet gir disse kvinnene ekstra grunn til bekymring (3, 4). Her er det viktig å være i forkant med informasjon om dette temaet og støtte kvinnene i prosessen de er i – spesielt i den første tiden til de har fått det litt på avstand.

FREMTIDIG TESTING

Flere ønsker å anbefale venner og fremtidige sexpartnere å teste seg for klamydia (5, 8). De fleste ønsker å ta en ny test minst én gang i året fremover (5). Kvinnene jeg møter, både de som tester positivt og negativt, blir anbefalt å teste seg etter hvert partnerbytte. Mange synes det høres mye ut, men da bruker jeg å sette av god tid til samtale for å informere om hvor viktig det er.

Jeg har erfart at kvinner som har testet positivt én gang, tester seg oftere enn kvinner som har fått negativt svar. Selvfølgelig finner man variasjoner her også, men jeg vil nok tro at har man testet positivt én gang, er man mer bekymret for å bli det igjen.

Noen kvinner frykter at de ikke skal bli kvitt infeksjonen eller få den på nytt (4). *Sex og samfunn* anbefaler ikke kontroll etter endt behandling av klamydia (9). Likevel opplever jeg at flere kvinner vil teste seg på nytt etter en stund for å sjekke om de har blitt friske, selv om de har fått informasjon om at det ikke er nødvendig.

Jeg ser ofte at disse kvinnene er redde for ikke å bli kvitt infeksjonen. Jeg hadde en gang en samtale med en kvinne som tidligere hadde hatt klamydia. Hun beskrev følelsen av glede hver gang hun testet negativt. For henne ble det viktig å ta klamydiaprøve etter hvert partnerbytte. Det ga henne en følelse av en slags kontroll over kroppen sin.

RÅD TIL VIDERE ARBEID

Å teste positivt for klamydia er dessverre forbundet med negative følelser for de fleste kvinner, selv om alle

mennesker har hver sin måte å reagere på. Noen frykter å skulle informere tidligere og nåværende partnere om klamydiadiagnosen, bli stigmatisert og dømt. For andre er det infertilitet som bekymrer mest. Hvordan kan man vite om man ikke kan få barn senere i livet?

Mange søker nok etter kunnskap selv i usikre kilder og tenker de verste tankene. Det finnes lite nyere forskning

«Mange kvinner er bekymret for at de ikke skal kunne bli gravide senere i livet.»

på hvordan kvinner opplever det å teste positivt for klamydia. Det er dessuten skrevet lite om dette temaet. Klamydiatallene øker for hvert år, så temaet er svært relevant å ha kunnskap om. Som helsesykepleier er det viktig å kunne møte kvinnene med forståelse.

Mitt råd til videre arbeid og forskning i fremtiden er å kartlegge ungdommers opplevelse av å teste positivt for klamydia i Norge. Jeg tror helsesykepleierne da vil kunne få større forståelse for denne målgruppen, slik at de kan møte disse ungdommene på best mulig måte.

Samtidig tror jeg mer oppmerksomhet og opplysning rundt kjønnssykdommer vil være med på å normalisere det å teste positivt for klamydia, som igjen vil bidra til at ungdom blir flinkere å teste seg. ●

REFERANSER

1. Træen B, Gorecka MM, Bårdsen JL. Vurdering av smitterisiko for klamydia og hiv i et nettutvalg av unge voksne i Norge. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2011;48(5):426–35.
2. Folkehelseinstituttet. Klamydiastatistikk 2016 [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 21.06.2017 [siteret 09.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/klamydiastatistikk-2016/>.
3. Duncan B, Hart G, Scouler A. Qualitative analysis of psychosocial impact of diagnosis of Chlamydia trachomatis: implications for screening. BMJ. 2001;322(7280):195–9.
4. Gottlieb S, Stoner B, Zaidi A, Buckel C, Tran M, Leichliter J, et al. A prospective study of the psychosocial impact of a positive chlamydia trachomatis laboratory test. Sexually Transmitted Diseases. 2011;38(11):1004–11.
5. Walker J, Walker S, Fairley CK, Bilardi J, Chen MY, Bradshaw CS, et al. What do young women think about having a chlamydia test? Views of women who tested positive compared with women who tested negative. Sex Health. 2013;10(1):39–42.
6. Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernløven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55> (nedlastet 01.04.2018).
7. Folkehelseinstituttet. Om klamydia [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 29.03.2011 [oppdatert 20.06.2017; siteret 23.04.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/seksualitet-og-helse/diag/fakta-om-klamydia/>.
8. Theunissen KATM, Bos AER, Hoebe CJPA, Kok G, Vluggen S, Crutzen R, et al. Chlamydia trachomatis testing among young people: what is the role of stigma? BMC Public Health. 2015;15:561. Tilgjengelig fra: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2020-y> (nedlastet 12.02.2019).
9. Sex og samfunn. eMetodebok for seksuell helse. Klamydia [internett]. Oslo: Sex og samfunn; 2019 [siteret 10.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/infeksjoner/klamydia/>.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



FØDELSMETODE: I 2012 ble nesten halvparten av kvinnene med foster i seteleie planlagt til vaginal fødsel. Illustrasjonsfoto: Irina Schmidt / Mostphotos

FORFATTERE

Lena Henriksen

Fagutviklingsjordmor og postdoktor,
Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus og
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Oslomet – storbyuniversitetet

Hanne Knutsen

Jordmor,, Kvinneklubben,
Oslo universitetssykehus

Katarina Laine

Avdelingsleder, overlege og førstearmanuensis,
Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus og
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Universitetet i Oslo

NØKKELOD

- ▶ Seteleie ▶ Fødselsmetode ▶ Vaginal fødsel
- ▶ Keisersnitt ▶ Apgar-skår

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.77570

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det er omdiskutert hvordan kvinner bør føde ved seteleie. I oktober 2000 kom resultatene av The Term Breech Trial (TBT), som konkluderte med at planlagt keisersnitt var tryggest ved seteleie til termin. Studien endret i stor grad fødselshjelpen slik at det praktiseres planlagt keisersnitt ved seteleie i de fleste land i dag. I Norge har man anbefalt vaginal fødsel til utvalgte grupper ved seteleie både før og etter TBT-studien.

Hensikt: Hensikten med studien har vært å beskrive klinisk praksis ved fødeavdelingen på Ullevål sykehus ved setefødsel og studere eventuelle forandringer i praksis etter år 2000. I tillegg har vi sammenliknet utfallet for den nyfødte, målt med Apgar-skår, ved ulike fødselsmetoder.

Metode: Vi benyttet en retrospektiv registerstudie. Kvinner med foster i seteleie ≥ 34 , svangerskapsuke ved Oslo universitetssykehus, Ullevål ble inkludert i perioden 2000–2012.

Resultat: Det var til sammen 2986 kvinner med foster i seteleie i ≥ 34 . svangerskapsuke ved Ullevål i studieperioden. Gjennomsnittlig var dette 3,8 prosent av fødslene ved sykehuset. I 2000 var andelen planlagte vaginale fødsler 62,9 prosent. Fra 2001 sank antallet kvinner selektert til vaginal fødsel frem mot 2006, da andelen var på det laveste med 34,2 prosent. Etter dette økte andelen igjen, og i 2012 ble 49,8 prosent av kvinnene med foster i seteleie planlagt til vaginal fødsel. Det var en høyere odds for lav Apgar-skår, et mål som bedømmer vitaliteten til den nyfødte etter 5 minutter, hvis barnet var i gruppen som var selektert til planlagt vaginal fødsel.

Konklusjon: På Ullevål fremstår det som om praksisen kan ha blitt påvirket av resultatene fra TBT-studien fra 2000. Etter en nedgang i planlagte vaginale fødsler frem mot 2007 steg andelen igjen mot slutten av studieperioden. En større andel barn hadde lav Apgar-skår i gruppen selektert til vaginal fødsel sammenliknet med den gruppen som var selektert til planlagt keisersnitt.

Fødselshjelp til fostre i seteleie ved Oslo universitetssykehus, Ullevål fra 2000–2012

Fra 2000 til 2006 var det en nedgang i planlagte vaginale fødsler før antallet steg igjen mot 2012. Praksisen ble antakelig påvirket av The Term Breech Trial.

Ved svangerskap til termin ligger 3–4 prosent av barna i seteleie med setet og/eller føttene ned mot bekkeninngangen (1, 2). Seteleie har gjerne en familiær opphopning. Risikoen øker med stigende alder og forekommer hyppigere hos førstegangsfødende (1, 2).

Er det seteleie etter uke 36, blir kvinnen selektert til større fødeavdelinger, og det planlegges enten vaginal fødsel eller keisersnitt på bakgrunn av visse seleksjonskriterier (2–4). Studier viser at omtrent 20 prosent av seteleiene er udiagnostisert ved fødselsstart (5).

TIDLIGERE FORSKNING

Valg av fødselsmetode har vært omstridt i flere år og særlig siden Hannah og medarbeidere publiserte The Term Breech Trial i 2000 (6). Dette var en stor, randomisert studie der formålet var å sammenlikne utfallet for planlagte vaginale fødsler med planlagte keisersnitt for barn i seteleie til termin (≥ 37 uker).

Studien ble gjennomført ved 121 fødeenheter i 26 land, og totalt ble 2088 pasienter inkludert (6). Resultatene viste at dødelighet og sykkelighet for barnet var signifikant lavere i gruppen som var randomisert til planlagt keisersnitt, enn i gruppen som var randomisert til planlagt vaginal setefødsel (6). De medisinske miljøene responderte ganske umiddelbart på konklusjonene i studien, og sjelden har resultater fra en studie endret medisinsk praksis så mye og så fort som i dette tilfellet (7).

I 2003 viste en oversikt at ved 80 fødeavdelinger i 23 land hadde 92,5 prosent sluttet med planlagt vaginal fødsel til fordel for planlagt keisersnitt ved seteleie (7). I Norge steg også keisersnittefrekvensen etter 2000, og andelen

planlagte keisersnitt ved seteleie til termin økte fra 52,4 prosent i 1999 til 64,3 prosent i 2004 (8).

TBT-studien har senere blitt kritisert for flere forhold. Inklusjonskriteriene ble ikke fulgt opp i alle sentrene som var med, mesteparten av kvinnene ble rekruttert når de var i aktiv fødsel, antenatal ultralydundersøkelse var ikke alltid utført ved inklusjon, og det ble inkludert tvillinger og fostre med anomalier som ikke var for-

«Andelen kvinner selektert til planlagt vaginal fødsel sank markant utover i perioden til fordel for planlagt keisersnitt.»

enlige med liv. Noen av dødfødsleene i studien er derfor ikke knyttet til forløsningsmetode (7, 9).

ANBEFALT FORLØSNINGSMETODE

Vaginale setefødsler og forløsning av seteleier representerer en liten del av fødsleene på en fødeavdeling, men de representerer en av utfordringene i obstetrikken som krever at fødselshjelperne behersker riktige forløsningssteknikker (10).

Etter TBT-studien ble det i Norge satt ned en egen gruppe i regi av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM). Gruppen fikk i oppgave å gjennomgå relevant litteratur og gi en anbefaling om hvilken forløsningsmetode som var best ved seteleie til termin (5). På bakgrunn av denne gjennomgangen valgte man fortsatt å anbefale vaginal fødsel ved seteleie, forutsatt visse kriterier (5, 11).

Kriteriene er kort oppsummert som følger: svangerskapsvarighet ≥ 34 uker, estimert fødselsvekt ≥ 2000 –4000 g og rent seteleie eller sete–fot–leie (2). I tillegg anbefaler Helsedirektoratet at vaginale setefødsler sentraliseres til de store fødeavdelingene (11).

UENIGHET OM FØDSELHJELP VED SETELEIE

Den kontroversielle debatten rundt den optimale fødselshjelpen ved seteleie er fokusert rundt særlig to kliniske spørsmål:

«Hvor stor er risikoen for uønsket utfall for barnet i seteleie ved en vaginal fødsel?» og «hvordan skal denne risikoen balanseres mot risikoen et keisersnitt innebærer på kort og lang sikt?» (12, 13).

Risikoen for uønsket utfall er mer eller mindre til stede, uansett leie eller forløsningsmetode, men i moderne fødselshjelp er det et hovedmål å redusere risikoen for komplikasjoner til et minimum (10). I fødselshjelpen må man derfor balansere mellom fordeler og ulemper ved de ulike fødselsmetodene for mor og barn.

Denne vurderingen innebærer å se på planlagt vaginal fødsel versus planlagt keisersnitt, men også faktisk fødselsmetode, vaginal fødsel og akutt eller planlagt keisersnitt. Kontinuerlig oppfølging av egen praksis er viktig, og vi ønsket derfor å gjennomføre en intern kvalitetskontroll av setefødsleene på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

HENSikten MED STUDIEN

Hensikten med studien er å beskrive klinisk praksis ved fødeavdelingen på Ullevål ved seteleie og studere eventuelle endringer i perioden

2000–2012. I tillegg har vi ønsket å sammenlikne utfallet for den nyfødte, målt med Apgar-skår, ved ulike fødselsmetoder.

METODE

Materiale og metode

Studien er en retrospektiv registerstudie. Vi hentet dataene fra Gjessing-registeret ved fødeavdelingen på Ullevål. Registeret var sykehusets fødselsregister i studieperioden. Jordmødre fylte inn opplysninger fra fødslene i databasen, og data herfra ble meldt til Medisinsk fødselsregister. Studieperioden var fra 1. januar 2000 til 31. desember 2012.

Den originale kvalitetskontrollerte datafilen inneholdt anonyme registreringer fra 81 711 fødsler. Vi ekskluderte alle fødslene i hodepresentasjon og tverrleie, tvillinger, trillinger, barn med misdannelser og barn som var døde før ankomst til sykehuset. De inkluderte setefødslene var i svangerskapsuke 34–42. Før svangerskapsuke 34 er keisersnitt anbefalt forløsningsmetode (2), og de er derfor ikke med i dette materialet.

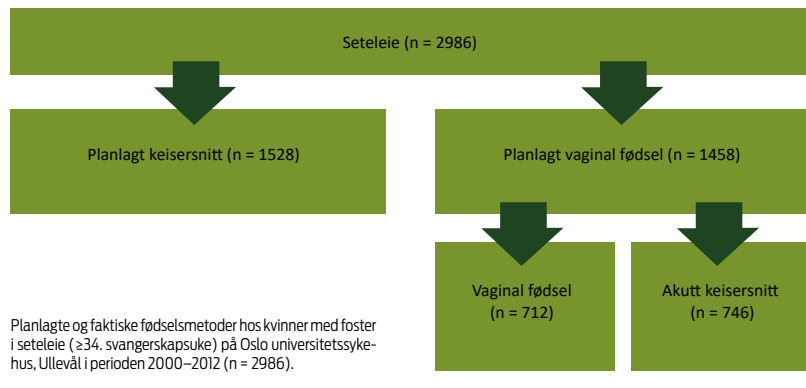
Den totale populasjonen i denne studien var 2986 kvinner med foster i seteleie i ≥ 34 . svangerskapsuke. Studien er en kvalitetsstudie med bruk av anonymiserte data uten kontakt med pasientene. Derfor har vi ikke innhentet godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Studien er meldt til og godkjent av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus (saksnummer 2015/1520).

Data

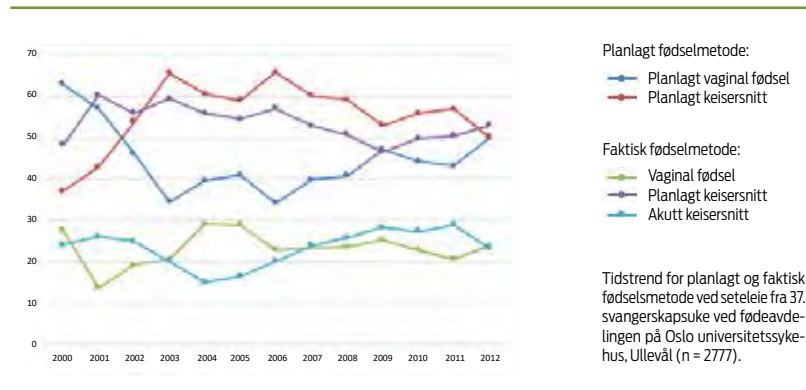
Fra Gjessing-databasen har vi hentet ut opplysninger om fødselsmetode (figur 1). Planlagt fødselsmetode er delt inn i planlagt vaginal fødsel (PVF) og planlagt keisersnitt (PK). Faktisk fødselsmetode er delt inn i planlagt keisersnitt (PK), vaginal fødsel (VF) og akutt keisersnitt (AK).

Dataene inkluderte Apgar-skår, som kartlegger den fysiske tilstanden til den nyfødte 1, 5 og 10 minutter etter fødselen. Fem karakteristika blir vurdert subjektivt: hjertefrekvens, pust, tonus,

Figur 1. Planlagte og faktiske fødselsmetoder ved seteleie



Figur 2. Tidstrend ved seteleie som fødselsmetode



reflekser og hudfarge, med en poengsum fra 0–2. Den totale skåren er summen av de fem karakteristikaene, der en Apgar-skår ≥ 7 etter 5 minutter indikerer at tilstanden til den nyfødte er god. En Apgar-skår < 7 etter 5 minutter defineres som lav Apgar, og en Apgar-skår < 4 etter 5 minutter som svært lav Apgar (14, 15).

Andre variabler var følgende:

- mors alder, kategorisert i fire grupper: < 25 år, 25–29 år, 30–34 år, ≥ 35 år
- paritet: førstegangsfødende (PO) eller flergangsfødende $P \geq 1$.
- barnets vekt og svangerskapsuke ved fødsel: svangerskapslengde ≥ 37 uker er definert som svangerskap til termin, og uke 34+0 til 36+6 dager er definert som prematurt.

I tillegg har vi sett på indikasjoner for keisersnitt. Indikasjonen «andre» består av preeklampsi eller eklampsi, placenta previa, patologisk doppler, blødning, tidligere operasjon på uterus

og ingen indikasjon (grunnet få tilfeller). Indikasjonen «sete» inkluderer trangt bekken og foranliggende føtter.

Analyse

For å beskrive tidstrender i forhold til planlagt og faktisk fødselsmetode har vi oppgitt andeler av de ulike fødselsmetodene hvert år i prosent. Vi delte perioden i to, 2000–2006 og 2007–2012, for å teste om det har vært forskjeller i andeler av planlagt og faktisk fødselsmetode samt indikasjoner for planlagte og akutte keisersnitt i studieperioden.

Denne inndelingen ble gjort for å få større teststyrke, da variasjonene var små på årsbasis. Det er omtrent like mange svangerskap med seteleie i hver periode. Vi analyserte forskjeller mellom gruppene med kjiqvadrattest.

Vi benyttet multippel logistisk regresjonsanalyse for å se på sammenhengen mellom lav Apgar-skår,

prematuritet, planlagt fødselsmetode og mors alder. Resultatene er presentert som justerte og ujusterte oddsratioer med 95 prosent konfidensintervall. Vi utførte analysene med SPSS, versjon 21. For alle testene valgte vi et signifikansnivå på 5 prosent ($p < 0,05$).

RESULTATER

Forekomsten av enlinger i seteleie til termin var 3,8 prosent i studieperioden. Blant de premature, som ble født i uke 34 til og med 36, var forekomsten av seteleie 3,9 prosent.

Figur 2 viser tidstrenden for planlagt fødselsmetode og faktisk fødselsmetode. Andelen kvinner selektert til planlagt vaginal fødsel sank markant utover i perioden til fordel for planlagt keisersnitt.

Trenden nådde sitt maksimum i 2006. Fra 2007 økte andelen kvinner selektert til planlagt vaginal fødsel svakt frem til andelen nådde sitt maksimum i 2012. Da var gruppene for planlagt fødselsmetode nesten like store, med 49,8 prosent planlagte vaginale fødsler og 50,2 prosent planlagte keisersnitt.

Figur 2 viser også variasjonene i faktisk fødselsmetode i studieperioden. Andelen vaginale fødsler steg utover i perioden etter året 2001, da andelen vaginale fødsler var lavest: 13,7 prosent. Etter 2001 ble det i en periode på fire år fremover gjort færre akutte keisersnitt.

I 2006 økte andelen akutte keisersnitt, mens det ble utført færre planlagte keisersnitt. Andelen vaginale fødsler lå ganske stabilt disse årene før andelen vaginale fødsler steg med 14 prosentpoeng fra 2011 til 2012.

Tabell 1 viser karakteristika ved studiepopulasjonen på bakgrunn av planlagt fødselsmetode. Det var ingen forskjell i kvinnes alder i de to gruppene. Det var en større andel flergangsfødende og barn <4000 gram i gruppen «planlagt vaginal fødsel».

Når det gjelder indikasjonene for å planlegge og faktisk utføre keisersnitt, viser tabell 2 hvordan dette endret seg gjennom studieperioden.

Det var en signifikant forskjell i fordeling av indikasjoner i de to tidsperiodene for både akutt og planlagt keisersnitt. Forskjellen var størst

Tabell 1. Bakgrunns karakteristika

	PVF* n = 1458 %	PK^ n = 1528 %	P-verdi
Maternelle karakteristika			
Alder			p = 0,42
<25 år	9,0	7,1	
25–29 år	28,9	29,0	
30–34 år	39,6	40,3	
≥ 35 år	22,5	23,5	
Paritet			p < 0,01
P0	58,3	71,9	
P ≥ 1	41,7	28,1	
Føtale karakteristika			
Svangerskapslengde			p < 0,45
34–36 uker	7,2	6,9	
37–42 uker	92,8	93,1	
Fødselsvekt			p < 0,01
1500–2499 gram	7,0	7,2	
2500–3999 gram	87,2	82,2	
≥ 4000 gram	5,8	10,0	

* PVF = planlagt vaginal fødsel ^ PK = planlagt keisersnitt. Karakteristika på bakgrunn av planlagt fødselsmetode hos kvinner med foster i seteleie (34. svangerskapsuke ved Oslo universitetssykehus, Ullevål 2000–2012).

Tabell 2. Indikasjoner for planlagte og akutte keisersnitt

Indikasjoner	Fødselsmetode		P-verdi
	Planlagt keisersnitt n = 1516	2007–2012 n = 683 (%)	
	2000–2006 n = 833 (%)	2007–2012 n = 683 (%)	
Asfyksi	2 (0,2)	0 (0,0)	
Seteleie	620 (74,4)	455 (66,6)	<0,01
Prematurt seteleie	9 (1,1)	4 (0,6)	
Tidligere keisersnitt	10 (1,2)	26 (3,8)	
Mors ønske / fødselsangst	133 (16,0)	120 (17,6)	
Andre indikasjoner	59 (7,1)	78 (11,4)	
	Akutt keisersnitt n = 734		
	2000–2006 n = 343 (%)	2007–2012 n = 391 (%)	P-verdi
Manglende fremgang, åpningsfasen	7 (2,0)	27 (6,9)	<0,01
Manglende fremgang, utdrivningsfasen	7 (2,0)	21 (5,4)	
Navlestrengsremfall	11 (3,2)	9 (2,3)	
Truende asfyksi	44 (12,8)	57 (14,6)	
Seteleie	194 (56,6)	178 (45,5)	
Prematurt seteleie	11 (3,2)	12 (3,1)	
Tidligere keisersnitt	4 (1,2)	1 (0,3)	
Mors ønske / fødselsangst	35 (10,2)	32 (8,2)	
Mislykket igangsettelse av fødselen	2 (0,6)	13 (3,3)	
Andre indikasjoner	28 (8,2)	41 (10,5)	

Indikasjoner for planlagte og akutte keisersnitt hos kvinner med foster i seteleie ≥ 34. svangerskapsuke i periodene 2000–2006 og 2007–2012 ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Tabell 3. Forekomsten av Apgar-skår <7 etter 5 minutter

n	Apgar <7 etter 5 min. n = 49	
	OR* (95 % KI^)	Justert OR (95 % KI)
Planlagt keisersnitt	1	1
Planlagt vaginal fødsel	12,1 (4,4–33,8)	11,6 (4,1–32,6)
Kvinnens alder		
<25	1,9 (0,4–8,2)	2,2 (0,5–9,9)
25–29	1,1 (0,6–2,3)	1,2 (0,7–2,3)
30–34	1	1
≥35	0,8 (0,4–1,6)	0,8 (0,4–1,6)
Svangerskapsuke ≥37	1	1
Svangerskapsuke <37	3,1 (1,5–6,4)	2,1 (1,01–4,5)

* OR = oddsratio ^ KI = 95 % konfidensintervall. Forekomsten av lav Apgar-skår (<7 etter 5 minutter) for planlagt fødselsmetode, ujustert og justert for mors alder og svangerskapslengde.

for indikasjonene «manglende fremgang, åpningsfasen», «manglende fremgang, utdrivningsfasen», «asfyksi» og «mislykket igangsettelse av fødsel» i gruppen «akutt keisersnitt».

Disse indikasjonene ble brukt oftere i periode to. Andelen tidligere keisersnitt var større i gruppen «planlagt keisersnitt» i periode to. Andelen «mors ønske / fødselsangst» lå stabil for begge gruppene gjennom de to periodene.

Tabell 3 viser hvordan nyfødte hadde det rett etter fødselen målt med Apgar-skår relatert til planlagt fødselsmetode, svangerskapslengde og mors alder.

Regresjonsanalysen viste at det var signifikant forskjell i oddsratio for Apgar-skår <7 etter 5 minutter mellom gruppene «planlagt vaginal fødsel» og «planlagt keisersnitt» og for svangerskapslengde <37 og ≥37 uker. I dette materialet var det kun 12 tilfeller med svært lav Apgar-skår (<4), 11 hos dem med planlagt vaginal fødsel og 1 i gruppen for planlagt keisersnitt (ikke vist i tabellene).

Vi har derfor samlet alle med Apgar-skår <7 i én gruppe for regresjonsanalysen. Ujustert var det 12 ganger høyere odds for at barnet hadde en Apgar-skår <7 i gruppen «planlagt vaginal fødsel» sammenliknet med «planlagt keisersnitt». Sistnevnte forble tilnærmet uendret justert for svangerskapslengde og mors alder.

Ved prematuritet var det 3 ganger høyere odds for at barnet hadde Apgar-skår <7 etter 5 minutter enn ved fødsel til termin (tabell 3). Da vi sammenliknet antallet barn med lav Apgar-skår i de to tidsperiodene, var det ingen signifikante forskjeller (ikke vist i tabellene).

DISKUSJON

Hovedfunnene i denne studien viser at flere kvinner ble selektert til planlagt keisersnitt på Ullevål ved seteleie fra 2001. Etter 2007 ble denne andelen redusert til fordel for en stigende andel kvinner som ble selektert til planlagt vaginal fødsel. I 2012 var andelen i de to gruppene nesten like store. Indikasjonene for planlagt og akutt keisersnitt varierte når studieperioden ble delt i to perioder.

Forskjellen var størst når det gjaldt indikasjonene «manglende fremgang i

fødsel» og «mislykket igangsettelse av fødselen» for akutte keisersnitt. Forekomsten av indikasjonen «mors ønske og fødselsangst» var lik i begge periodene. Det var flere barn med lav Apgar-skår etter 5 minutter i gruppen som var selektert til planlagt vaginal fødsel.

Flere keisersnitt etter TBT-studien

På Ullevål har det i hele studieperioden vært praktisert seleksjon av gravide med seteleie til vaginal fødsel fra svangerskapsvarighet ≥34 uker. I år 2000 var

«Det var flere barn med lav Apgar-skår etter 5 minutter i gruppen som var selektert til planlagt vaginal fødsel.»

andelen gravide med svangerskap i seteleie som var selektert til planlagt keisersnitt, på 37,1 prosent, noen få prosentpoeng under landsgjennomsnittet (16). Praksisen ga en andel som var selektert til planlagt vaginal fødsel på hele 62,9 prosent.

Etter at TBT-studien ble publisert i oktober 2000 (6), steg andelen kvinner som var selektert til planlagt keisersnitt i Norge, som i andre land (7, 17). I 2003 var andelen kvinner selektert til planlagt keisersnitt på Ullevål på 65,6 prosent og situasjonen motsatt av hva den var før TBT-studien kom ut. Praksisen på Ullevål var i årene før TBT basert på den norske Veileder i fødsels-hjelp 1998 (18).

Rapporten fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) fra 2003 konkluderte med at gjeldende anbefalinger fra 1998, med seleksjon av utvalgte svangerskap når barnet ligger i seteleie til vaginal fødsel, burde videreføres (5). Konklusjonen støtter opp om praksisen på Ullevål sykehus før 2000.

Likevel viser tallene fra vår studie at Ullevål antakelig var påvirket av TBT-studien med nedgangen i planlagte vaginale fødsler. Funnet støttes i en historisk oversiktsartikkel av Bergsjø, der en økning i bruk av keisersnitt ble

observert umiddelbart etter at TBT ble publisert (8).

Ferdighetstrening i seteforløsning

I årene etter at TBT-studien ble publisert, har det kommet resultater fra studier utført på populasjoner og i obstetriske miljøer der klinisk praksis samsvarer mer med praksisen slik den var på Ullevål før 2001. Disse studiene inneholder mer nyanserte konklusjoner (12, 19–21).

Det kan se ut som om de obstetriske miljøene etter hvert har tatt mer inn over seg de komplikasjonene keisersnitt kan få for kvinnene og barna i forbindelse med inngrepet og i påfølgende svangerskap og fødsler (13, 22). I tillegg kommer konsekvensene som praksisen med planlagt keisersnitt til alle svangerskap i seteleie kan ha for klinikernes ferdighetstap. Et slikt ferdighetstap kan igjen få konsekvenser for pasientsikkerheten.

Det vil alltid komme kvinner i fødsel til fødeavdelingene med et uoppdaget seteleie. Av de inkluderte seteleiene i studien vår var det 368 (12,3 prosent) tilfeller av uoppdagede seteleier ≥34 ukers svangerskapslengde, og 52 prosent av disse fødte vaginalt (ikke vist i tabellene). Fødselshjelpenes ferdigheter kan i disse tilfellene være helt avgjørende for hvordan utfallet av fødselen blir for mor og barn.

På Ullevål har det vært systematisk tverrfaglig ferdighetstrening i akutte obstetriske situasjoner siden januar 2008. Seteforløsning har vært et av de varierende temaene som kommer på programmet omtrent hvert annet år. Barnepleiere, leger og jordmødre er med på ferdighetstrening hver 16. til 18. måned, ifølge samtale med ansvarlig for ferdighetstreeningen ved Ullevål.

Ved forløsning av seteleie på Ullevål har avdelingen tradisjonelt fulgt anbefalingene til Veileder i fødselshjelp, som var den samme gjennom studieperioden (18). Her står følgende beskrevet om seteforløsning: «Vanlig fremhjelp er hovedmetoden. Barnet fødes spontant til navlestedet er synlig, hvoretter fødselshjelper aktivt utfører forløsning av skuldre og hode.» (18 s. 130).

Tør ikke føde vaginalt

Vi så at indikasjonene for å utføre både planlagt og akutt keisersnitt endret seg

i løpet av studieperioden. Indikasjonene «manglende fremgang, åpningsfasen» og «manglende fremgang, utdrivningsfasen» i gruppen «akutte keisersnitt» tredoblet seg fra periode en til to. Denne endringen kan kanskje forklares fordi vi har mer kunnskap om hvordan lengden på fødselsforløpene kan påvirke barna negativt (23).

Setefødsel er en risikofødsel som også kan medføre en forlenget forløsning (1). Akutt keisersnitt med bakgrunn i en slik årsakskjede kan synes rimelig, da ønsket utfall alltid er en frisk mor og et friskt barn. Andelen planlagte keisersnitt på indikasjonen «mors ønske / fødselsangst» var nesten lik i begge fødselsmetodegruppene i begge periodene.

«Mors ønske / fødselsangst» var den nest hyppigste indikasjonen i gruppen «planlagt keisersnitt» i begge periodene. Disse kvinnene fyller seleksjonskriteriene for vaginal fødsel, men ønsker ikke

eller er redde for å føde vaginalt når fosteret ligger i seteleie (20).

Gravide kan være engstelige for vaginal setefødsel på grunn av informasjon fra både mediene og helsepersonell. Det er derfor viktig at man gir korrekt informasjon om resultater samt mulighetene man har ved den enkelte fødeavdeling (24).

Siden andelen keisersnitt på bakgrunn av «mors ønske / fødselsangst» er forholdsviss lik i de to periodene, kan det tyde på at de gravide ikke har fått ny og evidensbasert informasjon. Alternativt tør de ikke stole på de nye resultatene.

Hva påvirker lav Apgar-skår?

Våre analyser viser at det var en høyere odds for å få barn med lav Apgar-skår i gruppen «planlagt vaginal fødsel» sammenliknet med «planlagt keisersnitt». Det var få nyfødte med lav Apgar-skår, noe som kan forklare det brede

konfidensintervallet. I analysen har vi kontrollert for svangerskapsuke og mors alder.

Vi har ikke hatt tilstrekkelig informasjon eller gode nok data i vårt materiale til å se på andre faktorer som kan påvirke Apgar, som for eksempel høy kroppsmasseindeks (25) eller mors røyking (26). Resultatet må derfor tolkes i lys av dette.

Lav Apgar-skår kan indikere at den nyfødte ikke har hatt det optimalt rett etter fødselen, og at det derfor er et uønsket utfall (27). Lav Apgar-skår kan være knyttet til underliggende faktorer, maternell eller føtal sykdom eller svangerskapskomplikasjoner, eller den kan være knyttet til selve fødselen eller at fosteret lå i seteleie.

For nyfødte med en Apgar-skår <7 etter 5 minutter etter fødselen kan det ofte være snakk om en kort periode før barnet henter seg inn igjen (19). De med Apgar-skår <4 etter 5 minutter har en

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldesjermer og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no

antatt dårligere prognose og vil sannsynligvis trenge kortere eller lengre observasjon og/eller behandling etter fødselen (15).

Risikoen for lav Apgar i forbindelse med setefødsel er beskrevet i flere studier (19, 20, 27), men man har valgt ulike tilnærminger til denne risikoen. I norske (20, 26) og finske studier (19) erkjennes risikoen, men man velger å videreføre og anbefale praksisen med seleksjon av utvalgte svangerskap til planlagt vaginal fødsel.

Et viktig poeng i denne sammenhengen er at forskerne ikke fant noen forskjeller etter to år på tross av den økte risikoen for dødelighet og sykkelighet for dem som hadde en planlagt vaginal fødsel i TBT-studien (29). Selv om vi så en endring i den kliniske praksisen når det gjaldt planlagt fødselsmetode i studieperioden, var det ingen forskjell i andelen barn med lav Apgar-skår da perioden ble delt i to.

Styrker og svakheter ved studien

Fødeavdelingen på Ullevål er landets største fødeavdeling, og materialet i studien vår er stort. Det er en styrke at dataene er hentet fra avdelingens fødselsregister, som har gjennomgått kvalitetssikring i flere ledd for å sikre riktig registrering. Apgar-skår er en viktig og nyttig vurdering av utfallet for den nyfødte straks etter fødselen (30).

Svakheten med Apgar-skår som metode er imidlertid at den er en subjektiv vurdering. En supplerende blodgassanalyse av navlestrengs-pH hadde gitt et mer objektivt svar på om hvorvidt fosteret har vært utsatt for stress under fødselen, og i hvilken grad (31). I dataene fra Ullevål forelå det registrerte blodgassanalyser i 40 prosent av fødslene i gruppen «planlagt vaginal fødsel», så navlestrengs-pH kunne derfor ikke brukes som utfallsmål.

En annen svakhet ved registerdataene er at vi ikke har oppfølgingsdata om hvordan det gikk med barna som hadde lav Apgar-skår. I våre analyser er det brukt metoder som krever uavhengige data. Vi har ikke tatt høyde for en eventuell større avhengighet mellom observasjonene gjort for eksempel i 2000 og

2001 sammenliknet med observasjonene gjort i 2000 og 2006.

KONKLUSJON

I analysen av den kliniske praksisen vedrørende fødselsmetode for kvinner med barn i seteleie på Ullevål fremstår det som om praksisen kan ha blitt påvirket av resultatene fra The Term Breech Trial, (TBR) som kom i 2000. I 2007 begynte en endring tilbake mot praksisen slik den fremsto før TBT, selv om andelen planlagte vaginale fødsler ikke ble så høy som før studien kom.

Vi fant en større andel barn med lav Apgar-skår etter 5 minutter hvis kvinnen var i gruppen som var selektert til planlagt vaginal fødsel, og hvis barnet var født før termin. På tross av endringer i den kliniske praksisen i studieperioden var det ingen forskjell i antallet barn med lav Apgar-skår da studieperioden ble delt i to. ●

REFERANSER

- Bergsjø P, Molne K, Nesheim B-I, red. *Obstetikk og gynekologi*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
- Veileder i fødselshjelp 2014. Oslo: Den norske legeforening; 2014. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/> (nedlastet 25.09.2018).
- Moster D, Hånes H. Fakta om keisersnitt [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 28.11.2013 [oppdatert 18.11.2015, sistert 25.09.2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=52705>.
- Albrechtsen S, Rasmussen S, Dalaker K, Irgens LM. The occurrence of breech presentation in Norway 1967–1994. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1998;77(4):410–5.
- Øian P, Albrechtsen S, Berge L, Børhdal PE, Egeland T, Henriksen T, et al. Fødsel av barn i seteleie til termin – assistert vaginal fødsel eller keisersnitt? Oslo: Sintef; 2003. SMM-rapport 3/2003. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/smm-rapporter/smm-rapport_03-03_foedsel_av_barn_-_i_seteleie_til_termin.pdf (nedlastet 21.06.2019).
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet*. 2000;356(9239):1375–83.
- Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;194(1):20–5.
- Bergsjø P. Keisersnitt gjennom 40 år. *Norsk Epidemiologi – Norwegian Journal of Epidemiology*. 2007;17(2):185–90.
- Belfrage P, Gjessing L. The term breech presentation. A retrospective study with regard to the planned mode of delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2002;81(6):544–50.
- Albrechtsen S. Vaginal forløsning ved seteleie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2010;130(6):589.
- Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud: Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (IS-1877). Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helsefremmende-og-forebyggende-tiltak/retningslinjer-og-veiledere/et-trygt-fodetilbud.kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen> (nedlastet 25.09.2018).
- Toivonen E, Palomäki O, Huhtala H, Uotila J. Selective vaginal breech delivery at term – still an option. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(10):1177.
- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819–29.
- Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D. *Williams obstetrics*. 23. utg. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.

- Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. *The New England Journal of Medicine*. 2001;344(7):467–71.
- Folkhelseinstituttet. Årstabeller for Medisinsk fødselsregister 2011. Fødsler i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/fodsler-i-norge-2011-pdf.pdf> (nedlastet 14.07.2017).
- Vistad I, Hustad B, Cvancarova M. Vaginal breech delivery during the last ten years. A prospective registration study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:42–3.
- Dalaker K. Veileder i fødselshjelp 1998. Oslo: Den norske legeforening; 1998. Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere-arkiv-utgatte-versjoner/veileder-i-fodsels-hjelp-1998/> (nedlastet 25.9.2018).
- Mattila M, Rautkorpil J, Heikkinen T. Pregnancy outcomes in breech presentation analyzed according to intended mode of delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(10):1103–6.
- Andreasen S, Nielsen EW, Øian P. Fødselsmetode ved seteleie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 2010;130(6):605–8.
- Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;194(4):1002–11.
- Taylor LK, Simpson JM, Roberts CL, Olive EC, Henderson-Smart DJ. Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *The Medical Journal of Australia*. 2005;183(10):515–9.
- Altman M, Sandstrom A, Petersson G, Frisell T, Cnattingius S, Stephanson O. Prolonged second stage of labor is associated with low Apgar score. *European Journal of Epidemiology*. 2015;30(11):1209–15.
- Kok M, Gravendeel L, Opmeer BC, van der Post JA, Mol BW. Expectant parents' preferences for mode of delivery and trade-offs of outcomes for breech presentation. *Patient Education and Counseling*. 2008;72(2):305–10.
- Zhu T, Tang J, Zhao F, Qu Y, Mu D. Association between maternal obesity and offspring Apgar score or cord pH: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*. 2015;5:18386.
- Kharkova OA, Grijbovski AM, Krettek A, Nieboer E, Odland JO. Effect of smoking behavior before and during pregnancy on selected birth outcomes among singleton full-term pregnancy: A Murmansk county birth registry study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(8):867. DOI: 10.3390/ijerph14080867.
- Thorngren-Jerneck K, Herbst A. Low 5-minute Apgar score: a population-based register study of 1 million term births. *Obstetrics and Gynecology*. 2001;98(1):65–70.
- Vistad I, Klungsoyr K, Albrechtsen S, Skjeldstad FE. Neonatal outcome of singleton term breech deliveries in Norway from 1991 to 2011. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(9):997–1004.
- Whyte H, Hannah ME, Saigal S, et al. Outcomes of children at 2 years after planned caesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):864–71.
- Papile LA. The Apgar score in the 21st century. *The New England Journal of Medicine*. 2001;344(7):519–20.
- Locatelli A, Incerti M, Ghidini A, Greco M, Villa E, Paterlini G. Factors associated with umbilical artery acidemia in term infants with low Apgar score at 5 min. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. 2008;139(2):146–50.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE

NSFs faggruppe i videregående opplæring

Norsk Sykepleierforbunds faggruppe i videregående opplæring (NSFVGO) har medlemmer med en sterk faglig identitet som sykepleiere. Vi velger derfor å forbli i NSF til tross for at vi ikke jobber i klinikken med pasienter til daglig.

Innen videregående opplæring samarbeider vi med mange ulike yrkesgrupper om opplæring av elever og lærlinger, og det er derfor viktig at vi som sykepleiere bidrar med vår unike fagkompetanse.

Medlemskap i faggruppen sikrer at vi holder oss faglig oppdaterte. Slik kan vi utdanne dyktige fagarbeidere som sykepleierne kan samarbeide med for å gi best mulig helsetjenester til pasienter og brukere.

Faggruppens satsingsområder:

- kvalitetssikre at endringer i skolen er i takt med samfunnets krav og pasienters og brukeres behov

- bidra til rekruttering og kunnskapsformidling til helsepersonell
- påvirke samarbeidet mellom skole og yrkesliv
- arrangere årlige fagkonferanser

Vi har 120 medlemmer og god plass til flere. Mer informasjon om faggruppen og lenke til innmelding finner du på nsf.no/faggrupper/videregaaende-opplaering

ANNONSE



Pascoflair®
425 mg

Lindrer mild uro - letter innsovning

- Ingen påvist fysisk avhengighet
- Ingen residualeffekt (hangover) rapportert
- Godkjent for ungdom over 12 år

Reseptfritt legemiddel

Dosering:
Søvnproblemer: 1–2 tab. en halvtime før leggetid
Stress og uro: 2–3 tab. jevnt fordelt utover dagen
Maksimum 3 tabletter pr. døgn.

Pascoflair® kan dempe mild uro og lette innsovning. **Virkestoff:** Ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) - hele 425 mg per tablett. Virker i løpet av 30 minutter. Pakning på 30 tabletter. Pascoflair® kan kjøpes reseptfritt på apoteket. For mer informasjon se: www.pascoflair.no

vitusapotek+ APOTEK 1

Pascoflair 425 mg anbefales ikke til gravide og ammende, eller til barn under 12 år. Oppbevares utilgjengelig for barn. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. For ytterligere informasjon henvises det til apotek eller lege. Markedsføres av Norges NaturmedisinSentral as, Terminalen 9 - 3414 Lierstranda - Telefon: 32 24 05 50.


FORFATTER

Per Nortvedt
 Professor emeritus, Senter for medisinsk
 etikk, Universitetet i Oslo

Kan tvillingabort forsvareres etisk?

Vi har sterke moralske intuisjoner mot å ta liv, og dette gjelder også i situasjoner hvor man skal ta livet av det ene fosteret og la det andre leve, skriver professor Per Nortvedt.

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.76319

Et forslag om endring i abortloven er for tiden ute på høring. Regjeringen foreslår nemndbehandling av såkalte fosterreduksjon eller tvillingabort.

Jeg velger å bruke betegnelsen «tvillingabort», selv om det kan være snakk om flerlinger, og selv om man bare aborterer den ene av tvillingene. Begrepet «fosterreduksjon» er etter mitt syn unødig instrumentelt og teknisk, og dermed dehumaniserende.

Slike aborter har vært utført ved St. Olavs hospital i Trondheim. Etter at Helsedepartementet i 2016 slo fast at tvillingabort av friske fostre er tillatt, er det utført 25 slike aborter.

Saken har vakt stor oppmerksomhet og debatt, fordi regjeringen har snudd i spørsmålet. Det kontroversielle i denne snuoperasjon reflekteres ikke minst i årets mobilisering til kvinnedagen 8. mars, der retten til selvbestemt tvillingabort ble en av hovedparolene.

DU KAN BESTEMME SELV FØR TOLVTE UKE

I 2016 valgte regjeringen å legge departementets tolkning av abortloven til grunn. Konklusjonen var at abort på ett eller flere foster i et flerlingsvangerskap var dekket av selvbestemmelsesparagrafen i nåværende lov. Norge ble med det et av få land i Europa som kom til denne konklusjonen. For å vri litt på stortingsrepresentant Kjell Ingolf Ropstads (KrF) utsagn på Debatten i NRK i februar: Kan man abortere et barn i et «enlingsvangerskap», kan man gjøre det samme i et flerlingsvangerskap.

Jussen ser ingen forskjell på kvinnens rett til selvbestemmelse i et ordinært enlingsvangerskap og i et tvilling- eller flerlingsvangerskap før tolvte uke.

MORALSKE FORSKJELLER

Spørsmålet er imidlertid om abort på et av to eller flere

barn i det samme svangerskapet etisk sett er sammenliknbart med avbrytelse av et enlingsvangerskap før tolvte uke.

Jeg vil argumentere for at det er moralsk relevante forskjeller mellom disse to formene for abort. Derfor er jeg enig i regjeringens nye forslag som krever nemndbehandling av tvillingaborter. Av medisinske grunner må slike aborter foretas etter uke tolv, men beslutningen kan tas før uke tolv fra kvinnes side.

I et innlegg i Dagens Medisin skriver Reidar Pedersen følgende: «Begrunnelsen for å bringe inn en nemnd er – i tillegg til at fosteret tilkjennes et økende vern – at risi-

«Abort er et uløselig moralsk dilemma der man søker å finne en balanse mellom rett til liv for den ene parten og rett til autonomi for den andre.» Per Nortvedt

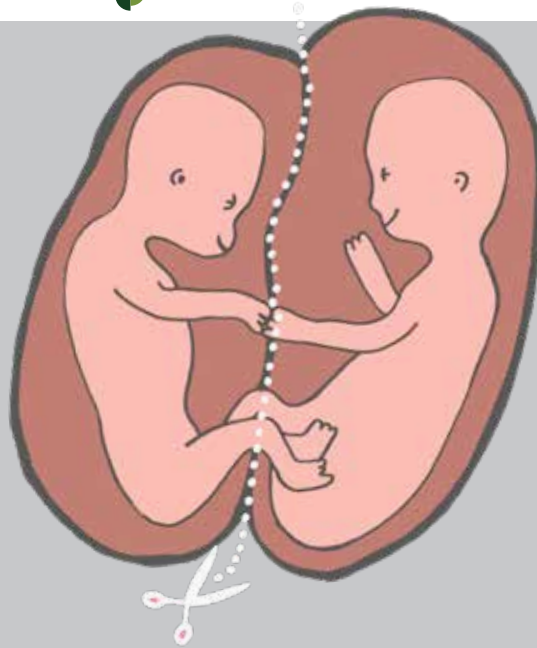
koen for komplikasjoner ved abortinngrepet da er økt og at medisinske vurderinger kommer sterkere inn i bildet. Dette siste er også tilfellet ved selektiv abort ved flerlingsvangerskap.» (1)

DET ER FLERE ARGUMENTER FOR NEMNDBEHANDLING

Jeg mener disse argumentene taler for nemndbehandling:

Tvillingabort er å regne som selektivt svangerskapsavbrudd og kan derved vanskelig falle inn under lovbestemmelsen om selvbestemt abort. Man ønsker barn, men det er antall barn som ikke er akseptabelt å bringe frem, ikke selve det å fullføre svangerskapet.

Abort er i utgangspunktet etisk utfordrende



BÅND: Det sterke båndet tvillinger har til hverandre, er et argument i debatten om tvillingabort, mener Per Nortvedt. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

og problematisk, og det må være særlig gode grunner til å ønske svangerskapet fullbyrdet med bare det ene fosteret.

Et annet argument er at det er en risiko for komplikasjoner for det andre barnet ved å abortere det ene. Risikoen varierer fra 6–10 prosent.

Man må også ta hensyn til at tvillinger har relasjoner under svangerskapet og gjennom hele livet. Å frarøve et menneske en bror eller søster man potensielt er så knyttet til, skal det gode grunner til å gjøre.

TO PREMISSE FOR ARGUMENTENE

Argumentet om kvinnens rett til selvbestemmelse kan ikke være en absolutt rett. I og med at det er en annen part som er berørt, det ufødte barnet, må alltid kvinnens og familien rett til selvbestemmelse og derved familieplanlegging balanseres mot det ufødte barnets rett til å leve.

Nåværende abortlov er en pragmatisk løsning på dilemmaet mellom selvbestemmelse for kvinnen og rett til liv for barnet. Loven av 1978 tar hensyn til at fosteret har en gradvis økende moralsk status og derved anerkjent menneskeverd gjennom svangerskapet, helt opp til barnet ansees å være levedyktig, da det tilkjennes fulle rettigheter og abort ikke lenger er tillatt. Det er veldig få som mener at man har rett til å avbryte et svangerskap på et levedyktig foster, selv om noen også har prøvd å forsvare en slik rett (2).

MORALSKE INTUISJONER

Abort er et uløselig moralsk dilemma der man søker å finne en balanse mellom rett til liv for den ene parten og rett til autonomi for den andre. Vi har sterke moralske intuisjoner mot å ta liv, og dette gjelder også i situasjoner hvor man skal ta livet av det ene fosteret og la det andre leve. Særlig gjelder

dette tvillinger som også biologisk er så nært knyttet til hverandre, i fosterstadiet og vanligvis gjennom hele livet. Jeg kan vanskelig tenke meg at den gjenlevende tvilling ikke en eller annen gang blir kjent med at han eller hun kunne ha hatt en bror eller søster som ble abortert bort. Hvordan ville en slik kunnskap virke på den gjenlevende bror eller søster?

Ingen av argumentene i denne debatten er uttømmende eller fullstendig overbevisende. Likevel mener jeg at argumentene for å innskrenke retten til tvillingaborter er i tråd med sterke moralske intuisjoner om særlig sårbare individers rett til beskyttelse ved at visse moderate hindringer settes ved den gravides rett til selvbestemmelse. ●

Til informasjon: Forfatteren er selv enegget tvilling og har personlig kjennskap til nære bånd mellom tvillinger.

REFERANSER

1. Pedersen R. Om fosterreduksjon. Dagens medisin, 2 november. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/02/11/om-fosterreduksjon/> (nedlastet 30.03.2019).
2. Giubilini A, Minerva F. After-birth abortion: Why should the baby live? Journal of Medical Ethics 2011;39(5):261–63.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Gulsott er et vanlig fysiologisk funn hos nyfødte, men høye bilirubinverdier og risikofaktorer hos barnet kan føre til invaliderende hjerneskade. Gulsott er ufarlig for de fleste. Derfor er det lett å overse de få nyfødte som kan få alvorlig skade.

I de siste 5–10 årene har man sett to tilfeller av kjerneikterus i Norge. Oppfølgingen av det nyfødte barnet svikter etter utskrivning. Derfor minner jeg her om de viktigste poengene som gjelder risiko og oppfølging av nyfødte med gulsott.

NØKKELORD:

► Barnesykdom ► Nyfødt
► Gulsott

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.77075

Gulsott hos nyfødte kan være farligere enn du tror

Helsepersonell må vite om risikofaktorene og ta bekymringsmeldinger fra foreldre på alvor.

Hver dag blir nyfødte barn i Norge undersøkt og behandlet for gulsott. Hvis vi går ut fra at omkring 5 prosent av friske, nyfødte barn på barselposter og 25 prosent av dem som er innlagt på en nyfødtavdeling, får fototerapi under oppholdet, er det over 4000 hvert år som får behandling for gulsott (1).

Enda flere nyfødte blir undersøkt og testet, men fordi bilirubinverdiene deres (TSB, total serumbilirubin eller TcB, transkutan bilirubin) er under grensene som defineres i de norske retningslinjene, trenger de ikke behandling (2).

Med utgangspunkt i norske tall (1) har jeg regnet ut at det gis mer enn 40 000 timer fototerapi hvert år på norske nyfødtavdelinger. Vi kjenner ikke tallene for varigheten av lysbehandling ved norske barselavdelinger, men det er rimelig å anta 2,5 døgn i snitt for hvert behandlet barn. Det tilsvarer 160 000 timer per år.

Med en såpass betydelig behandlingsinnsats er det ikke urimelig at noen spør hva man får igjen for innsatsen i arbeid og penger, hva det betyr at barnet er atskilt fra moren under behandlingen, og hvorvidt det er noen farlige bivirkninger av behandlingen.

LITE GRUNNLAG FOR EVIDENS

I en tid da evidensbasert medisin er det ideelle grunnlaget

FORFATTER


Thor Willy Ruud Hansen
Professor emeritus, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

for vår behandling av pasientene, er det beklemmende å innrømme at grunnlaget for behandlingsgrensene er spinkelt, i hvert fall målt med vår tids standard. Dessverre vil det aldri bli mulig å gjøre randomiserte undersøkelser for å finne svarene.

Grunnene til dette er flere: Kjerneikterus er svært sjelden, bare 1:600 000 i Norge i perioden 2005–2014 (1). Det ville krevet randomisering av flere hundre millioner barn, noe som rent praktisk er umulig. En annen grunn er at det varierer hvor sårbare barn er med tanke på bilirubinvirkningene på hjernen. En tredje årsak er at vi har begrenset kunnskap om disse forholdene.

Sist, men ikke minst, å gjøre en slik undersøkelse når det eneste målbare resultatet er barn med hjerneskade, som kunne vært unngått, er selvfølgelig etisk helt utenkelig. Hvis vi kunne finne en måte å måle hvorvidt hjernepåvirkningen nærmet seg et farepunkt, ville det kanskje sett annerledes ut.

KJERNEIKTERUS

Kjerneikterus innebærer en varig skade av hjernens basalganglier og enkelte hjernenervekjerter. Tilstanden oppstår når bilirubin trenger inn i hjernen ved uttalt hyperbilirubinemi, ofte kombinert med risikofaktorer som gjør blod–hjerne-barrieren mer gjennomtrengelig og/eller hjernevevet mer sårbart.

Jeg kjenner til to tilfeller av kjerneikterus i Norge siden



LYSBEHANDLING: Hvert år behandles anslagsvis 4000 nyfødte for gulsott. Nyfødtgulsott er en normaltstand hos de fleste, men det er viktig å være oppmerksom på risikofaktorer. På bildet får en nyfødt baby fototerapi med blått UV-lys. Illustrasjonsfoto: Nikolai Okhitin / Mostphotos

årtusenskiptet. Det ene er publisert, og det andre kjenner jeg bare av omtale (3). Dessuten er det beskrevet noen få tilfeller der barn ble lagt inn på sykehus med ekstrem gulsott og tegn på akutt bilirubinpåvirkning av hjernen, men der barna ble berget med raske og aggressive behandlingstiltak (4).

Felles for disse barna, og for flertallet av barn med kjerneikterus, er at de var utskrevet fra sykehuset, og bekymringsmeldinger fra foreldrene til helsepersonellet ble ikke tatt på alvor. Dette er nettopp beskrevet av Rennie og medarbeidere i England (5).

RISIKOFAKTORER

Alle ansatte på barsel- og nyfødtavdelinger i Norge har derfor en felles utfordring når det gjelder gulsott hos nyfødte: å huske på at selv om nyfødtgulsott er en normaltstand hos de fleste, finnes det ganske mange barn med tilleggskjennetegn som ikke er normale. Disse risikofaktorene ser vi som regel ikke utenpå barnet.

De viktigste risikofaktorene er listet under punkt 1 i faktaboksen. Alle vi som stiller med nyfødte på barsel- og nyfødtposter, må kunne denne lille listen på rams. Punktet som det trolig er lettest å overse, er punkt 1d, familiehistorien. Familiehistorien finnes ikke alltid i journalen, og da må vi spørre foreldrene.

Et forslag som kanskje kan diskuteres på møter på de ulike barselpostene, er å ha listen eller hele faktaboksen

hengende lett synlig der man undersøker barnet før utskrivningen, og der man gir lysbehandlingen.

TIDLIG UTSKRIVNING

Det blir stadig vanligere å skrive ut mor og barn tidlig fra barsel- og fødeavdelingen. Diskusjonen om tidlig utskrivning skal jeg ikke ta her. Jeg vil heller minne om at når barnet blir skrevet ut fra sykehuset etter ett til to levedøgn, har vi flyttet den viktigste delen av omstillingsprosessen som gjelder bilirubin og gulsott, til hjemmet.

I hjemmet ser helsepersonellet ikke lenger barnet, noe som betyr at vi må ha en veldig lav terskel for å ta bar-

«Risikofaktorene ser vi som regel ikke utenpå barnet.»

net inn igjen på sykehuset til vurdering dersom foreldrene kontakter oss med spørsmål.

På side 2 i det norske bilirubinskjemaet sies dette veldig tydelig: «Foreldre som ringer og er bekymret for at et nyfødt barn har gulsott og samtidig er slapp eller spiser dårlig, skal få beskjed om å komme direkte til barsel-/nyfødtposten. Det skal ikke gis råd per telefon som fører til forsinkelser, og helsestasjonen skal ikke involveres i dette.» (6)

Jeg er fristet til å si at vi burde stryke «slapp eller spiser dårlig» fra skjemaet, fordi det innebærer at både

Nøkkelpunkter i nasjonale retningslinjer for gulsott hos nyfødte

1. Risikofaktorer å tenke på ved utskrivning:

- synlig gulsott i første levedøgn
 - blodgruppeuforlikelighet
 - afrikanske og østasiatiske barn
 - familiehistorie for gulsott eller hemolytisk sykdom
 - gestasjonsalder <37 uker
 - fraktur eller større hematomer
 - hjemreise før 72 timer
- Vurder risikoen for at barnet kan utvikle gulsott etter utskrivning. Ta eventuelt prøver, transkutanmåling (TcB) eller blodprøve-TSB og plott på gulsottskjemaet, planlegg oppfølging og kontroll,

og gi foreldrene informasjonsbro-sjyren.

2. Når foreldrene ringer etter utskrivningen og er bekymret for gulsott:

Alle skal få beskjed om å komme rett til avdelingen eller posten for vurdering av gulsotten og barnets tilstand.
Ingen utsettelse til neste dag eller andre råd/forslag som forsinket.
Ingen henvisning til helsestasjon eller fastlegen.
Hvis barnet ved ankomsten er lett eller moderat ikterisk:

Ta TcB eller TSB, og plott resultatet på gulsottskjemaet.
Vurder og planlegg videre oppfølging eller behandling ut fra hvor barnets verdi ligger i forhold til behandlingsgrensen.

3. Hvis barnet ved ankomsten er veldig ikterisk og/eller har neurologiske symptomer eller tegn:

Barnet legges *straks* i intensiv fototerapi (*ikke vent på prøvetaking eller prøveresultater*).
Tilkall barnelege eller lege for snarlig undersøkelse og vurdering.

4. Selv ved tegn på akutt hjernepåvirkning kan tilstanden noen ganger reverseres ved intensiv fototerapi,

eventuelt supplert med intravenøst immunglobulin hvis det er holdepunkter for blodgruppeuforlikelighet. Utskiftningstransfusjon bør nesten *alltid* utføres for å oppnå raskest mulig reduksjon av TSB. Lysbehandling bør fortsette helt frem til en eventuell utskiftning begynner og kan gjerne fortsette med lysmatte eller -vest også under prosedyren.

foreldrene og helsepersonellet må utøve et skjønn som kan bli helt galt.

FEIL OG FARLIGE RÅD

Dessverre har flere foreldre fortalt meg at når de har ringt til sykehuset, har de fått svar som har ført til forsinket reinnleggelse av barnet. Forsinket reinnleggelse av barnet går også igjen som en feil i den ferske engelske undersøkelsen som er nevnt tidligere (5).

Min erfaring er at foreldrene får slike klassiske svar når de melder sin bekymring om barnet til helsepersonellet: «Gulsott er ikke noe å bekymre seg for», «dagslys og hyppige måltider vil hjelpe» eller «det holder å legge barnet i vinduet».

Det er helt sant at gulsott som oftest ikke er noe å bekymre seg for, og at hyppige måltider over tid vil kunne bidra til å redusere gulsotten, *men du kan ikke vite om det er sant for akkurat dette barnet når du ikke ser barnet selv.*

Det er riktig at sollys under kontrollerte betingelser kan avhjelpe gulsott, men lysforholdene i norske vinduer er så uforutsigbare og variable at et slikt råd ikke bare er unyttig, men direkte farlig. I Norge har vi hatt nasjonale retningslinjer for behandling av gulsott hos nyfødte siden 2006 (2), og retningslinjene ble sist revidert for et par år siden (6).

VEILEDNINGSSKJEMA

Skjemaet «Norsk veileder for behandling av gulsott hos nyfødte» består av en forside med en grafisk framstilling av grensene for behandling og en bakside med tekst som forklarer bakgrunn og detaljer for teksten på side 1 (6).

Alle som skal ha ansvaret for nyfødte ved norske barsel- og nyfødtposter, må kjenne dette skjemaet. Det vil si at de må forstå hvordan de skal føre inn TSB-verdier på side 1 og ha lest og må kunne innholdet på side 2 i skjemaet, slik at de har en klar forståelse for hva vi som undersøker og behandler barna, gjør og hvorfor vi gjør det.

Da skjemaet sist ble revidert, supplerte arbeidsgruppen i Norsk barnelegeforening hovedskjemaet med tre dokumenter

som gir grundigere forklaringer om diagnostikk og behandling generelt:

- Gulsott hos nyfødte – diagnostikk og behandling
- Gulsott som varer >2 uker og morsmelkassosiert gulsott – diagnostikk og behandling
- Gulsott og blodgruppeimmunisering, intravenøst immunglobulin og utskiftningstransfusjon

På nettsiden der skjemaet ligger, finnes også lenke til en informasjonsbrosjyre for foreldrene. Brosjyren er skrevet både på norsk og engelsk (6).

VIKTIG VED ALVORLIG GULSOTT

De aller fleste barn som i dag rammes av kjerneikterus i vår del av verden, har vært skrevet ut fra en barsel- eller nyfødtavde-

«Flere foreldre har fortalt meg at når de har ringt til sykehuset, har de fått svar som har ført til forsinket reinnleggelse av barnet.»

ling og legges inn igjen med alvorlig gulsott. Det viser hvor viktig det er at helsearbeidere i Norge har klare regler for å

- vurdere barnets risiko for alvorlig gulsott *før* barnet skrives ut (se punkt 1 i faktaboksen),
- ha lav terskel for å ta barn som er skrevet ut, inn igjen til vurdering, og
- fjerne alle faktorer som lager forsinkelser ved mottak og eventuell behandling.

Dersom et barn kommer tilbake til vurdering og viser seg å ha alvorlig gulsott, spesielt hvis barnet har neurologiske tegn på hjernepåvirkning som kramper eller bakoverbøyd rygg og nakke (opistotonos) er det viktig å handle raskt (se punkt 3 i faktaboksen over).

Det første du må gjøre, er å kle barnet helt nakent og straks legge det i lyskasse. Hvis lysstyrken kan justeres, setter du den på høyeste styrke og senker lyskilden nærmest mulig barnet, gjerne ned til 10–20 cm. Det er viktig med høy lysstyrke og



«Behandle først,
så ta blodprøve!»

lyskilden nær barnet fordi lyset begynner å virke med én gang og omdanner bilirubinmolekylet til vannløselig form.

Deretter må du straks tilkalle vakthavende barnelege og samtidig bestille blodprøve til TSB.

NB! Du skal *ikke* vente på TSB-resultatet før behandlingen starter – *behandle først, så ta blodprøve!*

Mens sykepleieren venter på lege og bioingeniør, sjekker vedkommende svangerskaps- og fødejournalen for opplysninger om morens og barnets blodgrupper, direkte antiglobulintest (DAT), andre prøver på blodgruppeuforlidelighet og ytterligere risikofaktorer (se punkt 1 i faktaboksen over).

Hvis opplysninger om blodgruppe og DAT mangler, må disse testene tas samtidig med TSB-prøven. Det er viktig å fortsette med intens lysbehandling frem til prøvesvar og andre opplysninger foreligger og legen som har undersøkt barnet, kan ta stilling til videre behandling og prøvetaking. 🍀

REFERANSER

- Mreihil K, Benth JS, Stensrud HJ, Nakstad B, Hansen TW, the Norwegian NICU Phototherapy Study Group, et al. Phototherapy is commonly used for neonatal jaundice but greater control is needed to avoid toxicity in the most vulnerable infants. *Acta Paediatr.* 2018;107(4):611–9. DOI: 10.1111/apa.14141.
- Brattid D, Nakstad B, Hansen TW. National guidelines for treatment of jaundice in the newborn. *Acta Paediatr.* 2011;100(4):499–505 DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.02104.x.
- Smerud O-J, Solevåg AL, Hansen TW, Grønn M. 14 dager gammel gutt med gulsott og apnoeanf. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2015;135:2167–70.
- Hansen TW, Nietsch L, Norman E, Bjerre JV, Hascoet JM, Mreihil K, et al. Reversibility of acute intermediate phase bilirubin encephalopathy. *Acta Paediatr.* 2009;98(10):1689–94. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01409.x.
- Rennie JM, Beer J, Upton M. Learning from claims: hyperbilirubinaemia and kernicterus. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2019;104(2):F202–4. DOI: 10.1136/archdischild-2017-314622.
- Norsk barnelegeforening. Norsk veileder for behandling av gulsott hos nyfødte [internett]. Oslo: Den norske legeforening; april 2016 [oppdatert 18.05.2016, sitert 06.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Nasjonale-retningslinjer-og-prosedyrer/Norsk-veileder-for-behandling-av-gulsott-hos-nyfodte/>.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.
Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
18–21 NOVEMBER 2019

Member of  MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

**MEDICA 2019 –
Always
a heartbeat
ahead!**



Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Susanne Hawkins
Tel. +47 22 12 82 31
hawkins@handelskammer.no _ www.handelskammer.no


Messe
Düsseldorf



BARSELOMSORG: Mange kvinner føder ved hjelp av keisersnitt. Noen kan ha en vanskelig barseltid, og det er viktig at jordmødrene er klar over hva kvinnene trenger. Illustrasjonsfoto: Irina Schmidt / Mostphotos

FORFATTERE

Monica Nilsen Mørch
Jordmor, Kvinneklinikken
Helse Bergen

Eva Sommerseth
Førsteamanuensis, Senter for
kvinne-, familie- og barns helse,
Universitetet i Sørøst-Norge

Bente Dahl
Førsteamanuensis, Senter for kvinne-,
familie- og barns helse,
Universitetet i Sørøst-Norge

NØKKELOORD

- ▶ Barselomsorg
- ▶ Akutt keisersnitt
- ▶ Pasientsikkerhet
- ▶ Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.76793

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I Norge og andre europeiske land er kvinner mindre tilfredse med barselomsorgen enn med svangerskaps- og fødselsomsorgen. Barselomsorgen i Norge er i endring med få liggedøgn på sykehus, også for kvinner som har gjennomgått et keisersnitt.

Hensikt: Å undersøke hvordan kvinner erfarte at deres fysiske helse ble ivaretatt på barselavdelingen etter akutt keisersnitt.

Metode: Kvalitativ studie med et tilgjengelighetsutvalg bestående av ti kvinner som fødte med akutt keisersnitt. Vi foretok semistrukturerte, individuelle intervjuer og analyserte datamaterialet med systematisk tekstkondensering.

Resultat: Analysen resulterte i fire temaer: erfaringer med å være nyoperert mor, opplevelse av kontinuitet og jordmors tilstedeværelse, betydningen av kunnskap og god informasjon samt partnerens tilstedeværelse.

Konklusjon: Studien viser at kvinner som har født med akutt keisersnitt, erfarte at den fysiske helsen kunne bli dårlig ivaretatt på barselavdelingen.

Barselerfaringer etter akutt keisersnitt

Kvinnene som fødte med keisersnitt, nedprioriterte ofte sine egne plager, følte seg mye alene og fikk uvurderlig hjelp fra partneren.

Mange kvinner i Norge starter barseltiden sin som nyoperert mor. I 2017 skjedde 16 prosent av alle fødsler i Norge ved hjelp av keisersnitt, og 65 prosent (5870) av disse var akutte (1). Keisersnittfrekvensen i Norge er likevel blant de laveste i den vestlige delen av verden (2).

Fra 1960-tallet har nybakte mødre i økende grad fått ansvar for barnet på barselavdelingen, samtidig som rutinemessige observasjoner og tiltak er redusert (3). Utviklingen er en konsekvens av synet på fødsel som en normal prosess, men også av helsetjenestens ønske om å prioritere mer alvorlig syke pasienter (4).

Lengden på barseloppholdet i Norge etter en normal fødsel er gjerne to til tre dager, og det er ønskelig med tidlig hjemreise (5). Melding til Stortinget nr. 12, «En gledelig begivenhet», pekte på behovet for systematisk å innhente brukererfaringer og informasjon fra fagpersonell for å få kunnskap om områder av barselomsorgen som bør forbedres (4).

I den nasjonale undersøkelsen «Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen» fra 2016 fant man at kvinner rapporterte om de minst positive pasienterfaringene fra barseloppholdet (6). Hele 19 prosent av kvinnene oppga at de «ikke i det hele tatt» eller «i liten grad» hadde fått tilstrekkelig informasjon om sin egen fysiske helse etter fødselen, mens 27 prosent svarte at de «i noen grad» hadde fått tilstrekkelig informasjon (6).

Mulige komplikasjoner

Et keisersnitt kan medføre komplikasjoner som endometriose, emboli (7) og

infeksjoner i operasjonssåret. Det er hyppigere behov for reinnleggelse på sykehus etter keisersnitt enn etter vaginal fødsel (8, 9), spesielt for kvinner som har gjennomgått et akutt keisersnitt (10). Alle formene for keisersnitt er relatert til redusert helse og livskvalitet sammenliknet med spontane vaginale fødsler (11).

Studier beskriver misnøye og mangler i oppfølgingen av kvinnen i barseltiden på sykehus (9, 12–14) og peker på at barselomsorgen er et nedprioritert område som har lavere status enn

«**En deltaker følte seg som en urkvinne som trosset smertene for å ta seg av barnet.**»

fødselsomsorgen blant helsepersonell (13). Ifølge Fenwick og medarbeidere (15) kan kvinner som føder med akutt keisersnitt, ha en vanskelig barseltid. Mange føler at de får for lite fysisk hjelp på sykehuset.

Hensikten med studien

Vi er klar over at helsebegrepet inkluderer både fysiske og psykiske aspekter, og at det er kulturelt og historisk betinget. Derfor er det utfordrende å skille mellom fysisk og psykisk helse etter et keisersnitt hvor kroppslige utfordringer og eksistensielle opplevelser er tett sammenvevet.

Det er likevel hensiktsmessig for å fremskaffe kunnskap om hvordan kvinner opplever at deres fysiske helse blir ivaretatt etter et akutt keisersnitt

ettersom et keisersnitt gir høyere risiko for fysiske komplikasjoner. Hensikten med studien vår var derfor å undersøke hvordan kvinner erfarte at deres fysiske helse ble ivaretatt på barselavdelingen etter akutt keisersnitt.

METODE

Design og utvalg

Vi valgte et kvalitativt design for studien da dette designet er velegnet for å belyse kvinnenes erfaringer (16, 17). Vi rekrutterte et tilgjengelighetsutvalg (convenience sample) (16) bestående av ti kvinner ved hjelp av sosiale medier. Kvinner som ønsket å delta, tok selv kontakt med førsteforfatteren og ble rekruttert fortløpende. Oppslag på helsestasjoner i en kommune resulterte i noen henvendelser, men disse kvinnene ble ikke inkludert da forespørslene kom for sent i studiens forløp.

Vi inkluderte kvinner som hadde født ved hjelp av akutt keisersnitt i perioden 2014–2016 og hadde tilbrakt første del av barseltiden på sykehus. Kvinnene var i alderen 27 til 40 år, og alle var gift eller samboer på fødselstidspunktet. Ni kvinner var etnisk norske og en var ikke-vestlig. Alle hadde høyere utdanning. Sju kvinner var førstegangsfødende, mens tre var andregangsfødende med et tidligere akutt keisersnitt.

Vi gjennomførte individuelle semistrukturerte intervjuer (17) fra oktober til november 2016. Seks av deltakerne valgte å bli intervjuet i eget hjem og fire på et møterom på et offentlig bibliotek. Intervjuene varte fra 20 til 76 minutter (40 minutter i gjennomsnitt). Fem av kvinnene hadde spedbarnet sitt til stede under intervjuet, og en hadde sin partner til stede i 5 minutter.

Vi benyttet en intervjuguide og innledet intervjuene med et åpent spørsmål der kvinnen ble bedt om å beskrive overflyttingen fra oppvåkningsavdelingen til barselavdelingen. Videre omfattet intervjuguiden et spørsmål om hva som skjedde da det ble bestemt å gjøre akutt keisersnitt. Disse åpne spørsmålene viste seg å være en god måte å få samtalen i gang på.

Intervjuguiden omfattet også spørsmål om hvordan kvinnene fikk hjelp til personlige hygiene, mobilisering, smertelindring og oppfølging av operasjonsår. Etter det første intervjuet la vi til temaer som omhandlet partnerens betydning og oppfølging fra jordmoren. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert ordrett.

Dataanalyse

To av forfatterne analyserte materialet ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC, systematic text condensation), som er en tverrgående tematisk analysemetode bestående av fire trinn (16). Vi startet analysen med å lese alle intervjuene for å få et helhetsperspektiv og finne foreløpige temaer i teksten.

I trinn to identifiserte vi meningsbærende enheter og organiserte dem i kodegrupper. Vi tok deretter for oss en kodegruppe av gangen, sorterte innholdet i undergrupper som representerte ulike nyanser ved fenomenet, og kondenserte disse. Til slutt sammenfattet vi kondensatene til en analytisk tekst for hver kodegruppe og føyde til gode sitater som belyste teksten.

Etiske overveielser

Prosjektet ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen (18). Kvinnene fikk tilsendt skriftlig informasjon om studien på forhånd, de signerte samtykkeerklæring før intervjuene ble gjennomført, og ble informert om at de hadde mulighet til å trekke sin deltakelse frem til datamaterialet var ferdig bearbeidet uten å oppgi grunn.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte at studien falt utenfor helseforskningslovens virkeområde (REK-nummer 2016/1105). Studien ble godkjent av

Norsk senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 49227). Kommunen godkjente oppslag på helsestasjonen.

RESULTATER

Analysen resulterte i fire temaer: erfaringer med å være nyoperert mor, opplevelsen av kontinuitet og jordmores tilstedeværelse, betydningen av kunnskap og god informasjon, og partnerens tilstedeværelse.

Erfaringer med å være nyoperert mor

Kvinnene beskrev ulik grad av smerte etter keisersnittet. En kvinne som hadde gjennomgått et tidligere keisersnitt, fortalte at smertene var mer skremmende første gangen fordi hun da hadde vært redd for at såret skulle gå opp. En annen lå våken om natten tre døgn

«For jeg tror ikke vi så dem omtrent på 24 timer. Det var ingen som var innom.»

Informant

etter operasjonen og følte seg som en misbruker da jordmoren sa at hun ikke lenger burde ha behov for morfin.

Noen var så opptatte av barnet at de ikke merket smertene før de ble overveldende, og én deltaker følte seg som en urkvinne som trosset smertene for å ta seg av barnet. For andre førte smertene til hjelpeløshet, slik at de ble ute av stand til å ta seg av barnet.

Kvinnene fortalte om et stort behov for søvn, hvile og avlastning. For mange var det viktig med familierom for å få tilstrekkelig søvn og hvile, mens andre valgte å reise hjem for å få dekket behovet. Muligheten for å få avlastning av personalet var avgjørende, og det var viktig for dem å ha overskudd når de reiste hjem.

Kvinnene fortalte om lykkefølelse når operasjonen var overstått og alt var gått bra. Samtidig opplevde de at barselpersonalet «glemte» dem og deres situasjon og utelukkende fokuserte på amming og ammehjelp. En kvinne beskrev det slik:

«Og når hun ikke var på jobben, hun veldig hyggelige, så var vi liksom ferdig med det. Da var det liksom ammingen som var i fokus. Det synes jeg jo folk var veldig opptatte av! Men det var liksom ikke mer fokus på meg.» (Intervju 4)

Opplevelsen av kontinuitet og jordmores tilstedeværelse

Noen av kvinnene beskrev barselpersonalet som positive og tilgjengelige, og det var lett å ringe på for å be om hjelp. En deltaker opplevde at jordmoren passet spesielt godt på henne den første dagen og hjalp henne med stell og mobilisering, slik at hun følte seg trygg og ivaretatt. Andre fortalte at jordmødrene motiverte og presset dem litt til å være oppe, og de opplevde dette som positivt.

Oppfølgingen fra jordmoren var tett den første dagen, for så å avta. For de fleste ble det sett på som naturlig, men én kvinne syntes det var vanskelig. Hun følte seg stadig sykere, men personalet oppfattet smertene hennes som luft smerter. To dager etter hjemreisen ble hun reinnlagt med komplikasjoner. Komplikasjonene var ikke blitt oppdaget av barselpersonalet, og blodtrykk og temperatur var heller ikke blitt kontrollert under oppholdet.

Kvinnene fortalte også om mangelfull oppfølging, og noen lå mange timer uten tilsyn etter overflytting fra oppvåkningsavdelingen. De syntes det var vanskelig å forstyrre personalet unødige når det var travelt. Noen opplevde at personalet ikke hadde tid til å hjelpe når de ringte på, og de savnet at jordmødrene kom inn på eget initiativ.

Det var forvirrende stadig å skulle forholde seg til nye jordmødre og ikke vite hvem som hadde ansvaret for dem, og derfor prøvde de å klare seg selv. En førstegangsfødende som reiste hjem etter to dager, beskrev savnet av tilstedeværende personale på denne måten:

«Kanskje litt mer tilstedeværelse? At man ikke trenger å spørre hele tiden, men at de tok seg en tur innom og så at alt var greit. Jeg følte kanskje at man ble litt overlatt til seg selv, og at det er vanskeligere å oppnå kontakt enn om

de hadde kommet inn og spurt. For jeg tror ikke vi så dem omtrent på 24 timer. Det var ingen som var innom.» (Intervju 3)

Betydningen av kunnskap og god informasjon

Når kvinnene ble informert om hva som skulle skje, opplevde de trygghet, og det ble enklere å være fysisk aktiv. De understreket imidlertid at det ga trygghet når de ulike jordmødrenes informasjon samsvarte. Én kvinne fortalte at hun kun fikk informasjon om mobilisering gitt av fysioterapeut. Andre gikk glipp av denne informasjonen fordi det var helg, eller fordi de var opptatt når fysioterapeuten kom innom.

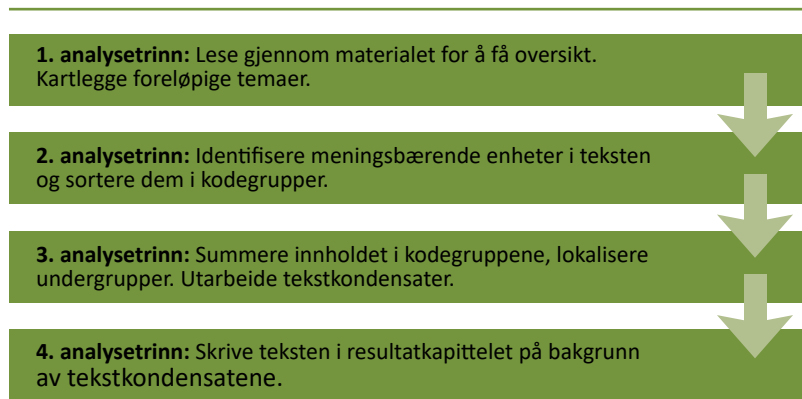
Kvinnene savnet informasjon om hvordan de skulle håndtere operasjonssår og bandasjeskift etter hjemreisen, og noen syntes det var merkelig at de måtte ta mye ansvar for medisinering mens de var innlagt på barselavdelingen. De fikk utdelt en døgndose med medisiner og måtte etterspørre medisiner når glassene var tomme. De spurte seg selv om jordmødrene hadde kontroll på medisinene.

Én kvinne savnet informasjon om hvorfor hun ikke lenger fikk blodfortynnende sprøyter, en annen beskrev at personalet glemte å sende med henne resept på medisiner som hun skulle fortsette å ta etter hjemreisen. Da hun fikk store hevelser i bena, relaterte hun det til den glemte medisinen og fikk dødsangst.

Keisersnittet kom helt uventet for de fleste førstegangsfødende kvinnene, og de beskrev hvordan de hadde hoppet over kapitlet om keisersnitt da de forberedte seg til fødselen. Dette sykehusoppholdet var også det første møtet med sykehuset for flere av kvinnene, og noen følte at de befant seg i en morfinboble som gjorde det vanskelig å ta inn all informasjonen som ble gitt. De beskrev at det var nødvendig at personalet gjentok informasjonen:

«Det er lett å glemme at kanskje er dette liksom nesten den eneste gangen noen er innom helsevesenet. Kanskje hadde man trodd man skulle føde helt vanlig, og så plutselig er du operert.

Figur 1. De fire analysetrinnene i systematisk tekstkondensering



Figur 2. Oversikt over temaene i studien

Erfaringer med å være nyoperert mor	<ul style="list-style-type: none"> • Viktig med god smertelindring • Behov for søvn og hvile • Euforisk og fokuserer på barnet
Betydningen av kontinuitet og jordmørens tilstedeværelse	<ul style="list-style-type: none"> • Jordmoren var mest tilgjengelig når behovet var virkelig stort • Oppfølgingen fra jordmoren avtar under oppholdet • Uklart hvem som har ansvaret
Betydningen av kunnskap og god informasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Stort informasjonsbehov • God informasjon ga trygghet • Kunnskapsbehov om fysiske konsekvenser av keisersnittet
Betydningen av partnerens tilstedeværelse	<ul style="list-style-type: none"> • Hjelp fra partneren er avgjørende • Å være sammen er positivt for helbredelsesprosessen • Overlatt til seg selv når partneren reiser hjem

Liksom en ekstra greie som en rett og slett kanskje ikke har kapasitet til å ta inn. At en skulle fått en sånn som eldre folk har, ja dosettboks, eller at det er enda tydeligere [...] Og særlig de tingene som er sånn ved behov. For det at, du vet ikke hva behovet er. De smertene. Hva er normalt, og hva er ikke normalt? Det er ikke så lett å vite.» (Intervju 8)

Betydningen av partnerens tilstedeværelse

For et flertall av kvinnene var det trygt at partneren kunne bo med dem på barselavdelingen. De fortalte at det var viktig for dem som par å være sammen siden partneren også hadde gått gjennom mye før barnet ble født. Det var også godt å være to som kunne huske informasjonen fra personalet. Mange

hadde familierom under deler av oppholdet og trakk spesielt frem at det da var lett å be partneren om hjelp til det de ikke klarte å gjøre selv, for eksempel forflytning, henting av mat, barnestell og hjelp med å løfte barnet.

Kvinnene var opptatte av at partnerne burde bli bedre ivaretatt av barselpersonalet, og én deltaker fortalte at ektefellen følte seg uvelkommen når han hentet mat i kantinen. Noen erfarte at når ektefellen reiste fra avdelingen, forventet personalet at kvinnene skulle klare seg selv. Det førte til at oppholdet på barselavdelingen ble så vanskelig og smertefullt for én kvinne at hun reiste hjem for å få nødvendig hjelp.

Ikke alle hadde behov for å ha noen hos seg under barseloppholdet. Noen kvinner syntes det var uproblematisk å be om hjelp fra personalet og opplevde

at de fikk den hjelpen og avlastningen de trengte. Imidlertid vektla mange det at hjelpen fra partneren var så lett tilgjengelig.

Flere trodde de ville ha hatt en annerledes opplevelse av oppholdet på barselavdelingen hvis de hadde vært der uten partneren siden de opplevde at partneren var til større hjelp enn personalet. En kvinne beskrev det slik:

«Jeg er litt sånn, jeg vil ikke være til bry. Men så hadde jeg [...]. De sa rett ut at de glemte oss fordi vi var så selvgående. Men det var kun på grunn av samboeren min. Han fikset alt.» (Intervju 6)

DISKUSJON

Denne studien beskriver ti kvinners barselerfaringer etter akutt keisersnitt. I diskusjonen drøfter vi disse erfaringene i lys av teori om pasientsikkerhet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten definerer pasientsikkerhet slik: «Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (19). Severinsson og medarbeidere påpeker at det er viktig å utvikle en pasientsikkerhetskultur systematisk for å hindre menneskelig lidelse (20).

Pasientsikkerhetskultur er sammensatt av flere undergrupper, som ledelse, teamarbeid, kommunikasjon og læring, og den skal være rettferdig, forskningsbasert og pasientrettet (21). Currie og Richens har undersøkt hvordan jordmødre oppfatter pasientsikkerhetskultur, og fant at pasientsikkerheten kan stå på spill på grunn av press for å få kvinnene raskt gjennom føde- og barselavdelingene (22).

Oppfattet ikke kvinnenes behov

Kvinnene i studien vår beskrev at de hadde behov for hvile, avlastning og tilstrekkelig smertelindring, men opplevde at personalet var mer opptatte av amming enn av deres situasjon. De fortalte at det var vanskelig å løfte barnet opp til seg. Likelydende funn beskrives i Hillans (23) studie, hvor 68 prosent av kvinnene som hadde hatt et akutt keisersnitt, opplevde at det var vanskelig å løfte barnet og bevege seg. De savnet at jordmoren anerkjente disse vanskene.

Det er et tankekors at både jord-

mødrene og kvinnene selv ikke oppfatter kvinnenes fysiske behov. Det at man kaller operasjonen for keisersnitt, kan føre til at personalet vurderer keisersnittet som mindre alvorlig enn det kirurgiske inngrepet det faktisk er (23). En studie viste at det viktigste for kvinner etter keisersnitt er å gjenvinne normaliteten på veien til morsrollen, og det å skjule fysiske behov etter operasjonen er en måte å gjøre dette på (15).

Det er viktig kunnskap for en jordmor å vite at kvinner etter keisersnitt kan nedprioritere sine egne plager. For å

«Noen erfarte at når ektefellen reiste fra avdelingen, forventet personalet at kvinnene skulle klare seg selv.»

ivareta pasientsikkerheten må jordmoren fokusere på kvinnen – hun må være pasientrettet. Retningslinjene for barselomsorgen (5) inneholder ikke et eget avsnitt om kvinner som har født med keisersnitt. De beskriver kun grunnleggende omsorg for barselkvinnen.

Forekomsten av akutte og elektive keisersnitt i Norge er økende. Derfor ville det vært hensiktsmessig også å inkludere en beskrivelse av barselomsorgen til kvinner som har født med keisersnitt for å sikre god oppfølging av denne pasientgruppen. Vi mener det er behov for gode faglige retningslinjer som beskriver barselomsorgen etter keisersnitt.

Var mye alene uten tilsyn

Deltakerne beskrev hvor viktig det er at barselpersonalet er tilgjengelig og gir god omsorg. De erfarte at oppfølgingen var tett den første dagen for så å avta, og de var mye overlatt til seg selv. De syntes det var ubehagelig å forstyre et travelt barselpersonale, og noen følte at helsepersonellet forventet at de skulle klare seg selv når partneren reiste hjem.

Kvinnene med tidligere akutt keisersnitt var generelt mer tilfredse med oppfølgingen de fikk. To av kvinnene

hadde gått til samtale og hadde også en plan for barseloppholdet. Hjalmlhult og Økland (14) fant i sin studie at barselkvinner fikk lite hjelp og praktisk støtte fra personalet, og at kvinnene ikke følte seg sett som et individ. Tilsvarende funn beskrives i andre studier (24–28).

Kvinnene i studien vår fortalte om mange timer uten tilsyn fra barselpersonalet like etter overføringen fra oppvåkningsavdelingen. En deltaker ble attpåtil fortalt at avdelingen var travel, og at personalet hadde glemt henne.

Thorstensson og medarbeidere (25) beskrev i sin studie at både kvinner som fødte vaginalt, og kvinner som fødte med keisersnitt, ble overlatt til seg selv i flere timer uten tilsyn. Dette er foruroligende med tanke på at kvinner som har gjennomgått keisersnitt, har større risiko for komplikasjoner. Samtidig er andelen fødende kvinner med risikofaktorer stigende (29, 30), noe som generelt stiller høyere krav til barselomsorgen.

En deltaker i studien vår følte seg stadig sykere under barseloppholdet, men opplevde at blodtrykket og temperaturen ikke ble målt. Hun reiste hjem i dårlig form og ble reinnlagt etter noen dager på grunn av komplikasjoner. Komplikasjoner relatert til keisersnitt og operative forløsninger er uønskede hendelser som kan true pasientsikkerheten, spesielt når komplikasjonene ikke oppdages før hjemreisen og ansvaret for oppfølging blir overlatt til kvinnen selv og en eventuell partner.

De kliniske retningslinjene til National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oppgir at spreke kvinner tidligst kan skrives ut et døgn etter keisersnitt, men at de frem til utskrivning skal observeres på sykehuset med tanke på komplikasjoner (7). Barselpersonalet må da være tilgjengelig og ha kunnskap om hva de skal observere.

God hjelp og støtte fra partneren

Studier viser at kvinnens tilfredshet med barseloppholdet øker når partneren kan være sammen med henne (26). Vår studie understreker at partneres tilstedeværelse er svært viktig for kvinner som fødte med keisersnitt. Noen deltagere så ikke for seg hvordan de skulle



ha klart seg på barsel uten partnerens hjelp, mens andre reiste hjem for å få tilstrekkelig hjelp og avlastning.

Kvinnenes beskrivelser av hvor viktig det er med hjelp, støtte og omsorg fra partneren, gir inntrykk av at partnerens tilstedeværelse har stor betydning. Pasientsikkerhet bør imidlertid være en del av avdelingskulturen og ikke avhenge av pårørendes tilstedeværelse. Den praktiske hjelpen en pårørende kan bistå med til en nyoperert mor, er imidlertid et viktig argument for å prioritere familierom til disse parene.

Styrker og svakheter ved studien

Alle forfattere er jordmødre med mastergrad eller doktorgrad samt lang erfaring fra føde- og barselavdeling, inkludert fagutvikling. En arbeider fortsatt som klinisk jordmor, mens to arbeider med å utdanne jordmorstudenter. Våre arbeidserfaringer har påvirket vår forståelse av datamaterialet.

Vi benyttet semistrukturerte intervjuer for å få innsikt i kvinnenes erfaringer (16) og tverrgående tematisk analyse for å analysere datamaterialet. Denne metoden var hensiktsmessig og pragmatisk gitt vårt relativt store datamateriale (16), og deltakerne fortalte villig om sine barselerfaringer slik at vi fikk et rikt datamateriale som bidro til å belyse studiens problemstilling.

Tre kvinner hadde erfaringer med mer enn ett keisersnitt. De hadde ingen problemer med å skille mellom keisersnittene, men fortalte om sine erfaringer fra begge operasjonene.

Kvinnene vi rekrutterte, tok kontakt etter å ha sett innlegg på sosiale medier som jordmorkolleger og andre delte med sine nettverk på Facebook. Bruk av sosiale medier og snøballmetoden (16), altså at deltakerne formidlet informasjonen videre til andre aktuelle kvinner, bidro trolig til at utvalget ble noe ensartet, da alle informantene var ressurssterke kvinner med høyere utdanning.

På den annen side er det en styrke for studien at både første- og andregangsfødende kvinner deltok. Inklusjon av flere kvinner med

innvandrerbakgrunn ville styrket studiens eksterne validitet, da noen grupper innvandrerkvinner har økt risiko for akutt keisersnitt (30).

KONKLUSJON

Studien viser at kvinner som har født med akutt keisersnitt, erfarer at deres fysiske helse etter et akutt keisersnitt ikke blir ivarettatt. Selv om barselkvinnene ikke følte noe press for å reise tidlig hjem, erfarte flere at hjelp og støtte fra jordmoren ikke alltid var tilgjengelig i den grad de trengte det. Noen opplevde lange perioder uten tilsyn, lite hjelp når partneren reiste hjem, medisiner som ble glemt, og komplikasjoner som ikke ble oppdaget.

Det er behov for videre forskning på kvaliteten av barselomsorgen på norske sykehus og på hvilke konsekvenser mangelfull oppfølging etter keisersnitt kan ha for moren, barnet og familien.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Keisersnitt utført, standardstatistikk. Medisinsk fødselsregister, 2017. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (nedlastet 02.05.2019).
2. Betrán A, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu A, Torloni M. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. DOI: 10.1371/journal.pone.0148343
3. Venheim MA, Reinart LM. Barselomsorg. I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka*. Oslo: Akribi; 2010. s. 535–46.
4. Meld. St. nr. 12. (2008–2009). En gledelig begivenhet: om sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement; 2009.
5. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien. Oslo; 2013.
6. Sjetne IS, Holmboe O. Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2016 (PasOpp-rapporter). Folkehelseinstituttet. PasOpp-rapport Desember 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/2017/fodsel-og-barsel/brukererfaringer-med-fodsel-og-barselomsorgen-i-2016--nasjonale-resultater.pdf> (nedlastet 21.06.2018).
7. NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Care after caesarean section. 2012. Tilgjengelig fra: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/caesarean-section#pathview%3A/pathways/caesarean-section/care-after-caesarean-section.xml&contentview-node%3Anodes-care-of-the-woman> (nedlastet 20.06.2018).
8. Declercq JE, Barger RM, Cabral JH, Evans JS, Kotelchuck JM, Simon JC, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstetrics & Gynecology*. 2007;109(3):669–77.
9. Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2006;51(4):242–8.
10. Armon BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2007;176(4):475–6.
11. Petrou S, Kim SW, McParland P, Boyle EM. Mode of delivery and long-term health-related quality-of-life outcomes: a prospective population-based study. *Birth*. 2016;44(2): 110–9.
12. Barimani M, Oxelmark L, Johansson SE, Langius-Eklöf A, Hylander I. Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(1):57–65.
13. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2013;58(6):613–21.
14. Hjalnhult E, Økland T. Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden

hjemme med en nyfødt. *Sykepleien Forskning*. 2012;7(3):224–30. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0128

15. Fenwick S, Holloway I, Alexander J. Achieving normality: The key to status passage to motherhood after a caesarean section. *Midwifery*. 2009;25(5):554–63.
16. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
17. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
18. WMA. World Medical Association. Helsinki deklarasjonen 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 20.06.2018).
19. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 [oppdatert 29.01.2019, sitert 15.01.2019]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>
20. Severinsson IE, Haruna M, Rønnerhag M, Berggren I. Patient safety, adverse healthcare events and near-misses in obstetric care – a systematic literature review. *Open Journal of Nursing*. 2015;5:110–22.
21. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(2):156–65.
22. Currie L, Richens Y. Exploring the perceptions of midwifery staff about safety culture. *British Journal of Midwifery*. 2009;17(12):783–90.
23. Hillan EM. Issues in the delivery of midwifery care. *Journal of Advanced Nursing*. 1992;17(3):274–8.
24. Ellberg L, Högberg U, Lindh V. 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*. 2010;26(4):463–8.
25. Thorstenson S, Andersson A, Israelsson S, Ekström A, Wahn EH. To build a bridge between two worlds: Mothers' experiences of professional support at the maternity ward. *Health Care for Women International*. 2016;37(10):1067–81.
26. Barimani M, Vikstrom A. Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*. 2015;31(8):811–7.
27. Hildingsson IM, Sandin-Bojö A-K. 'What is could indeed be better' – Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*. 2011;27(5):737–44.
28. Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmie V. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*. 2010;23(1):10–21.
29. Folkehelseinstituttet. Fakta om fruktbarhet, fødselsalder og helse. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/gravide-og-fodende-kvinnens-helse/fruktbarhet-fodealder-og-helse-fa/> (nedlastet 02.05.2019).
30. Sorbye IK, Daltveit AK, Sundby J, Stoltenberg C, Vangen S. Caesarean section by immigrants' length of residence in Norway: a population-based study. *European Journal of Public Health*. 2015;25(1):78–84.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE



Landsgruppen av helsesykepleiere NSF

LaH NSF har 3900 medlemmer og er stadig voksende.

Medlemskap koster 500 kroner i året. Det er halv pris for studenter og pensjonister. Det viktigste bidraget du gir ved å være medlem, er å støtte opp om LaH NSF's faglige og helsepolitiske arbeid på vegne av barn og unge og deres familier.

Kontingenten går i hovedsak til en frikjøpt leder i 100 prosent stilling og administrasjonskonsulent i 60 prosent stilling. Virksomheten omfatter blant annet

- daglig drift av faggruppen inkludert sentralt styre og 19 lokale grupper
- rigging av NSF's største årlige fagkongress

hvert år, helsesykepleierkongressen

- koordinering av helsesykepleieres bidrag i sentrale arbeidsgrupper og deltakelse på en rekke arenaer
- daglige henvendelser fra helsesykepleiere, samarbeidspartnere, politikere, myndigheter og mediene
- oppfølging av utdannings- og lederutvalg
- helsesykepleieres faglige og samfunnspolitiske stemme i formelle og uformelle møter, høringer med mer
- undervisning og samarbeid med utdanningene
- administrering av nettsider og Facebook

for oppdatert informasjon på fagfeltet Som direkte medlemsgoder får man

- tilhørighet til en lokal faggruppe i fylket
- mulighet til å melde inn saker og delta på Generalforsamlingen og dermed påvirke LaH NSF's satsingsområder
- stemmerett ved valg av styremedlemmer lokalt og sentralt
- mulighet til å nominere helsesykepleiere til årlige utmerkelse
- medlemspris på lokale fagdager og årlig helsesykepleierkongress
- bistand i arbeidet med å skrive fagartikler
- et sted å ta kontakt for råd og veiledning i daglige saker

ANNONSE

Foto: Mario Travani



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser er et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legurutengrenser.no.

Kontonummer: **5005 06 36728**
Vipps til **2177**

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



Hvordan står det til med mor etter keisersnittet?

Det er slitsomt å ta seg av et nyfødt barn. Det er neppe så mye enklere om mor er nyoperert.

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Silje Robinson**

Etter travle vakter på føde- og barselavdelingen kunne jordmor Monica Nilsen Mørch ofte kjenne på et stikk av dårlig samvittighet.

Hun følte det ble for liten tid til barselkvinnene.

– Barsel kan fort bli nedprioritert når det skjer mye på fødestua og du må gå fra situasjon til situasjon, forteller hun.

Fornemmelsen av å ikke ha hatt nok tid til alle nybakte mødre har nå resultert i en masteroppgave. Mørch har, under veiledning fra Bente Dahl, blant annet dybdeintervjuet ti kvinner om deres erfaringer med barselomsorgen etter akutte keisersnitt.

– Jeg har spurt spesifikt om fysisk helse, men her er det jo flytende overganger mellom det psykiske og det somatiske, sier hun.

Forskningsartikkelen om temaet, «Barselerfaringer etter akutt keisersnitt», ble nylig publisert i *Sykepleien Forskning*.

VET IKKE HVA SOM VENTER

Mørch mener mange ikke vet hva de kan forvente, eller hva de selv trenger etter å ha vært igjennom belastningene med både en fødsel og en operasjon.

– Ofte har de hoppet over kapittelet om keisersnitt under fødselsforberedelsene. Man håper og tror jo i det lengste at alt skal gå bra.

Det er gjerne kvinner som har gjennomgått uplanlagte, akutte keisersnitt, som trenger mest

Monica Nilsen Mørch

Jordmor
på Kvinneklubben,
Helse Bergen

Står bak forskningsartikkelen «Barselerfaringer etter akutt keisersnitt» sammen med Eva Sommereth og Bente Dahl ved Universitetet i Sørøst-Norge.

oppfølging på barsel, ifølge Mørch.

Det er derimot, etter hennes erfaring, ikke dem som maser mest.

– Kanskje de rett og slett er for utslitte, spekulerer Mørch.

Før et akutt keisersnitt kan det ha skjedd mye. Forsøk på å gjennomføre en vaginal fødsel kan ha trukket i langdrag. Ofte har kvinnene tilbrakt mange dager på sykehuset uten søvn eller hvile. Kan hende er fødselen blitt igangsatt, noe som gjerne medfører ekstra fysisk belastning.

Til slutt har det hele altså endt i akutt keisersnitt – et kirurgisk inngrep de færreste har forberedt seg på, verken mentalt eller fysisk.

ØKT RISIKO

Ifølge tall fra Medisinsk fødselsregister kom 55 059 barn til verden i Norge i fjor. Av disse ble 4672, det

«Ofte har de hoppet over kapittelet om keisersnitt under fødselsforberedelsene. Man håper og tror jo i det lengste at alt skal gå bra.» Monica Nilsen Mørch

vil si 8,5 prosent, forløst ved hjelp av uplanlagte, akutte keisersnitt.

Studier viser at keisersnitt, planlagt eller ikke, kan øke risikoen for visse typer komplikasjoner, både for mor og barn.

Om keisersnittet må utføres akutt, blir det



dessuten mindre tid til å forberede den fødende på inngrepet og dets konsekvenser.

FORVIRRENDE MED MANGE JORDMØDRE

Fire temaer utkrystalliserte seg i barselkvinnenes svar:

1. erfaringer med å være nyoperert mor
 2. betydningen av kontinuitet og jordmørens tilstedeværelse
 3. betydningen av kunnskap og god informasjon
 4. betydningen av partnerens tilstedeværelse
- Selv om kvinnene i studien gjerne beskrev



OPPFØLGING: En jordmor per vakt med et eksplisitt ansvar for å følge opp barselkvinnene vil kunne skape mye mer trygghet, mener jordmor Monica Nilsen Mørch.

barselpersonalet som positive og tilgjengelige, opplevde flere at den fysiske helsen deres ble dårlig ivaretatt.

Mye av oppfølgingen dreide seg om amming, mens mødrene savnet praktisk informasjon om egen helse, for eksempel håndtering av operasjonssår og bandasjeskift. Flere opplevde at de selv måtte ta ansvar for medisinerings mens de var innlagt.

Stadig nye jordmødre var innoom rommene deres, fortalte informantene, som kunne oppleve det forvirrende å ikke vite hvem som hadde ansvaret.

– Barselkvinnene blir liggende lenge alene og opplever ingen kontinuitet, sier Mørch.

VALGTE Å REISE HJEM

Etter forløsningen kan enkelte være så euforisk opptatt av barnet at de nærmest glemmer seg selv. En av informantene i Mørchs studie skal ha beskrevet hvordan hun kjente seg som en urkvinne og trosset smertene.

For andre var det nærmest motsatt – at egne smerter førte til følelser av hjelpeløshet.

Mørch forteller at en av kvinnene hun intervjuet, valgte å reise hjem etter at partneren hadde dratt.

– Hun følte seg så lite ivaretatt på sykehuset at de tenkte de ville få bedre oppfølging hjemme.

De kvinnene i studien som sa seg mest fornøyd med oppfølgingen i barsel, var de som hadde fått barn ved hjelp av keisersnitt før.

«Barselkvinnene blir liggende lenge alene og opplever ingen kontinuitet.»

Monica Nilsen Mørch

– Jeg vil tro de i større grad visste hva de selv trengte, at de stilte krav og dermed fikk bedre oppfølging, sier Mørch.

NEDPRIORITERING AV BARSEL

Selv har Mørch fartstid fra både rene fødeavdelinger, barselavdelinger, kombinerte avdelinger og observasjonspost.

– Kombinert avdeling har mange fordeler, men som sagt risikerer barselkvinnene fort å bli nedprioritert.

Foruten økt grunnbemanning mener Mørch mye kan bedres gjennom en tydeligere definering av hva som skal observeres hos barselkvinner etter akutt keisersnitt.

Hun tar også til orde for at en jordmor per vakt har et eksplisitt ansvar for å følge opp barselkvinnene, særlig på kombinerte føde- og barselavdelinger.

– Da er det selvsagt også viktig at kvinnene vet hvem denne jordmoren er. Jeg tror det vil kunne skape mye mer trygghet, sier Mørch. ●

FAGGRUPPENE

Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i astma og allergi

Faggruppen samler sykepleiere med interesse for de allergiske sykdommene. Dette er sykdommer som rammer store deler av befolkningen, og de rammer ofte tidlig i livet, noe som bidrar til enorme konsekvenser for samfunnsøkonomien og betydelige konsekvenser for pasientenes livskvalitet.

Selv om sykdomsgruppen er stor, er det få sykepleiere som arbeider kun med allergi. Faggruppen samler derfor allergiinteresserte både fra kommunehelsetjenesten, fra privat spesialistpraksis og fra mange forskjellige avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Faggruppens historie startet i 1990, med første valgte styre i SIGA (Sykepleiernes Interessegruppe for Astma og Allergi) i 1991. Vi ble godkjent som egen faggruppe i NSF i 2006 og har over tid tilpasset både navn, vedtekter og virksomhet i samsvar med NSF's retningslinjer.

Faggruppen har hatt flere store prosjekter innen pasientundervisning. Vi satser sterkt på internasjonalt samarbeid og har knyttet tette bånd til våre søsterorganisasjoner i Norden. Det er stor pågang fra mediene om allergi, og medlemmer over hele landet ut-

taler seg, og fremmer våre saker, i mange kanaler.

Offentlig godkjente sykepleiere kan bli medlem av faggruppen. Som medlem er det viktigste godet at du inngår i vårt fagnettverk, med mulighet til å delta på vårt årlige fagseminar. Du kan også søke om midler til å delta på allergikongresser og hospitering samt til fagutvikling og prosjekter.

Medlemsbrev sendes ut jevnlig. Vi er en liten faggruppe, med i overkant av 100 medlemmer, men vi har et stort samfunnsoppdrag!

ANNONSE

Har du en medarbeider som fortjener heder?



30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– et kvalitetsbevis
MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no

 **NORGESVEL**
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

HOVEDBUDSKAP

En undersøkelse blant 72 helsesøstre (nå helsesykepleiere) viser at det ikke spørres rutinemessig om foreldre utøver vold mot barn. Derimot spørres det ofte ved mistanke, og da indirekte ved at helsesøstre forhører seg om grensesetting og sinnekontroll. De aller fleste av helsesøstrene ønsker seg mer kunnskap og kompetanse om fysiske overgrep mot barn, symptomer og tegn på vold. Undersøkelsen viser også at det er behov for å vite mer om hvordan det skal kommuniseres omkring temaet. *NB: Undersøkelsen ble gjort før tittelen helsesykepleier ble innført. Vi har derfor valgt å benytte helsesøster konsekvent i denne artikkelen.*

NØKKELOORD:

► Barn ► Helsestasjon ► Overgrep
► Tverrsnittstudie ► Vold

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74018

Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold

Vold mot barn er et tema som har fått økt oppmerksomhet, og mange barn utsettes for fysisk vold i oppveksten. Helsesøstre har plikt til å melde fra ved mistanke om fysisk vold mot barn. Flertallet av helsesøstrene mener fysisk vold mot barn kan avdekkes ved at de snakker med alle foreldre om temaet når de er på kontroller med barnet.

Tidligere helsesøsterstudenter ved Universitetet i Sørøst-Norge gjennomførte en undersøkelse blant 72 helsesøstre om i hvilken grad de spør foreldre om de utøver fysisk vold mot barnet sitt og hva som skal til for at helsesøstre kan avdekke slike forhold. Undersøkelsen er foretatt før «Vold, overgrep og omsorgssvikt» ble en del av helsestasjonsprogrammet.

MANGE BARN UTSETTES FOR VOLD

Vold mot barn er et tema som har fått økt oppmerksomhet, og mange barn utsettes for fysisk vold i oppveksten av foreldrene eller andre omsorgspersoner.

Dette er et tabubelagt tema som preges av fortielse, skyld og skam for dem det gjelder, og følgene for barn som utsettes for fysisk vold er alvorlige (1, 2). Barnet befinner seg i en uholdbar omsorgssituasjon som kan føre til utrygghet og redusert helse og livskvalitet (1, 3, 4).

Stortingsmelding nr. 15 definerer fysisk vold som enhver form for fysisk handling som skader eller

FORFATTERE


Elisabeth Holm Hansen. Førsteamanuensis, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, Porsgrunn



Arne Ingebrigtsen
Helsesykepleier, Helsestasjon, Sandefjord kommune



Guri Odnakk
Helsesykepleier, Helsestasjon, Horten kommune



Marte Feiring Sollid
Helsesykepleier, Helsestasjon, Holmestrand kommune



Tonje Sundt-Schwebs
Helsesykepleier, Helsestasjon, Tønsberg kommune

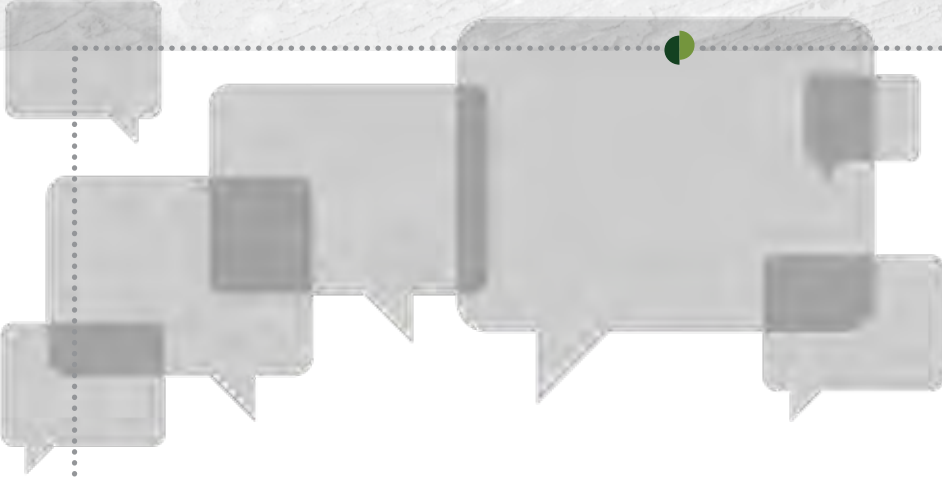
kontrollerer barnet. «Fysisk vold inkluderer et vidt spekter av handlinger fra det å holde, dytte, riste eller klype, via bruk av slag, spark eller våpen til drap» (5).

Tall over hvor mange barn som utsettes for vold og overgrep i Norge er vanskelig å finne. Vold defineres ulikt, og det gjør det vanskelig å sammenlikne forskningsstudier. Det er grunn til å tro at det finnes mørketall fordi mindre barn ikke inngår som primærkilde i eksisterende forskning (2).

MER OPPMERKSOMHET

Det har de siste årene også vært økt oppmerksomhet om plikten ulike samfunnsaktører, deri-

blant helsesøster, har til å melde fra ved mistanke om fysisk vold mot barn. Forebyggede helsearbeid er en lovpålagt oppgave for kommunen (6) og formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode og sosiale miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade (7). Helsestasjonen jobber mot barn fra 0 til 5 år og deres foreldre,



KUNNSKAP OM OVERGREP:
En undersøkelse gjort blant helsesøstre på helsestasjoner viser at det er behov for mer kunnskap og kompetanse om fysiske overgrep mot barn og symptomer og tegn på vold. Illustrasjon: Mostphotos



og helsesøster er en av instansene som skal sørge for at barn mottar den hjelpen de har behov for.

Til tross for meldeplikten er det likevel ikke helsestasjonen som har den største meldingsandelen til barnevernet (8). Etter at denne undersøkelsen ble gjennomført har vold mot barn blitt et eget tema i Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (7). Helsesøstre har derimot vært omfattet av helsepersonelloven som sier at helsepersonell uten hinder av taushetsplikten har opplysningsplikt til barnevernet i saker der det er mistanke om vold eller overgrep mot barn (9).

RESULTAT

I alt 98 spørreskjemaer ble sendt ut til 12 helsestasjoner, og totalt 72 helsesøstre besvarte skjemaene, noe som ga en svarprosent på 73 prosent. Over halvparten hadde arbeids erfaring som helsesøster i mer enn 10 år, mens de resterende fordelte seg ganske likt på 0–5 år og 5–10 år.

Undersøkelsen viste at helsesøstre hadde gode rutiner for å spørre foreldrene om fysisk vold ved mistanke (75 prosent), mens 8 prosent av helsesøstre oppga at de aldri spurte. Av dem som svarte at de alltid spurte, var det flest helsesøstre med mer enn 10 års erfaring, men det var ingen signifikant forskjell i hvilken grad helsesøstre spurte om fysisk vold og hvor lang helsesøstererfaring de hadde.

Helsesøstre som svarte at de «aldri» spurte foreldre

om fysisk vold mot barna, ble bedt om å begrunne svaret i form av gitte svaralternativer. Helsesøstre svarte at vold mot barn var et vanskelig tema å ta opp, at det å spørre ikke inngikk i det anbefalte helsestasjonsprogrammet, og at de var usikre på hvordan de skulle håndtere forhold som eventuelt ble avdekket.

Av dem som svarte «annet», fant vi noen gjennomgående temaer. Helsesøstre tok opp temaet fysisk vold indirekte i forbindelse med «grensesetting», «sinnekontroll» og

«Tall over hvor mange barn som utsettes for vold og overgrep i Norge, er vanskelig å finne.»

«ved mistanke om rus og psykiske lidelser». Det kom ikke frem av svarene om helsesøster spurte direkte om vold. En større andel av helsesøstre med mer enn ti års erfaring var usikre på om vold mot barn kan avdekkes ved å spørre alle foreldre, enn de med mindre erfaring. Det var derimot ikke signifikante forskjeller mellom gruppene med ulik helsesøstererfaring.

28 prosent av helsesøstre svarte at det var viktig å spørre om fysisk vold ved første møte med foreldrene, altså ved hjemmebesøk. 15 prosent mente helsesøster bør spørre ved alle konsultasjoner, og svært få mente at det ikke var nødvendig å spørre i det hele tatt. 56 prosent krysset av på «annet». Svarene fra helsesøstre under «annet» var konkrete

forslag, og alle ble samlet i kategorier som vist i tabell 2.

Hva helsesøstrene vektla som viktige faktorer for å avdekke fysisk vold, fordelte seg jevnt som vist i tabell 3.

De som krysset av for «annet», etterlyste tiltaksplan og retningslinjer for å følge opp det som ble avdekket.

Om variabelen «opparbeidet tillit hos foreldrene» var en viktig faktor for å avdekke fysisk vold hos barn, var det signifikante forskjeller mellom helsesøstre og ulik arbeids erfaring. For dem med minst og lengst helsesøstererfaring, var dette ansett som viktig (71 prosent og 65 prosent), mens i gruppen 5–10 år var det en tredel som anså opparbeidet tillit hos foreldre som viktig for å avdekke vold hos barn.

Undersøkelsen viste at 82 prosent av helsesøstrene mente de hadde behov for mer kunnskap. 13 prosent svarte «nei», og 5 prosent var usikre. Det var ingen signifikante forskjeller mellom erfaring som helsesøster og oppgitt behov for kunnskap. Av dem som mente de hadde behov for mer kunnskap, var det 11 helsesøstre som ikke utdypet dette nærmere. Tabell 4 viser hva de øvrige helsesøstrene ønsket mer kunnskap om. I kategorien «generell kunnskap» kom det frem kommentarer om at det alltid er behov for mer kunnskap og at det er viktig å holde seg oppdatert.

Flertallet av helsesøstrene mente fysisk vold mot barn kan avdekkes ved at de spør alle foreldre (65 prosent), mens 8 prosent svarte «nei» og 27 prosent svarte «vet ikke». Videre mente 82 prosent av alle helsesøstrene at spørsmål om vold mot barn bør inngå i det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Det var ikke signifikante forskjeller mellom erfaring som helsesøster og om det å spørre om vold hos barn bør inngå i helsestasjonsprogrammet.

METODE

Data ble innhentet gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse. Dette ble samlet inn av helsesøsterstudenter ved videreutdanningen ved Universitetet i Sørøst-Norge i forbindelse med avsluttende fordypningsoppgave (i 2015). Et spørreskjema med faste svaralternativer ble utarbeidet på bakgrunn av hva vi ønsket svar på. Det ble lagt inn mulighet for å komme med konkrete forslag ved enkelte spørsmål, slik at eventuelle manglende svaralternativer kunne spesifiseres.

14 helsestasjoner fra Østlandet ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen, og det ble tatt kontakt med ledende helsesøster ved de respektive helsestasjonene som fikk muntlig og skriftlig informasjon. Utvalget besto av helsesøstre som var ansatt på helsestasjon, og totalt 98 spørreskjemaer ble sendt ut i februar 2015. Det ble purret på spørreskjemaene én gang ved alle helsestasjonene.

ANALYSE

Kategorien «annet» var en åpen kategori i fire av spørsmålene. Svarene under «annet» ble skrevet i fritekst med konkrete forslag. Forslagene ble systematisert i nye kategorier som igjen ble kodet for analyse. Svarene fra «annet» er presentert i tabell 2 og 4. Helsesøsters arbeidserfaring var en variabel som ble fordelt til tre kategorier <5 år, 5–10 år og

>10 år. Datamaterialet ble kodet og analysert i SPSS (versjon 22, 2013) og vi ønsket å se om det var signifikante forskjeller mellom helsesøsters erfaring og følgende variabler:

1. Om helsesøster spør foreldrene om fysisk vold.
2. Om fysisk vold kan avdekkes ved at helsesøster spør.
3. Ved hvilken konsultasjon helsesøster bør spørre.
4. Hvilken kompetanse som er viktig for å avdekke fysisk vold hos barn.
5. Om helsesøster har behov for mer kunnskap om fysisk vold.
6. Om det å spørre om fysisk vold bør inngå i det anbefalte helsestasjonsprogrammet.

DISKUSJON

Funnene i denne undersøkelsen viste at det ikke var vanlig å stille rutinemessige spørsmål for å avdekke fysisk vold hos barn. Det var heller ingen forskjell mellom helsesøsters arbeidserfaring og i hvilken grad hun/han spurte. Flertallet svarte at årsaken til at det ikke spørres var at det den gang ikke inngikk i det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Disse funnene var i tråd med studentenes observasjoner fra prak-

«Foreldre som utøver mild fysisk vold mot barna sine, innrømmer det når det spørres om foreldrene klasker eller klyper barna.»

sis ved ulike helsestasjoner, der erfaringen var at foreldre aldri ble spurt direkte om de utøver fysisk vold mot barnet sitt.

Det var heller ingen rutine for å ta opp temaet med foreldrene. Derimot spurte en stor andel av helsesøstrene i denne undersøkelsen ved mistanke. Det kom ikke frem hva helsesøstrene la i begrepet mistanke og hva som eventuelt ga dem en mistanke. Fordi mistanke er et lite nøyaktig begrep, er regelmessige spørsmål til foreldre desto viktigere.

I en canadisk studie kom det frem at flere av sykepleierne opplevde loven tvetydig når de skulle tolke begrepet «mistanke» og hva som ligger i «rimelig grad av mistanke» (10). En annen studie viste også at begrepet «rimelig grad av mistanke» ble oppfattet svært ulikt blant sykepleiere og andre helsearbeidere (11). Barneloven i Norge ble endret i 2010, og mange foreldre vet kanskje ikke at å klasse og klype barn ikke er lov, selv om det benyttes som et ledd i oppdragelsen (12).

Flere av helsesøstrene i spørreundersøkelsen mente at det var viktig at helsesøster spør om foreldrene utøver fysisk vold mot barna, men at ordet «vold» ikke burde brukes. Når temaet ble tatt opp, ble det gjort ved å spørre indirekte for å danne seg et bilde av hvordan foreldrene håndterte grensesetting og hvordan de kontrollerte sitt eget sinn. Solveig Ude, som har lang erfaring som helsesøster, viser til at foreldre som utøver mild fysisk vold mot barna sine, innrømmer det når det spørres om foreldrene klasker eller klyper barna (13).

TID ER EN VIKTIG FAKTOR

Flere av helsesøstrene i denne studien svarte at tid er en viktig faktor for å kunne avdekke fysisk vold mot barn. Dette samstemte med observasjoner gjort under

praksisoppholdet på helsestasjon, hvor konsultasjonene ofte var korte og arbeidsoppgavene mange. Helsesøsterstudentene opplevde at det var liten tid til å snakke om og følge opp vanskelige temaer.

Helsesøstrene syntes det var vanskelig å stille spørsmål om fysisk vold. De opplevde at de «tradisjonelle» helsestasjonsrutinene tok det meste av tiden. Til tross for dette var ikke «tid» den hyppigst oppgitte årsaken i undersøkelsen til at temaet vold ikke ble tatt opp ved helsestasjonene.

MANGLER KUNNSKAP

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) vises det til at kommunen har et ansvar for at helsesøster har nødvendig kompetanse og ressurser, og at helsesøster selv er pliktig til å holde seg faglig oppdatert (6). Informantene oppga at de hadde behov for mer kunnskap (82 prosent). Det kom frem at helsesøstrene var usikre på hvilken atferd hos barnet som kan gi dem mistanke om vold, og hva de skal se etter i samspillet mellom foreldrene og barnet. Utfordringen var å definere hva som er normal barneatferd og hva som bør gi bekymring.

Studier fra USA har vist at mangel på kunnskap om symptomer og tegn på vold, etiske vurderinger og hvordan saker skal rapporteres er mangelfulle hos helsepersonell generelt (14–17).

Det var små forskjeller i hva helsesøstrene vektla som viktige faktorer for å avdekke fysisk vold, men flesteparten av helsesøstrene etterlyste mer kunnskap om tidlige tegn på at barn utsettes for fysisk vold og hvordan de kan snakke med foreldrene om temaet.

Over halvparten av informantene i vår undersøkelse svarte at det er viktig med gode kommunikasjonsferdigheter og erfaring med å stille spørsmål om fysisk vold. Det vil være naturlig å tenke at ved å øke denne kompetansen ville det bli lettere å ta opp temaet fysisk vold uten at tilliten brytes.

Flere utenlandske studier har vist at helsepersonell følte seg tryggere på å melde fra om vold når de hadde fått opplæring og hadde erfaring. Relevant kunnskap økte sannsynligheten for at de meldte fra ved mistanke om vold mot barn og at de meldte korrekt (18–20). Helsesøstrene i vår spørreundersøkelsen understreket betydningen av mer undervisning om temaet i helsesøsterutdanningene.

TILLIT KAN SVEKKES

Mange helsesøstre svarte at det er viktig å ha et godt forhold til familien basert på samarbeid og tillit og syntes det var vanskelig å ta opp temaet vold uten at denne tilliten ble svekket. Det kan se ut som om helsesøster opplever det som et dilemma, og at de ikke ønsker at helsestasjonen skal bli et «kontrollstasjon». Sykepleierne ønsker ikke å ødelegge relasjonen til familien og usikkerhet omkring situasjoner gjorde at de lot vær å kartlegge nærmere. Studier har vist at helsepersonell er redd for konsekvensene av avdekking og melding av barnevernssaker (16).

Flere enn halvparten av helsesøstrene i undersøkelsen

Tabell 1. Andel helsesøstre i de ulike erfaringskategoriene og om de spør foreldre om fysisk vold. (N=72)

Spør du foreldrene:	Erfaring < 5 år	Erfaring 5–10 år	Erfaring >10 år	Totalt n (%)
Aldri	1 (6)	1 (6)	4 (11)	6 (8)
Bare ved mistanke	15 (88)	16 (89)	23 (62)	54 (75)
Annet	1 (6)	1 (5)	10 (27)	12 (17)
Totalt	17 (100)	18 (100)	37 (100)	72 (100)

Tabell 2. Forslag fra helsesøstre som svarte «annet» under hvilken konsultasjon det var viktig å spørre om fysisk vold. (n=40).

Forslag til når helsesøstre bør spørre	Antall
Regelmessig	12
2–4 års konsultasjon	11
Ved mistanke	8
1 års konsultasjon	8
Hjemmebesøk	7
18 mnd. konsultasjon	5
6 ukers konsultasjon	3
6–9 mnd. konsultasjon	3

Noen av informantene krysset av for mer enn ett forslag til når helsesøster bør spørre om fysisk vold.

Tabell 3. Faktorer som må være tilstede for å avdekke fysisk vold. (N=72)

	Antall (%)
At helsesøster har tilstrekkelig kunnskap om tegn på at barnet utsettes for fysisk vold	50 (70)
At helsesøster har gode kommunikasjonsferdigheter	46 (65)
At hun har opparbeidet tillit hos foreldrene	43 (61)
At hun er trygg i helsesøsterrollen	42 (59)
At helsesøster har erfaring med å stille spørsmål om vold	38 (54)
At hun har tilstrekkelig med tid	35 (49)
Annet	4 (6)

Informantene hadde mulighet til å krysse av på flere svaralternativer.

Tabell 4. Hva helsesøstrene ønsket mer kunnskap om (n=48)

Kunnskapsbehov	Antall
Kommunikasjonsferdigheter	25
Generell kunnskap	16
Kunnskap om tegn på fysisk vold	10
Kunnskap om oppdragervold	2
Kunnskap om loven og melderutiner	1

Informantene hadde mulighet til å krysse av på flere svaralternativer.

mente at fysisk vold mot barn kan avdekkes gjennom systematisk kartlegging, og flere enn tre firedeler mente det burde inngå i det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Slik kan det virke som at helsesøstrene er positive til at det implementeres. Om ikke annet blir de «tvunget» til å spørre.

«Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» ble erstattet av «Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (7). Kapittel om helsestasjon 0–5 år ble publisert 9. februar 2017, og retningslinjen ble oppdatert i august 2018.

Selv om denne studien ble foretatt før den faglige retningslinjen kom, der vold og overgrep ble et tema i ny retningslinje, har helsepersonell alltid vært omfattet av lov om helsepersonell (9). Der står det at helsepersonell uten hinder av taushetsplikt, og på eget initiativ, umiddelbart

«Helsesøstrene svarte at det er viktig med gode kommunikasjonsferdigheter og erfaring med å stille spørsmål om fysisk vold.»

skal melde fra til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. At vold og overgrep har blitt et tema i ny faglig retningslinje har forsterket plikten helsesøstre har til å melde ifra til barnevernet, og man kan anta at en tydeliggjøring i retningslinjene kan ha påvirket helsesøstres praksis.

I undersøkelsen kom det frem behov for kunnskap om tidlige symptomer og tegn og kunnskap om hvordan de skal kommunisere om temaet. I tillegg har Landsgruppen av helsesøstre utarbeidet eget materiell som skal benyttes for å forebygge, avdekke og avverge vold på helsestasjonen. Materialet kan brukes i samtale med foreldre og består av en animasjonsfilm og et veiledningshefte for helsesøstre. Det er anbefalt at materialet benyttes på hjemmebesøk, i barselgruppe og/eller på seksukerskontrollen. Helseledelse støtter filmen, og materialet er utarbeidet slik at helsesøstre med sin kompetanse kan ta det i bruk uten opplæring.

KONKLUSJON

Det kom frem i denne undersøkelsen at helsesøstre på helsestasjon ikke spør rutinemessig om foreldre utøver vold mot barn. Derimot spørres det ofte ved mistanke, og da indirekte ved at helsesøster spør om grensesetting og sinnekontroll. Mer kunnskap og kompetanse om fysiske overgrep mot barn, symptomer og tegn var et ønske fra de aller fleste helsesøstrene.

En stor andel mente også at det burde inngå i helsestasjonsprogrammet slik at man måtte spørre. Behov for kunnskap om hvordan det skal kommuniseres omkring temaet, var også en viktig tilbakemelding fra

helsesøstrene i studien. Opparbeidet tillit til familier ble nevnt som en viktig barriere for å avdekke vold, mens nok tid ikke var den avgjørende grunnen til at helsesøstre ikke spurte. I dag er temaet vold og overgrep inkludert i helsestasjonsprogrammet, og det er utarbeidet materiell som helsesøster kan benytte i møte med familier. Dette kan både ha forsterket og hjulpet helsesøstre til å identifisere utsatte barn.

REFERANSER

1. Dorahy MJ, Middleton W, Seager L, Williams M, Chambers R. Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *J Trauma Disassociation*. 2016;17(2):223–36.
2. Kruse AE, Bergmann S. «Jeg kan jo ikke kalle det noe annet enn vold ...» En forskningsoversikt og en intervjustudie om mødres vold mot barn. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2014. Rapport 4/2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/rapport/jeg-kan-jo-ikke-kalle-det-noe-annet-enn-vold-en-forskningsoversikt-og-en-intervjustudie-om-modres-vold-mot-barn/> (nedlastet 16.10.18).
3. Thoresen S, Myhre M, Wentzel-Larsen T, Aakvaag HF, Hjemdal OK. Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *Eur J Psychotraumatol*. 2015 januar; 13(6):26259.
4. Halvorsen S, Killén K, Grøgaard J. Why do we overlook child abuse? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013;133:16–7.
5. Meld. St. 15 (2012–2013). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/> (nedlastet 16.10.2018).
6. Lov av 1. januar 2012 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
7. Helseledelse. Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helseledelse; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helseledelse.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 27.11.18).
8. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Meldinger til barnevernet. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekyringsmeldinger (nedlastet 27.11.18).
9. Lov 2. juni 1999 nr. 64 lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
10. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2015 november; 66(5):447–54.
11. Pietrantonio AM, Wright E, Gibson KN, Alldred T, Jacobson D, Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse Negl*. 2013; 37(2–3):102–9.
12. Lov 1. januar 1982 nr. 7 om barn og foreldre (barneleva). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 1982.
13. Ude S. Derfor spør jeg foreldrene. *Aftenposten* 3. september 2014.
14. Laherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann*. 2005 mai;34(5):349–56.
15. Alvarez KM, Kenny BD, Carpin KM. Why are professionals failing to report mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior*. 2004; 9:653–578.
16. Schols MW, de Ruitter C, Öry FG. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*. 2013 september;13:807.
17. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010 februar; 47(2):146–53.
18. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Pediatric Practice Research Group*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 mai;154(5):489–93.
19. Lagerberg D. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse Negl*. 2001 desember;25 (12):1583–601.
20. MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: A randomised controlled trial. *Lancet*. 2005 mai;365(9473):1786–93.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Elisabeth Holm Hansen

Førsteamanuensis, Fakultet for helse-
og sosialvitenskap, Universitetet
i Sørøst-Norge, Porsgrunn

Mange helsesykepleiere synes det er vanskelig å snakke om temaet vold og om hvordan vi skal håndtere situasjoner der vi avdekker vold. Det har lenge vært en oppfatning blant mange helsesykepleiere at kravet om å ta opp temaet vold i samtaler med foreldre er i konflikt med arbeidet for å bygge gode relasjoner med foreldre på helsestasjonen.

LIKEVERDIGHET OG ÅPENHET

Kunnskap og kompetanse om vold og overgrep mot barn er avgjørende for å kunne ta opp temaet. Men helsesykepleiere bør ha tenkt gjennom eller trent på hvordan de kommuniserer med foreldre om dette temaet. Flere helsesykepleiere jeg har snakket med, sier de har prøvd ulike tilnærminger og fått erfaring med hva som fungerer, og hva som ikke er gunstig.

Gode relasjoner mellom helsesykepleier, foreldre og barn preges som regel av likeverdighet og åpenhet. Når temaet vold kommer på banen, må helsesykepleieren være trygg

«Helsesykepleiere bør ha tenkt gjennom eller trent på hvordan de kommuniserer med foreldre om vold og overgrep.»

på egen kunnskap og hvordan denne formidles.

BEDRE RUSTET

Jeg jobber nå med en metode for ferdighetstrening med evaluering. Den er under utvikling ved USN, til bruk for fremtidige helsesykepleierstudenter.

Jeg håper den kan gjøre studentene bedre rustet til å møte utfordringer i praksis. Skal en helsesykepleier samtale om vanskelige temaer, kreves det både kunnskap og trening. ●



HOVEDBUDSKAP

Inflammatorisk tarmsykdom er en kronisk sykdom med variasjoner i symptombilde og behandlingstilbud. Derfor er det viktig med tilpassede programmer når barn som har denne sykdommen, skal overføres til voksenavdelingen. Forskning viser at ungdom med individuelle transisjonsprogrammer har færre operasjoner, færre sykehusinnleggelses, bedre klinikkoppmøte, bedre medisinsk etterlevelse, bedre vekst og utvikling og færre røntgenundersøkelser. Erfaring fra praksis viser at de som følger en behandlingsplan, har bedre medisinsk etterlevelse.

NØKKELOD:

- ▶ Inflammatorisk tarmsykdom ▶ Transisjon
- ▶ Ungdom ▶ Sykepleie ▶ Mestring

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75571

Ungdom med tarmsykdom må forberedes på overgangen til voksenavdeling

En godt planlagt overføring fra barneavdeling til voksenavdeling for ungdom med inflammatorisk tarmsykdom kan gi bedre medisinsk etterlevelse.

Ungdom med kronisk inflammatorisk tarmsykdom (IBD, Inflammatory Bowel Disease) får større ansvar for egen helse når de overføres fra barneavdeling til voksenavdeling, og det kan medføre store endringer i pasientens liv. På sykehuset der vi arbeider, erfarte vi at ungdom var dårlig forberedt på hvilken behandling som ventet dem på voksenavdelingen, og ungdommene på sin side følte at de møtte en helt annen sykehushverdag enn på barneavdelingen (1).

Ansvaret for å sikre gode overganger for ungdom med kroniske lidelser fra barneavdelingen til voksenavdelingen ligger hos helsetjenesten. I henhold til regjeringens strategi for ungdomshelse (2) er det viktig med tjenester som møter, støtter og tilrettelegger for ungdom der de er. Transisjonsprosessen er en slik helsetjeneste som tilrettelegger når ungdommene overføres fra barneavdelingen til voksenavdelingen i spesialisthelsetjenesten.

INFLAMMATORISK TARMSYKDOM

Inflammatorisk tarmsykdom er karakterisert ved et kronisk forløp med remisjoner og tilbakefall, som kan påvirke hele livssituasjonen til pasienten. Ulcerøs kolitt rammer tykktarm

FORFATTERE

**Liv Merete Kooyman**

Spesialsykepleier i gastrosykepleie, Poliklinikk for barn og ungdom, Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus

**Elseber Hjørnevik Jørgensen**

Spesialsykepleier i gastrosykepleie, Gastrolaboratoriet, Avdeling for fordøyelses-sykdommer, Akershus universitetssykehus

**Marit Hegg Reime**

Førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

og endetarm, mens Crohns sykdom kan ramme hele fordøyelseskanalen. Symptomene kan være hyppig og blodig diaré, anemi, magesmerter, vektapp, redusert allmenntilstand og feber. Hos pasienter med Crohns sykdom kan det også oppstå fistler og abscesser.

Symptomer hos mange barn kan i tillegg være vekstretardasjon og forsinket pubertetsutvikling. I tillegg har ofte de unge en mer omfattende sykdom enn voksne (3). Tarmsykdommene kan ses i alle aldersklasser, men hyppigst i aldersgruppen 15–40 år. De

fleste tilfellene av mild og moderat sykdom kan holdes i sjakk med legemiddelbehandling, men for noen blir det nødvendig med operasjon.

Isjeldne tilfelles kan ekstraintestinale manifestasjoner som leddbetennelser, hudaffeksjoner, øyeffeksjoner og primær skleroserende kolangitt (se faktaboks) oppstå (4).

HVA ER TRANSISJON?

Transisjon er et relativt nytt helsebegrep i Norge. Transisjon defineres som en målrettet og planlagt prosess som adresserer de medisinske, psykososiale og pedagogiske eller kognitive behovene til ungdom og unge voksne med kroniske,



VIKTIG TILTAK: På barneavdelingen er det utpekt en egen sykepleier som er koordinator for transisjonen. Illustrasjonsfoto: Dan Burch / Mostphotos

FAKTA

Skleroserende kolangitt

Fellesbetegnelse på betennelsesykdommer i galleveiene. Disse omfatter betennelse, fortykkelse, fibrose og trange partier (strikturdannelse) i galleveiene både i og utenfor leveren.

Kilde: Store medisinske leksikon

medisinske forhold når de flytter fra barneavdelingen til voksenavdelingen (5).

I transisjonsprosessen er målet at pasienten skal få mer kunnskap om egen helse, sykdom og helsetjenester som de møter i voksenmedisinen. En omfordeling av kunnskap fra helsepersonell og omsorgsperson til IBD-pasienten handler også om at pasienten får være delaktig i hele transisjonsprosessen.

Brukermedvirkning i pasientbehandlingen står sentralt i transisjonsprosessen, og Barneombudet er tydelig i sine anbefalinger om at det er viktig at unge med helseutfordringer blir lyttet til på lik linje med andre (6).

TRANSISJONSPROSJEKTET

I 2012 ble det startet opp et transisjonsprosjekt på Barne- og ungdomsklinikken ved Akershus universitetssykehus. Prosjektet ble avsluttet i 2016 og er nå implementert for ungdom med IBD på barneavdelingen, og for unge voksne med IBD på gastroenterologisk avdeling (7).

Ungdom og unge voksne personer defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) til å være i alderen fra 10 til 24 år (8). Hos oss inkluderes ungdom og unge voksne i transisjonsprosessen fra de er 12 år til de er 25 år. Prosessen består av tre ulike faser:

- forberedelsesfasen, 12–16 år, hvor vi fokuserer på å øke kunnskapen om pasientens egen kropp, diagnose og behandling
- overføringsfasen, 17–18 år, hvor vi setter søkelyset på en overføring som gir sammenhengende behandling
- ung voksen-fasen, 19–25 år, hvor oppmerksomheten rettes mot å bli kjent og trygg på den nye avdelingen (1)

FIRE KONSULTASJONER

Hos oss får pasienten tilbud om fire konsultasjoner i løpet av transisjonsprogrammet. På den første konsultasjonen introduseres og diskuteres overgang til voksenavdelingen med pasienten og foreldrene. Pasienten informeres om de unges rettigheter og får utdelt heftet «Mine rettigheter. Helserettigheter for ungdom» og sjekklisten «Min helse», som skal hjelpe ungdom med å finne ut hva de trenger av kunnskaper og ferdigheter.

Deretter setter pasienten opp noen områder som han eller hun ønsker å bli bedre på. På den andre konsultasjonen blir pasienten tilbudt «IBD-skole»: en dag med undervisning om sykdommen fra et tverrfaglig sammensatt team, som består av lege, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, psykiater, sykepleier og representanter fra ungdomsrådet.

Ved 16-årsalderen tilbys pasienten delt konsultasjon, slik at ungdommene får mulighet til å snakke med behandleren alene. På den tredje konsultasjonen gjennomgår vi brosjyren «Operasjon selvstendighet. Om overgangen fra barn til voksen», som reflekterer ungdommers tanker om overgangen fra barn til voksen i spesialisthelsetjenesten. På den fjerde konsultasjonen benyttes sjekklisten «Klar til overføring» som et utgangspunkt for



Se video om hva ungdom tenker om overgangen til voksenavdeling.

Skann QR-koden og kom rett til videoen på Youtube.

samtale og refleksjon i forkant av overflytting til voksenavdelingen.

På den siste konsultasjonen hos behandlingsansvarlig lege på Barne- og ungdomsklinikken er den behandlingsansvarlige legen eller en sykepleier fra voksenavdelingen til stede. Det settes av god tid, og ungdommen får tilbud om omvisning på voksenavdelingen. Vi deler ut en velkomstbrosjyre fra voksenavdelingen (7).

Ved første time på voksenavdelingen setter vi av god tid til mottakssamtale med en IBD-sykepleier eller behandlende lege. Sjekklisten «Klar til overføring» videreføres.

BARNE- OG VOKSENOMSORG

Ifølge Stenstrøm (9) er det mange forskjeller på barneomsorgen og voksenomsorgen. Helsepersonell opplever et skifte fra å være familiefokusert til å bli pasientfokusert. Undersøkelser som før ble utført i narkose, gjøres nå i våken tilstand, og ansvaret for omsorgen endres fra klinikansvar til eget ansvar – at pasienten selv må kontakte helsevesenet.

Ifølge transisjonsprogrammet ved Akershus universitetssykehus ønsker ungdom å bli kjent med voksenavdelingen før de overflyttes, og de ønsker at helsepersonellet fra både barne- og voksenavdelingen snakker sammen (1). Erfaringsmessig er det mange som synes overføringen fra barneavdelingen til voksenavdelingen er svært vanskelig. Pasienten utsettes for forandring, som kan føre til at sykdommen kan progrediere (10).

I transisjonsprosessen går ungdommene fra å være ivarett av foreldre eller foresatte til å bli aktive deltakere i sin egen behandling. Denne forandringen kan for mange være stressende og utfordrende. Hvis ungdommen selv ønsker det, kan de ha med en foresatt på voksenavdelingen. Behovet for å mestre oppstår i mellomrommet mellom forandring og tilpassing (11).

Transisjonsprosessen vil være et slikt mellomrom hvor ungdom må få tilgang på ressurser, kunnskap og ferdigheter for å utvikle seg til å tro på sine egne evner og mestre overføringen fra barneavdelingen til voksenavdelingen. Personlig erfaring er avgjørende og grunnleggende for hvordan pasienten vil oppfatte situasjonen og handle (12).

HVORDAN LYKKES?

Forskning bekrefter hvor viktig det er å ha gode og planlagte transisjonsprogrammer og utdanne ungdom til å bli eksperter på sin egen sykdom (3, 10, 13–16). For å lykkes med transisjonsprosessen anbefaler vi følgende:

- fleksibelt overflyttingstidspunkt
- transisjonskoordinator eller IBD-sykepleier
- individuell transisjonsmodell
- kriterier for overføring
- sykdomsspesifikke utdanningsprogrammer

Vi anbefaler å innføre transisjonsmodeller med et fleksibelt og smidig overflyttingstidspunkt som ivaretar pasientens

HOVEDBUDSKAP

Det er publisert en rekke kvalitative studier om voksnes opplevelse av det å leve med stomi. Forskingen fokuserer på den psykiske, fysiske og sosiale endringen knyttet til det å få en stomi samt konsekvensene det får for personene. Litteraturgjennomgangen viser at forskning relatert til unge voksne, ungdom og barn med permanent stomi er begrenset. De studiene som er gjort, viser at livet med stomi er utfordrende, og at helsepersonell har begrenset kunnskap om den enkeltes personlige erfaringer.

NØKKELORD:

► Barn ► Sykepleie ► Ungdom
► Inkontinens ► Fordøyelse

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75395

Stomi kan være ekstra utfordrende for unge

Det er forsket lite på hvordan det er for barn og unge å leve med stomi. De få studiene som er gjort, viser at å ha «pose på magen» er utfordrende, og at helsepersonell vet for lite.

I perioden desember 2017 til mars 2018 ble studien «Unge voksnes erfaring med permanent stomi» gjennomført som Silje Krabbes masteroppgave. Studien omhandler det å leve med ulike former for permanent stomi som barn, ungdom og ung voksen. Studien har et kvalitativt forskningsdesign i form av åpne tematiske intervjuer. Silje Krabbe gjennomførte dybdeintervjuer med seks unge voksne. Resultatene fra studien vil bli publisert i et internasjonalt tidsskrift i løpet av 2019 og kan derfor ikke deles her. Resultatene fra litteraturgjennomgang av tidligere forskning gjennomført i forbindelse med masteroppgaven presenteres i denne artikkelen.

HVA ER STOMI?

Ordet stomi betyr munn eller åpning. I medisinsk sammenheng brukes ordet om en kunstig kroppsåpning, i dette tilfellet fra tarm eller urinveier. Stomien konstrueres kirurgisk ved at en del av tarmen ledes ut gjennom en åpning i bukveggen og sys fast til huden. Avføring eller urin samles i en stomipose på magen som tømmes eller byttes ved behov. Hensikten er å avlaste eller erstatte et sykt eller ikke-fungerende organ.

FORFATTERE


Silje Helen Krabbe
Barnesykepleier, Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet



Astrid Ingeborg Austrheim
Barnesykepleier, Kirurgisk dagavdeling for barn, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet



Hanne Rishovd Ambrose
Sykepleier, Kirurgisk dagavdeling for barn, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

I Norge lever rundt 20 000 mennesker med ulike former for uro- eller tarmstomi (1). Det utføres mellom 3–4000 stomioperasjoner årlig, og cirka 75 prosent er permanente stomier (1).

Det finnes ulike typer tarmstomier. Ved ileostomi legges tyntarmen vanligvis ut på høyre side av abdomen (2). Ileostomi anlegges ved sykdom eller skade som rammer tykktarm, for eksempel kreft, inflammatorisk tarmsykdom (IBD), kronisk betennelsestilstand, medfødt misdannelse eller alvorlig obstopasjon. Ved kolostomi

legges tykktarmen vanligvis ut på venstre side av abdomen (2). Hos voksne er den vanligste årsaken til kolostomi en kreftdiagnose (1). Kolostomi kan også anlegges som følge av betennelsestilstand i tarmen, medfødt misdannelse eller skade/traume (1).

Den vanligste årsaken til anleggelse av urostomi er kreft i blæren. Noen sjeldne medfødte tilstander, sykdommer eller skader kan også medføre behov for anleggelse av urostomi. I Norge får årlig nærmere 400 personer anlagt urostomi eller et reservoar for urin (1). Den vanligste løsningen er å kople urinlederne på et tarmsegment som legges ut gjennom huden som en stomi, og urin samles i en stomipose. En annen løsning er å konstruere et reservoar for urin av tyntarm. Dette



BELASTENDE: Noen ungdommer skammer seg over å ha en stomipose på magen.
Foto: Hanne Rishovd Ambrose

reservoaret tømmes regelmessig ved hjelp av kateter, og man får en kontinent løsning (3).

TAKLER DET ULIKT

Gjennom årene som barnesykepleiere og stomisykepleiere har vi truffet mange barn og unge som lever med stomi. For enkelte har det hatt store konsekvenser for det psykososiale, sosiale og fysiske livet de lever. Samtidig har vi møtt barn, ungdom og familier hvor stomien har blitt en god løsning som gir økt livskvalitet.

For flere var alternativet inkontinens for urin eller avføring, og de har lært seg å leve med stomien på godt og vondt. Mange familier har valgt å fortelle åpent om at barnet har stomi til familie, venner, barnehage og skole. Andre familier har valgt å holde informasjonen i nær familie.

Under oppfølgingen av barn og deres foreldre kan man noen ganger reflektere over hvordan stomien omtales, og hvordan stomien må «vises fram» under sykehusopphold. For de fleste av oss foregår toalettbesøk i et lukket rom, det er privat, intimt og sensitivt. Under sykehusinnleggelse og kontroller blir toalettbesøk noe man må dele. Helsepersonell skal mene noe om stomien, tarminnholdet, luft, lukt eller urin.

Møtet med stomisykepleier bidrar til en viktig forståelse av hva som er normalt og unormalt når det gjelder stomien. Det er likevel vanskelig å sette seg inn i hvordan det oppleves at andre skal mene noe om både stomien og avføringen din. Hvordan oppleves og erfares dette for barn

og ungdom? Ungdomstiden kan være komplisert og utfordrende nok som den er.

«Hvordan er det å være ungdom og ung voksen og leve med denne annerledesheten, og det at man går på toalett på en annen måte?» er problemstillingen som var bakgrunnen for valg av tema til masterstudien til Krabbe. Hun så behovet for å beskrive og bidra til en bredere forståelse av hvordan unge voksne opplever å leve med permanent stomi, og hvilken betydning det har hatt for barne- og ungdomsårene.

Fram til 1990 var forskning rundt det å leve med stomi i

«Mange familier har valgt å fortelle åpent om at barnet har stomi til familie, venner, barnehage og skole.»

hovedsak gjort med en kvantitativ tilnærming. Det ble brukt strukturerte livskvalitetsskjemaer og instrumenter for å undersøke opplevelse og erfaring med stomi (4). Kvantitativ forskning bidrar til økt informasjon om det å leve med stomi, men gir begrenset mulighet til beskrivelse av den personlige opplevelsen (4, 5).

STUDIER OM VOKSNE

I de senere årene er det publisert en rekke kvalitative studier om voksnes opplevelse av det å leve med stomi. Hovedvekten av studiene fokuserer på den psykiske, fysiske og sosiale endringen knyttet til det å få en stomi, samt

hvilke konsekvenser det får for personene (4, 6–9).

Studier viser at voksne som får stomi, legger vekt på at det er krevende at de får en ny og annerledes kropp. Enkelte beskriver kroppen som ødelagt. Den har ikke lenger de samme funksjonene, og den oppleves ikke som hel. (4, 6, 7, 10). Kroppen kan oppleves som fremmed, og noen har en negativ kroppsfølelse og distanserer seg fra kroppen sin. Det er beskrevet at den «nye kroppen» gjør at personen føler seg annerledes enn andre (6). Det å få en stomi innebærer en stor endring som påvirker personens livssituasjon, selvbylde, kroppsbilde og kroppsfølelse (4, 6–8, 10–12).

Forskningen beskriver hvordan livet med stomi skaper begrensninger for livsførsel, både når det gjelder daglige aktiviteter, yrke, sosiale sammenhenger og intime relasjoner (4, 6, 7, 13). Det kan handle om å kle seg annerledes for å skjule stomiposen, unngå situasjoner der tilgangen til toalett er uviss, eller at man bevisst unngår sosiale settinger der man kan møte nye mennesker. Livet med stomi innebærer for noen en følelse av tap av muligheten til å bestemme over eget liv.

Det å leve med stomi kan også forbedre hverdagen når stomien er velfungerende og bandasjering uproblematisk, men kan også innebære det helt motsatte. Komplikasjoner og utfordringer med det å ha stomi kan være vanskelige å håndtere (4, 6, 7, 13).

TYPISKE KOMPLIKASJONER

Forskning viser at risikoen for komplikasjoner knyttet til stomien er mellom 14 og 79 prosent (14). Komplikasjonene deles gjerne inn i stomale eller peristomale (hudområdet rundt stomiåpning) komplikasjoner (15).

Stomale komplikasjoner kan være separasjon mellom hud og stoma, retraksjon, nekrose, prolaps, fistel, granulomer (nydannet vev av cellerikt bindevev og blodkar), trang stomi eller parastomalt hernia (brokk i stomiområdet).

Parastomale komplikasjoner kan være dermatitt (betennelsesreaksjon i huden), mekanisk skade, hudinfeksjon og andre hudproblemer (15).

Uttalte komplikasjoner og problemer med hyppige lekkasjer vanskeliggjør det å delta i vanlige aktiviteter som studier, yrkesliv, fritidsaktiviteter og sosialt samvær. Lekkasje mellom stomi og stomipose gir sår hud i stomiområdet og vanskeliggjør både bandasjering og stell av huden. Løs avføring eller store mengder tarminnhold eller urin gjør bandasjeringen krevende. Mange opplever utfordringer knyttet til luftavgang fra tarmstomien som gir lyd. Stomiopererte har en ingen kontroll over denne funksjonen (2).

OPPFØLGING OG STØTTE

Veiledning, informasjon og regelmessig oppfølging fra det medisinske teamet, spesielt stomisykepleier, vil for mange være helt avgjørende. De får hjelp til å finne gode, praktiske løsninger som kan gi en enklere hverdag og god helse med tanke på stomien (2, 15).

Fra 10–12-årsalderen er konsultasjonene alene med barn og ungdom. Tema som seksualitet, alkohol, tobakk og psykososiale forhold rundt det å vokse opp med stomi blir tatt opp.

Behovene endrer seg med alder og modenhet. Kontroll og samtale hos stomisykepleier tar hensyn til dette.

Det å møte andre på samme alder med tilsvarende diagnoser eller utfordringer er noe de opplever som svært viktig for å håndtere livet med stomi (7, 16, 17). Dette er også vår erfaring fra praksis.

Foreldrene er opptatt av tverrfaglig oppfølging, og at det skal skje uten at de hele tiden må forsikre seg om at deres ungdom får den oppfølging som er nødvendig eller riktig.

Når det gjelder å lære seg å leve med stomi, vektlegges viktigheten av å akseptere situasjonen, og ha en positiv innstilling. Det er viktig med nødvendig veiledning og informasjon,

«De beskriver ungdomstiden som spesielt utfordrende med isolasjon og redsel for avvisning fra andre.»

slik at man tidlig tar ansvar for stomistell selv. Hvis dette er krevende, bør personen forsøke å overkomme sine begrensninger (12). Mange påpeker at støtte fra familie og de nærmeste vennene er avgjørende for å kunne håndtere situasjonen.

Det som kan gjøre omstendighetene spesielt vanskelig, er derfor mangel på støtte fra familie og venner. Avvisning og frykt for avvisning fra andre oppleves som spesielt krevende (12, 17). Personer som har utfordringer med å tilpasse seg livet med stomien, kan bruke lang tid på å lære seg å leve med sin nye livssituasjon (12).

FÅ STUDIER OM UNGE

Litteraturgjennomgangen viser at det er begrenset med studier som belyser hvordan livet med stomi oppleves av barn og unge (6, 11, 12, 16).

Studier som omhandler ungdom og unge voksne med stomi, er oftest knyttet opp mot en bestemt diagnose. Diagnosenes alvorlighetsgrad og øvrige symptomer kan påvirke holdningen til det å få stomi, og det kan være vanskelig å sammenlikne ulike helsetilstander som krever stomi (4–6, 8–13, 18). Det betyr mye om stomien er permanent eller midlertidig samt om stomien er siste og eneste mulige behandling for å bli bedre av en sykdom (19). Anleggelse av stomi på bakgrunn av langvarige smerter og ubehag kan føre til en positiv opplevelse (11).

Flere studier med ungdom eller unge voksne har kun inkludert pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (6, 9, 13). Hos mange med denne diagnosen vil stomien være midlertidig. Personene kan ha andre utfordringer i tillegg, som smerteproblematikk og ernæringsvansker. En midlertidig stomi kan påvirke forholdet og holdningen til stomien (19). I en del tilfeller kan personer med inflammatoriske tarmsykdommer være med på å planlegge og ta en beslutning når det gjelder å anlegge stomi. Beslutningsdeltakelse er en av faktorene som fremheves som viktig for å få en positiv innstilling til egen stomi (10, 11, 18).

FØLER SEG ANNERLEDES

Ungdom og unge voksne beskriver flere av de samme temaene og problemene som voksne stomiopererte. Ungdomsårene

kan være en utfordrende og sårbar periode i livet, og for mange unge er det fokus på kropp og utseende. Ungdom og yngre voksne med stomi fokuserer spesielt på det å føle seg annerledes, og redselen for å bli dømt av andre på samme alder (10, 11).

Å ha stomi kan bidra til at den enkelte skjemmes og er flau over sin egen kropp. Unge voksne beskriver frustrasjon og bekymring over egen helse og situasjonen i sin helhet. Et gjennomgående tema er «hvorfør skjer dette meg?», og om personen er «skyld i egen sykdom» (11). Mange vektlegger at stomien skaper uforutsigbarhet som gir begrensninger for det livet de lever (11).

De som har levd med stomi fra tidlig alder, beskriver ungdomstiden som spesielt utfordrende med isolasjon og redsel for avvisning fra andre (12, 16). Det handler om bekymringer over eget utseende, egen seksualitet og nærhet til andre. Gruppen beskriver et ønske om at de hadde hatt kontakt med andre i samme situasjon i ungdomstiden. De fremhever nær familie som avgjørende for at de klarte å tilpasse seg situasjonen (12, 16).

NY KUNNSKAP

Litteraturgjennomgangen viser at forskning relatert til unge voksne, ungdom og barn med permanent stomi er begrenset. De studiene som er gjort, viser at livet med stomi er utfordrende, og helsepersonell har begrenset kunnskap om individers personlige erfaringer. For mange barn og unge med medfødte tilstander som kan gi inkontinens, blir anleggelse av stomi en løsning for kontinens for urin og/eller avføring. Dermed blir stomi noe positivt som gjør at de ikke lenger har urin- eller avføringslekkasje. Endelig kan de slutte med bleie. Disse pasientene er sjelden inkludert i studiene.

Det er et behov for å beskrive hvordan det oppleves å leve med stomi i barndom, ungdomstid og som ung voksen ut fra en kvalitativ forskningstilnærming uten fokus på grunndiagosen. Artikkelen som publiseres i 2019, vil være et bidrag til forståelsen av unge voksnes opplevelse av livet med stomi som barn og ungdom. Seks unge voksne med medfødte misdannelser eller inflammatorisk tarmsykdom ble dybdeintervjuet, og funnene gir et innblikk i deres personlige opplevelser.

Det er ønskelig med mer forskning på feltet for å kunne tilby denne pasientgruppen best mulig oppfølging, slik at behandlingsteamet får en dypere forståelse for hva pasientene har vært gjennom og har behov for av tverrfaglig oppfølging.

REFERANSER

1. Norilco. Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft [internett]. Oslo: Norilco [siteret 14.01.2019]. Tilgjengelig fra: <http://www.norilco.no/Informasjon>
2. Slater R. Choosing one- and two-piece appliances. *Nursing and Residential Care*. 2012;14(8):410–3.
3. Shariat SF, Bochner BH, Donahue TF, Pietzak EJ, Lerner SP, Richie JP, et al. Urinary diversion and reconstruction following cystectomy. *UpToDate*. 2018.
4. Thorpe G, McArthur M, Richardson B. Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *J Adv Nurs*. 2009;65(9):1778–9.
5. Kvale S, Brinkman S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
6. Tao H, Songwathana P, Isaramalai SA, Zhang Y. Personal awareness and behavioural choices on having a stoma: a qualitative metasynthesis. *J Clin Nurs*. 2014;23(9–10):1186–200.
7. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(1):74–81.
8. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Appl Nurs Res*. 2018;39:46–52.
9. Danielsen AK. Life after stoma creation. *Dan Med J*. 2013;60(10):B4732.
10. Sinclair LG. Young Adults with Permanent Ileostomies: Experiences during the first 4 years after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(3):306–16.
11. Savard J, Woodgate R. Young people's experience of living with ulcerative colitis and an ostomy. *Gastroenterol Nurs*. 2009;32(1):33–41.
12. Erwin-Toth P. The effect of ostomy surgery between the ages of 6 and 12 years on psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1999;26(2):77–85.
13. Manderson L. Boundary Breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Soc Sci Med*. 2005;1(2):405–15.
14. Landman RG, Weiser M, Chen W. Routine care of patients with an ileostomy or colostomy and management of ostomy complication. *UpToDate*. 2017.
15. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy—an executive summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018;45(1):50–8.
16. Mohr LD, Hamilton RJ. Adolescent Perspectives Following Ostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43(5):494–8.
17. Nicholas DB, Swan SR, Gerstle TJ, Allan T, Griffiths AM. Struggles, strengths, and strategies: an ethnographic study exploring the experiences of adolescents living with an ostomy. *Health and quality of life outcomes*. 2008;6(1):114.
18. Allison M, Lindsay J, Gould D, Kelly D. Surgery in young adults with inflammatory bowel disease: A narrative account. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(11):1566–77.
19. Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, Rosenberg J. Impact of a temporary stoma on patients' everyday lives: feelings of uncertainty while waiting for closure of the stoma. *J Clin Nurs*. 2013;22(9–10):1343–52.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima®
produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



68.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien **Sykepleien**

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Silje Helen Krabbe

Barnesykepleier, Kirurgisk avdeling for barn,
Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

Vi ønsket å se på ungdom som har stomi. Det er det skrevet lite om. Å leve med stomi er fysisk og psykososialt utfordrende. Det kan oppleves som tabubelagt og vanskelig å dele med sine omgivelser.

MESTRING

Sykepleiere som jobber med ungdommer som har stomi, må se «hele» mennesket og være støttende og veilede. De må forstå tidligere erfaringer og hvordan brukeren kan mestre sin nye situasjon. Sykepleier må dessuten vurdere personens behov for tverrfaglig støtte og hjelp.

FORTSATT ENGASJERT

For tiden skriver jeg på en

artikkel fra en studie om «Åpenhet og stomi», så jeg er fortsatt veldig engasjert i tematikken.

Akkurat nå er jeg i gang med en ny studie om unge kvinner mellom 16 og 30 år med ME/CFS som er i tilfriskning. Det finnes lite lit-

«ME/CFS er en alvorlig og ofte langvarig sykdom for unge mennesker.»

teratur om dette, men det er en viktig tematikk. ME/CFS er en alvorlig og ofte langvarig sykdom for unge mennesker. Vi vet ikke årsaken og det finnes i dag ingen behandling. Jeg er godt i gang med rekruttering og reiser for tiden rundt i landet og gjør intervjuer. ●

sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer i
forfatter-
veiledningen



HOVEDBUDSKAP

Evigvarende «forkjølelse» eller gjentatte luftveisinfectionsjoner kan være symptomer på den sjeldne tilstanden primær ciliedyskinesi, også kalt PCD. Denne artikkelen baserer seg på en historie fra virkeligheten. Formålet er å synliggjøre PCD som diagnose blant helsepersonell og befolkningen forøvrig, for å øke sannsynligheten for at pasienter med PCD får rett diagnose og behandling. Samtidig settes fokus på viktigheten av informasjon.

NØKKELOORD:

- ▶ Akuttisykepleie ▶ Astma ▶ Barnesykdom
- ▶ Diagnostikk ▶ Helseopplysning

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76434

Hyppige luftveisinfectionsjoner kan være symptom på en arvelig sykdom

Barn som stadig er «forkjølet» kan ha den sjeldne sykdommen primær ciliedyskinesi. Veien frem til en diagnose kan være lang, og noen foreldre opplever at de ikke blir tatt på alvor av helsepersonell.

Følgende historie er hentet fra virkeligheten:

Oktober 2003

Jenta hadde lilla hudfarge da hun ble født og ble straks overført til nyfødttintensiv for behandling. Hun måtte blant annet ha hjelp til å puste og til å få i seg næring. Det ble tatt ulike røntgenundersøkelser, som avdekket at hun hadde orga-

nene på feil side. Dette fikk foreldrene informasjon om ved en tilfældighet, ved at en lege i samtale med far på korridoren spurte om de ikke hadde fått vite at babyen hadde hjertet på feil side. Legen nevnte i en samtale med mor at diagnosen var ukjent for ham og at et søk på nett viste en mulighet for at barnet kunne ha noe som kalles Kartagener syndrom på grunn av de speilvendte organene.

Dessverre var det ingen på nyfødttintensiv som visste noe om hva det var eller hvilken betydning dette hadde for barnet. Beskjeden fra legen var at ifølge det han hadde lest pleide ikke symptomene å være fremtredende før ved fem til seks års alder, så foreldrene måtte bare «vente og se». Ved hjemreise var det fremdeles ikke avklart hva som var problemet til den lille jenta, men hun var bra nok til å reise hjem. Foreldrene fikk beskjed om at babyen måtte sove med den «dårlige lung» ned på natten og ligge med

FORFATTERE


Ann-Chatrin Lingvist Leonardsen
Førsteamanuensis og forsker, Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold Kalnes



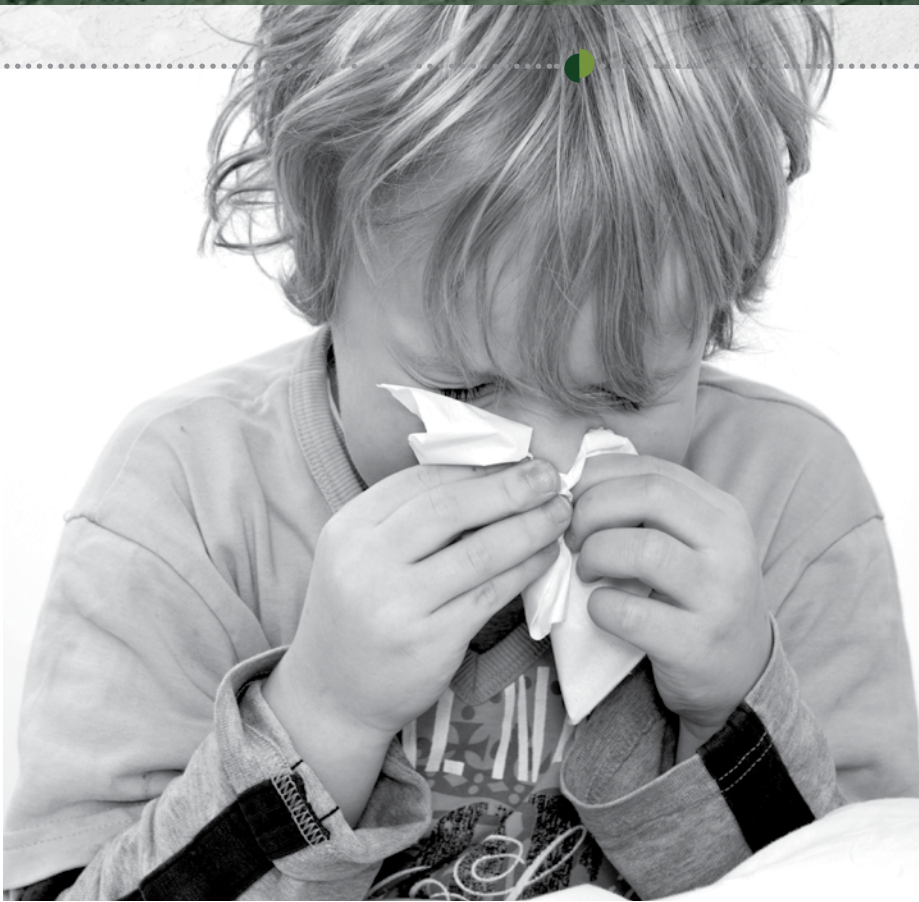
Gea Restad
Sykepleier, Hjemmesykepleien, Vest-Fredrikstad kommune

den opp på dagtid for drenasje av væsken som fortsatt satt igjen. Slim var det mye av, og mor brukte jordmorsug daglig for å rense nese og svelg. I lang tid lå foreldrene med babyen i vognbag mellom seg i sengen, for å kunne overvåke at jenta pustet. Tilstanden stabiliserte seg etter noen måneder.

Høsten 2007

Etter fire år hvor en evigvarende forkjølelse og rennende nese hadde vært hverdagen, oppdaget mor noen harde kuler i pannen på barnet. Redd for at dette kunne være kreft eller noe annet livstruende oppsøkte hun fastlegen, som igjen henviste til barneavdelingen ved lokalsykehuset. Her var beskjeden at «vi vet ikke hva det er, men det er ikke farlig», og hun fikk seks måneders ventetid på konsultasjon. Etter flere runder med purringer både fra mor og fastlege uten at timen ble fremskyndet, ringte far til barneavdelingen og delte sine bekymringer for datterens helse. Plutselig ble det satt opp en time den påfølgende uken. Mor følte at hun ble sett på som en «hysterisk mamma».

Under konsultasjonen fortalte legen at disse kulene virket til å være en slags infeksjon mellom kraniet og huden som ikke var farlig. Mor spurte om dette kunne ha noe å gjøre med Kartagener syndrom, siden dette ble nevnt da



BETENNELSE: Sykdommen primær ciliedyskinesi fører til kronisk bihulebetennelse, gjentatte mellomøretbetennelser og bronkiektasier. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

jenta var nyfødt, men aldri utredet. Legen henviste jenta direkte til Rikshospitalet hvor videre utredning kunne utføres. Til alt hell hadde Rikshospitalet nettopp ansatt en lege som hadde spesialisert seg på primær ciliedyskinesi, PCD, og utredning ble startet. Etter måneder med antibiotika og mange prøver kom diagnosen sommeren 2008: hun hadde PCD.

Selv med en diagnose var det lite informasjon tilgjengelig om sykdommen, behandlinger eller hva man kan forvente seg med en slik diagnose. Den lille informasjonen som var tilgjengelig, var kun på engelsk eller andre språk. Mor brukte mye tid på søken etter informasjon og med å lete etter andre personer i samme situasjon. Hun laget en oversatt brosjyre sammensatt av det som fantes av informasjon på nett, laget nettside, åpnet en facebookside, og i 2013 kontaktet hun Norsk Forening for Cystisk Fibrose (NFCF) for å se på mulighetene til å danne en undergruppe her for PCD.

I hennes møter med pasienter og pårørende fremkom liknende historier som hennes egen: Få leger kjente til tilstanden, og det tok tid å få fastsatt diagnosen.

HVA ER PRIMÆR CILIEDYSKINESI?

Primær ciliedyskinesi (PCD) er en sjelden, arvelig sykdom som rammer flimmerhårene i kroppen. Dette fører til opphopning av sekret i øvre og nedre luftveier, kronisk bihulebetennelse, gjentatte mellomøretbetennelser og etter

hvert utvikling av bronkiektasier. Hvis du har bronkiektasier, betyr det at noen av luftveiene i lungene er forvide. Forandringene oppstår vanligvis fordi luftveisveggene er blitt skadet. Dette gjør at det hopper seg opp slim i luftveiene (1).

Rundt 50 prosent av pasientene har speilvendt plassering av organene i bryst- og bukhule (situs inversus totalis, eller Kartageners syndrom) og cirka 12 prosent hete-

«Nesten alle utvikler kronisk våt hoste og får gjentatte, nedre luftveisinfeksjoner.»

rotaksi (ulik sidefordeling av indre organer, ofte assosiert med kompleks hjertefeil) (2, 3). Situs inversus har ingen alvorlige konsekvenser i seg selv, men sett sammen med bihulebetennelser og bronkiektasier er dette noe som kan bekrefte diagnosen PCD (4). Forekomst av sykdommen varierer fra 1:10 000 til 1:30 000, men den virkelige forekomsten er usikker, da sykdommen sannsynligvis er underdiagnostisert (2).

Som hos jenta i historien, har minst 75 prosent av nyfødte med PCD-symptomer ved fødselen, blant annet lungebetennelser, sammenfall av lungevev, nesetetthet eller pustebesvær (5). Nesten alle utvikler kronisk våt hoste og får gjentatte, nedre luftveisinfeksjoner. Siden slike symptomer kan være vanlige i denne alderen uten at det

FAKTA

Lær mer om PCD

Dersom du som helsepersonell ønsker ytterligere informasjon, kan du oppsøke dette via referanselisten under, eller på følgende nettsteder:

<https://sjeldnediagnoser.no/home/sjeldnediagnoser/Relevante%20lenker/11308>

<http://www.frambu.no/hovedmeny/tema/a-fa-en-sjelden-diagnose/sokenetter-svar/08de4352-5745-43a6-9db0-e8736c4d74ee>

<http://www.cfnorge.no/pcd/>

<https://www.uptodate.com/contents/primary-ciliary-dyskinesia-immotile-cilia-syndrome>

foreligger alvorlig underliggende sykdom, oppdages ikke sykdommen på et tidlig tidspunkt (6).

DIAGNOSE OG BEHANDLING

Gjennomsnittlig alder ved diagnose-tidspunktet er 5,8 år, hos barn med situs inversus er den 3,5 år (2). Bronkiektasier kan da allerede være etablert (7). Ofte forteller foreldrene at de ikke kan gå ut uten lommetørkle fordi barnets nese stadig renner og er tett. Flertallet av barna har hørselstap, i varierende grad, noe som skyldes væske i mellomøret, og de får gjentatte episoder med akutt ørebetennelse (2).

PCD behandles i dag på lik linje med cystisk fibrose – selv om det ikke finnes sikker kunnskap om at dette er effektivt. Behandlingen tilpasses også den enkelte pasient. Å forebygge slimopphopning, samt tidlig behandling med antibiotika, er de viktigste tiltak for å forhindre forverring. Bruk av Ventoline og forstøverbehandling med hypertont saltvann (3, 5 eller 7 prosent) kombinert med fysioterapi og hosteøvelser brukes for å fjerne slim i luftveiene, men effekten hos PCD-pasienter er ikke dokumentert (8).

I Norge stilles diagnosen ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og ved Norsk senter for Cystisk Fibrose (NSCF), Ullevål, som er norsk kompetansetjeneste for PCD.

INFORMASJON TIL FORELDRE

Foreldrene ble sendt hjem med den nyfødte lille jenta. De visste at hun hadde «hjertet på feil side», og at den ene lunga var i så dårlig tilstand at de måtte passe på hvilken stilling babyen sov i. Utover dette visste de lite om hva de skulle følge med på, hva som kunne skje, eller hva de kunne forvente seg i fremtiden.

Når et nyfødt barn legges inn på neonatalavdeling, føles det skremmende for de fleste foreldre. For å forebygge at ikke foreldrenes emosjonelle påkjenning blir en vedvarende belastning, og for å fremme tilknytning mellom foreldre og barn, er relasjonskompetanse og gode metoder for kommunikasjon og informasjonsformidling en nødvendig del av helsepersonells kompetanse. Informasjon må tilpasses foreldrene,

foreldrene er de egentlige spesialistene på seg selv, det finnes ikke «vanskelige foreldre», og mestring gir foreldretrykthet (9).

Ved mer kjente tilstander finnes det ofte mye tilgjengelig informasjon på nett, noe som ikke var tilfelle i denne historien. Det er heller ikke slik at det skal måtte være opp til foreldrene selv å skaffe til veie informasjonen de har behov for, eller som kan bidra til å stille en diagnose. For mange kan veien frem til en diagnose være både lang og krevende. Noen opplever at de ikke blir tatt på alvor når de melder sin bekymring til helsepersonell.

Både barn og voksne og deres pårørende opplever usikkerheten rundt det å ikke vite som svært belastende. Det er heller ikke alltid mulig å komme frem til en endelig, avklart diagnose. I dag er det imidlertid stadig flere sjeldne tilstander som diagnostiseres,

«Når et nyfødt barn legges inn på neonatalavdeling, føles det skremmende for de fleste foreldre.»

ikke minst på grunn av store fremskritt innen medisinsk genetik. Diagnoseprosessen krever et tett samarbeid mellom den det gjelder, familien, fastlege og sykehus, og foregår ofte over flere trinn (10, 11).

STØTTE BLANT LIKEMENN

Ettersom jenta ble eldre ble det mye fravær fra skolen på grunn av PCD og de gjentatte luftveisinfeksjonene. Mor valgte selv å opprette en interessegruppe: «Pasienter og pårørende med PCD». Siden pasientgruppen var liten, opplevde hun å stå veldig alene med jobben omkring drift av denne gruppen. Hun hadde også et behov for å ha noen å utveksle erfaringer og diskutere med.

«Pasienter og pårørende med PCD» ble en undergruppe av «Norsk Forening for Cystisk Fibrose» (NFCF) i 2015. Dette for å øke nettverket, men også fordi de to diagnosene har viktige fellestrekk både med hensyn til symptomer og behandling og derfor kan dele både erfaringer og behandlingsbehov. Målsettingen er at «pasienter i Norge får et felles tilbud, mulighet for kontakt med andre i samme situasjon og god, faglig informasjon gjennom en felles kanal» (12).



Formålet med denne artikkelen er å øke bevisstheden omkring diagnosen PCD. Har du selv eller en du kjenner noen av de nevnte plagene, kan du kanskje ta med denne artikkelen til legen din?

Videre håper vi historien fra virkeligheten tydeliggjør viktigheten av god informasjon, slik at for eksempel foreldre til barn med en sjelden eller ukjent sykdom ikke blir alene med sin bekymring og sine spørsmål. ●

REFERANSER

1. Helsebiblioteket. Hva er bronkieektasier? Oslo: Helsebiblioteket; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/luftveier/bronkieektasier> (nedlastet 10. januar 2019).
2. Crowley S. Primær ciliydyskinesi. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2016;136:128–30.
3. Shapiro A, Davis S, Ferkol T, Dell SD, Rosenfeld M, Olivier KN, et al. Lateral defects other than situs inversus totalis in primary ciliary dyskinesia: insights into situs ambiguus and heterotaxy. Chest. 2014;146(5):1176–86.
4. Afzelius B, Stenram U. Prevalence and genetics of immotile-cilia syndrome and left-handedness. Int J Dev Biol. 2006;50(6):571.
5. Mulowney T, Manson D, Kim R, et al. Primary ciliary dyskinesia and neonatal respiratory distress. Pediatrics. 2014;134(6):1160–6.
6. Bush A, Chodhari R, Collins N, Copeland F, Hall P, Harcourt J, et al. Primary ciliary dyskinesia: current state of the art. Arch Dis Child. 2007;92(12):1336–40.
7. Kuehni C, Frischer T, Strippoli M, Maurer E, Bush A, Nielsen KG, et al. Factors influencing age at diagnosis of primary ciliary dyskinesia in European children. Eur Respir J. 2010;36(6):1248–58.
8. Bergström S, Talmadge E, Hollingsworth H. Primary ciliary dyskinesia. UpToDate. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/primary-ciliary-dyskinesia-immotile-cilia-syndrome?searchPrimary%20>

ciliary%20dyskinesia&source=search_result&selectedTitle=1-27&usage_type=default&display_rank=1 (nedlastet 10. april 2019).

9. Moe K, Skisland AVS, Söderhamn U. Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. Sykepleien Forskning 2017;12(62155)(e-62155).
10. Oslo universitetssykehus. Senter for sjeldne diagnoser. Oslo universitetssykehus; 2018. Tilgjengelig fra: <https://sjeldnediagnoser.no/home/sjeldnediagnoser/Relevante%20lenker/11308> (nedlastet 10.01.2019).
11. FRAMBU. Søken etter svar. Frambu; 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.frambu.no/hovedmeny/tema/afa-en-sjelden-diagnose/soken-etter-svar/08de4352-5745-43a6-9db0-e8736c4d74ee> (nedlastet 10.01.2019).
12. Norsk Forening for Cystisk Fibrose. PCD. Norsk Forening for Cystisk Fibrose; 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.cfnorge.no/pcd/> (nedlastet 10.01.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

BARNE- OG FAMILIETJENESTEN I ARNA OG ÅSANE, BERGEN KOMMUNE SØKER AVDELINGSLEDERE

Etat for barn og familie har overordnet driftsansvar for barne- og familietjenesten som blant annet omfatter helsestasjons- og skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og Barne- og familiehjelpen.

Etaten har videre ansvar for barneverntjenesten, bosetting av enslige mindreårige flyktninger, Barnevernvakten, Utekontakten og SLT-arbeid. Avdelingsleder vil ha økonomi-, personal- og fagansvar for sin avdeling.

Vi ønsker avdelingsledere med helse- og sykepleierutdannelse med et stort og tydelig engasjement for ledelse, utviklingsarbeid, og motivasjon for ledelsesoppgaver og -ansvar. Barne- og familietjenesten er under modernisering og utvikling, du som avdelingsleder får muligheter til å være en pådriver i dette spennende arbeidet.

Les mer om stillingene på Sykepleienjobb.no og søk enkelt derfra. Vi ser frem til å høre fra deg!



Foto: Katarina Lunde/
Bergen Kommune



MASKE-BAG: Luftveishåndtering redder liv, men det er grunnleggende at førstehjelperne er trygge på arbeidet sitt og yter effektiv livreddende førstehjelp når minuttene teller. Illustrasjonsfoto: Dag M. Søyland / Lærdal Medical

FORFATTERE

Anja Vasset

Anestesisykepleier og ambulansesarbeider,
Helse Møre og Romsdal

Sven Inge Molnes

Førstelektor, Institutt for helsevitenskap,
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet, Ålesund

Frøydis Vasset

Førsteamanuensis, Norges teknisk-
naturvitenskapelige universitet, Ålesund

NØKKELORD

- ▶ Prehospital
- ▶ Luftveishåndtering
- ▶ Barn
- ▶ Kompetanse
- ▶ Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.75947

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forskning på prehospitalt arbeid gir et signal om at luftveishåndtering av barn ikke er entydig og enkelt. Det er ulik kompetanse på området prehospitalt, og i de nordiske landene er det ulik kompetanse blant prehospitalt helsepersonell.

Hensikt: Å få utvidet kunnskap om prehospitalt helsepersonells opplevelser av tjenestens fag- og samhandlingskompetanse når det gjelder luftveishåndtering av barn.

Metode: Vi benyttet et kvalitativt design og gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer med fem, sju og åtte informanter. De representerte åtte ulike ambulansestasjoner og legesentre i Midt-Norge. Vi brukte en induktiv tilnærming i analysen.

Resultat: Studien viser usikkerhet generelt når det gjelder luftveishåndtering av barn, spesielt i akutte og kritiske situasjoner. Informantene var også usikre på hvordan de skulle bruke medisinsk utstyr som maske-bag. Informantene erfarte at de hadde lite vedlikeholdstrening og mangelfull opplæring i prosedyrer og samarbeid.

Konklusjon: Studien tyder på at det kan være behov for et kompetanseløft for å optimalisere prehospital behandling til barn med akutte og kritiske pusteproblemer. Informantene etterlyste mengdetrening, hospitering og simulering for å vedlikeholde både fag- og samhandlingskompetansen.

Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn

Informantene i studien var spesielt utrygge i akutte og kritiske situasjoner og usikre på hvordan de skulle bruke medisinsk utstyr som maske-bag.

Ufrie luftveier kan være en av hovedårsakene til dødsfall hos barn (1), men også akutt sykdom kan føre til luftveisproblemer (2). Derfor er det viktig at prehospitalt helsepersonell mestrer teknikker for å frigjøre luftveier hos pasienter (2–4). Prehospitalt helsepersonell kan være paramedics, sykepleiere, ambulansesarbeidere eller leger.

Hos barn er epiglottis (strupelokket) spissere og larynks (strupehodet) høytliggende, og dimensjonene er mindre enn hos voksne, men teknikkene er i hovedsak de samme (4). Det er flere faktorer som kan være med på å hindre uønskede hendelser hos barn, og en av disse er økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell.

Tverrprofesjonell samhandling

Prehospitalt helsepersonell har en enestående mulighet til å hindre uønskede hendelser ved å trene på alvorlig sykdom med enkle og livreddende tiltak i den akutte fasen. For å utføre livreddende tiltak og hindre utvikling av alvorlig sykdom eller komplikasjoner må anestesipersonell, ambulansespersonell og leger arbeide faglig forsvarlig og ha tilstrekkelig fag- og samhandlingskompetanse (5).

Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse er nødvendig for å få til en effektiv behandling av pasienten, og for å oppnå en bred kompetanseplattform (6–8). Det er dermed en forutsetning at helsepersonell innehar den kompetansen som trengs, kjenner til påkrevde tiltak og nødvendig utstyr som kan brukes i akutsituasjoner.

Prehospitalt arbeid i distriktene

I Melding til Stortinget nr. 13 (6) kommer

det tydelig frem at det er et økende behov for ulik kompetanse i helsesektoren, og at det er cirka 30 prosent ufaglærte arbeidstakere i kommunehelsetjenesten. Det kommer ikke tydelig frem hvilke sektorer som er representert, og hvorvidt denne meldingens innhold kan utgjøre en risiko for kvaliteten på det prehospitalt arbeid. Men det kan være nødvendig å styrke kompetansen i det prehospitalt arbeid, og da spesielt ute i distriktene.

I NOU 2015:17 (9) kommer det frem at mangel på kvalifisert helsepersonell i ut-

«Det kan være nødvendig å styrke kompetansen i det prehospitalt arbeid, og da spesielt ute i distriktene.»

kantkommuner kan bli utfordrende for å håndtere sykdommer og skader utenfor sykehus. I rapporten Kompetansebehov i ambulansesfag (10) presiseres det at det vil være behov for helsepersonell med kompetanse på ulike nivåer, og at det er behov for økt kompetanse i ambulansetjenesten nå og i fremtiden.

Krav til mestring

Ulik forskning bekrefter at hver enkelt arbeidstaker må vedlikeholde ferdighetene i basal luftveishåndtering av barn og ha kjennskap til nødvendig medisinsk utstyr som maske-bag, medisin og intubering (1, 3–4). Akuttmedisinsk helsepersonell bør mestre basal luftveishåndtering og trene på prosedyrene (4, 11).

Det foreligger ingen dokumentasjon som tilsier at intubering er et livreddende tiltak prehospitalt, men det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon på at basal luftveishåndtering redder liv (11). Det er grunnleggende at førstehjelpere er trygge på arbeidet sitt og yter effektiv livreddende førstehjelp når minuttene teller (3). Det støttes av Goldmann og Ferson (12), som presiserer at basal luftveishåndtering kommer i første rekke i behandlingen og krever vedlikeholdstrening.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å få utvidet kunnskap om prehospitalt helsepersonells innsikt i arbeidsplassens fag- og samhandlingskompetanse når det gjelder luftveishåndtering av barn.

Forskningsspørsmålet var som følger:

«Hvilke erfaringer har prehospitalt helsepersonell med fag- og samhandlingskompetanse i akutt luftveishåndtering av barn ute i distriktene?»

METODE

Design

I denne studien har vi anvendt et kvalitativt design. Kvalitativt design egner seg godt til å utforske erfaringer og meninger (13). Vi benyttet fokusgrupper for å få frem ulike erfaringer, og for å få en bredere forståelse av temaet fra de ulike profesjonene ute i ambulansetjenesten.

Utvalg

Ansatte på Klinikk for prehospitaltjenester og en kommunal legevakt i et distrikt i Midt-Norge ble forespurt om å delta i studien. Vi trakk ut et tilfeldig utvalg av ambulansestasjoner

og legesentre. Informasjonsskriv ble sendt til ledere ved tolv tilfeldige ambulansestasjoner, tre legesentre og Norsk Luftambulansse.

Sju ambulansestasjoner med stor geografisk spredning og ett legesenter ble med i studien. I alt 25 informanter takket ja til å være med i studien, men bare 20 stilte til intervju. Informantene var tverrprofesjonelle, mellom 21 og 49 år, og hadde 2 til 24 års yrkeserfaring. Inklusjonskriterier var at informantene arbeidet innenfor prehospitaltjenester. Tabell 1 viser hvor mange informanter som er inkludert innenfor de ulike profesjonene.

Datainnsamling

Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer våren 2017, med fem, sju og åtte informanter. Vi samlet inn samtykkeerklæring og kartla deltakernes erfaring, utdanning og alder. Intervjuene ble gjennomført ved tre ulike ambulansestasjoner. Intervjuene varte mellom 30 og 50 minutter og ble avsluttet med en oppsummering.

Vi benyttet diktafon, og førsteforfatteren transkriberte intervjuene umiddelbart. Ved prosjektslutt slettet vi datamaterialet. Vi benyttet intervjuguide med følgende fire åpne spørsmål:

- For å optimalisere behandlingen av barn, hva slags kompetanse tenker dere er viktig?
- Hvordan erfarer dere det tverrprofesjonelle samarbeidet i slike situasjoner?
- Fortell om deres kjennskap til eller kompetanse i det medisinsktekniske utstyret til barn.
- Fortell om hva slags trening og øvelse dere har i luftveishåndtering av barn eller i å bruke utstyr.

Analyse

Vi brukte en induktiv tilnærming i analysen, og gjennom fortolkning og abstrahering ble funnene meningsfulle (14). Vi ble inspirert av Giorgis (15) analysestrategi for å analysere de transkriberte intervjuene. Første- og sisteforfatteren gjennomførte analysen uten å bruke dataverktøy. Analysestrategiens fire trinn ble delt opp som følger:

- **Helhetsinntrykk.** Det transkriberte materialet ble grundig lest flere ganger for å danne et helhetsinntrykk.
- **Utarbeiding av meningsbærende enheter.** Vi delte opp teksten i meningsbærende enheter, med ulike fargekoder.
- **Abstrahering og kondensering av teksten.** Denne prosessen bidro til at vi utviklet to meningsbærende enheter: a) kommunikasjon og samhandling i prehospitalt arbeid med barn, og b) prehospital fagutvikling. Deretter kondenserte vi de meningsbærende enhetene til fire underkategorier, to under hver enhet. De ble videre brukt som overskrift i resultatkapittelet.
- **Sammenfatting av tekstens betydning.** En kritisk forståelse av teksten belyste gode sitater og fikk frem essensen i intervjuene.

Forskningsetiske vurderinger

Vi gjennomførte studien i samsvar med forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning (16). Informantene ble anonymisert under transkriberingen. Alle informantene leverte informasjonsskriv og signert samtykkeskjema. Informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst, uten at de måtte begrunne det. Studien er godkjent av klinikkisjef for prehospitaltjenester og NSD (referansenummer 50416).

RESULTAT

Kommunikasjon og samhandling i prehospitalt arbeid med barn

Kommunikasjon når minuttene teller

«Å være tydelig og tenke høyt kunne være helt grunnleggende for å unngå misforståelse», sa en informant og fikk støtte fra flere informanter. De mener at kommunikasjon mellom prehospitalt helsepersonell og andre ressurser som akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), luftambulansse og legevakt er nødvendig for god pasientbehandling.

De presiserte også at helsepersonell bør være fleksible i alle akutsituasjoner med barn fordi «foreldre ofte

kommer springende ut og hiver ungen i hendene til den første de ser», som en av informantene sa. Prehospitalt personell kan dermed ikke være låst til planlagte og fordelte arbeidsoppgaver, som flere av informantene påpekte. I tillegg kom det frem at personalet bør være kreativt og avlede barn fra det mest kritiske i situasjonen.

Tverrprofesjonelt samarbeid

Informantene var enige om at et godt tverrprofesjonelt samarbeid var sentralt i arbeidet deres, men det var likevel personavhengig om dette samarbeidet fungerte bra. De beskrev at de hadde et stort hjelpeapparat i AMK, luftambulanssen, legevakten og sykehuset, selv om de ikke alltid finnes i umiddelbar nærhet.

Flere av informantene sa at de hadde gode samarbeidserfaringer. En av dem påpekte følgende: «Jeg har aldri blitt avvist ved ønske om bistand.» Denne informanten presiserte at til tross for at de har tilgang til alle samarbeidspartnere, er ambulanssepersonell avhengig av å kunne arbeide selvstendig.

Denne selvstendigheten var grunnleggende fordi vi har store geografiske avstander, og tiden kan være knapp. Dessuten kan distriktene være uten legevakt noen deler av døgnet fordi flere har interkommunale samarbeid. Når legevakt er tilgjengelig, oppleves den som en ressurs og en trygghet for ambulanssepersonellet.

Informantene understreket at legene har et større erfaringsgrunnlag med barn og dermed har bredere kompetanse til å skille frisk fra syk og ufarlige fra potensielt alvorlige hendelser.

Prehospital fagutvikling

Behov for faglig utvikling

Noen av informantene presiserte at de ikke kunne lese seg til praktiske ferdigheter når de ikke fikk øvelse, trening og dermed erfaring i ferdigheten. De sa at det var nødvendig med prosedyretrening. De supplerte med at de ønsket hospitering ved sykehus som har organisert praktisk læring. En informant sa som følger: «Jeg ønsker trening med korrekt bruk av maske-bag.»

Informantene følte at hver enkelt

Tabell 1. Profesjoner representert i utvalget

Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3
1 lege	1 paramedic	1 paramedic/sykepleier
1 paramedic	3 paramedics/sykepleiere	2 ambulansarbeidere/sykepleiere
2 ambulansarbeidere	4 ambulansarbeidere	4 ambulansarbeidere
1 ufaglært		

Tabell 2. Analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Underkategorier	Eksempel på sitat
Kommunikasjon og samhandling i prehospitalt arbeid med barn	Kommunikasjon når minuttene teller	«Å være tydelig og tenke høyt kunne være helt grunnleggende for å unngå misforståelse.»
	Tverrprofesjonell samhandling	«Jeg har aldri blitt avvist ved ønske om bistand.»
Prehospital fagutvikling	Behov for faglig utvikling	«Jeg ønsker trening på korrekt bruk av maske/bag.»
	Gjennomført fagutvikling	«Praktiske utsjekker på barn har vi ikke.»

arbeidstaker fikk for mye ansvar for egen læring. Slikt ansvar for egen læring vil føre til store individuelle forskjeller i kompetansenivå, hevdet de.

Videre påpekte de at de har krav på avsatt tid til faglig utvikling i arbeidstiden, men at det er opp til den enkelte stasjonsleder hvor mye tid som blir avsatt til faglig utvikling. En intern tiltaksbok med tydelige prosedyrer var et godt hjelpemiddel, spesielt i akutt situasjoner med barn.

Gjennomført fagutvikling

Flere av informantene var opptatte av at det ikke er noen automatikk i å få tilbakemelding etter at pasienten er overlevert til sykehus, eller at de ikke har innsyn i pasientjournalen på grunn av taushetsplikten. Informantene hevdet at ikke å få tilbakemelding kan være med på å hindre erfaringslæring og faglig utvikling.

Videre understreket flere informanter at de bør få tilbud om kurs, utdanning og andre kompetansehevede tiltak, og at flere av slike tiltak bør være obligatoriske. «Vi i ambulansen har nettkurs, som per i dag er den eneste resertifisering vi har», sa en informant. Flere av informantene var opptatte av at kurs og årlige utsjekker hadde gjort dem tryggere

og flinkere: «Still krav til oss og gjør oss bedre.»

Noen informanter presiserte at det var nødvendig med forkunnskaper for å forstå kroppens anatomi og medikamentenes virkning: «Det er ofte bare én person med medisindele-

«Personalet bør være kreativt og avlede barn fra det mest kritiske i situasjonen.»

gering på vakt i ambulansetjenesten. Mye av ansvaret blir dermed liggende på den personen.» Noen av informantene savnet en instruktør med spesialistkompetanse: «Praktiske utsjekker på barn har vi ikke.»

DISKUSJON

Håndtering av akuttsituasjoner

Flere av informantene nevnte at usikkerhet i arbeidet kan være en av årsakene til stress, noe som også støttes av Smith og Roberts (17). De hevder at stress igjen kan føre til usikkerhet. Prehospitalt helsepersonell bør være trygge i arbeidet for å oppnå stressmestring i akuttsituasjoner. Livredde foreldre og urolige barn i en

akuttsituasjon er et stressmoment for ambulanspersonell, hevder Bohnström og medarbeidere (18).

Studier om hvordan ambulanspersonell håndterer stress i akuttsituasjoner er også gjennomført av LeBlanc og medarbeidere (19), som hevder at ambulanspersonell ofte er i svært stressende situasjoner. De påpeker videre at det er nødvendig å forberede prehospitalt helsepersonell på akutte stresssituasjoner, og at tilstrekkelig kompetanse er nødvendig (19).

Rolig kommunikasjon er viktig

Informantene presiserte at tydelig, rolig, enkel og målrettet kommunikasjon, spesielt i akuttsituasjoner, var grunnleggende for å optimalisere behandlingen. Ifølge Rehn og medarbeidere (11) vil god og rolig dialog med foreldre og barn føre til bedre tilnærming og mer trygghet, og er en god investering for behandlingen. De påpeker videre at kommunikasjon kan trenes.

Det kan oppstå kommunikasjonsutfordringer med panikkslagne foreldre og redde barn, hevder O'Malley og medarbeidere (20), og at man bør repetere informasjon i en sjokkfase da den lett kan glemmes. Noen av informantene hevdet at det skaper ro og tillit å tilnærme seg barnet på en behagelig og god måte, og det kan være starten på en optimal behandlingsskjede.

Ifølge Richardsen (2) og Grønseth og Markestad (21) kan det i tillegg være betryggende om helsepersonell forklarer barnet hva som blir gjort. Barn har generelt liten evne til å beskrive ubehag eller smerter. Denne utfordringen gjør kravet til observasjon større, og observasjon er grunnleggende for å gjøre riktige prioriteringer.

Kommunikasjon med barn

Det er annerledes å kommunisere med barn enn med voksne. Helsepersonell må møte barnet på barnets nivå med enkle ord og forklaringer: rolig, forsiktig, men med direkte stemme og en avslappet

kroppsholdning som ikke signaliserer stress og angst. Det å bruke utstyret på en kreativ og lekende måte kan være med på å skape tillit, som kan gi en bedre kommunikasjon (22).

Informantene hadde flere eksempler på hva som kunne være med på å ufarliggjøre situasjonen og avlede barnet. Eksempler kunne være å bruke plastkopp fremfor maske i oksygenbehandling, blåse opp gummihansker, vise på bamse eller bruke humor og historier.

Velge ord bevisst

Levetown (23) hevder at det kan være nyttig og livreddende å velge ord og uttrykk tydelig og bevisst, og at pårørende forventer informasjon. Faggrupper har sin egen terminologi som ikke er lett å forstå for pasientene og de pårørende. Kommunikasjon må tilpasses mottakeren, og det er viktig å være tydelig i samtalen og bruke enkle ord for å unngå misforståelser.

Ifølge Aggarwal og medarbeidere (24) er cirka 70 prosent av uønskede hendelser forårsaket av svikt i kommunikasjon og samhandling. Dette gjelder både kommunikasjon med kolleger og i møte med barnet og foreldrene. LeBlanc og medarbeidere (19) legger vekt på at det vanligste tiltaket i akuttmedisin er presis kommunikasjon.

Flere av informantene var opptatte av et godt tverrprofesjonelt samarbeid, og flere ønsket mer trening. Teamtrening på tvers av yrkesprofesjoner kan skape et bedre samarbeid (25, 26).

Fag- og samhandlingskompetanse i tjenesten

Situasjonen kan virke svært skremmende for foreldre som har barn med luftveisproblemer. De forventer å bli møtt av helsepersonell med god kompetanse. Det er grunnleggende at prehospitalt helsepersonell er trygge i arbeidet og yter effektiv, livreddende hjelp når minuttene teller. Den tryggheten er i tråd med minstekravene til basal luftveishåndtering prehospitalt (3).

Det må være en forutsetning i kritiske situasjoner at helsepersonellet har tilstrekkelig fag- og

samhandlingskompetanse (4). I en NOU (9) påpekes det at virksomheter skal stille krav til ansatte som yter akuttmedisinske tjenester og gi nødvendig opplæring og trening. De skal i tillegg sørge for at det stilles krav til alle ledd i helsetjenesten.

Informantene sa at det ikke var noen automatikk i å få tilbakemelding et-

«Informantene følte at hver enkelt arbeidstaker fikk for mye ansvar for egen læring.»

ter at pasienten var overlevert til sykehus, mest på grunn av taushetsplikten. Sykehuskulturen vektlegger pasientens behandling og helse generelt. Derfor blir prehospital opplæring ikke det sentrale i sykehusarbeidet. Hvorvidt taushetsplikt er den grunnleggende årsaken, er uklart.

Informantene sa at ledelsen ikke følger opp med trening i praktiske ferdigheter, og at utsjekk på barn ikke eksisterer. Ifølge Bjerkelund og medarbeidere (4) har hver enkelt arbeidstaker ansvaret for å vedlikeholde og utføre praktisk trening i arbeidet. Informantene ga uttrykk for at de ønsket en instruktør med spesialkompetanse, og at opplæringen og treningen var organisert.

Simulering er ønskelig

I dag har noen sjekklister for utført praktisk trening, men det er individuelt om behovet for videre øvelse og kunnskap blir fulgt opp. Simulering som pedagogisk metode er et alternativ til praktisk trening, ifølge Aggarwal og medarbeidere (24). Simulering i denne konteksten er relevant siden læresituasjonene er begrenset og stressnivået høyt.

Smith og Roberts (17) hevder at simulering forebygger stress, noe som vil være nyttig i denne typen arbeid. Med simulering kan helsepersonell bli mer bevisste på sin egen kompetanse, og det kan styrke kvalifikasjonene, skape gode læresituasjoner under

kontrollerte forhold og gjøre treningen realistisk.

Simulering kan erstatte reelle situasjoner med veiledet situasjonstrening og rekonstruere nylige hendelser. Derfor kan simulering være nyttig når læresituasjoner øves på og evalueres. Helsepersonellet kan i fellesskap reflektere over den utførte behandlingen (19, 25, 27). Simulering handler om å bli kompetent og klar til å utøve spesielle prosedyrer i eget yrke (26).

Godt samarbeid var personavhengig

God klinisk kompetanse er nødvendig for å arbeide selvstendig og for å ivareta pasientsikkerheten (28). Informantene opplevde at de hadde god samhandling med luftambulansene og sykehuset, og de syntes det tverrprofesjonelle samarbeidet var godt. Tverrprofesjonelt samarbeid er i tråd med Aggarwal og medarbeidere (24), som hevder at godt samarbeid og god ledelse kan føre til større selvstendighet i arbeidet.

Flere av informantene uttrykte at kvaliteten på samarbeidet var personavhengig ut fra hvem som var på jobb. Personavhengighet burde ikke være en avgjørende faktor ved samhandling i akutsituasjoner. Systematikk og felles rutiner kan være med på å hindre at pasienter får ulik behandling alt etter som hvem som er på jobb. Handlingsmønsteret i akutsituasjoner må være forutsigbart (9).

Informantene opplevde at interne prosedyrer var et godt oppslagsverk, og at de var lett tilgjengelige, oppdatert til enhver tid og nyttige i pasientbehandlingen. Bruk av nedskrevne interne prosedyrer i arbeidet støttes av Jewkes (29), som hevder at til tross for en begrenset mengde med avansert utstyr og ulik kompetanse blant personalet, kan kvaliteten bedres med gode prosedyrer.

For lite kompetanseheving

Informantene var opptatte av at de arbeidet mye selvstendig, men samtidig ga de tydelige signaler om at de også måtte være fleksible for å kunne samhandle godt med makkeren,

legen, AMK og sykehuset. Videre viste undersøkelsen vår at ambulanspersonell bør styrke fag- og samhandlingskompetansen, spesielt med tanke på at flere kommuner har inngått interkommunalt samarbeid innen legevaktstjenesten, og at det kan oppstå situasjoner med samtidskonflikt der de må arbeide uten assistanse fra for eksempel luftambulansen.

Det kan være nødvendig med kompetansehevende tiltak i utdanningen. Informantene viste tydelig at de var frustrerte over grunnutdanningen i ambulansfag, der det manglet kompetansekrav om luftveishåndtering av barn. Slike mangler i kompetansekrav viser at opplæringsansvaret på luftveishåndtering av barn kan ligge hos praksisfeltet.

Spesial- og masterutdanningen er frivillig i tjenesten, noe som kan føre til faglige individuelle forskjeller. En av årsakene til slike forskjeller er at det ofte utlyses stillinger som ambulansarbeider, uten krav til spesial- eller masterutdanning. Det kan være nyttig med krav til relevant videreutdanning på dette fagfeltet. Sykepleiere arbeider også ofte i ambulansetjenesten, det ser vi og av dette utvalget.

Metodiske refleksjoner

Førsteforfatteren arbeider selv prehospitalt og kjenner derfor feltet og fenomenet som vi studerte. Andre- og tredjeforfatteren kjenner ikke til fagfeltet i like stor grad. Ulik bakgrunn kan være en styrke i studien fordi vi kunne se ulike nyanser av datamaterialet. Et lite utvalg i et distrikt viser ikke breddekunnskap, det vil si at vi ikke vet sikkert hvordan prehospitalt ansatte i andre distrikter erfarer luftveishåndtering av barn. Likevel viste informantene interesse og engasjement for spørsmålene vi stilte, og vi fikk på den måten nyanserte data.

Det var en styrke med fokusgruppeintervjuer for å få til en diskusjon og refleksjon rundt de ulike temaene, og vi opplevde at materialet hadde tilstrekkelig bredde, var variert og rikt. Det kan likevel være en ulempe at det var en lege med i en av fokusgruppene,

og ikke i de to andre, fordi en lege har utdanning på et høyere nivå og kan ha tilegnet seg bedre kunnskap på området. Det kan være en styrke at to av forfatterne arbeidet med analysearbeidet fordi flere analyserte datamaterialet.

KONKLUSJON

Studien viser at deltakerne var usikre på hvordan de skulle behandle barn med akutte og kritiske pusteproblemer prehospitalt. De var usikre på hvordan de skulle bruke medisinsk utstyr, og de hadde lite vedlikeholdstrening og mangelfull opplæring. Barn med pustebesvær kan derfor være en utfordring i den prehospitaltjenesten.

Flere av informantene ga inntrykk av at fag- og samhandlingskompetansen ikke alltid var optimal i alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. De ønsket nødvendig opplæring for å håndtere faglig forsvarlig helsetjeneste og pasientsikkerhet i akutte og kritiske situasjoner. Deltakerne etterlyste mer mengdetrening, hospitering og simulering for å vedlikeholde kompetansen. ●

REFERANSER

1. Smith AG, Gardner GH. Policy statement—prevention of choking among children. *American Academy of Pediatrics*. 2010;125(3):601–7.
2. Richardsen J. Akutt sykdom. Oslo: Gyldendal Undervisning; 2008.
3. Berlac P, Hylmo PK, Kongstad P, Kurola J, Nakstad AR, Sandberg M. Prehospital airway management: guidelines from a task force from the Scandinavian Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2008;52(7):897–902.
4. Bjerkelund CE, Christensen PC, Dragsund S, Aadahl S. Hvordan oppnå fri luftvei? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2010;130(5):507–10.
5. Meld. St. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
6. Meld. St. nr. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43elbe825fb-097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
7. Altnäs S, Vasset F. Health and social care students pursuing different studies, and their written assignment from workshop and online interprofessional education. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;36(3):116–21.
8. Ødegård A, Willumsen E. Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
9. NOU 2015:17. Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Oslo: Departementenes sikkerhets- og servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
10. Helsedirektoratet. Kompetansebehov i ambulansfag. Rapport fra arbeidsgruppe. IS-0425. Oslo; 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/134/Kompetansebehov-i-ambulansfag-rapport-fra-arbeidsgruppe-IS-0425.pdf> (nedlastet 12.10.2018).

11. Rehn M, Hylmo PK, Magnusson V, Kurola J, Kongstad P, Rognås L, et al. Scandinavian SSI clinical practice guideline on prehospital airway management. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2016;60(7):852–64.
12. Goldmann, K, Ferson DZ. Education and training in airway management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2005;19(4):717–32.
13. Polit D, Beck C. *Nursing research*. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2017.
14. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
15. Giorgi A. *Sketch of a psychological phenomenological method. Phenomenology and psychological research: essays*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1985.
16. Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/helseforskning/forskriftstekst-forskrift-om-organisering-av-medisinsk-og-helsefaglig-forskning.pdf?id=2287758> (nedlastet 12.10.2018).
17. Smith A, Roberts K. Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature. *Emergency Medicine Journal*. 2003;20(1):75–8.
18. Bohnström D, Carlström E, Sjöström N. Managing stress in pre-hospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*. 2017;32:28–33.
19. LeBlanc VR, Regehr C, Tavares W, Scott AK. The impact of stress on paramedic performance during simulated critical events. *Pre-hospital and Disaster Medicine*. 2012;27(4):369–74.
20. O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Patient and family centered care and children in emergency department. *Pediatrics*. 2008;122(2):511–21.
21. Grønseth R, Markestad T. *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
22. Månsson ME. *Förberedelser av barn och föräldrar inför undersökelse eller åtgärd*. I: Hallström I, Lindberg T, red. *Pediatrik omvårdnad*. 2. utg. Stockholm: Liber; 2015. s. 123–7.
23. Levettown M. Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008;121(5):1441–60.
24. Aggarwal R, Mytton OT, Derbrew M, Hananel D, Heydenburg M, Issenberg B, et al. Training and simulation for patient safety. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(2):34–43.
25. Hagen IH, Molnes SI. Simulering kan gi bedre praksis. *Sykepleien*. 2013;11:48–50. DOI: 10.4220/sykepleien.2013.0103.
26. Stangeland S / Universitetet i Stavanger. *Simulering redder liv*. Intervju med Aase I, Husebø S. *Forskning.no*; 2011. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/forebyggende-helse-helsetjeneste-helsead-ministrasjon-medisinske-metoder-sykepleievitenskap/2011/06> (nedlastet 12.10.2018).
27. Tosterud R. *Simulation used as a learning approach in nursing education*. (Doktoravhandling.) Karlstad: Karlstads universitet, Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap; 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:760893/fulltext01.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
28. Aase K. *Pasientsikkerhet teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
29. Jewkes F. Prehospital emergency care for children. *Arch Dis Child*. 2001;84(2):103–105.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Når et barn ikke får puste

Hva er det mest skremmende som kan skje? For ambulansesarbeider og anestesisykepleier Anja Vasset var svaret åpenbart.

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Renate Furre Henriksen-Sandvær**

Tenk deg at barnet ditt ikke får puste og du ringer 113, sier Anja Vasset.

– Da vil du helst at ambulansepersonellet som kommer, har best mulig kompetanse.

Det er det derimot ikke sikkert at de har.

Dette er nemlig et område, forteller Vasset, der prehospitalt helsepersonell kan bære på usikkerhet og lite erfaring.

TRYGT, RASKT OG RIKTIG

Etter tolv år på samme ambulansestasjon på Sunnmøre hadde Vasset kjent på behovet for å utvikle seg faglig. Men hva skulle hun fordype seg i?

Vel, det heter seg at man skal konfrontere sine demoner.

Hun gikk i seg selv for å finne ut hva hun fryktet mest, og trengte ikke å gruble lenge.

– Få ting var mer skremmende for meg enn et barn som ikke får puste, forteller hun.

MYE USIKKERHET

Tematikken ble utgangspunkt for hennes mastergrad, som blant annet inkluderer en studie om prehospitalt helsepersonells kompetanse på feltet.

Vassets forskningsartikkel «Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn» ble nylig publisert i Sykepleien Forskning.

Denne kvalitative studien, med 20 informanter fra ulike profesjoner, indikerte at mange kan være usikre

Anja Vasset

Anestesisykepleier og ambulansesarbeider i Helse Møre og Romsdal.

Står bak forskningsartikkelen «Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn» sammen med Sven Inge Molnes og Frøydis Vasset ved NTNU i Ålesund.

på luftveishåndtering av barn, spesielt i akutte og kritiske situasjoner.

– Det er ikke så ofte man kommer borti slike situasjoner, og mange har naturlig nok lite praktisk erfaring på feltet, påpeker Vasset.

Den viktigste konklusjonen var at det er behov for økt kompetanse og trening for å få større erfaringsgrunnlag.

– Kompetanse gir trygghet, og man kommer langt med ikke å stresse, påpeker Vasset.

TRENING OG TRYGGHET

I dag kan Vasset mer om luftveishåndtering av barn enn de fleste, og hun føler seg langt tryggere. I jobben har hun opplevd episoder der kompetansen har kommet godt med, men alt helsepersonell kan selvsagt ikke ha en master i emnet.

Både profesjonelt og som mor til et barn som har hatt luftveisutfordringer, er hun opptatt av at helse-

«Kompetanse gir trygghet, og man kommer langt med ikke å stresse.»
Anja Vasset

personell skal være best mulig skikket til å handle trygt, raskt og riktig når det virkelig gjelder.

– Når du kommer frem til et barn som ikke får puste, kan du ikke bare ta det med til legevakt eller sykehus. Du må kunne håndtere situasjonen der og da.

Hun forklarer at om man ser bort fra anatomiske forhold, som at forholdene er mindre og



proporsjonene annerledes hos barn, så er det i tillegg annet utstyr som skal benyttes.

Dessuten er det ofte panikkslagne foreldre til stede som helsepersonellet må forholde seg til og kommunisere med. Man skal også klare å tilnærme seg barnet på en måte som skaper tillit og roer ned situasjonen.

UVENTEDE SITUASJONER

Når barn har ufrie luftveier, kan det oftere være snakk om helt uventede situasjoner – som fremmedlegemer i halsen eller allergiske reaksjoner uten at man var klar over allergien.

Voksne kan oftere ha kjente helseutfordringer som gjør pustevanskene mer forventet.

– Når ambulansen kommer, er det uansett viktig at man er beredt til å gå rett på tiltak og er målrettet, forklarer Vasset.

– I en del situasjoner kan du gi medikament, som ved allergisk reaksjon eller falsk krupp. Ved fremmedlegeme må du gå rett på med tiltak for å få det opp, for eksempel fem ryggslag og støt i epigastriet.

I tillegg til at hver enkelt må vite hva som skal gjøres, er det viktig at samhandlingen mellom ulikt helsepersonell går friksjonsfritt.

– Ambulansepersonell er ofte alene på stedet, men det kan tilkomme luftambulans og andre senere, og da må det ikke oppstå usikkerhet blant de involverte, understreker Vasset.

KOMPETANSELØFT

– Ta ansvar, og hev egen kompetanse om du har mulighet til det!

LUFTVEIEKSPERT: Du må kunne håndtere situasjonen der og da, sier Anja Vasset om akutte situasjoner i luftveiene.



Slik lyder Vassets viktigste råd til helsepersonell som måtte kjenne seg usikre.

For å få fagbrev som ambulansarbeider kreves

«Ta ansvar, og hev egen kompetanse om du har mulighet til det!» Anja Vasset

fagbrev i ambulansesfag, som innebærer to år på videregående skole og to år som lærling.

Fem universiteter tilbyr nå bachelorstudium i paramedisin, og Universitetet i Stavanger har i samarbeid med Stiftelsen Norsk Luftambulans opprettet en mastergrad i prehospital intensivbehandling.

– Grunnutdanningen kan selvsagt ikke inkludere alt, men det må være lov å håpe på et kompetanseløft på feltet, sier Vasset. ●

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



68.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien **Sykepleien**

FINN LEDIGE STILLINGER PÅ SYKEPLEIEN.NO



ADMINISTRERENDE DIREKTØR

SØKNADSRIST: 20.09.2019
STED: OSLO



ADMINISTRERENDE DIREKTØR

SØKNADSRIST: 30.09.2019
STED: MØRE OG ROMSDAL



BEHANDLINGSHJEMS- KONSULENT

100 %

SØKNADSRIST: 10.09.19
STED: AKERSHUS



ASSISTANT PROFESSOR(S)

The Department
of Public Health

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: FØRDE



SYKEPLEIER

1 x 100 % fast
1 x 100 % vikariat

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: STRYN



STOMISYKEPLEIER

100 % (fordelt 50 %
på stomipoliklinikk og 50 %
på sengepost)

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: TØNSBERG



FORSKNINGSSYKE- PLEIER/BIOINGENIØR

Engasjement 100 %

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: OSLO



INTENSIVSYKEPLEIER

Ekstravakt ved PO/
intensiv i Akuttklinikken

SØKNADSRIST: 30.12.19
STED: OSLO



SEKSJONSKONSULENT - ARA KONNERUD

Klinikk for psykisk helse
og rus i Vestre Viken HF

SØKNADSRIST: 01.10.19
STED: DRAMMEN



AUTORISERT SYKEPLEIER

Fast 65,73% stilling på natt
med hver 3.helg

SØKNADSRIST: 08.09.19
STED: TRONDHEIM



AVDELINGSLEDER 2 X 100 %

Barne- og familietjenesten

SØKNADSRIST: 12.09.19
STED: BERGEN



Skann qr-kode for flere
ledige stillinger på nett

HOVEDBUDSKAP

Foreldrenes separasjon og det å bo i to hjem er stressende for de fleste barn. Det kan også påvirke helsen deres som voksne. Barna omtaler det å bo i to hjem som å leve i to verdener.

Helsesykepleiere trenger kunnskap om erfaringene til disse barna for å kunne identifisere hvem som trenger støtte etter separasjonen.

NØKKELOD:

- ▶ Barn ▶ Barns erfaringer
- ▶ Helsesykepleier ▶ Skilsmisse

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76227

Barn med delt bosted: som å leve i to verdener

Helsesykepleiere som vet hva barn trenger av støtte og oppfølging etter en separasjon, kan hjelpe dem til bedre helse.

I de senere årene har mange vestlige land hatt en markert økning i antall barn som bor like mye hos begge foreldrene etter et samlivsbrudd (1–3). Å bo i to hjem innebærer å ha delt bosted, der barna bor tilnærmet like mye i begge hjemmene til foreldrene (4). Delt bosted øker, og mulige forklaringer kan være større oppmerksomhet på generell likestilling, likestilling av foreldreskap ved skilsmisser og endringer av barn- og familielover (5).

I 2012 hadde 25 prosent av norske barn delt bosted etter foreldrenes samlivsbrudd, mot 10 prosent i 2004 og 8 prosent i 2002 (6). Det antas at delt bosted ved foreldrenes samlivsbrudd vil øke i tiden fremover (5).

Barns rett til å delta i avgjørelser som angår dem selv, har fått oppmerksomhet internasjonalt og i Norge. Ifølge den norske barneloven skal barn ha rett til å si sin mening fra de er sju år gamle om hvor de skal bo når foreldrene skiller lag. Når de fyller 12 år, skal deres mening vektlegges tungt (7). Likevel viser det seg at kun en liten del av barna i Norge har påvirket sitt eget bosted (8).

Foreldrenes separasjon viser seg å være stressende for de fleste barn (2, 9) og kan påvirke deres følelsesmessige helse som voksne (2, 10). Følgende faktorer påvirker helse og trivsel i større grad enn selve separasjonen:

FORFATTERE


Ingunn Johnsen
Helsesykepleier, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet



Inger Hallström
Professor, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet og Medicinska fakulteten, Lunds universitet



Astrid Synnøve Litland
Helsesykepleier og førstelektor, Skolehelse-tjenesten, Bergen kommune og Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

- konfliktnivået mellom foreldrene før, under og etter skilsmis-sen, altså prosessen som fører til separasjon
- foreldrenes evne til å samarbeide for barnets beste
- barnets kontakt med begge foreldrene
- foreldrenes økonomiske og materielle situasjon etter samlivsbruddet (2, 10, 11)

Spesielt kan langsiktige konflikter mellom foreldrene påvirke barnas velvære og helse (12).

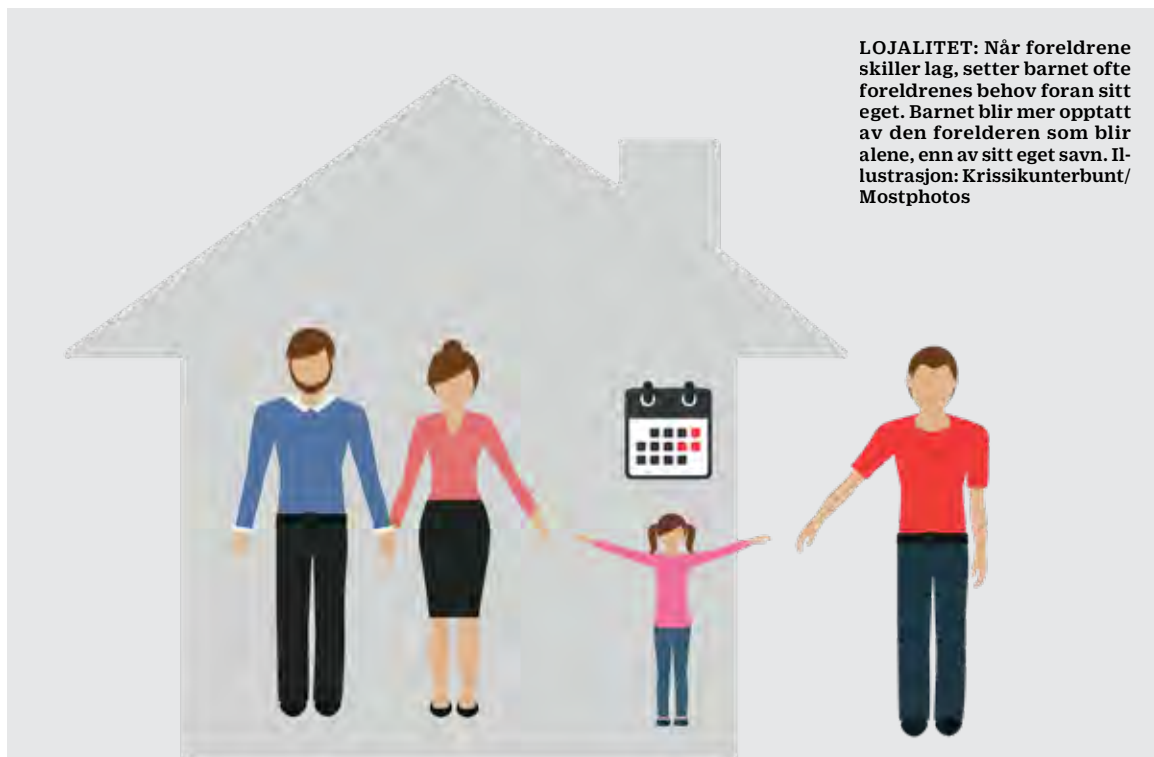
HENSIKTEN MED STUDIEN

Tidligere forskning på barn som bor i to hjem, har hovedsakelig vært opptatt av foreldrenes opplevelser og deres beskrivelser av barnas velvære (13), mens barnas egne opplevelser av å bo i to hjem, mangler (14). Kunnskaper om barnas opplevelser kan bidra til å identifisere barnas behov og gi sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og helsesykepleiere i kommunehelsetjenesten en bedre forståelse av barnas erfaringer og deres behov for støtte.

Hensikten med studien vår (15) var å undersøke hvordan barn opplever det å bo i to hjem.

METODE

Vi ønsket å undersøke hvordan barn som bor i to hjem,



LOJALITET: Når foreldrene skiller lag, setter barnet ofte foreldrenes behov foran sitt eget. Barnet blir mer opptatt av den forelder som blir alene, enn av sitt eget savn. Illustrasjon: Krissikunterbunt/ Mostphotos

opplever det. Vi valgte derfor å bruke et kvalitativt design i studien (15) med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Levde erfaring, vår livsverden, er verden slik vi umiddelbart erfarer den, uten å ha reflektert og kategorisert våre erfaringer (16).

Utvalget besto av tolv jenter og gutter i alderen 10–13 år, som bodde tilnærmet halvparten av tiden hos hver av foreldrene (tabell 1). Barna som ble valgt ut, hadde deltatt tidligere i skilsmissegrupper (samtalegrupper) i skolehelsetjenesten i en liten øykommune i den vestlige delen av Norge. Kommunen har 11 700 innbyggere. Det er 1750 barn i grunnskolen, fordelt på ti skoler.

Barna som deltok i studien, kom fra fem ulike skoler i kommunen. De foresatte ga skriftlig samtykke til at barna kunne delta i studien. Barna leste gjennom informasjonsskjemaet som var tilpasset dem, sammen med sine foresatte og ga muntlig og skriftlig samtykke til å delta.

RESULTATER OG ERFARING

Barna beskrev det å bo i to hjem som å leve i to verdener. Barna syntes livet ble vanskelig da foreldrene ble skilt. Alt som hadde vært trygt, forutsigbart og velkjent, ble erstattet av en usikker og uforutsigbar fremtid. Barnas verden ble erstattet av to verdener, som i begynnelsen ofte var atskilt på grunn av foreldrenes konflikter og manglende samarbeid.

Undersøkelsen viser at etter hvert som foreldrenes konfliktnivå gikk ned, ble det mer sammenheng mellom barnas to verdener. Likevel kunne barna slite i dagliglivet. Barnas savn, deres strev med lojalitet overfor begge

foreldre og med å finne sin tilhørighet preget barnas hverdag og så ut til å vedvare selv mange år etter foreldrenes brudd.

Barnas opplevelser ble kodet, sammenfattet og deretter beskrevet i fire hovedtemaer med ni undertema, som vi presenterer nedenfor.

Å FORHOLDE SEG TIL ET HJEM I ENDRING

Da foreldrene skilte lag og det hjemmet barna kjente og følte de hørte til i, forsvant, opplevde barna som deltok i undersøkelsen, at deres livsverden falt sammen. Denne

«Barna følte seg ofte som brevduer mellom sine to atskilte verdener.»

opplevelsen formet undertemaet «å miste hjemmet». Barna følte tristhet, sorg, sinne og bekymring for fremtiden. De gråt om kvelden før de skulle sove og hadde vondt i magen. Utryktheten de befant seg i, påvirket også skolehverdagen deres. De kom i konflikt med både venner og lærere.

Et av barna i undersøkelsen sa følgende: «Jeg ble sint da mamma og pappa kranglet, det skjedde før de flyttet fra hverandre. Jeg tenkte en kveld at jeg visste de kom til å bli skilt. Neste dag tenkte jeg at det ikke kom til å skje. Men så skjedde det jo, og da ble jeg veldig lei meg.» (15)

Frem til da hadde «hjemme» vært hos mamma og pappa. Fra nå av kom det til å bli «hjemme hos mamma» og «hjemme hos pappa». Det neste undertemaet fremsto som «å gjenopbygge hjemmet». Konfliktnivået mellom foreldrene var høyest

like etter bruddet, og barna følte seg ofte som brevduer mellom sine to atskilte verdener.

Barna hadde en periode med ustabilitet og usikkerhet. Det å pendle mellom to hjem ble en ny opplevelse for dem, og de slet med å tilpasse seg. De hadde innflytelse på samværsformen, men foreldrenes behov og arbeidssituasjon var likevel den avgjørende faktoren.

Etter hvert gikk foreldrenes konfliktnivå ned, og samarbeidet mellom hjemmene økte. Det tredje undertemaet var «å forholde seg til samarbeid mellom hjemmene». Barna syntes også det var positivt å bo i to hjem. De fikk flere gaver til bursdager og jul, noe som ble sett på som en bonus.

Barna var mer sammen med besteforeldre, tanter, onkler og søskenbarn. Barnas livsverden var påvirket av at de hadde vært gjennom et oppbrudd, og de var forberedt på at det kunne skje igjen. At foreldrene samarbeidet, var med på å gjøre dagliglivet til barna enklere.

Et av barna sa følgende: «Før foreldrene flyttet fra hverandre, var de venner, slik som en vanlig mamma og pappa. Nå har de et bedre forhold enn med én gang de flyttet fra hverandre [...] Da var de ikke venner!» (15)

Å BYGGE NYE RELASJONER

Det fysiske hjemmet endret seg, og barnas relasjoner endret seg. Foreldrenes kjærestere og deres familier medførte nye relasjoner i barnas liv uten at de selv kunne velge eller påvirke det. Foreldrenes nye forhold var innimellom ustabile, og barna mistet steforeldre og stesøsken de hadde blitt knyttet til. Det var med på å utvikle undertemaet «å få og miste nære relasjoner».

Hvis nye steforeldre og stesøsken flyttet for tidlig inn, ga det barna en opplevelse av ikke å føle seg hjemme i sitt eget hjem. Hvis de fikk tid til å bli kjent, fikk de derimot et positivt forhold til steforeldrene sine.

Foreldrenes separasjon påvirket barnas familiestruktur, og det formet undertemaet «å gjenoppbygge familien». Barna opplevde at eldre søsken som både var hjemmeboende og studerte, valgte å bo kun hos den ene forelderen, mens de selv pendlet mellom hjemmene.

På den måten fikk barna en større avstand til søsknene; de fikk én familie med søsken og én familie uten søsken. Samtidig ble det også et sterkere skille mellom foreldrenes familier. Barna opplevde det som at det ikke bare var foreldrene som skilte seg, men også familiene deres.

Barna hadde knyttet sterke bånd til steforeldrene, som også hadde opptrådt som omsorgspersoner for dem. Fra den ene dagen til den andre kunne et slikt forhold bli avsluttet. I motsetning til da det ble brudd mellom foreldrene, fikk de nå ikke ha videre kontakt med sin steforelder.

Et av barna uttrykte dette: «Det er ikke bare de voksne det blir slutt mellom. Det blir jo slutt mellom barna også. Det er vel kanskje det som skiller stesøsken fra søsken, da.» (15)

Å LENGTE ETTER KONTINUITET

Vi fant at barna ønsket å være like mye hos begge foreldrene, og det var vanlig å bo en uke hos hver forelder. Barna syntes

pendlingen mellom hjemmene var stressende og anså det som ideelt å bo lengre perioder i hvert hjem. Barna som fikk mulighet til å endre samvær til to uker i hvert hjem, ga uttrykk for å trives bedre med det, spesielt dersom de også fikk ha kontakt med den andre forelderen i løpet av toukersperiode. Det formet undertemaet «å lengte etter ro og stabilitet».

Barna erfarte etter hvert at det ble mye pakking og flytting, og de følte at de «levde i en bag». Det tok tid å finne ro etter byttet. Når det hadde stabilisert seg, var det bare å gjøre seg klar til ny flytting.

Barna ga uttrykk for at flyttingen mellom hjemmene fikk

«Det er vanskelig. Jeg hadde én familie, og nå er det flere.» Informant

dem til å føle seg rotløse, alene og uten tilhørighet. Ut fra dette ble undertemaet «å lengte etter tilhørighet» formet. Barna uttrykte at det var viktig å kunne fortsette på samme skole. Skolen ble et fast holdepunkt som ikke endret seg, selv om det meste av deres livsverden gjorde det.

Barna som hadde halvsøsken, lengtet sterkt etter tilhørighet. Mens de selv flyttet mellom to hjem, bodde halvsøsknene kun i det ene hjemmet. De så den kontinuiteten søsknene hadde, og ble mer oppmerksomme på sin egen rotløshet.

Et av barna uttrykte det slik: «Jeg er faktisk misunnelig på andre som har ett hjem, og ikke [må flytte] mellom to sånn som meg. Jeg har sagt til pappa og mamma at så snart jeg blir stor nok, så flytter jeg ut og får mitt eget. Da slipper jeg å flytte att og frem og kan bare kose meg på ett sted. Det påvirker meg ganske mye. Det er jo ingen krise. Men det er en følelse som sitter i meg, og som påvirker meg.» (15)

Å FØLE LOJALITET

Barna slet med lojalitet til begge foreldrene. På mange områder satte de foreldrenes behov foran sine egne behov. Dersom de valgte å bo mer hos den ene forelderen, antok de at den andre ville tro de var mindre glad i vedkommende.

De var opptatte av at foreldrene hadde det bra når de var i det andre hjemmet, og barna var mer opptatte av den forelderen som var alene, enn av sitt eget savn. Denne følelsen var med på å forme undertemaet «å føle omsorg og ansvar».

Da foreldrene gikk fra hverandre, påvirket det familiens økonomi i stor grad. De viste forståelse og lojalitet for at det var mindre penger i hverdagen ved å redusere felles forbruk og sette til side eget behov.

Barna opplevde at de mistet hjemmet, familien og hele tilværelsen da foreldrene gikk fra hverandre. Tapet ga dem en sterk følelse av savn som vedvarte i lang tid etter foreldrenes brudd. Undertemaet «å føle sorg, savn og skyld» ble formet av disse opplevelsene.

Barna ønsket at foreldrene skulle bli sammen igjen, selv om de visste godt at det ikke kom til å skje. Barna tenkte ofte på den forelderen de ikke var sammen med, og de savnet vedkommende. De savnet også det å være sammen med begge to samtidig.

Barna hadde ofte skyldfølelse i forbindelse med foreldrenes

brudd og kunne ha tanker om at de var medvirkende til foreldrenes valg om å skille seg. Selv om de etter hvert forsto at bruddet handlet om andre årsaker, slapp denne følelsen aldri helt taket.

Et av barna uttrykte det slik: «Jeg tenker på hvordan det var før [...], hva skal jeg si. Det er vanskelig. Jeg hadde én familie, og nå er det flere. Det er vondt å tenke på.» (15)

DISKUSJON

Barna beskrev opplevelsen av å bo i to hjem som om alt som til da hadde vært trygt, forutsigbart og velkjent, ble erstattet av en mer usikker og uforutsigbar fremtid. Barnas ene verden ble erstattet av to verdener, som i begynnelsen ofte var atskilt på grunn av foreldrenes konflikter og manglende samarbeid.

Det gikk bra mesteparten av tiden, men likevel kunne barna slite i dagliglivet. Barnas hverdag var preget av savn, strev med lojalitet til begge foreldrene og problemer med å finne sin tilhørighet. Disse følelsene så ut til å vedvare selv mange år etter foreldrenes brudd.

Liknende resultater ble funnet i en ny rapport fra Institutt for samfunnsforskning. De intervjuet 35 barn og ungdommer i alderen 9 til 19 år som har eller har hatt delt bosted. Også i disse intervjuene fortalte barna om lojalitetskonflikter og praktiske utfordringer med å ha to hjem – men også om gode opplevelser og nye bånd som kunne formes til foreldrenes nye partnere (17).

FIKK VONDT I MAGEN

Barna i studien vår fortalte om hvordan de opplevde tristhet, sorg, sinne og bekymring for fremtiden i forbindelse med foreldrenes brudd. Samlivsbruddet påvirket dem fysisk ved at de fikk vondt i magen, og de kom i konflikt med venner og lærere. Barna savnet sterkt det de hadde mistet. Spesielt var savnet stort etter den opprinnelige familien.

Ifølge Bronfenbrenner (18) kan hendelser i barns liv få stor betydning senere i livet. Forskning viser også til at foreldrenes skilsmisse er belastende for barn (2, 9) og kan ha betydning for barnas psykiske helse som voksen (1, 2).

Barna i studien opplevde ikke at foreldrene hadde et konfliktfylt forhold. De fortalte at foreldrene hadde kranglet i forbindelse med bruddet, men at det raskt avtok. Det samsvarer med det Nielsen (19) påpeker, at delt omsorg i seg selv kan være med på å redusere foreldrekonflikten.

KONFLIKTNIVÅET PÅVIRKER

Forholdet og samarbeidet mellom de to hjemmene til barna kan enten være en risiko- eller beskyttelsesfaktor (2, 3). Langvarig konflikt mellom foreldrene kan ha avgjørende betydning for barnas trivsel og helse (20) og er med på å øke barnets skyldfølelse og redusere selvtilliten (21).

Forholdet til foreldre med høyt konfliktnivå etter et brudd er preget av mistillit, anklager og forsvar. Hos disse foreldrene er ikke barneperspektivet like sterkt som hos foreldre med lavt konfliktnivå, som er mer fokusert på å få til løsninger ut fra hva som er best for barnet. (9). Bronfenbrenner (18) påpeker at barn som står overfor

Tabell 1. Utvalget

Kjønn	10 år	11 år	12 år	13 år
Jenter	1	0	1	3
Gutter	3	2	1	1

Tabell 2. Hovedtemaer og undertemaer

Hovedtema	Undertema	Undertema	Undertema
Å forholde seg til hjem i endring	Å miste hjemmet	Å gjenoppbygge hjemmet	Å forholde seg til samarbeid mellom hjemmene
Å bygge nye relasjoner	Å få og miste nære relasjoner	Å gjenoppbygge familien	
Å lengte etter kontinuitet	Å lengte etter ro og stabilitet	Å lengte etter tilhørighet	
Å føle lojalitet	Å føle omsorg og ansvar	Å føle sorg, savn og skyld	

store endringer i livet, har behov for støtte og veiledning fra voksne.

HELSESYKEPLEIERENS OPPGAVE

Alle barna i studien hadde tidligere deltatt i skilsmissegrupper i skolehelsetjenesten. Det kan ha helsefremmende effekt å delta i skilsmissegrupper ved at barna identifiserer seg med og støtter hverandre, samtidig som de får mulighet til å sette ord på tanker og opplevelser. Det er igjen med på å gi dem økt trygghet, bedre selvtillit og større forståelse for foreldrenes brudd (22).

Helsesykepleierens tilstedeværelse på skolen skal være et lavterskeltilbud og en ressurs for barna. Det vil være en viktig oppgave for helsesykepleieren i skolehelsetjenesten å tilrettelegge for og øke oppmerksomheten på helsefremmende tiltak, slik som skilsmissegrupper for alle barn som opplever at foreldrene går fra hverandre.

De bør spesielt vektlegge å identifisere barna som lever i to hjem med høy foreldrekonflikt, og tilrettelegge for at de kan delta på helsefremmende tiltak. Foreldrene med et høyt konfliktnivå har behov for veiledning for å stimulere til økt refleksjon og forståelse for barnas perspektiv. En ny rapport utgitt av Folkehelseinstituttet viser at gruppetiltak for foreldre kan styrke samspeillet mellom foreldre og barn, og dermed bidra til å forebygge psykisk uheld og fremme en positiv utvikling hos barn og unge (23).

KONKLUSJON

Det er stressende for de fleste barn når foreldrene separeres og barna må bo i to hjem. Opplevelser og erfaringer knyttet til dette kan påvirke barnas helse som voksne. Våre kvalitative intervjuer er med på å gi en dypere forståelse for hvordan barn opplever det å bo i to hjem. I et helsefremmende

perspektiv er denne kunnskapen viktig for helsesykepleiere i skolehelsetjenesten. En større forståelse for barnas behov for støtte, oppfølging og tiltak kan fremme helsen deres som voksne. ●

REFERANSER

- Clark B. Supporting the mental health of children and youth of separating parents. *Pediatr Child Health*. 2013;18(7):1-7.
- Ottosen ME, Schwartz R. Beskyttelses- og risikofaktorer for trivsel i deleordninger. Fokus på familien. 2013;41(1):59-78.
- Bergström M, Fransson E, Modin B, Berlin M, Gustafsson PA, Hjern A. Fifty moves a year: is there an association between joint physical custody and psychosomatic problems in children? *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(8):769-74. DOI: 10.1136/jech-2014-205058.
- Fransson E, Folkesson L, Bergström M, Östberg V, Lindfors P. Exploring salivary cortisol and recurrent pain in mid-adolescents living in two homes. *Int J Behav Medicine*. 2014;21(1):23-3. DOI: 10.1007/s12529-014-9418-2.
- Kitterød RH, Lyngstad J, Nymo EH, Wiik KA. Flere barn har delt bosted. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/173635?nedlastet=20.02.2019.
- Lyngstad J, Kitterød RH, Nymo EH. Bosted og samvær 2002, 2004 og 2012. Endringer i ansvar og omsorg for barna når mor og far bor hver for seg. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014. Rapport 2-2014. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/158734?_ts=145cb51f00 (nedlastet 20.02.2019).
- Lov 4. august 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7> (nedlastet 21.03.2019).
- Haugen GMD, Dyrstad K, Ådranes M. Barns innflytelse på samværsordninger og bosted: barns samvær og bosted i familier der foreldrene ikke bor sammen. Trondheim: Sintef; 2015. Sintef-rapport A26769. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport-a26769-endelig-rapport-barn-og-samvar_bld.pdf (nedlastet 21.05.2019).
- Gulbrandsen W. Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd: En analyse av samspill og kilder til det faststående. *Tidsskr Nor Psychol*. 2013;50(6):538-51.
- Lacey RE, Bartley M, Pikhart, H, Stafford, M, Cable, N. Parental separation and adult psychological distress: an investigation of material and relational mechanisms. *BMC Public Health*. 2014 Mar 23;14:272. DOI: 10.1186/1471-2458-14-272.
- Bergström M, Fransson E, Hjern A, Köhler L, Wallby T. Mental health in Swedish children living in joint physical custody and their parents' life satisfaction: A cross sectional study. *Scand J Psychol*. 2014; 55(5):433-9. DOI: 10.1111/sjop.12148.
- Afifi TD, McManus T. Divorce disclosures and adolescents' physical and mental health and parental relationship quality. *J of Divorce & Remarriage*. 2010;51(2):83-107. DOI: 10.1080/10502550903455141.
- Fransson E, Låftman SB, Östberg V, Hjern A, Bergström M. The living conditions of children with shared residence – the Swedish example. *Child Indic Res*. 2018;11(3):861-83. DOI: 10.1007/s12187-017-9443-1.

- Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 26.03.2019).
- Johnsen IO, Litland AS, Hallström IK. Living in two worlds – children's experiences after their parents' divorce – A qualitative study. *J Pediatr Nurs*. 2018 nov.–des.;43:e44–e51. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.09.003.
- Van Manen M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: The Athlone Press; 1997.
- Liðén H, Kitterød RH. Delt bosted. Barns perspektiver og utfyllende kunnskap. Oslo: Institutt for samfunnsforskning; 2019. Rapport 2019:3. Tilgjengelig fra: [https://samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2580824/Delt_bosted.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2580824/Delt_bosted.pdf?sequence=2&isAllowed=y) (nedlastet 21.05.2019).
- Bronfenbrenner U. *The ecology of human development. Experiment by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
- Nielsen L. Shared physical custody: summary of 40 studies on outcomes for children. *J of Divorce & Remarriage*. 2014;55:613-35. DOI: 10.1080/10502556.2014.965578.
- Melli M, Brown P. Exploring a new family form. The shared family. *Int J Law Policy and the Family*. 2008;22(2):231-69.
- Barumandzadeh R, Martin-Lebrun E, Barumandzadeh T, Poussin G. The impact of parental conflict and the mitigating effect of joint custody after divorce or separation. *J of Divorce & Remarriage*. 2016;57(3):212-23. DOI: 10.1080/10502556.2016.1150150.
- EGGE H, GLAVIN K. Hvorfor det hjelper ungdom å delta i skilsmissegrupper. *Sykepleien Forskning*. 2014; 9(4):333-9. DOI: 10.4220/sykepleien.2014.0173.
- Wesseltoft-Rao N, Holt T, Helland, MS. Gruppetiltak for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektvaluering. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Rapport 2017. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/gruppetiltak-og-kurs-for-foreldre_050517_web_revidert-forside.pdf (nedlastet 26.03.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

Ser du også etter forskningsartikler?
**sykepleien.no/
forskning**



Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Katrin Lindeflaten

Universitetslektor, Institutt for sykepleie
og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Det er spennende å utøve avansert sykepleie til pasienter med nevrokirurgiske og nevrologiske sykdommer. Sykdommen rammer ofte sentrale funksjoner hos pasienten, og mange pasienter er redde for at «jeg-et» vil endres.

NYTTIG FOR ANDRE

Det er en kunst å klare å ta vare på pasientens «jeg» samtidig som vi skal utføre tekniske oppgaver. Vi har forsøkt å gjøre det ved å opprette en sykepleierdrevet poliklinikk til pasienter med hydrocephalus.

Tilbudet betyr mye for

mange. Vi er sikre på at liknende tilbud kunne vært nyttig for andre pasientgrupper. Derfor

«Mange pasienter er redde for at 'jeg-et' vil endres.»

har vi skrevet en fagartikkel om hvordan vi har gått frem.

SKUFFET

Regjeringen har i revidert nasjonalbudsjett dessverre ikke bevilget penger til å følge opp intensjonene i Nasjonal helsestrategi 2018–2024. Det er derfor ikke gitt at flere slike tilbud vil dukke opp. Det er vi skuffet over. ●

HOVEDBUDSKAP

Pasienter med den kroniske sykdommen hydrocephalus (vannhode) har behov for helhetlig og tverrfaglig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus.

Tre sykepleiere ved nevrokirurgisk voksenpost på Rikshospitalet tok i 2013 initiativ til å opprette en sykepleierdrevet poliklinikk for å gjennomføre denne oppfølgingen.

NØKKELORD:

- Brukermedvirkning ► Kommunikasjon
- Hydrocefalus

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75409

Sykepleierdrevet poliklinikk betyr mye for pasienter med hydrocephalus

Mange pasienter med hydrocephalus lever med konstant frykt for komplikasjoner som sykdommen kan medføre. Sykepleierdrevet poliklinisk oppfølging av disse pasientene bidrar til at de føler seg tryggere.

Denne fagartikkelen har som formål å beskrive hensikt og fremgangsmåte da vi utarbeidet en sykepleierdrevet poliklinikk for pasienter med hydrocephalus ved Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet. I tillegg gir artikkelen et innblikk i hva tilbudet kan bety for pasienten. Pasienter med hydrocephalus utgjør en stor andel av pasientgruppen ved nevrokirurgiske avdelinger, men sykdommen er relativt lite kjent blant folk flest og i andre deler av helsevesenet.

HVA ER HYDROCEPHALUS?

Hydrocephalus er en sykdom der det foreligger unormal hjernevæskesirkulasjon. Sykdommen kan være medfødt eller oppstå som følge av andre lidelser som for eksempel hjernesvulster, hjernecyster eller hjerneblødning. Vanligste behandling er innleggelse av en shunt som drenerer hjernevæsken fra hjernen til bukhulen (1). På de fleste shuntene er det en ventil som justerer hvor mye hjernevæske som dreneres. Motstanden på ventilen kan justeres med en utvendig magnet.

Mange med hydrocephalus lever et liv uten begrensninger og merker lite eller ingenting til sykdommen. Hos andre kan det være vanskelig å skape optimal drenering, og

FORFATTERE


Katrin Lindeflaten
Universitetslektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet



Merete Halvorsen
Sykepleier, Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet



Camilla Sæthre Edekvlev
Sykepleier, Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

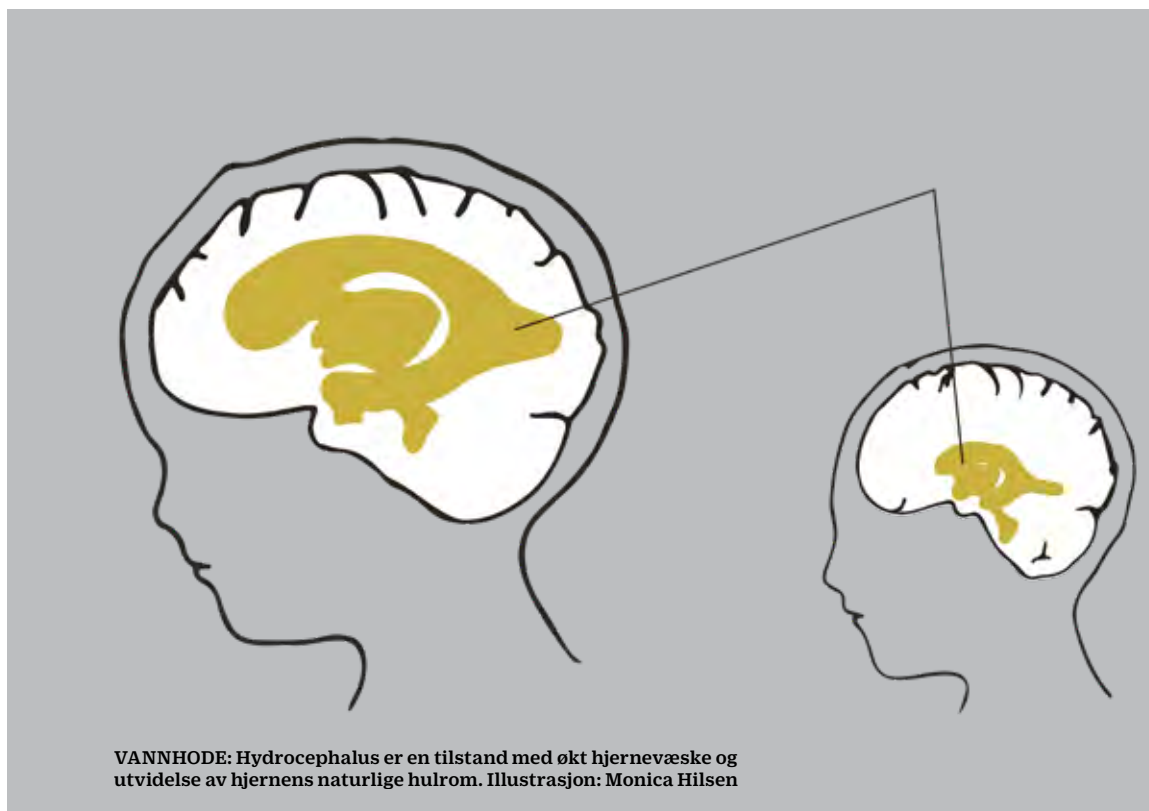
en del blir dessverre ikke symptomfrie med behandlingen som finnes i dag. For dem handler hydrocephalus om å leve med en kronisk og usynlig sykdom. Vanlige plager er hodesmerter, trøtthet og kognitive utfordringer (1–4). For mange skaper det utfordringer for skolegang, arbeidsliv og sosialt liv.

Det vil alltid være en risiko for at shuntten slutter å fungere, og for noen kan det være livstruende (1). En del lever derfor med frykt for fatale konsekvenser i form av

funksjonstap, og i verste fall død, dersom de ikke får rett behandling til rett tid. Mange har behov for livslang oppfølging fra helsevesenet. Flere må gjennomgå gjentatte kirurgiske inngrep enten på grunn av komplikasjoner som svikt i shuntsystemet, infeksjoner, over- eller underdrenering av hjernevæske (4–5).

STARTET KLINIKK

I 2013 tok forfatterne av artikkelen initiativ til og startet opp et sykepleierdrevet poliklinisk tilbud til pasienter med hydrocephalus. Engasjementet for pasientgruppen og ideen til poliklinikken oppsto som følge av at alle tre var involvert i oppfølgingen av én pasient med



VANNHODE: Hydrocephalus er en tilstand med økt hjernevæske og utvidelse av hjernens naturlige hulrom. Illustrasjon: Monica Hilsen

hydrocephalus under innleggelse ved nevrokirurgisk avdeling. Pasienten fortalte om sine opplevelser knyttet til å ikke bli tatt på alvor i helsevesenet og hvordan det hadde påvirket livet i stor grad.

Vi valgte å følge opp pasienten tett for å bedre den helhetlige oppfølgingen etter utskrivelse. Oppfølgingen var komplisert å koordinere for oss som sykepleiere i turnus. Samtidig opplevde pasienten det nyttig å få hjelp og støtte også etter utskrivelse. I ettertid fortalte pasienten at oppfølgingen følte som endelig å bli tatt på alvor.

Pasientens beskrivelse av tidligere opplevelser med helsepersonell og takknemlighet for å bli tatt på alvor, berørte oss som mennesker. Vi ble nysgjerrige på hvordan denne pasientgruppen som helhet opplevde sin oppfølging før, under og etter utskrivelse fra vår avdeling. Vi forsto etter hvert at det var mange pasienter med hydrocephalus som hadde behov for tettere og mer helhetlig oppfølging. Dette førte til starten på det som i dag er Hydrocephaluspoliklinikken ved nevrokirurgisk voksenpost på Rikshospitalet.

HELT KLART ET BEHOV

Høsten 2013 startet vi med å ringe pasienter med hydrocephalus postoperativt for å høre hvordan det gikk med dem etter siste innleggelse og spørre om de ønsket poliklinisk oppfølging fra sykepleier. I tillegg sendte vi

ut brev med tilbud om oppfølging til pasienter som hadde vært innlagt i løpet av året. Pasientene uttrykte at de ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for i primærhelsetjenesten eller ved lokalsykehusene, fordi helsepersonellet ikke hadde den kompetansen de søkte etter. Behovet for å gi pasientene tettere og mer helhetlig oppfølging ved nevrokirurgisk avdeling, der kompetansen på diagnosen er høyere, ble tydelig for oss.

«Mange med hydrocephalus lever et liv uten begrensninger og merker lite eller ingenting til sykdommen.»

Avdelingsledelsen var positiv til vårt initiativ og tilrettela for arbeidet med utviklingen fra første stund. I tillegg fikk vi som sykepleiere grundig undervisning av daværende seksjonsoverlege dr. med. Wilhelm Sorteberg før oppstart.

TOK I BRUK MODELL

For å kunne ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, tok vi i bruk modell for kunnskapsbasert praksis (6). Modellen ga oss struktur i arbeidet med å utarbeide tilbudet til pasientene på en måte som gjorde at flere sider av det å være pasient med hydrocephalus ble belyst, og vi som sykepleiere kunne

FAKTA

Nettkurs

Helse Sør-Øst tilbyr et e-læringskurs om hydrocephalus. Kurset skal gi økt forståelse for:

- hva som skjer i hjernen ved hydrocephalus og årsaker til at hydrocephalus oppstår
- vanlige symptomer ved hydrocephalus og ved over- og underdrenasje av hjernevæske
- vanlig behandlingsforløp og komplikasjoner som kan oppstå underveis
- prognose og utfordringer relatert til å leve med sykdommen

Kilde: Helse Sør-Øst



forsøke å danne et tilbud som imøtekom dette.

Vår forskningskunnskap (2–5) ga oss innsikt i at hydrocephalus er en komplisert sykdom som foreløpig ikke har en optimal behandlingsform for alle pasienter. Det kan for noen medføre vedvarende plager livet ut. Vår erfaring var at flere pasienter måtte gjennomgå mange inngrep, og at vi ofte møtte de samme pasientene innlagt for samme behandling flere ganger.

LÆRER AV PASIENTENE

Pasientene med hydrocephalus delte mye kunnskap med oss. De kunne fortelle om gode og mindre gode opplevelser i helsevesenet, manglende kunnskap omkring sykdommen, og ikke minst kunne de fortelle oss om hvordan hverdagen som kronisk syk er. Denne kunnskapen vil vi trekke frem som svært viktig i utarbeidelsen av Hydrocephaluspoliklinikken.

Bruerkunnskapen må, slik vi ser det, være kjernen i tilbud som skal imøtekomme pasientens behov. Derfor videreutviklet vi tilbudet i tett dialog med pasientene. Etter et år i drift utarbeidet vi en spørreundersøkelse som ble sendt ut til pasientene som hadde fått oppfølging fra poliklinikken. Svaret på spørreundersøkelsen ble benyttet til å utvikle kvaliteten på tilbudet.

EMPOWERMENT I PRAKSIS

Tilbudet ved poliklinikken er utarbeidet i samsvar med empowerment-ideologien og bygger på prinsippene om anerkjennelse av pasientens kompetanse, brukermedvirkning og maktfordeling mellom pasient og helsepersonell (7). Empowerment på individnivå kan beskrives som en prosess der personer oppnår økt kontroll over eget liv og helse (7–9). En viktig del av yrkesutøvelsen til sykepleiere er nettopp å hjelpe pasienter til å oppnå kontroll og mestring (7). Denne formen for pasientbehandling samsvarer blant annet med regjeringens Nasjonale helse- og sykehusplan (10). Planen legger vekt på å styrke pasienten og å la pasienten delta aktivt i beslutninger om egen behandling (10).

For pasienter med kronisk og usynlig sykdom viser forskning at anerkjennelse av egen kompetanse og medvirkning i egen behandling er spesielt viktig for å fremme mestring og livskvalitet (11–16).

TRENGER IKKE HENVISNING

Hensikten med poliklinikken er å hjelpe pasientene til å mestre og leve med sin sykdom på best mulig måte. Poliklinikken er et lavterskeltilbud der pasienter og pårørende er velkomne til å ta kontakt uten henvisning. Hydrocephaluspoliklinikken har i dag åpent to dager i uken,

og det er to sykepleiere til stede. Det er planlagt å utvide tilbudet til tre dager i uken.

Vi samarbeider med nevrokirurger og sykepleiere tilknyttet vår avdeling, fysioterapeut og sosionom. I tillegg samarbeider vi med sykehusets smerteteam og andre interne fagpersoner i Oslo universitetssykehus når det er behov for det. Dersom pasienten ønsker det, oppretter vi samarbeid med fastlege eller andre fagpersoner i primærhelsetjenesten. Som sykepleiere fungerer vi som koordinatører for den helhetlige oppfølgingen.

Vi tilbyr veiledning individuelt og i gruppe, og arrangerer også pasient- og pårørendeopplæring i form av årlige seminarer og temakvelder. Faglig ansvarlig nevrokirurg for tilbudet ved Hydrocephaluspoliklinikken er seksjonsoverlege og professor Per Kristian Eide.

HAR OVERTATT LEGEOPPGAVER

Sykepleierne ved Hydrocephaluspoliklinikken har overtatt noen legegøpninger knyttet til pasientgruppen. Vi utfører såkalte shuntjusteringer (justering av shuntens ventil med utvendig magnet) og har overtatt en andel postoperative kontroller. Dette frigjør ressurser blant legene og skaper større kapasitet ved nevrokirurgisk poliklinikk. Det har også vist seg at pasientgruppen som helhet har færre innleggelser i avdelingen nå sammenliknet med før opprettelsen av poliklinikken. Dette tyder på at den sykepleierdrevne poliklinikken avlastet nevrokirurgisk avdeling.

Et av målene i Nasjonal helse- og sykehusplan er å for-

«Det var mange pasienter med hydrocephalus som hadde behov for tettere og mer helhetlig oppfølging.»

nye, forenkle og forbedre helsetjenesten (10). Regjeringen vil «oppmuntre til å endre oppgavedelingen mellom helsepersonell der det kan fjerne flaskehals og skape bedre kvalitet på pasientbehandlingen» (10). Vi mener at Hydrocephaluspoliklinikken bidrar til dette i praksis.

I 2013 uttalte helseministeren at det bør satses på smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene. Dette innebar blant annet at arbeidsoppgaver som tidligere hadde vært tilknyttet én profesjon, også skulle kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre ressursutnyttelse (17). En måte å gjøre dette på er å gi sykepleiere mer selvstendige roller i poliklinikker. Erfaringer fra norske sykehus viser at dette kan bidra til å løse driftsutfordringer og økt pasienttilfredshet (18, 19).

Pasientene som følges opp ved Hydrocephaluspoliklinikken kan ta direkte kontakt med sykepleier per telefon.

Studier viser at telefonisk veiledning bidrar til helsefremmende atferd hos pasienter og økt opplevelse av mestring (20, 21).

ETTERLENGTET TILBUD

Tilbudet ved poliklinikken ser ut til å ha vært etterlentet blant pasientene. I 2013 startet vi med rundt 20 pasienter som ønsket oppfølging fra poliklinikken. Ved inngangen til 2018 var det cirka 300 pasienter tilknyttet poliklinikken. Det varierer hvor ofte pasientene får oppfølging. De fleste har behov for tett oppfølging i perioder for eksempel før eller etter innleggelse i avdelingen, eller i perioder med mye smerter eller andre utfordringer i livet. Det er pasientene selv som bestemmer graden av oppfølging.

Pasienter med hydrocephalus kan på mange måter sammenliknes med andre pasienter med kronisk sykdom eller kroniske smerter. Likevel skiller gruppen seg ut på noen områder. For det første lever mange med konstant frykt for svikt

«Hensikten med poliklinikken er å hjelpe pasientene til å mestre sin sykdom.»

i shuntsystemet og de alvorlige konsekvensene det kan medføre. Svikt i shuntsystemet fører dessuten ofte til hyppige reoperasjoner. Hvert inngrep i hjernen er risikofyllt i seg selv, et lite feiltrinn kan få fatale konsekvenser for pasientens funksjon og liv. For det andre er kunnskapen om sykdommen i samfunnet lav, noe som i seg selv skaper utfordringer for pasientene.

KURS PÅ NETT

Våre erfaringer tilsier at den lave kunnskapen om sykdommen generelt i samfunnet kan føre til fordomsfulle holdninger ovenfor pasienten, spesielt med tanke på at de har «problemer i hjernen.» En del pasienter har fortalt om utfordringer knyttet til at de blir oppfattet som psykisk syke eller at de har nedsatt intelligens, fordi de har en lidelse i hjernen. Vi ser et behov for å øke kunnskapen om sykdommen i helsevesenet og på samfunnsnivå. Vi har derfor utarbeidet et e-læringskurs om hydrocephalus. Målgruppen er pasienter og deres pårørende, samt helsepersonell i både spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det kan også være relevant for ansatte i undervisningssektoren som møter elever med hydrocephalus. Kurset er tilgjengelig på helsenorge.no

SKAPER TRYGGHET

Våre erfaringer med å utarbeide og drive en sykepleierdrevet poliklinikk har vært positive. Vi opplever at pasientene blir tettere fulgt opp og at de uttrykker økt tillit og større trygghet rundt sin diagnose og behandling. I starten kunne det være utfordrende å samarbeide tverrprofesjonelt da poliklinikken ikke var et kjent tilbud i avdelingen og ansvarsfordelingen derfor var noe diffus. Samarbeidet har blitt svært bra, og alle profesjoner drar nytte

av hverandre gjennom tett samarbeid til pasientens beste. Tilbakemeldingene fra pasientene bekrefter våre opplevelser. Pasientene beskriver det som positivt med en direkte linje inn i spesialisthelsetjenesten. Flere opplever at det skaper trygghet med sykepleiere på Hydrocephaluspoliklinikken som opprettholder kontinuitet i behandlingen, og som har kunnskap om sykdom og behandling rundt en avansert og lite kjent sykdom.

Slik vi ser det er en viktig medvirkende årsak til at dette arbeidet lyktes en positiv holdning hos avdelingsledelsen og involverte seksjonsoverleger. Involvering av ledere og seksjonsoverleger gir en god forankring av tilbudet i avdelingen og hos pasientene. ●

REFERANSER

1. Berg-Johnsen J. Introduksjon til nevrokirurgi. Oslo: Legeforlaget; 2012.
2. Paulsen H, Lundar T, Lindegaard KF. Twenty-year outcome in young adults with childhood hydrocephalus: assessment of surgical outcome, work participation, and health-related quality of life. *J Neurosurg Pediatr.* 2010 desember; 6(6):527–35.
3. Rekeate HL, Kranz D. Headaches in patients with shunts. *Semin Pediatr Neurol.* 2009 Mars;16(1):27–30.
4. Vinchon M, Baroncini M, Delestret I. Adult outcome of pediatric hydrocephalus. *Childs Nerv Syst.* 2012;28(6):847–54.
5. Simon TD, Lamb S, Murphy NA, Horn B, Walker ML, Clark EB. Who will care for me next? Transitioning to adulthood with hydrocephalus. *Pediatrics.* 2009 Nov;124(5):1431–7.
6. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis. Oslo: Helsebiblioteket; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> (nedlastet 10.08.2018)
7. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
8. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
9. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.* 1991 mars;16(3):354–61.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og sykehusplan – i korte trekk [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 11/2015 [siteret 03.05.18]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/lbc33e0b23ef4e968d7fd90eb1f91d1/no/pdfs/nhsp-kortversjon.pdf>
11. Lind AB, Risoer MB, Nielsen K, Delmar C, Christensen MB, Lornborg K. Longing for existential recognition: A qualitative study of everyday concerns for people with somatoform disorders. *J Psychosom Res.* 2014 februar; 76(2):99–104.
12. Skuladottir H, Halldorsdottir S. Women in chronic pain: Sense of control and encounters with health professionals. *Qual Health Res.* 2008 juli; 18(7):891–901.
13. Werner A, Steihaug S, Malterud K. Encountering the continuing challenges for women with chronic pain: recovery through recognition. *Qual Health Res.* 2003 april; 13(4):491–509.
14. Werner A, Malterud K. «The pain isn't as disabling as it used to be»: How can the patient experience empowerment instead of vulnerability in the consultation? *Scand J Public Health.* 2005 november; 66(5):41–6.
15. Zangi HA, Hauge MI, Steen E, Finset A, Hagen KB. «I am not only a disease, I am so much more». Patients with rheumatic diseases' experiences of an emotion-focused group intervention. *Patient Educ Couns.* 2011 desember; 85(3):419–24.
16. Tveiten S, Haukeland M, Onstad RF. The patient's voice-empowerment in a psychiatric context. *Vård i Norden.* 2011; 3:20–4.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Ti nye grep for bedre sykehus [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 30.01.2013; siteret 03.05.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ti-nye-grep-for-bedre-sykehus/id71301/>
18. Alvestad L. Sykdomsspesifikk livskvalitet hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. En klinisk kvalitetsstudie om poliklinisk organisering av kontrolltilbud. (Masteroppgave.) Universitetet i Tromsø; 2012. Tilgjengelig fra <https://munin.uit.no/handle/10037/5552> (nedlastet 03.05.2018).
19. Varsi C. Nye roller i en poliklinikk – fra legens assistent til selvstendig utøver av sykepleie. *Sykepleien.* 2005 februar; 93(3):56–7.
20. Dennis SM, Harris M, Lloyd J, Powell Davies G, Faruqi N, Zwar N. Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Aust Health Rev.* 2013 juni; 37(3):381–8.
21. Iles R, Taylor NF, Davidson M, O'Halloran P. Telephone coaching can increase activity levels for people with non-chronic low back pain: a randomized trial. *J Physiother.* 2011;57(4):231–8.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Regjeringen foreslo i Stortingsmelding nr. 26 at det skal etableres primærhelseteam i kommunene. Første april 2018 startet åtte kommuner et pilotprosjekt. Sykepleiere skal kunne overta oppgaver som fastleger gjør og gi en bedre oppfølging av pasienter som ikke får den oppfølgingen de har behov for i dag. Det er imidlertid fortsatt noe uklart hvilke oppgaver sykepleierne skal overta. Artikkelen diskuterer livsstilsveiledning som en mulig oppgave som sykepleiere kan ivareta gjennom primærhelseteam.

NØKKELORD:

► Forebygging ► Kommunehelsetjeneste
► Livsstil ► Organisering

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75041

Hvilke oppgaver kan sykepleiere ha i primærhelseteam?

Regjeringen har forslått at det skal etableres primærhelseteam i kommunene, med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen. Sykepleierne i disse teamene skal overta noen av fastlegenes oppgaver. Kanskje kan veiledning av pasienter som trenger å endre usunne vaner, være en relevant oppgave?

Verdens helseorganisasjon anslår at innen år 2020 vil 70 prosent av all sykdom være livsstilsrelatert. Sykepleiere kan spille en nøkkelrolle i møte med disse utfordringene, men vi trenger nye arenaer for å nå ut og drive helsefremmende arbeid.

Regjeringen foreslo i Stortingsmelding nr. 26, primærhelsemeldingen (1), at det skal etableres primærhelseteam i kommunene. Et primærhelseteam er definert som en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser.

Teamet skal i hovedsak bestå av en allmennlege, sykepleier, en administrativt ansatt og ledes av allmennlege (1). Første april 2018, startet åtte kommuner i Norge et pilotprosjekt med primærhelseteam.

Formålet med prosjektet er blant annet: bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av primærhelseteam, økt pasient- og brukertilfredshet og redusert forekomst og utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester (1). Et helseteam kan være nyttig, for eksempel for en pasient med høyt kolesterol og overvekt, der det er viktig å få hjelp i et tidlig forløp for å unngå å

FORFATTERE


Anne Evju
Helsesykepleier og førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UIT Norges arktiske universitet, Narvik



Ida Skogmo
Sykepleier, Nordlandsklinikken, Russeksjon – Narvik

utvikle livsstilssykdommer og behov for mer omfattende helsehjelp.

Ideen er at sykepleieren skal kunne overta oppgaver som fastlegen gjør og gi en bedre oppfølging av pasienter som ikke får den oppfølgingen de har behov for i dag. Det er imidlertid fortsatt noe uklart hvilke oppgaver sykepleierne skal overta.

Artikkelen diskuterer livsstilsveiledning som en mulig oppgave

som sykepleiere kan ivareta gjennom primærhelseteam. Pasienter som har behov for livsstilsveiledning, etterlyser tid hos fastlegen og bedre oppfølging av primærhelsetjenesten (2). Pasientene har behov for en arena som innretter seg etter prinsippet om tidlig innsats og lavterskel, hvor helsepersonellet har tid og kunnskap til å skreddersy en opp-

«Ideen er at sykepleieren skal kunne overta oppgaver som fastlegen gjør, og gi en bedre oppfølging av pasienter.»

følging sammen med pasientene. I dag er det fastlegen som er første instans for disse pasientene.

ET VANSKELIG TEMA

Livsstil kan defineres som atferdsmønstre valgt blant de



RÅDGIVER: Sykepleiere kan hjelpe pasienter til å leve sunnere ved å gi råd om blant annet kosthold.
Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FAKTA

Motiverende intervju

Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til.

Kilde: Helsedirektoratet.no

alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ fremfor et annet (3).

Livsstil blir påvirket av både indre og ytre forhold og påvirkes av konteksten mennesket lever i. Faktorer som sosial klasse, utdanningsnivå, geografi, etnisk bakgrunn, kjønn og alder er eksempler på dette. Atferd som røyking, alkoholforbruk, spisevaner og fysisk aktivitet er ofte av privat karakter. Det er et vanskelig tema både for helsepersonell og pasienten det gjelder. Mange pasienter føler at endring av livsstil er noe de bør mestre på egen hånd. De kvier seg for å oppsøke helsevesenet for å få hjelp (4). Samtaler med helsepersonell om livsstil kan oppleves vanskelig (5).

Mange har sågar dårlige opplevelser fra helsevesenet. For eksempel rapporterer personer med overvektsproblematikk at helsepersonell møter dem med dømmende holdninger og avvísning (6, 7). Siden temaet kan være av såpass privat karakter vil det være viktig med kontinuitet i oppfølgingen.

For helsepersonell er det også utfordrende å ta opp temaet. En studie viser at pasienter forventer samtale om overvekt, men at fastlegene ofte unnviker å ta opp dette temaet (8). Det kan også være lettere å stille de vanskelige spørsmålene når man har en relasjon til pasienten. Tillit i denne sammenhengen handler derfor om kontinuitet i oppfølgingen, i tillegg til tid og tilgjengelighet (4).

Å vise empati, respekt, være lyttende og medfølende er kvaliteter som gjør at pasienter føler mindre skam for å dele privat informasjon, og slike holdninger tar bort frykten for å bli dømt (2). En studie fra en sykepleieleddet livsstilsklinikk i Sverige viste at å føle seg møtt som et likeverdig menneske var avgjørende for hvordan pasientene klarte å ta tak i utfordringene sine (9). Helsepersonellens væremåte og forståelse har vist seg ofte som avgjørende for hvorvidt pasientene er motiverte til livsstilsendring. Det første møtet, som i dette tilfellet er primærlegen, er avgjørende for om pasienten blir motivert til å legge om livsstilen (7).

HVILKE BEHOV HAR PASIENTENE?

I veiledning av pasienter som skal endre livsstil, er det særlig tre faktorer som bør vies ekstra oppmerksomhet; pasientens motivasjon, mestringstillit og kunnskap om hvordan man går frem for å få til en varig livsstilsendring.

En sentral oppgave for sykepleieren vil være å kartlegge og bidra til å øke pasienters motivasjon gjennom pedagogiske veiledningsteknikker som for eksempel motiverende intervju (MI), som er en evidensbasert samtaleform, velegnet i veiledning av pasienter som skal endre livsstil (10). I tillegg til tilstrekkelig motivasjon, må pasienten ha tro på å kunne lykkes. For eksempel må en pasient med diabetes som skal gå ned i vekt, tro på at han vil mestre de

endringer som skal til for å klare det.

En slik forventning om å kunne gjennomføre en spesifikk atferd kalles mestringstillit eller mestringstro (self-efficacy) (11). Hvis pasienten har liten tro på å klare å gjennomføre endringen, er sjansene store for at vedkommende heller ikke vil prøve. Gjennom samtaleteknikker som motiverende intervju (12) kan helsepersonellet hjelpe pasienten med å utforske motivasjon for endring og støtte han eller henne i troen på mestring.

Vilje og motivasjon til å gjøre valg som er helsefremmende, er imidlertid ikke tilstrekkelig. Når pasienter for eksempel ikke slutter å røyke, er det sjelden fordi de ikke vet at det er helseskadelig å røyke. Det kan handle om at de ikke vet hvordan de skal gå frem for å endre på denne helseatferden eller en generell følelse av avmakt overfor egen helse (13).

Det er store variasjoner i pasienters evner til å bruke helseinformasjon. Noen pasienter forholder seg i liten grad til helseinformasjon, mens andre gjør systematisk og kritisk gjennomgang av helseinformasjon og benytter det de lærer til å ta ansvar for sin egen helse (14). Denne typen ferdigheter som individet trenger for å skaffe seg tilgang til og forstå og bruke informasjon til å fremme sin helse, kalles for helsefremmende allmenndannelse (health literacy) (15).

Studier viser at pasienter med lav helsefremmende allmenndannelse ofte får dårligere behandling i helsevese-

«En studie viser at pasienter forventer samtale om overvekt, men at fastlegene ofte unnviker å ta opp dette temaet.»

net og er oftere gjengangere i helsevesenet. Dette kan ha sammenheng med manglende evne til å uttrykke seg faglig om sitt problem (16–18) og manglende forståelse for hva legen formidler (19). Disse pasientene får problemer med å følge råd og behandlingsregimer og har gjerne utfordringer med å navigere i helsetjenestesystemet (17).

For å tilrettelegge for en helsefremmende dialog tilpasset den enkeltes behov, må helseinformasjon derfor være individuelt skreddersydd (13). Dette krever at helsepersonellet har god kjennskap til pasientens helsefremmende allmenndannelse. Studier viser ingen forskjell på hvem som følger opp disse pasientene (sykepleier, lege eller psykolog), men helsepersonellet må ha tid til en grundig gjennomgang med pasienten, slik at de forstår hverandre (13). Intervensjonen må pågå over en viss tid og være bygd på en god relasjon preget av partnerskap og tillit.

BEDRE TILBUD?

Fastlegen er ofte den første som møter pasientene som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer. Legene har lite

tid til livsstilsveiledning innenfor sine korte konsultasjoner. Slik situasjonen er i dag, får de utsatte pasientene mangelfull oppfølging (2).

Forskning har vist at overvektige pasienter med livsstilsutfordringer, opplevde at fastlegen viste utilstrekkelig engasjement og overlot ansvaret for informasjon om tilgjengelige behandlinger og tilbud til pasientene selv. De opplevde konsultasjonene som forhastede og preget av medisinsk informasjon de ikke kunne forstå, og mange var tilbakeholdne med å dele informasjon av privat karakter (8).

Det er imidlertid viktig å påpeke at mange leger gjør en svært viktig jobb i veiledning av disse pasientene. De har gjerne kjent pasienten i mange år og har god innsikt i det totale bildet til pasienten. Tidsrammene er imidlertid ikke tilpasset pasientenes behov. Fastlegene rapporterer om en arbeidstid på i gjennomsnitt 46 timer i uken, og deres kapasitet er strukket (1).

Sammenliknet med andre OECD-land har Norge en høy allmennlegedekning, men legekantorene har færre med annen helsefaglig utdanning. Slik systemet fungerer i dag, ser vi at fastlegene har begrensede muligheter til å drive

primærforebyggende og helsefremmende veiledning, selv om de som førstehåndstjeneste har en unik mulighet til å fange opp risikopasientene. Med bakgrunn i dette er det relevant å se på alternative måter å organisere veiledning og oppfølgingen til disse pasientene. Kan en løsning være at sykepleierne overtar oppfølgingen av disse pasientene i fastlegekontorene gjennom primærhelseteam?

SYKEPLEIERE PÅ LEGEKANTORENE

Sykepleiere er godt kvalifiserte til å følge opp pasienter med livsstilsutfordringer. I spesialisthelsetjenestens poliklinikk kan pasientene få behandling av sykepleier, uten å møte lege. Vi ser ingen grunn til at dette ikke er mulig å overføre til primærhelsetjenesten. Pasientene vil møte kompetente sykepleiere som både kan ivareta den veiledende og rådgivende funksjonen som disse pasientene har behov for.

Land som USA, England og Nederland har en slik arbeidsfordeling. I Nederland har man for eksempel introdusert en slags allmennpraktiserende sykepleier som blant annet veileder om levevaner.

Studier viser til gode erfaringer med en slik

ANNONSE

NY UTGAVE KOMMER I OKTOBER 2019

Forskningens ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning

The advertisement features a central illustration of a student sitting on a large stack of books, looking thoughtful. The background is filled with various papers, books, and documents, suggesting a research-intensive environment. The text is presented in a clean, modern font, with the title 'Forskningens ABC' in a large, bold, black font. The overall design is professional and academic.

arbeidsfordeling. De gjør vitale målinger og følger opp veiledning og rådgiving (20). En nederlandsk studie viser at pasientene var tilfredse med hvordan disse sykepleierne koordinerte omsorgen (21). I studien rapporterte pasientene som hadde konsultasjoner med sykepleiere, om tettere oppfølging og lengre konsultasjoner enn ved legekonsultasjoner. Studien viste også at sykepleierne ga mer informasjon, råd og konkret veiledning enn legene gjorde, og tok generelt bedre vare på pasientenes egenomsorg.

Flere studier viser god effekt av sykepleierledet oppfølging av pasienter som skal endre livsstil, på bakgrunn av sykepleierens brede kompetansefelt (4, 22, 23). Pasienter som skal endre livsstil, har gjerne komplekse problemstillinger og ofte helsemessige utfordringer i tillegg til at de trenger å endre levevaner.

«Pasienter som skal endre livsstil, har gjerne komplekse problemstillinger.»

En svensk studie som omhandler oppfølging av pasienter på en kommunal livsstilsklinikk, viser at pasienter med livsstilsutfordringer føler seg godt ivaretatt av sykepleiere på grunn av den helhetlige kunnskapen de besitter. I tillegg til å bli møtt som likeverdige mennesker, kunne pasientene få råd og veiledning på alt fra medikamenter, fysisk aktivitet, kosthold og følelsesmessige utfordringer (9).

ØKT HELSEGEVINST

Slik vi forstår det, så foreligger ingen fastsatte rammer for hvordan et primærhelseteam skal fungere og hvilke oppgaver sykepleieren skal ta over. Tanken bak å sette i gang med teamet skal være å gi befolkningen et så tilgjengelig, enkelt og proaktivt tilbud som mulig. Vi ser for oss at pasienter som kommer til fastlegen og får avdekket utfordringer vedrørende livsstil, kan følges videre opp hos sykepleier. Oppfølgingen og veiledningen kan omhandle kosthold, fysisk aktivitet, drikke- og røykevaner samt samtaler rundt stressrelaterte problemstillinger.

Gjennom veiledende samtaleteknikker som støtter motivasjon og mestringstro, og gjennom å skreddersy informasjon og råd, vil pasienten kunne få en oppfølging som er mer rettet mot livsstilsendring. Den medisinske behandlingen ivaretas av fastlegen, mens måling av vitale parametere og veiledning kan sykepleieren utføre. Slik sett likner behandlingen en organisering som poliklinikker og kommunale diabetesykepleiere har i dag.

En slik organisering vil imidlertid ikke løse verken lege- eller sykepleiermangel. Det bør da heller ikke være intensjonen, men sammenliknet med leger, er det flere sykepleiere i primærhelsetjenesten. Sykepleierne har grunnleggende kompetanse knyttet til helse, kosthold, vekt og fysisk aktivitet. Sykepleiere har gode forutsetninger for å ivareta veiledningen av disse pasientene, og slik sett vil det være rett profesjon på rett sted. Det vil

kunne gi en bedre utnyttelse av helsekronene og være besparende for samfunnet.

Det viktigste med en slik organisering av primærhelsetjenesten er likevel at primærhelseteam kan bidra til bedre samhandling i de kommunale tjenestene rundt pasienter som har behov for å endre livsstil, og dermed øke helsegevinsten for pasientene. ●

REFERANSER

1. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
2. Roque R, Leanza Y. A systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PLoS One* 2015;10(10):e0139577.
3. Milio N. Promoting health through public policy. Ottawa: Canadian Public Health Assoc; 1986.
4. Eviu AS, Klette GS, Kasén A, Bondas T. «Vi går inn i det private rommet til pasienten»: sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. *Nordisk tidskrift for helseforskning*. 2014;10(1):70–82.
5. Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
6. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*. 2008;11(4):321–30.
7. Borge L, Christiansen B, Fagermoen MS. Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt. *Sykepleien forskning*. 2012;1(7):14–22.
8. Maiterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(4):205–10.
9. Nymberg P, Drevenhorn E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(2):349–55.
10. McKenzie KJ, Pierce D, Gunn JM. A systematic review of motivational interviewing in healthcare: the potential of motivational interviewing to address the lifestyle factors relevant to multimorbidity. *J Comorb*. 2015;5(1):162–74.
11. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
12. Miller W, Rollnick S. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;(9):25.
13. Wangberg SC, Eviu AS, Høgbakk ML. Helsefremmende allmenndannelse («Health literacy») - en viktig ressurs. I: Kassah BL, Tingvoll W-A, Nordahl-Pedersen H, red. Forebyggende helsearbeid: sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
14. Beacom AM, Newman SJ. Communicating health information to disadvantaged populations. *Fam Community Health*. 2010;33(2):352–62.
15. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349–64.
16. Ishikawa H, YE. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*. 2008;11(2):113–22.
17. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107.
18. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011;(199):1–94.
19. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns*. 2004;52(3):315–23.
20. Jansink RME, Braspenning JCC, Weijden GDEMvd, Elwyn G, Grol RPTM. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract*. 2010;11:41.
21. Dierrick Van Daele ATM, Metsemakers JFM, Derckx EWCC, Spreuwenberg C, Vrijhoef HJM. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):391–401.
22. Carrington MJ, Zimmet P. Nurse health and lifestyle modification versus standard care in 40 to 70-year-old regional adults: study protocol of the Management to Optimise Diabetes and mEtabolic syndrome Risk reduction via Nurse-led intervention (MODERN) randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):813.
23. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHML, Gorgels APM, van Ree JW. Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1758.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Anne Svelstad Evju

Helsesøster og universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, Narvik

Helsevesenet har noe å tilby hvis du har en diagnose, men jeg brenner for å gi et bedre tilbud til de pasientene som trenger hjelp før de eventuelt får en livsstilssykdom.

Her mangler det en viktig brikke i helsetjenesten. Fastlegene har ikke kapasitet til å følge opp personer før de blir pasienter.

Frisklivssentralene (FS) følger opp noen, men det er begrenset med forskning på om de når ut til sin målgruppe. Så hvorfor ikke tenke sykepleierne inn i kommunehelsetjenesten, som en del av teamet rundt pasienter som skal endre livsstil?

For pasienter som skal endre livsstil, er det viktig å bli møtt

med veiledningskompetanse og god kunnskap om eventuelle utfordringer som disse pasientene vil møte. Det kan sykepleiere gi, med sin unike kompetanse.

Forebyggende og helsefremmende sykepleie ligger mitt hjerte nærmest, og jeg ønsker å bidra til å utdanne sykepleie-

«Forebyggende og helsefremmende sykepleie ligger mitt hjerte nærmest.»

re som vektlegger denne funksjonen i sitt daglige arbeid som sykepleier, uansett hvor de jobber, og hvilke pasienter de møter. ●

HOVEDBUDSKAP

Tilpasset informasjon og relasjonsbygging er viktig for å veilede unge pasienter med revmatisk sykdom til å bli selvstendige voksne.

Et standardisert pasientforløp, kalt ungdomsforløpet, med tilhørende sjekklister for informasjon og veiledning bidrar til at disse pasientene opplever kontinuitet, tillit og trygghet når de har behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

NØKKELORD:

- Informasjon ► Intervju
- Kronisk sykdom ► Ungdom

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76634

Unge revmatikere får hjelp til å takle voksenlivet

Kronisk syke ungdommer kan få kultursjokk når de overføres fra barneavdeling til voksenavdeling. For å gjøre overgangen lettere, er det ved St. Olavs hospital innført et standardisert pasientforløp for unge revmatikere.

Fagartikkelen er skrevet med utgangspunkt i en bacheloroppgave i sykepleie (1). Vi undersøkte sykepleiernes erfaringer om hvordan overgangen fra barn til voksenavdeling fungerte for unge voksne mellom 16–25 år ved revmatologisk avdeling, St. Olavs hospital. I tillegg etterspurte vi hva sykepleierne legger vekt på i møtene med de unge pasientene.

«Du vekker 'æ sjæl og kjenner 'æ helt aleine. Du kjenner at nå, det er nå du må stå for det du gjør sjæl [...]» (2, s. 17)

Teksten til Trond-Viggo Torgersen fra 1981 treffer trolig godt det vår tids ungdom føler om overgangen til voksenlivet. Alle har vært igjennom det.

Kroppen er i stadig endring, ungdommen får nye følelser de ikke har hatt før, og sosiale samhandlinger blir mer kompliserte. I tillegg til å finne ut hvem man er, skal man løsrive seg fra foreldre og bli mer selvstendig. Mange unge kan føle på at de befinner seg midt i en livskrise (3).

SÆRLIGE UTFORDRINGER

For ungdommer med revmatiske sykdommer som arttritt (leddbetennelse), vaskulitt (betennelse i blodårer) og bindevevssykdommer, kan dette by på særlige utfordringer.

FORFATTERE


Karen Folvik
Sykepleier, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kjersti Grønning
Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

I tillegg til å mestre utviklingen til et voksent liv, skal de også lære seg å leve med sin kroniske sykdom og mestre utfordringer knyttet til smerter og fatigue (3). Sykdommen kan påvirke skolen, sosiale relasjoner, seksuell liv og fritid. Hvem man er og hvem man vil være stemmer kanskje ikke overens. Livsperioden kan innebære en større identitetskrise enn hos friske jevnaldrende (4). Håp, lengsler, forventninger

og tanker påvirkes av betraktningen om at man har begrensninger. Begrensninger de andre ungdommene i klassen ikke har.

BEHOV FOR INFORMASJON

Østlie og Aaslands (5) studie fra 2011 viste at hele 45 prosent av ungdommer med revmatisk sykdom mente de

«Det er minst like viktig å skape tillit og gode relasjoner som å sette injeksjoner og skrive ut resepter.»

ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om diagnose, behandling og hvordan de skal mestre hverdagen. Ungdommene rapporterte også at de ikke hadde vært deltakende



SAMTALER: Sykepleierne snakker med de unge pasientene om hvordan det er å leve med en kronisk sykdom. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

i beslutninger angående egen helse. Flere andre studier (6, 7) viser at ungdom med kroniske sykdommer har behov for tilrettelagt informasjon.

Informasjon og veiledning fra helsepersonell og pårørende kan føre til at ungdommer med revmatiske sykdommer får økt medvirkning og ansvarliggjøring, og det kan bidra til at de får bedre forutsetninger for å kunne bli selvstendige og uavhengige (5). I denne sammenhengen er det viktig at helsepersonell er bevisst på at det er minst like viktig å skape tillit og gode relasjoner som å sette injeksjoner og skrive ut resepter (4).

KAN FÅ KULTURSJOKK

«En dag er det slutt, nå står du der helt aleine.» (2).

Fra den dagen ungdommen fyller 18 år overføres de fra alt og alle de kjenner på barneavdelingen til nye mennesker, krav og forventninger ved voksenavdelingen. Denne transisjonen (8) kan bli et kultursjokk for ungdommene og deres pårørende (9).

Studien til Aasland og Østlie (5) viste at 70,6 prosent av pasientene ikke var forberedt på overføringen fra pediatrik til voksen avdeling. En annen studie (10) har avdekket at en stor andel av de unge pasientene følte at de ble plassert i voksenavdelingen uten spesiell forberedelse.

En litteraturstudie viste at manglende tilbud for oppfølging kan resultere i at de unge voksne pasientene ikke følger helsefaglige råd, de dropper å møte til kontroller, de utvikler risikoatferd når det gjelder egen helse, og de kan dermed få en forverret sykdomstilstand med økt risiko for komplikasjoner (11). Flere studier bekrefter at et strukturert overgangsprogram for unge med kronisk sykdom er viktig for å unngå de uønskede konsekvensene (11, 12).

ANBEFALING FRA FORBUND

The European League Against Rheumatism (EULAR) har utarbeidet anbefalinger for overgangen fra barneavdeling til voksen revmatologisk avdeling. Målet er at unge voksne skal ha tilgang til koordinert behandling og transisjon med gjennomgående høy kvalitet. Dette innebærer et godt samarbeid mellom helsevesenet, pasienten og deres pårørende. Overgangen bør være fokusert rundt ungdommens individuelle

behov, og det bør være et eget team som jobber med transisjonen og fungerer som koordinatorene (13). Sykepleieren skal tilrettelegge for at pasienten får styrket sin egenomsorg (14). EULAR viser til at gode overganger fra barneavdeling til voksen revmatologisk avdeling fører til bedre sykdomsforståelse, økt mestring, bedre compliance (i hvilken grad pasienten følger legens råd) og økt tilfredshet blant de unge pasientene (13).

STANDARDISERT FORLØP

Revmatologisk avdeling ved St. Olavs hospital har satt EULARs anbefalinger ut i praksis og utarbeidet et standardisert pasientforløp, også kalt ungdomsforløpet, for unge voksne mellom 16 og 25 år. Avdelingen har satt overgangsomsorg i system og har et tett samarbeid med barneavdeling, sykepleier og koordinator, pasienten selv og deres pårørende. Hensikten med denne studien er derfor å undersøke hvordan sykepleierne mener forløpet fungerer og hva de vektlegger i møte med ungdommen.

METODE

For å undersøke hva sykepleierne vektlegger i møte med ungdom og hvilken innvirkning forløpet har hatt ble det gjennomført tre semistrukturerte intervjuer ved revmatologisk avdeling på St. Olavs hospital i mars 2018. Informantene var alle sykepleiere med flere års erfaring med sykepleie til ungdom.

RESULTATER

Analysen av intervjuene viste at alle informantene var enige om at ungdomsforløpet har gjort det enklere å veilede de unge pasientene til selvstendighet. Sykepleierne gjorde dette ved å tilpasse informasjon til pasientene, skape en god relasjon mellom pasienter og sykepleiere og ved å ha en kontinuitet i behandlingen. Resultatene fra analysen ble sammenfattet til tre hovedkategorier; å veilede til selvstendighet, å tilrettelegge informasjon og ungdomsforløpet.

Å VEILEDE TIL SELVSTENDIGHET

Informantene fortalte at ungdommenes foreldre og den rollen de hadde på barneavdelingen kontra på voksenavdelingen kunne være en utfordring i konsultasjonene. Det var et

ANNONSE

Hold deg opplyst
[facebook.com/
SykepleienForskning](https://www.facebook.com/SykepleienForskning)



FAKTA

Hva er transisjon?

Transisjon betyr overgang, og defineres i denne sammenhengen som en målrettet og planlagt prosess som adresserer de unge voksnes behov ved overgang fra barne- til voksenavdelingen.

Kilde: (8).

stort spenn i grad av selvstendighet og uavhengighet blant pasientene, og det var sjelden at de nylig overflyttede ungdommene kom alene ved første møte. Sykepleierne var opptatt av å skape tillit.

En informant opplevde at det å få tillit fra foreldrene og hjelpe foreldrene til å slippe taket på behandlingen, var den største utfordringen.

Flere av informantene hadde erfart at det var en brå overgang for ungdommene når de skulle komme uten foreldrene, fordi det hadde ikke vært mye informasjon om dette på barneavdelingen, selv om pasientene nærmet seg 18 år. Informantene uttrykte at den mest utfordrende perioden var da pasientene var medisinsk stabile og det var få kontroller. Ungdommene fikk ikke trent så mye på å være uavhengige i den perioden. Det var foreldrene som hadde kontroll på pasientens sykdomshistorikk og forløp. Informantene forklarte at de forsøkte å motivere pasienten til å komme uten foreldrene ved neste kontroll.

En informant vektla særlig at de skal snakke *med*, og ikke *om* ungdommen. Vedkommende fortalte at de unge ønsker å være en viktig aktør i samtalen og få mer ansvar, selv om foreldrene er til stede. Informanten fortalte videre at foreldre kunne supplere og komme med innspill, men pasienten var den sykepleieren henvendte seg til.

Informantene fortalte at de tilbyr et «hilse-på-møte» før første konsultasjon. Møtet inneholder omvisning på avdelingen, og de unge pasientene får treffe helsepersonellet de skal forholde seg til i ungdomsforløpet. I tillegg fikk ungdommene mer informasjon om ungdomsforløpet for å gjøre dem tryggere på situasjonen. Informantene fortalte også at ungdommene fikk tilbud om å delta på lærings- og mestringskurs med jevnaldrende, og at dette hadde fungert godt.

En informant sa: «Vi forsøker å lære dem til å bli mer selvstendig og hjelpe dem til en forståelse om hvorfor dette er viktig».

Å bidra til at unge pasienter blir selvstendig er essensielt for å fremme helse og forebygge forverring av sykdommen (5). Forskning viser at denne pasientgruppen trenger ekstra støtte for å oppnå selvstendighet, og at det å veilede ungdom til ansvarlighet rundt egen sykdomssituasjon er fundamentalt. Det viser seg at gode medisinske rutiner ikke nødvendigvis blir bedre med alderen, og at en avgjørende faktor kan være manglende mulighet for medvirkning helt fra starten av tenårene (15).

En annen studie (5) viser at medvirkning i behandlingen er til dels mangelfull. Vår studie viser imidlertid at sykepleierne er opptatt av å forme selvstendig ungdom, men at det er uvisst hvor mye trening ungdommene får i forkant av transisjonen. Ungdommene er forskjellige, og for mange er overgangen fra å være barn til å bli et selvstendig voksent menneske fremdeles for brå, selv etter innføringen av forløpet.

Informantene fortalte at de fokuserer mye på å gi ungdommene redskaper for å kunne bli ansvarlige voksne

mennesker og involvere de aktivt i avgjørelser om egen helse og behandling. Relasjons- og tillitsbygging er vesentlige faktorer, hvor tiltak som «hilse-på-møte» og muligheten til å møte samme sykepleier kan føre til at ungdommene får en følelse av forutsigbarhet. Det er god grunn til å tro at grunnlaget for et solid tillitsforhold dermed er lagt (9, 12).

Muligheten til å delta på lærings- og mestringskurs var også noe sykepleierne hadde gode erfaringer med. Kursene var utarbeidet sammen med de unge. Stinson og medarbeidere (6) viser i sin undersøkelse at ungdom opplever større forståelse gjennom sosial støtte og ved å møte andre i samme situasjon, og forståelse er ifølge Stinson en viktig grunnpilar på veien mot uavhengighet.

Å TILRETTELEGGE INFORMASJON

Informantene beskrev at de informerte om sykdommen, behandling, virkning og bivirkning av medisiner, men at de også vektla det å være ung med de utfordringer som hører med til livet, enten man er frisk eller har en kronisk sykdom.

En informant uttrykte: «Vi bruker mye av tiden på det ungdommene selv lurer på og har på hjertet. Det å være ung står mye i fokus».

Temaer sykepleierne tok opp i konsultasjonene, dreide seg om seksualitet og prevensjon, hvordan sykdommen kan påvirke seksuallivet med tanke på fatigue og fysiske begrensninger. Alkoholbruk ble også tatt opp da enkelte av medisinene krever forsiktighet med tanke på leververdier. Informantene fortalte at alkoholbruk kunne være en utfordring med den aktuelle aldersgruppen i tillegg til

«Det var foreldrene som hadde kontroll på pasientens sykdomshistorikk.»

compliance. Medisiner ble glemt, som muligens handlet om mangel på rutiner, bivirkninger som kanskje ikke var forenelige med ungdommens hverdagsliv, og smerter/ubehag ved injeksjoner.

En annen informant sa: «Aldersgruppen har vanskelig for å forstå hvordan ting man gjør nå kan få konsekvenser i fremtiden. Da forsøker vi å få de til å forstå alvorlighetsgraden av hva som kan skje og gjentar informasjonen, igjen og igjen».

Ved spørsmålet til informantene fra intervjuguiden om de hadde skriftlig informasjon som var tilpasset aldersgruppen, fortalte informantene at de hadde egne brosjyrer om hvordan være ung med revmatisk sykdom. Annen informasjon om eksempelvis medikamenter var standard for alle pasienter, den var ikke spesielt tilpasset aldersgruppen.

Forskning fremhever viktigheten av at helsepersonell bruker informasjon og veiledning som redskaper for å oppnå selvstendighet hos ungdommene (7). For at den unge skal leve et mest mulig selvstendig liv og samtidig beherske det å skulle bli voksen, er det behov for god informasjon, råd og veiledning fra helsepersonell basert på ungdommenes egne

forutsetninger. Manglende oppfølging vil kunne få store følger for pasientens liv og helse (5).

Denne studien fant at compliance mht. medisiner kunne være en utfordring blant ungdommene, noe som støttes av annen forskning (15) som fant en til to tapte doser per uke blant ungdom. I den studien ble det avdekket flere grunner til at ungdom ikke fulgte råd om medikamentbruk. Eksempelvis følte ungdommene seg friske og tenkte det ikke var nødvendig å ta medisiner. Noen får også plagsomme bivirkninger eller opplever smertefulle injeksjoner. Dette er ikke alltid forenelig med livet som ung. Andre ganger kan medisinen bli glemt bort i en hverdag full av fart og spenning (9, 15).

Forskning (5, 7) viser at ungdom har ekstra behov for informasjon om kombinasjonen medisiner, alkohol og andre rusmidler. Informantene fortalte at de snakket om dette under konsultasjonene. Men det er alltid rom for misforståelser og mistolkninger. Eksempelvis står det i den skriftlige informasjonen om syntetisk medisin at dette ikke er forenelig med alkohol, samtidig ga sykepleierne muntlig informasjon om at pasientene kunne drikke et par enheter i helgen, men burde vise forsiktighet.

UNGDOMSFORLØPET

Informantene fortalte at ved implementeringen av ungdomsforløpet ble det utarbeidet en sjekkliste for hvilken informasjon som ble gitt og som skulle sikre at ungdommen ble spurt om temaer knyttet til ungdomstiden. Sykepleierne mente at sjekklisten skapte kontinuitet i behandlingen, men at kontinuiteten var avhengig av at sjekklisten ble tatt i bruk på et tidlig stadium, helst allerede på barneavdelingen, før pasientene sluttet der.

To av informantene mente at sjekklisten ikke fungerer helt optimalt ennå, fordi de hadde erfart at barneavdelingen ikke brukte den. Ellers fortalte informantene om flere faktorer ved ungdomsforløpet som hadde vært svært gunstig for å gjøre overgangen mer glidende og enklere for ungdommen, for eksempel muligheten de har til å ringe kjente sykepleiere ved behov. Pasientene kan ringe en egen «ungdomstelefon» mellom klokken 8 og 16 i ukedager og slippe den vanlige telefonkøen. Sykepleierne mente tiltaket hadde mye å si for relasjons- og tillitsbygging mellom sykepleier og pasient.

En av informantene sa: «Det skal være en lav terskel på å få tak i oss. Det er et godt tegn at de ringer, det viser tillit».

En annen viktig faktor som ble nevnt av informantene var at trykksfølelsen og kontinuiteten som kom i forløpet, hadde økt, spesielt etter det ble bestemt at pasientene skulle få egne ungdomskoordinatører.

Informantene beskrev at ungdommene ble godt kjent med sykepleierne og de slapp å forholde seg til nye mennesker ved hvert besøk. Informantene mente også at dette muliggjorde det litt enklere for ungdommene å komme alene, fordi de visste hvem de skulle møte og hva de gikk til. Generelt mente alle informantene at ungdomsforløpet hadde gjort det enklere å følge opp ungdommen og skape en god relasjon.

Informanten sa: «Vi blir kjent med hverandre på en helt annen måte. Det tar ofte litt tid før ungdommen åpner seg og våger å ta opp ting. Kanskje våger de ikke første gangen, men tredje gangen vi møtes kjenner de meg godt nok og er trygge nok på meg til å snakke om eksempelvis alkohol eller sex».

KONKLUSJON

Resultatene viser at sykepleiere ved revmatologisk avdeling vektlegger det å veilede unge til å bli selvstendige voksne mennesker gjennom tilpasset informasjon og relasjonsbygging i konsultasjonene. Resultatene viser også at sykepleierne mener ungdomsforløpet har bidratt til kontinuitet, tillit og trygghet gjennom mulighet til å møte samme sykepleier, både på telefon og i konsultasjoner. I tillegg viser funn at implementering av sjekklister for informasjon og veiledning har gjort det enklere å informere om temaer utenom sykdommen.

Vi ønsker spesielt å takke sykepleier Morten Andersen ved Revmatologisk avdeling, St. Olavs hospital for gode innspill i forbindelse med gjennomføring av denne studien.

REFERANSER

1. Folvik KB. Mot selvstendighet i transisjonsprosessen. (Bacheloroppgave.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=589432> (nedlastet: 04.04.2019).
2. Refvik S. Alle tiders sangbok. 4. utg. Oslo: Norsk noteservice; 2013.
3. Fjerstad E. Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
4. Ekeland TJ. Psykologi for sosial- og helsefag. 2 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2010.
5. Østlie I, Aasland A. Hvordan forberede unge mennesker med juvenil idiopatisk artritt på voksenalvet? Sykepleien forskning. 2011;6(3):214–21.
6. Lipstein EA, Muething KA, Dodds CM, Britto MT. «I'm the one taking it»: adolescent participation in chronic disease treatment decisions. J Adolesc Health. 2013;53(2):253–9.
7. Stinson JN, Stevens TP, Kagan S, Duffy CM, Huber A, Malleson P, et al. Asking the experts: exploring the self-management needs of adolescents with arthritis. Arthritis Rheum. 2008;15:59(1):65–72.
8. Kooyman LM, Hjørnevik JE, Hegg RM. Ungdom med tarmsykdom må forberedes på overgangen til voksenalvet. Sykepleien 2019 106(75571) (e-75571). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/02/ungdom-med-tarmsykdom-ma-forberedes-pa-overgangen-til-voksenalvet>. (nedlastet 02.04.2019).
9. Grønseth R, Markestad T, Gaust D. Pediatriske og pediatrisk sykepleie. 3. Utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
10. Cruikshank M, Foster H, Stewart J, Davidson JE, Rapley T. Transitional care in clinical networks for young people with juvenile idiopathic arthritis: current situation and challenges. Clin Rheumatol. 2015;35:893–9.
11. Crowley R, Wolfe I, Lock K, McKee M. Improving the transition between pediatric and adult healthcare: a systematic review. Arch Dis Child. 2011;96(6):548–53.
12. McDonagh JE, Southwood TR, Shaw, KL. The impact of a coordinated transitional care programme on adolescents with juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology (Oxford). 2007;46(1):161–8.
13. Foster HE, Clemente D, Leon L, McDonagh JE, Kamphuis S, Berggren K, et al. EULAR/PRES standards and recommendations for the transitional care of young people with juvenile-onset rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2017;76(4):639–46.
14. Repenning KM, Taylor SG, red. Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem. New York: Springer; 2003.
15. Lawson, EF, Aimee OH, Applebaum MA, Yelin EH, Megumi JO, Scheven EV. Self-management skills in adolescents with chronic rheumatic diseases: A cross-sectional survey. Pediatr Rheumatol Online J. 2011; 9:35.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for fagartikler

Hvis du ønsker å sende inn en fagartikkel til Sykepleien, kan du lese her for å få hjelp til å komme i gang.

Har du skrevet en presentasjon av et fagutviklings- eller forskningsarbeid, eller en beskrivelse av pasientsituasjoner, arbeidsmiljø, ledelse eller kvalitetsarbeid relatert til helse- og omsorgssektoren?

Har du skrevet en oppgave i master- eller videreutdanning?

Da ønsker vi en fagartikkel fra deg!

ARTIKKELENS INNHOLD OG LENGDE

En artikkel bør ikke være lengre enn maksimalt 15 000 tegn (med mellomrom).

Avgjør først hva du vil fortelle. Lag gjerne arbeidstittel og ingress før du starter å skrive. Avgjør hva som er viktig å få med, ellers kan artikkelen gjerne bli for lang. Artikkelen bør som regel ha ett tema, men det er ingen regel uten unntak, da flere problemstillinger kan høre sammen.

Budskapet eller nye funn skal presenteres med én gang. Deretter bør det være en kort presentasjon av hensikten med eller bakgrunnen for undersøkelsen eller prosjektet, og eventuelt en kort metodebeskrivelse.

Artikkelens hovedinnhold skal være resultater og erfaringer, og konklusjonen skal vise konsekvensene funnene har, eller bør ha, for praksis eller forskning.

SKRIV ENKELT, PERSONLIG OG KONKRET

Artikkelen må ikke ha vært trykket eller publisert andre steder.

Les hele forfatterveiledningen før du sender inn et manuskript.

SPRÅKFØRING

Sykepleien tilstreber at språket i artiklene er lettfattelig og tydelig. Nedenfor finner du noen tips til godt språk:

Aktiv setningsoppbygging

Skriv aktiv fremfor passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøkte ...?)

«Dette» og «disse»

Prøv også å unngå for mange «dette» og «disse», som gjør teksten uklar. Forklar heller hva du mener.

Faguttrykk og forkortelser

Forklar faguttrykk, enten i parentes eller i teksten. Skriv hele ordet første gang i teksten hvis du videre ønsker å benytte en forkortelse.

REFERANSER

I en fagartikkel kreves det at man belegger fakta, henvisninger og påstander med kilder. Det er derfor svært viktig å ha nøyaktige referanser. Referanselisten bør inneholde maksimalt 25 referanser.

Referansene skal settes opp etter Vancouver-stilen. Vancouver-stil i løpende tekst:

- referansen angis med et tall i parentes bak referansen
- hvis du refererer til et verk mer enn én gang,

skal du bruke samme nummer som første gang referansen ble brukt

- hvis du henviser til flere kilder i den samme setningen, oppgi disse slik: (2–4), dvs. 2, 3 og 4, og (2–4, 8) dvs. 2, 3, 4 og 8
- referanse må angis også når forfatterens navn står i setningen

Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008 mai; 45(5):668–81.

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød*. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tværfaglig spesialisert rusbehandling*. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef Rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan*. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FIGURER OG TABELLER

For mange tall i teksten er lite leservennlig. Tabeller, diagrammer eller figurer kan lette fremstillingen.

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer eller tabeller (fortrinnsvis tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

BILDER

Hvis du har gode breddebilder som kan passe som hovedbilde til artikkelen, må du gjerne legge dem ved. Også andre bilder som illustrerer artikkelen, kan vedlegges.

Bilder må sendes i egne bildefiler. Hvis det er gjenkjennbare mennesker på bildet, må vi vite navn på den eller dem som er med på bildet, og de må ha gitt sin godkjenning til at bildet skal kunne publiseres i *Sykepleien*. Annen informasjon om bildet skrives under bildet, sammen med fotografens navn. Vi må også ha fotografens tillatelse til å bruke bildet.

INTERESSEKONFLIKT

Når du sender inn manuskriptet, ber vi deg oppgi eventuelle interessekonflikter.

Eksempler på interessekonflikter:

1. Hvis du i løpet av de siste fem årene har mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
2. Hvis du i løpet av de siste fem årene har vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
3. Hvis du har aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
4. Hvis du har en binding, et livssyn, utfører oppgaver eller innehar et verv som kan påvirke din habilitet.
5. Hvis du har tilknytning som nevnt i forvaltningsloven § 6 første ledd til personer/aktører som omfattes av punkt 1–3 ovenfor.

VURDERING AV MANUSKRIFTET

I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet enten aksepteres, sendes tilbake til forfatteren for revidering eller refuseres. Redaksjonen tilstreber rask tilbakemelding til forfatteren hvis artikkelmanuskripter som sendes til oss, blir akseptert for publisering.

Hvis manuskriptet aksepteres, sendes teksten videre for teknisk og språklig bearbeiding og følges opp av redaksjonen. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid. Forfatteren vil få det språkvaskede manuskriptet tilbake for gjennomlesing.

Er du med i en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund?

Redaksjonen i Sykepleien ønsker å samarbeide med faggruppene om utgivelse av fagartikler. Vi kan være med og veilede på din fagartikkel.

I tillegg til at fagartikkelen publiseres på sykepleien.no, kan faggruppene publisere artikkelen i sine nyhetsbrev, på hjemmesider eller i fagblad.

Ta kontakt med redaktøren for ditt fagtidsskrift og/eller fagredaktør i Sykepleien Torhild Apall Dybvik torhild.apall@sykepleien.no eller Eli Smedstad eli.smedstad@sykepleien.no hvis du har spørsmål om fagartikler.

Vi forbeholder oss retten til å endre tittel, mellomtitler og ingress.

Sykepleien publiserer alle fagartiklene på nettsiden sykepleien.no og på Sykepleiens Facebook-side. Artikler kan også trykkes i Sykepleiens temautgaver.

INNSENDING AV MANUSKRIFTET

Artikkelen sendes inn via vårt nettbaserte manuskriphåndteringssystem, ScholarOne, via følgende nettadresse: <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev, portrettbilder og eventuelle andre dokumenter.

Følg instruksene øverst på hvert skjermbilde. Du kan også få hjelp via våre instruksjonsvideoer: Videoene ser du på nettsiden. Bruk QR-koden sist i forfatterveiledningen.

Hvis du får problemer under innsendingen, kan du ringe 22 04 33 49.

Etter innsendelsen får du automatisk bekreftelse på at vi har mottatt manuskriptet. Etter at fagartikkelen er publisert, mottar du et honorar. ●

Lykke til med skrivingen!

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for forskningsartikler

Hvis du ønsker å sende inn en forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, får du viktig informasjon her.

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Sykepleien Forskning publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. Sykepleien Forskning inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

DOBBELT- ELLER SEKUNDÆRPUBLIKASJON

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert

i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjon eller arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

LENGDE PÅ MANUSKRIFTET

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer.

FORMAT OG OPPSETT

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Høyremargen skal ikke være rett.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

MANUSKRIFTETS INNHOLD

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (*main document*) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (abstract)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

TEKST

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside (fanen Forskning på sykepleien.no), kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

OPPBYGGING AV SELVE ARTIKKELEN

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og **bakgrunn** for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrix i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i

relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metode-diskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai; 45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

5. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

FØLGEBREV TIL REDAKTØR (COVER LETTER)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

INNSENDING AV MANUSKRIFT

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskript-håndteringssystem ScholarOne, via følgende nettadresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

VRDINGSPROSESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en

vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelle-vurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

Etter fagfellevurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i ScholarOne. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

GODKJENNING AV MANUSKRIFT

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også titelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

OVERSETTING TIL ENGELSK

Alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesing før publisering.

KRAV TIL MEDFORFATTERSKAP

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen.

Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen deler av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettsider: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Bruke+referansestilen+Vancouver> og <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

INTERESSEKONFLIKTER

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter». ●

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE



Jordmorforbundet NSF

Jordmødre som organiserer seg i NSF, har den styrken at de er med i et av Norges største fagforbund. Jordmorforbundet sikrer stadig viktige gjennomslag for jordmødrene i landet, og medieanalyser viser at vi er en betydelig samfunnsaktør som får bred mediedekning for viktige jordmorsaker.

Jordmorforbundet har et godt fagtilbud for jordmødre gjennom kurs, konferanser, workshops og lokale fagkafeer. NSF har fått laget den første *Jordmorboka* på norsk, som brukes på jordmorutdanningene i Norge. Den har vi nå revidert og lansert som en app, som også er gratis for dem som har kjøpt boka.

Medlemmer får *Jordmorhåndboka*, vår almanakk, der vi har samlet oppdaterte pro-

sedyrer, lovverk og fagstoff som er relevant for alle i sin jordmorpraksis.

Jordmorforbundet har med NSF et svært godt tillitsvalgtapparat. NSF har over 200 heltidsansatte og 3200 tillitsvalgte som står til medlemmenes disposisjon. Jordmorforbundet har 17 lokalgrupper, som jobber med lemsrettet og med lokale arrangementer.

Jordmorforbundet er lønnsledende fagorganisasjon for jordmødre. Vi forhandler både sentralt og lokalt.

Våre verdier:
TYDELIG
MODIG
STOLT

Jordmorforbundet har kjempet frem masternivå på jordmorutdanningene, dokumentasjonskrav for en-til-en-omsorg til kvinner i aktiv fødsel, øremerking av midler til flere kommunejordmødre og ny utdanning for jordmødre i Stavanger. NSF har sikret utdanningsstillinger til jordmødre i flere helseforetak.

Jordmorforbundets medlemstall eksploderer. Vi har tredoblet vår størrelse i løpet av få år og har 1230 medlemmer per 1. mai 2019. Det er nå rundt 1700 jordmødre som velger NSF som sitt forbund.

Bli med på laget, meld deg inn her: www.jordmorforbundet.no



Barnesykepleierforbundet

Barnesykepleierforbundet (BSF) er faggruppen for sykepleiere som er opptatt av barn og unges helse, og som jobber med barn og unge i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. BSF synliggjør premature, syke nyfødte barn og unges rettigheter og ivaretar familien, inkludert søsken.

Styret velges for to år av gangen: fem styremedlemmer og to representanter i utdanningsutvalget. Leder er frikjøpt 20 prosent. Vi har lokalgrupper i 17 fylker og cirka 1000 medlemmer, 2500 følgere på Facebook og 670 følgere på Twitter.

BSF holder blant annet kontakt med

medlemmene og sørger for faglig oppdatering og nettverksbygging via nyhetsbrev og årlige seminarer hvor kolleger møtes fra hele landet.

BSF er representert i både nordisk og europeisk nettverk.

Våre fanesaker:

- Barn mellom 0 og 18 år skal innlegges ved barne- og ungdomsavdelinger.
- Ungdom skal ha tilrettelagte avdelinger, og alle store sykehus skal ha ungdomsråd.
- Alle barne- og ungdomsklinikker skal følge anbefalingene om opprettelse av barnevervåkning.

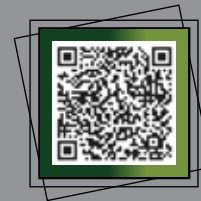
- Alle nyfødteintensivavdelinger skal følge nasjonale retningslinjer for kompetanse og bemanning på nyfødtavdeling.
- Vi vil stimulere til opprettelse og utvidelse av hjemmesykehus.
- Langtidssyke barn i kommunene må få helsehjelp, slik at foreldre får være barnets foreldre og ikke sykepleiere.
- Alle helseforetak skal opprette barnepalliative team.
- Alle sykehus skal tilby utdanningsstillinger til masterutdanning i barnesykepleie og nyfødtsykepleie etter behov.



Sykepleien Forskning på facebook

.....
Skann QR-koden og kom rett til Sykepleien Forskning på facebook.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.





sykepleienjobb.no

Skann QR-koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal.

Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Sykepleien



"Takk, bare bra..." (Tbb) er et kurs i forebygging og mestring av depresjon, spesifikt rettet mot personer over 60 år. Kurset bygger på kognitive metoder, og er basert på kunnskap og erfaringer fra KiD (Kurs i depresjonsmestring).

Bli Tbb-kursleder!

Kurslederopplæringen vil gi deg kompetanse og sertifisering til selv å holde Tbb-kurs, enten det er i egen kommune, virksomhet eller foretak. Opplæringen foregår over fire dager, basert på forelesninger, gruppeøvelser og trening som kursleder. Dersom du har godkjenning som KiD-instruktør kan du delta med reduserte antall kursdager. For å bli kursleder må du være helsepersonell med minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning.

Opplæringen holdes av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune. Opplæringen skjer hver vår og høst. Kontakt oss, eller besøk vår hjemmeside for mer informasjon om kurslederopplæringen, datoer, pris og påmelding!

Kurset går over 4 dager, 14- 17 oktober.



www.oslo.kommune.no/sff



sff@syke.oslo.kommune.no



[@SFFOslo](https://www.facebook.com/SFFOslo)



MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80

Vil du bli psykotraume terapeut?

Helhetlig, tverrfaglig psykotraume videreutdanning i Oslo, Tromsø og Bodø

Målet med videreutdannelsen er å gi en grundig innsikt i moderne psykotraumeteori og - behandling for voksne ungdom, barn og familier.

I løpet av utdanningsforløpet lærer du blant annet:

- Hvordan psykotraume påvirker enheten kropp/psyke
- Hvordan komme ut av traumatiserende belastninger
- Å arbeide med med loPT - intensjonsmetoden

Undervisningen er lagt opp som helgesamlinger, kan kombineres med full jobb og er åpen for alle med helse-, pedagog- eller sosialfaglig bakgrunn.

* Gir rett til tittelen registrert loPT Traumeterapeut ved fullfør utdanning.
* 12 moduler a 4 dager innenfor 2 år

Påmelding og informasjon : iopt.no/videreutdanning

☎ +47 91 66 72 11 ✉ marta@iopt.no

Velkommen!



+VAKTROMMET®

Gode tilbud til bedrifter som trenger mye utstyr.

- Migenic - hygienisk navnskilt og utstyrsholder i ett →
- 100% silikon
- Kan dekontamineres

Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING

10. SEPTEMBER 2019, KL. 08.30–16.00
SIGRID UNDSETS HUS, UIA


PROGRAM

- 08.30 Registrering og kaffe
- 09.00 Velkommen v/ prosjektleder, Torstein Garcia de Presno og rektor på UiA, Sunniva Whittaker
- Åpning ved Stortingsrepresentant Kari Henriksen, Sekretær i Helse – og Omsorgskomiteen.
- Presentasjon av Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 09.35 «Hvorfor er det så vanskelig for voksne å spørre?»
Ane Ugland Albæk, Universitetslektor, Universitetet i Agder, PhD-kandidat, Universitetet i Bergen
- 10.30 «Barn som har opplevd vold i nære relasjoner - hva trenger de fra skolen?»
Sabreen Selvik, Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold
- 11.15 Lunsj
- 12.00 «Hva ønsker barn av rusmisbrukere seg av voksne?»
Marius Sjømæling, Generalsekretær i Barn av rusmisbrukere – BAR.
- 13.00 «Å snakke med barn og ungdom etter selvmordet»
Magne Raundalen, Barnepsykolog og bestefar
- 15.00 «Når barn sier at de har selvmordstanker, hva gjør vi?»
Mogens Albæk, Psykologspesialist Statens Barnehus, Dr. Philos
- 15.45 Musikk fra Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 16.00 Slutt



JOBBER DU MED SORGPROBLEMATIKK OG HAR HELSE- ELLER SOSIALFAGLIG UTDANNING?

- Bli CGT-terapeut!

 Søknadsfrist 15. november 2019

 Les mer på www.uio.no/cgt



Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevante for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobil eller brett som hjemme foran PC-en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV slik at det er enkelt å søke på jobb.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

Sykepleien jobb.no



Ny avtale – bedre betingelser til deg

Dedicare har fått ny avtale med alle sykehusene i Norge. Vi har flere ledige oppdrag enn noen gang fra Hammerfest i Nord till Oslo i Sør.

Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Vi dekker din reise og bolig. Om du er nyutdannet eller har lang erfaring så har vi jobb til deg. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE