

Hvordan mestre smerter på en bedre måte

Mange pasienter opplever kroniske smerter som en kamp for å gjenvinne seg selv. Hvordan kan kroniske smerter mestres?

Det finnes mange kvalitative studier om kronisk smerte, men få systematiske sammenfatninger som gjør funnene bedre tilgjengelige. I en stor britisk metaanalyse presenteres informasjon som kan forbedre håndteringen av kronisk smerte (1).

Analysen omfattet 77 kvalitative studier om kroniske muskel- og skjelettsmerter (49 artikler) og om fibromyalgi (28 artikler). De fleste artiklene var europeiske, deriblant mange fra Skandinavia. Kvalitetsvaluering av artiklene ble gjort ved bruk av etablerte analysemetoder utviklet i Storbritannia og Australia. En metaetnografisk syntese ble også gjort (2).

Metaanalysen viser at mange opplever kroniske smerter som en kamp for å gjenvinne egen identitet og legitimitet. Deres livssituasjon er ofte en konflikt mellom dem selv, omverdenen og helsetjenesten. Forfatterne presenterer en forståelsesmodell for hvordan man kan bevege seg fra å være fastlåst i denne konflikten til å komme seg videre med smerten. Modellen innebærer blant annet å omdefinere normalitet og seg selv i relasjon til andre og at man aksepterer at det ikke finnes noen helbredende behandling for smerten.

Metaanalysen gir ny informasjon som er vesentlig for å forstå pasienter med kroniske smerter og for å hjelpe dem til bedre mestring, særlig der det ikke finnes noen effektiv behandling mot smerten per se.

Christofer Lundqvist

Professor II, Helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Tøye F, Seers K, Allcock N et al. Patients' experiences of chronic non-malignant musculoskeletal pain: a qualitative systematic review. *Br J Gen Pract* 2013; 63: e829-41.
2. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Qualitative research methods series 11. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.

For få keisersnitt i Afrika og Sør-Asia

Det utføres fortsatt for få keisersnitt i en rekke land, særlig i de aller fattigste befolkningsgruppene.



Illustrasjonsfoto: NTB scanpix

Ifølge WHO bør keisersnittsratene ligge på mellom 2% og 15% for å minimere mødredødelighet og alvorlige fødselskomplikasjoner (1). I lys av dette er keisersnittsratene for levendefødte barn undersøkt i fire land i Sør-Asia og 22 land i Afrika sør for Sahara. Rater for hvert land ble beregnet per år, for hver inntektsgruppe og for urbane og rurale bosteder. Tverrsnittsstudien omfattet over 680 000 fødsler i perioden 1985-2011 (2).

I ti av de afrikanske landene lå keisersnittsratene på under 2% i de nyeste dataene. I Asia var Nepal det eneste landet som ikke nådde en rate på over 5%. Resultatene viser imidlertid at de fleste keisersnittene ble gjort hos kvinner i høyinntektsgrupper, og kun fem av de afrikanske og ingen av de asiatiske landene i studien oppnådde keisersnittsrater på over 2% i den femdelen av den kvinnelige befolkningen der inntekten var lavest.

I 20 av 26 land økte keisersnittsratene årlig, men kun i 12 land var det økning for de fattigste to femdelene av den kvinnelige befolkningen.

– Manglende tilgang til keisersnitt er én viktig årsak til at mødredødeligheten fortsatt er høy i deler av verden, sier professor og overlege Torvid Kiserud ved Kvinneklinikken på Haukeland universitetssykehus.

– Slik sett er denne studien nedslående. Selv om flere av landene hadde økonomisk vekst i den undersøkte perioden, er det i mange av dem fortsatt kritisk lave keisersnittsrater og for lav økning, spesielt gjelder det i de fattigste befolkningsgruppene. Med høy befolkningsvekst kreves det økning i antall keisersnitt bare for å opprettholde frekvensen, sier Kiserud.

Matilde Risopatron Berg Tidsskriftet

Litteratur

1. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Genève: World Health Organization, 2009.
2. Cavallaro FL, Cresswell JA, França GV et al. Trends in caesarean delivery by country and wealth quintile: cross-sectional surveys in southern Asia and sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ* 2013; 91: 914-922D.