



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Osteoporoserelatert vertebralfraktur rammer mange eldre kvinner og er ofte en underdiagnostisert tilstand.

Hensikt: Studien beskriver eldre kvinners erfaringer med å leve med osteoporoserelatert vertebralfraktur basert på en syntese av funn fra kvalitative studier som beskriver dette.

Metode: Studien er basert på prinsippene i retningslinjene PRISMA; standard for systematisk review. Systematisk artikkelsøk etter kvalitative

studier ble utført i Cinahl, Medline, PsycINFO og SveMed+. Fem studier ble inkludert etter inklusjonskriteriene. Funnt fra de inkluderte artiklene utgjorde grunnlaget for den tematiske syntesen i denne studien.

Resultater: Syntesen identifiserte følgende hovedtemaer; kroppslige forandringer, konstant og uforutsigbar smerte, fungering i hverdagen og oppfølging og støtte. Smerten ble beskrevet som konstant og dominerende i livet. Tap av høyde og endret kroppsholdning opplevde kvinnene

negativt, og de så på seg selv som «gammel og bøyd».

Konklusjon: Systematisk smertekartlegging i kommunehelsetjenesten kan være et tiltak for å identifisere kvinner med osteoporoserelatert vertebralfraktur som har en smerteproblematikk. Kroppslige forandringer hos kvinner med osteoporoserelatert vertebralfraktur bør få større oppmerksomhet i klinisk praksis. Trening kan gjøre det enklere å fungere i hverdagen og være med på å styrke selvfølelsen.

ENGLISH SUMMARY

Older women's experience of osteoporotic fractures in the spine

Background: Osteoporosis-related vertebral fracture affects many older women and is often an underdiagnosed condition.

Objective: To describe older women's experience of living with osteoporosis-related vertebral fracture based on synthesis of findings from qualitative studies.

Methods: The study is based on the principles in the PRISMA guidelines, the standard for systematic reviews. Systematic article searches

by qualitative studies were performed in Cinahl, Medline, PsychINFO and SveMed+. Five studies met the criteria for inclusion. A thematic synthesis of findings of the included articles was conducted.

Results: The synthesis identified the following main themes; «bodily changes», «constant and unpredictable pain», «impact on everyday life», and «follow-up and support». Pain was described as constant and predominant in life. Reduction in height and changed posture were by the women experienced as negative, as they viewed

themselves as «old and bent».

Conclusion: Systematic pain assessment in community health can be one measure for identification of women with osteoporosis-related vertebral fracture who experience pain. Bodily changes in women with osteoporosis-related vertebral fracture should get more attention in clinic practice. Exercise may make a positive impact on everyday life and strengthen the women's self-esteem

Key words: Compression fracture, back pain, bodily change, osteoporosis, women

» Eldre kvinners erfaringer med osteoporotiske brudd i ryggen

Forfattere: Marianne Kumlin
og Anners Lerdal

NØKKELORD

- Kompresjonsbrudd
- Kroppsforandringer
- Ryggsmerter
- Osteoporose
- Kvinner

INTRODUKSJON

Osteoporoserelatert vertebralfraktur rammer mange eldre kvinner. Sykdommen osteoporose resulterer i benskjørhet og økt risiko for fraktur (1). Vertebralfraktur er en av de mest vanlige osteoporotiske frakturene (2,3). En studie av forekomsten av vertebralfraktur i Norge, viste at 19 prosent av kvinnene over 70 år hadde vertebralfraktur (4). Svedbom et al. (5) fant at 9,6 prosent av kvinner i Sverige mellom 80–84 år hadde fått påvist vertebralfraktur, og for kvinner over 85 år var andelen 14,8 prosent.

Studier indikerer underdiagnostisering av vertebralfraktur, og at så mange som tre av fire vertebralfrakturer ikke blir klinisk bekreftet (2,3,6). Vertebralfrakturer medfører ryggsmarter, tap av høyde, utvikling av kyfose, nedsatt fysisk funksjon og nedsatt evne til håndtering av dagliglivets aktiviteter.

Kyfose fører til muskelsvakhet i ryggen og endret kroppsholdning. For noen kan kyfose også gi respiratoriske og gastrointestinale problemer (3,7). Kroniske ryggsmarter oppstår hos en del pasienter med vertebralfraktur og kan være forårsaket av belastningen på muskler og leddbånd for å holde kroppstillingen oppe (7). Ifølge Lindsay et al. (8) rammes 20 prosent av kvinnene som har fått vertebralfraktur av en ny fraktur innen ett år. Risikoen for nye vertebralfrakturer øker også med alderen (4,8).

Studier har vist at det å leve med osteoporoserelatert vertebralfraktur reduserer eldre kvinners helserelaterte livskvalitet og at den kan være redusert flere år etter deres første fraktur (6,9,10).

Med bakgrunn i at dette er en tilstand som rammer mange eldre kvinner og som påvirker deres helserelaterte livskvalitet i stor grad, har vi valgt å gjøre en syntese av kvalitative studier som beskriver dette temaet. En beskrivelse av eldre kvinners erfaringer kan gi kunnskap om og en bredere forståelse av det å leve med osteoporoserelatert vertebralfraktur og kan bidra til forbedring av tiltak og oppfølging av disse kvinnene i praksis. Forfatterne har ikke funnet publiserte systematiske oppsummeringer

av kvalitative studier på dette temaet. En styrke ved kvalitativ forskning er fyldige beskrivelser av personers erfaringer (11).

Hensikten med studien er å beskrive eldre kvinners erfaringer med det å leve med osteoporose relatert vertebralfraktur basert på integrasjon av funnene fra kvalitative studier som beskriver dette.

METODE

Studien er basert på retningslinjene «Preferred Reporting Item of Systematic reviews and Meta

Hva tilfører denne studien?

Trening som forbedrer balanse og muskulaturen, kan gjøre det enklere for kvinner med osteoporose og vertebralfraktur å fungere i hverdagen og bidra til å styrke selvfølelsen.

Mer om forfatterne:

Marianne Kumlin er avansert geriatrisk sykepleier ved kommunehelsetjenesten i Nord Odal kommune og høgskolelektor ved Høgskolen i Hedmark. Anners Lerdal er seniorforsker ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og professor ved avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Kontaktperson: marianne.kumlin@hihm.no.

Analyse» (PRISMA), en standard for systematisk reviews. PRISMA er utviklet for kvantitative studier. I denne studien har vi fulgt punktene som er relevante for kvalitative studier (12).

Design

Studien har et kvalitativt design hvor det er gjort en tematisk syn-

studier i mindre grad bruker et standardisert begrepsapparat var det ønskelig med et bredt artikkelsøk. Snevre søk kan derfor medføre at relevante funn ikke blir inkludert (13). Artikkelsøket ble utført i januar og februar 2014 av førsteforfatter i samarbeid med bibliotekar ved Det medisins-

De kroppslige forandringene ga en følelse av å ha blitt gammel for tidlig.

tese av funn fra relevante kvalitative studier fremkommet ved systematiske artikkelsøk.

Søkestrategi

Flere søketermer i ulike kombinasjoner ble brukt i et bredt søk på forskningsartikler i flere databaser. Fordi kvalitative

ske bibliotek ved Universitetet Oslo. Det ble søkt i databasene; Cinahl, Medline, PsycINFO og SveMed+. Sentrale søkeord var osteoporosis, fractures compression, vertebra fracture, qualitative studies, postmenopausal. Fullstendig søkestrategi er tilgjengelig i nettutgaven.

Inklusjonskriterier

Følgende inklusjonskriterier ble brukt:

- Studiene beskriver erfaringer til kvinner etter postmenopausal alder med vertebralfraktur og osteoporose.
 - Studien har et kvalitativt design.
 - Studiene er skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Alle artikler som tilfredsstilte inklusjonskriteriene ble inkludert.

Resultat av artikkelsøk

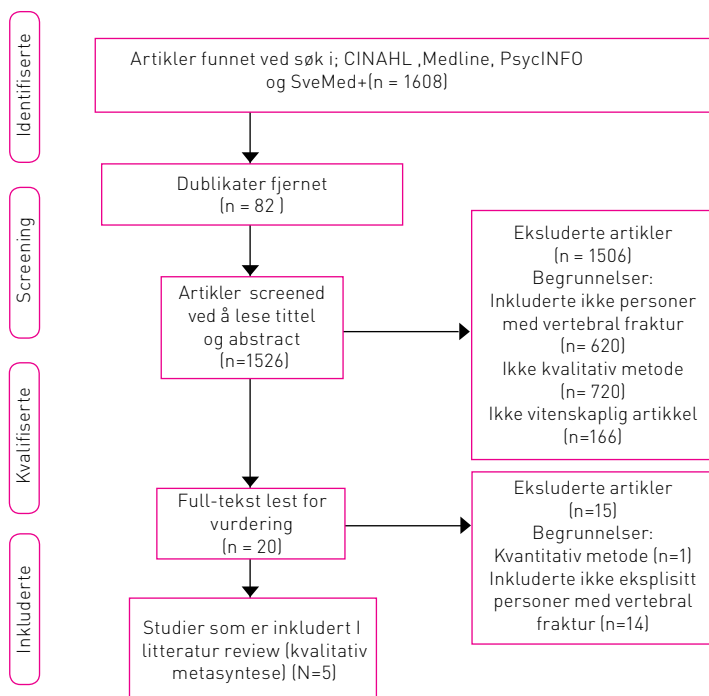
Søkene i de ulike databasene identifiserte 1608 artikler. Flytskjema i figur 1. viser stegene i prosessen med utvelgelsen og vurdering av artiklene.

Dublikate ble fjernet. Alle titler og abstrakter ble screenet og artikler som ikke møtte inklusjonskriterier ble ekskludert. Etter screening av titler og abstrakter kvalifiserte 20 artikler for fulltekstlesing. Referanselisten i disse 20 ble screenet for aktuelle studier med tanke på mulig inkludering uten at nye aktuelle studier ble funnet. Fulltekstlesingen resulterte i inklusjon av fem artikler i studien. Hovedgrunnene for å ekskludere artikler var: ikke relevant tema, ikke kvalitativt studie og ikke spesifikt identifiserte kvinner med vertebralfraktur.

Kvalitetsvurdering

Ved å utføre en kvalitetsvurdering av de studiene som inkluderes i en metasynthese kan det gi informasjon om de enkelte studiers innhold og metode (14). De fem studiene ble kvalitetsvurdert i henhold til 18 kriterier for evaluering av kvalitative studier (15). Kriteriene innbefattet vurdering av områdene; teoretisk og kunnskapsmessig spørsmål, utvalg og datainnsamling, analyseprosessen, funn, tolkning og troverdig-

Figur 1: Flytskjema søkestrategi



Tabell 1: Oversikt over hensikt, metode, utvalg, kontekst og de viktigste funn. Studier som er inkludert i review (N=5)

Forfatter og årstall	Hensikt med studie	Deltagere	Kontekst	Design og analyse	Hovedfunn
Qvist et al. 2011 (21)	Utforske erfaringer med et gruppetreningsprogram til kvinner med vertebral fraktur og kyfose.	11 kvinner med osteoporose og vertebral fraktur Alder mellom 60 -93 år.	Kvinnene hadde deltatt i et 4 mnd langt treningsprogram Gruppe- treningsprogrammet ble utført under profesjonell veiledning i avdeling. Sverige	Kvalitativ intervju. Data ble analysert ved innholdsanalyse.	To hovedkategorier og 4 sub-kategorier identifisert; Bevissthet og erfaringer med kroppen gjennom ryggmuskel trening. • Kjenne bevisstheten om styrket rygg • Nyttan av økt kroppsstyrke og mobilitet. Sosiale dimensjoner av gruppetrening: • Tilhørighet og støtte • Følelse av tillit og trygghet
Hallberg et al.2010 (18)	Beskrive hvordan helse relatert livskvalitet ble påvirket av det å leve med vertebral fraktur flere år etter diagnose.	10 kvinner med osteoporose og vertebral fraktur Alder 68-84 med tidligere Ingen nye vertebral fraktur de siste 6 måneder.	Kvinnene bodde i eget hjem. Sverige	Kvalitativ. Semi-strukturert intervju. Data ble analysert med induktiv innholdsanalyse	Tre hovedtemaer identifisert; • En truet selvstendighet, • Viktigheten av å opprettholde selvstendighet • Strategier for å opprettholde selvstendighet.
Nielsen et al 2008 (20)	Beskrive kvinnelige pasienter med osteoporose og deres forståelse og erfaringer med sykdommen. Samtidig belyse betydningen av å være deltager på en osteoporose skole og håndtering av dagliglivet.	6 kvinner med osteoporose og 3 av disse hadde hatt vertebral fraktur Aldere 52-79 år	Kvinnene deltok i en osteoporose skole. Danmark	Kvalitativ intervju. Tematisert Intervjuguide.	Tre hovedtemaer identifisert; • Kvinnes erfaringer med osteoporose opplevd via sine mødrer • Forandring av selvforståelsen • De nære relasjoner påvirkes.
Jensen & Harder 2004 (22)	Forklare kvinnelige osteoporose pasienters forståelse av sin smertetilstand og undersøke potensialet av et strukturert osteoporose smerteprogram.	4 kvinner med osteoporose og vertebral fraktur. Alder 58-84 år	Kvinnene var innlagt for smertebehandling og deltok i et osteoporose smerteprogram. Danmark	Pilot studie Kvalitativ semi-strukturert intervju. «Grounded theory» teknikk ble brukt for å analysere data.	Hovedkategori og sub-kategorier identifisert; Forklare situasjonen med kronisk smerte; • Uttrykke sin smerte, • Forstå sin smerte, • Rettferdiggjøre sin smerte • Akseptere medikamentering.
Paier 1996 (19)	Beskrive erfaringer fra kvinner som lider av postmenopausal vertebral fraktur.	5 kvinner med osteoporose og vertebral fraktur. Alder 58-86 år. 7 uker til 6 år siden siste brudd.	Kvinnene bodde i eget hjem. USA.	Deskriptiv fenomenologisk tilnærming. Åpent kvalitativt intervju. Data er analysert via Colaizzi's 8 steg prosedyre.	Fire hovedtemaer identifisert; • Kjempe mot sterke smerter, • Evne til selvlæring, • Det aldrende kvinners spøkelse («specter of the crone») • Sårbarhet og vaksomhet.

het, implikasjoner for praksis og begrensninger. Detaljert fremstilling av kvalitetsvurderingen er tilgjengelig i nettutgaven.

Inkluderte studier

Studiene var publisert i tidsperioden 1996 til 2011. Kvinnene i de fem primærstudiene var i alderen 58 til 90 år. Oversikt over studienes hensikt, metode, utvalg, kontekst og de viktigste funn er presentert i tabell 1.

Syntese av data

Funn beskrevet i artiklenes abstrakt, resultatdel og diskusjonsdel ble inkludert i datagrunnlaget for syntesen av de fem primærstudiene. Data som ble trukket ut som funn er nedskrevet og formulert tett opp mot ordene forskeren hadde brukt. Tematisk analyse innebærer det å identifisere betydelige eller tilbakevendte temaer i litteraturen

ger var beskrevet som manglende evne til å holde kroppen oppe og en opplevelse av tretthet og svakhet i ryggen (18). De kroppslige forandringene ga en følelse av å ha blitt gammel for tidlig og å se ut som ei «kjerring». De beskrev de kroppslige forandringene som en plage og de var flau over tapet av høyde og den bøyde kroppsholdningen. De brukte begreper som «krympet» og «bøyd». Oppmerksomhet mot kroppsholdningen var markant og deformiteten opplevdes som en varig trussel på selvbildet (18,19).

Påvirkning av tidligere erfaring med osteoporose. Kvinnenes oppfatning av andre kvinner med osteoporose og deres kroppsforandringer og smerte, hadde betydning for hvordan de selv opplevde å få sykdommen. Det at kvinnene de kjente hadde forandret seg og blitt «lik ei gammel kjerring» medførte frykt for at

Konstant ryggsmerte. Smerlene kunne oppleves som fryktelige og ble beskrevet som konstante og dominerende. Både kvinnene som hadde hatt vertebralfraktur kort tilbake i tid og de som hadde hatt fraktur for flere år siden uttrykte opplevd smerte (18,19). Kvinner som deltok i et osteoporose-pasientopplæringsprogram brukte ord som «kvalmende» og «svimlende» for å beskrive smertene sine, og de opplevde nedsatt fysisk funksjonsevne på grunn av den konstante smerten (18,22).

Uforutsigbar smerte. Ryggsmerten var uforutsigbar og kunne plutselig forandre seg under spesielle aktiviteter. Forverringen av smerten førte til at aktiviteten måtte stoppes eller justeres (18). Opplevelsen av smerten som oppsto ved et brudd i ryggen var en opplevelse som ikke alltid var knyttet til en spesiell hendelse. Kvinnene kunne beskrive smertene etter et brudd som den verste smerten de hadde opplevd (19).

Håndtering av smerte. Kvinnene brukte mye tid på usikkerhet i forbindelse med medisinerer av smerter, og opplevde det som et problem å håndtere smerter. De erfarte det å håndtere smertene som å balansere mellom effekt og bieffekt av smertestillende medisin i tillegg til frykten for å bli avhengig. En strategi for å håndtere smerte var å hvile, enten ved å sitte eller å legge seg ned (18, 19, 22). Å delta i et ryggtreningssprogram ga en god følelse ved å strekke på ryggen, og førte til mindre tretthet i ryggen (21).

Å kunne beskrive sin smerte. Deltakelse i et osteoporose smerteprogram hvor de blant annet lærte å bruke smertekartleggingsverktøyene Visual analogue scale (VAS) og kroppskart, gjorde det enklere å beskrive

” Positive kroppslige forandringer som økt styrke i ryggen var koplet til bedre selvfølelse.

og summere funnene fra de ulike studiene under tematiske overskrifter (16). Syntese av data i denne studien fulgte fem steg for tematisk analyse beskrevet av Leegaard og Fagermoen (17). Tabell 2 viser beskrivelse av stegene i syntesen og identifiserte temaer og undertemaer.

RESULTATER

Analysen identifiserte fire hovedtemaer. Disse temaene var «kroppslige forandringer», «konstant og uforutsigbar ryggsmerte», «funksjon i hverdagen» og «støtte og oppfølging».

Kroppslige forandringer

Stor oppmerksomhet på kroppsholdning. Kroppslige forandrin-

de selv skulle få en slik kroppsforandring. Erfaringer med andre kvinners kroppsforandringer og smerte bidro til angst for fremtiden og redsel for å måtte leve med smerter og være avhengig av andre (20).

Styrket rygg ga økt selvfølelse. Deltakere i et veiledet ryggtreningssprogram opplevde mindre tretthet i ryggen og en god følelse av å strekke ut ryggen. Positive kroppslige forandringer som økt styrke i ryggen var koplet til bedre selvfølelse og at økt styrke i ryggen var synlig. Noen kvinner beskrev vanskeligheter med å gjennomføre et daglig treningsprogram med begrunnelse i mangel på kunnskap, motivasjon og tretthet i ryggen (18,21).

Tabell 2: Identifiserte hovedtemaer og undertemaer i syntese av kvalitative studier og beskrivelse av stegene i syntesen.

Steg 1. Data som ble trukket ut som funn ble oversatt til norsk og nedskrevet nært opp i mot ordene forskeren i primærstudiene hadde brukt.	Steg 2 og 3. Deretter ble det identifisert meningsenheter som reflekterte pasientens erfaringer og det ble gjort ytterligere kortversjon av meningsenheter.	Steg 4 og 5. Videre ble det søkt etter likheter, nyanser og forskjelligheter ved å studere kortversjonen av meningsenheter på tvers og leting av undertemaer som fanget opp avgjørende betydning i data. Siste steg i syntesen var en abstraksjon av data som resulterte i hovedtemaer
Eksempler på funn fra de inkluderte studiene i syntesen:	Eksempler på meningsenheter:	Hovedtemaer og undertemaer:
<p>En erfaring på kroppslige forandringer var forklart som det å ikke kunne være i stand til å holde kroppen oppreist(18). Hun hadde et tydelig bilde av de kroppslige forandringer og voldsomme smerter som osteoporose kan medføre. Disse erfaringene med sin mors sykdom gjorde det vanskelig selv å få sykdommen (20).</p> <p>Erfaringene med de positive kroppslige forandringene var koblet til selvfølelsen og det ble verdsatt at økt styrke i ryggen også var synlig(21).</p>	<p>Kropp som ikke kan holde seg oppe.</p> <p>Erfaringer fra sin mor med osteoporose var kroppslige forandringer og voldsomme smerter.</p> <p>Det var verdsatt at økt styrke i ryggen også var synlig</p>	<p>Kroppslige forandringer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stor oppmerksomhet på kroppsholdning • Kvinnenes påvirkning av tidligere erfaringer med osteoporose. • Styrket rygg ga økt selvfølelse
<p>Uttalelser i forhold til smerter dominerte mye og var både dominerende hos de som nylig hadde hatt vertebral fraktur og for de som hadde hatt vertebral fraktur for flere år siden(19). Den dempete ryggsmerten var konstant og kunne plutselig bli verre(18).</p>	<p>Uttalelser om smerte var dominerende Plutselig forverring av «dempet» ryggsmerte.</p>	<p>Konstante og uforutsigbare ryggsmarter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konstant smerte • Uforutsigbar smerte • Håndtering av smerte • Å kunne beskrive sin smerte
<p>Det å være rammet av vertebral fraktur kunne beskrives som en plutselig avbrudd og forandring av hverdagen, kroppen var en hindring i hverdagen(18)</p> <p>Aktiviteter ble begrenset og endret som følge osteoporose men også som følge av angst for nye brudd(20).</p>	<p>Kroppen som en hindring i hverdagen</p> <p>Begrensninger i aktiviteter pga av angst for nye brudd.</p>	<p>Fungering i hverdagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvstendighet truet • Påvirkning på selvbylde • Frykt for å falle • Håndtering av dagliglivets aktiviteter
<p>Når helsepersonell lyttet, forstod, ga støtte og behandling, erfarte kvinnene at de ble behandlet med respekt og forståelse. Det å ikke bli behandlet med forståelse og respekt men å bli ignorert var også erfaringer (18).</p> <p>Trene i en gruppe under instruksjon av fysioterapeut, alternative skulle trene på egen hånd, ble beskrevet som støttende i seg selv(21).</p>	<p>Lyttende helsepersonell. Ikke bli behandlet med respekt og forståelse. Veiledet trening var støttende.</p>	<p>Støtte og oppfølging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nære relasjoner viktig • Oppfølging fra helsepersonell

smerten sin. Verktøyene ga dem økt innsikt i egen smerte og aksept fra andre. De opplevde også at helsepersonell forsto smertene deres bedre. Bruk av VAS og kroppskart var et bevis på at smerten var reel (22). Å delta i en osteoporoseskole ga dem også økte kunnskaper,

blant annet i det å leve med osteoporose generelt (20).

Funksjon i hverdagen

Truet selvstendighet. Å ha osteoporose og vertebralfraktur tvang fram flere endringer i kvinnenes liv. En utfordring handlet om å fungere som en hel og selvstendig

person (18,19). Noen beskrev at osteoporose ikke var et spørsmål om liv og død, men et spørsmål om hvordan fremtiden ville bli, med hensyn til sykdomsutvikling og med hensyn til konkrete endringer av livsførsel og aktiviteter som var vesentlig for dem (20). Aktiviteter ble begrenset og

endret som følge av angst for nye brudd, noe de opplevde som et handicap i hverdagen. Det var et klart ønske om å være selvstendig uten å være avhengig av hjelp og å være til byrde for andre. Å kunne ta vare på seg selv var viktig for å oppleve god helse (18).

Påvirkning på selvbildet. Utilfredshet med å ikke kunne utføre de oppgavene og ha de rollene som før bidro til lavere selvfølelse. Eksempel på tap av roller kunne være å måtte motta hjelp for å holde hjemmet i samme stand som før. Kvinnene fikk endret rollen sin fra å være den som hjalp andre til å måtte være den som tok imot hjelp (18–20).

Håndtering av dagliglivets aktiviteter. Håndtering av dagliglivets aktiviteter handlet om å akseptere situasjonen som den var og å møte hverdagen med positive holdninger og å gjøre det beste ut av det. Det kunne innebære å prøve og feile i fysiske aktiviteter og takle mulige begrensninger for å opprettholde et vanlig nivå på daglige aktiviteter. Kvinnene søkte også aktivt informasjon om osteoporose og vertebralfraktur (18, 19). Negativ holdning til situasjonen og forventninger om at det verste skulle skje, skapte følelse av håpløshet og at situasjonen ble vanskeligere å håndtere (18). Trening som forbedret balanse og muskulatur kunne bidra til å gjøre det enklere å utføre aktiviteter i hverdagen (18,21). Frykt for å bli mer avhengig av andre og ikke kunne bo hjemme motiverte dem til å trene (18,19).

Frykt for å falle. En av de mest vanlige bekymringer var angsten for å falle og få nye brudd. Ryggsmerten som oppsto når man sto for lenge eller den stikkende smerten hvis man snudde seg feil, ble beskrevet som en konstant

påminning om muligheten for et nytt brudd. Et nytt brudd var en trussel om å bli mer avhengig av andre. Aktiviteter ble endret og begrenset etter hvor stor risikoen for å falle var. (18–20).

Støtte og oppfølging

Nære relasjoner var viktig. Pårørende og venner hadde en viktig rolle i kvinnenes liv og ga dem både emosjonell og instrumental støtte (22). For de gifte kvinnene var ektefellen den viktigste støtten. Gode relasjoner med venner og pårørende betydde mye, og spesielt viktig var en god relasjon til barn og barnebarn (18).

Støtte fra helsepersonell. Kvinnene hadde både positive og negative erfaringer med helsepersonell. *Flere var møtt med manglende forståelse og kunnskap og kjente seg ignorert.* En forklaring på manglende respekt var at ryggsmertene og de andre symptomene var usynlige for helsepersonell. Dette understreket betydningen av at helsepersonell forsto smerten deres. Kvinnene opplevde heller ikke at de fikk tilstrekkelig informasjon om sykdommen osteoporose og vertebralfraktur. Mangel på informasjon økte usikkerheten for det å leve med sykdommen. Kvinnene beskrev også at de ble behandlet med respekt i situasjoner hvor helsepersonell lyttet og forsto. Tillit til helsepersonell, konfidensialitet og å få hjelp når de trengte det var faktorer som ble beskrevet som viktige (18,19,22).

Strukturerte samtaler med sykepleier var en erfaring som hadde gitt kvinnene muligheten til å stille spørsmål og en anledning til å snakke om smerten sin (22). Det å delta i et treningsprogram veiledet av fysioterapeut, alternativt å skulle trene på egen

hånd, ble beskrevet som støttende i seg selv (21).

DISKUSJON

Temaene kvinnene gjennomgikk erfarer som viktige handlet om kroppsforandringer, konstante og uforutsigbare ryggsmarter, fungering i hverdagen samt støtte og oppfølging. De konstante smertene reduserte fysisk funksjonsnivå, la begrensninger for aktiviteter og økte frykten for å falle og for å få nye frakturer.

Oppmerksomhet på kroppsholdningen var markant (18–21). Dette kan være et tema som er viktig å løfte frem. Kvinnene kan oppleve at kroppsforandringene deres er et tabuområde som det er vanskelig å snakke om. Helsepersonell bør være ekstra oppmerksomme på dette og ta initiativ til samtaler om erfaringer og eventuelle problemer knyttet til endret kroppsholdning, for eksempel om dette påvirker deres sosiale liv og fører til at de unnlater å delta i aktiviteter.

Et annet problemområde for kvinnene kan være å finne klær som passer til kroppsholdningen deres og som de kjenner seg vel i. Å skaffe klær som er tilpasset kroppen deres kan være et tiltak for å forbedre opplevelsen av å leve med en endret kroppsholdning.

Metasyntesen viste at bruk av smertekartleggingsverktøy og strukturerte samtaler med sykepleier ga økt innsikt i og aksept av egen smerte, samt en opplevelse av at helsepersonell forsto smerten deres bedre (22). Dette samsvarer med en studie (23) hvor sykepleierne opplevde økt innsikt i pasientenes smarter ved bruk av smertekartleggingsverktøy. Forskerne rapporterte samtidig (23) behov for økt kunnskap blant sykepleierne om

smertekartlegging og -vurdering. Forskning (24,25) har vist at smertebehandling av eldre pasienter i kommunehelsetjenesten er avhengig av at helsepersonell avdekker og behandler smerte systematisk. Helsepersonell bør etablere retningslinjer for å sikre kvaliteten i kartlegging, vurdering og oppfølging av eldre pasienter med smerteproblematikk, og forsikre seg om at helsepersonell har den nødvendige kompetansen til å følge dem opp (24,25). Systematisk bruk av validerte smertekartleggingsverktøy i kommunehelsetjenesten kan derfor være et tiltak som kan bidra til at kvinnene i større grad blir sett og får nødvendig behandling og oppfølging.

Et annet funn i artiklene som inngår i vår studie, var de positive erfaringene kvinnene hadde med å delta i et veiledet treningsprogram. De fortalte at treningsprogrammet ga dem økt styrke i ryggen og at den økte styrken var synlig og bidro til økt selvfølelse (21). Olsen og Berglund (26) fant at å delta i et trenings- og undervisningsprogram reduserte bekymringene for å falle, noe disse kvinnene hadde. Det å delta i et treningsprogram kan være et tiltak for å hindre at aktiviteter blir begrenset av frykt for å falle. Giangregerio et al. (27) har gjort en reviewstudie på effekter av systematisk trening vedrørende fall, balanse, mobilitet, smerter, fysisk funksjon, kroppsholdning, muskelstyrke og livskvalitet hos personer med osteoporoserelatert vertebralfraktur. De konkluderte med at studiene ga lite sikre funn og at det var behov for flere randomiserte studier av høy kvalitet.

På tross av en svært synlig endret kroppsholdning opplevde kvinnene at ryggsmarter og andre symptomer ikke ble lagt merke til av helsepersonell

(18). Dette kan muligens forklares med at helsepersonell ser en bøyd kroppsholdning som «normal» aldersforandring hos eldre kvinner og ikke et tegn på sykdom med påfølgende plagsomme symptomer som for eksempel smerter.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer for behandling av osteoporose (1) påpeker behovet for å identifisere og diagnostisere flere kvinner for å kunne gi god behandling, rehabilitering og omsorg. For å motvirke utvik-

en database kan være utfordrende. En årsak er at ikke alle databaser indekserer studien på metode (14). Det er derfor blant annet behov for å søke bredt med søkeord som beskriver kvalitative studier.

Kvalitetsvurderingen av de inkluderte primærstudiene viste en viss variasjon. Tre av fem studier hadde begrenset beskrivelse av forskerens rolle, analyseprosessen og/eller begrensninger i studiene. Teoretisk kan funnene som er rapportert i disse studiene

” ” Kvinnene kunne beskrive smertene etter et brudd som den verste smerten de hadde opplevd.

ling av ulike plager er det viktig med tidlig diagnostisering og igangsetting av behandling. Retningslinjene viser til at primær osteoporose først og fremst skal følges opp i kommunehelsetjenesten. De bygger på en forutsetning om at den nødvendige kompetansen finnes i den kommunale helsetjenesten.

Det kan derfor være nyttig å evaluere hvordan intensjonen i de faglige retningslinjene følges opp i kommunen, for å identifisere forbedringsområder. Man bør kartlegge behovet for kompetanse som sikrer kvalitet og nødvendig oppfølging til denne pasientgruppen.

STYRKER OG BEGRENSNINGER

Det ble søkt bredt i flere databaser og uten begrensning i publiseringstidspunkt. Det systematiske artikkelsøket er dokumentert og tilgjengelig ved henvendelse til forfatter og utført i samarbeid med en erfaren bibliotekar. Denne kompetansen var en styrke og kvalitetssikring i identifiseringen av aktuelle studier. Å søke på kvalitative studier i

i større grad ha vært påvirket av forskernes forforståelse. Mangelfull beskrivelse av analyseprosessen og hvem som deltok i analyse av data kan påvirke prosessens pålitelighet. Av denne grunn er de studiene der kvalitetskriteriene er bra beskrevet, gitt mer plass i vår studie

Kvalitetsvurderingen og identifisering av funn i artiklene ble dokumentert og utført av førsteforfatter. Forfatters egen forforståelse av temaet kan ha vært med på å påvirke valg av relevante funn i de fem primærstudiene. Begge forfatterne har sammen drøftet syntesen gjennom alle steg i prosessen. Fire av de fem primærstudiene er nordiske og publisert i en tidsperiode fra 2004–2011. Dette er en styrke for studien da konteksten funnene er hentet fra har likheter for pasientgrupper og helsevesen i de nordiske landene.

KONKLUSJON

Resultatene i studien har synliggjort kunnskap fra pasienterfaringer som kan bidra til forbedring av tiltak og oppføl-

ging av kvinner med osteoporose og vertebralfraktur. Studien har gitt kunnskap om at denne pasientgruppen har behov for større oppmerksomhet og støtte fra helsepersonell. Kvinnes positive erfaringer med bruk av smertekartleggingsverktøy og samtaler med sykepleier er et eksempel på tiltak som kan forbedre dette (20, 22). Trening som forbedrer balanse og muskulaturen kan gjøre det enklere å fungere i hverdagen og bidra til å styrke selvfølelsen. Det er behov for flere studier som kan gi større breddeforståelse og eventuelt bekrefte funn i denne og tidligere studier.

Tidligere forskning har vist at eldre kvinner med osteoporoselatert vertebralfraktur har behov for å bli identifisert og diagnostisert for å få adekvat behandling og oppfølging (2,3,6).

Denne studien bekrefter at disse kvinnene opplever flere problemer som har sammenheng med sykdommen. Funnene angir at helsepersonell må ha økt oppmerksomhet på symptomer, også de som ikke alltid er like observerbare. Opplevelsen av kroppslige forandringer hos kvinner med osteoporoselatert vertebralfraktur bør få større oppmerksomhet i klinisk praksis.

Se artikkelen på sykepleien.no/ forskning for fullstendig søkerstrategi og oversikt over kvalitetsvurderingen.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forbygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. [Hentet 2015-03-15] Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd>.
2 Delmas PD, Langerijt L, Watts NB, Eastell R, Genant H, Grauer A, et al.

Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: The IMPACT study. *J Bone Miner Res* 2005;20:557–63.
3. Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporosis* 2013;8:1–115.
4. Waterloo S, Ahmed A L, Center J R, Eisman J A, Morseth B, Nguyen N D, et al. Prevalence of vertebral fractures in women and men in the population-based Tromsø study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012; 13:3.
5. Svedbom A, Hernlund E, Ivergård M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European union: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporosis* 2013;8:137.
6. Cauley JA. Public Health Impact of Osteoporosis. *J Gerontol A Biol Sci* 2013;68:1243–51.
7. Ashcroft-Hands R. Vertebral compression fractures. *J Community Nurs* 2011;25:3942.
8. Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, Hanley DA, Barton I, Broy S, et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA* 2001;285:320–3.
9. Guillemin F, Martinez L, Calvert M, Cooper C, Ganiats T, Gitlin M, et al. Fear of falling, fracture history, and comorbidities are associates with health-related quality and life among European and US women with osteoporosis on large international study. *Osteoporosis Int* 2013;24:3001–10.
10. Hallberg I, Bachrach-Lindström M, Hammerby S, Toss G, Ek AC. Health-related quality of life after vertebral or hip fracture: a seven-year follow up study. *BMC Musculoskeletal Disord* 2009;10:1–13.
11. Zimmer L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoging with texts. *J Adv Nurs* 2006;53:311–8.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097.
13. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. Springer, New York. 2007.
14. Polit D F, Beck T C. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing. Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2012.
15. Bromley H, Dockery G, Fenton C, Nhlema B, Smith H, Tolhurst R, et al (2002). Criteria for evaluating qualitative studies. [Hentet: 2014-12-19] Tilgjengelig fra: [people%2FFaculty%2Fadditional_pages%2Fduemer%2Fepsy_5382_class_materials%2FEvaluating-Qualitative-Studies.pdf&ei=3_VTVIKKG6jCyw0TtoCYBQ&usq=AFQjCNHxu7urw7MaVjxc8tMsX9Crrb6BbQ&bvm=bv.82001339,d.bGQ.

16. Dixon-Woods M, Ågarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesizing qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:45–53.
17. Leegaard M, Fagermoen S. Patients' key experiences after coronary artery bypass grafting: a synthesis of qualitative studies. *Scand J Caring Sci* 2008;22:616–28.
18. Hallberg I, Ek AC, Toss G, Bachrach-Lindström M. A striving for independence: a qualitative study of women living with vertebral fracture. *BMC Nursing* 2010;9.
19. Paier G. Specter of the Crone: The experience of vertebral fracture. *ANS Adv Nurse Sci* 1996;18:27–36.
20. Nielsen DS, Huniche L, Brixen B. Betydningen af deltakelse i osteoporoskole for den daglige livsførelse – et kvalitativt studie. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2008;2:23–8.
21. Qvist N, Bergström I, Grahn Kronhed AC, Karlsson S, Forss A. Empowering the fragile body: Experience of a back muscle group training program in postmenopausal women with vertebral fractures. A qualitative interview study. *Adv Physiother* 2011;13:63–70.
22. Jensen AL, Harder I. The osteoporotic pain experience. *Osteoporosis Int* 2004;15:204–8.
23. Nordvedt L, Wiborg AG, Nitterberg IJ, Romsland GI. Kartlegging av smerte ga økt refleksjon. *Sykepleien* 2013;102\(7\):38–41.
24. Elovsson M, Boström. Sjukskøterskors opplevelse av smertehandling av eldre personer i kommunal helse- og sjukvård. *Vård i Norden* 2011;31:10–5.
25. Larsen TA, Knudsen L B. Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk sygeplejeforskning* 2013;4:287–99.
26. Olsen CF, Berglund A. The effect of exercise and education on fear of falling in elderly women with history of vertebral fracture. *Osteoporosis Int* 2014;5:2017–25.
27. Giangregerio LM, MacIntyre NJ, Thabane L, Skidmore CJ, Papaioannou A. Exercise for improving outcomes after osteoporotic vertebral fracture. *The Cochrane Library* 2013. Issue 1.](http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.depts.ttu.edu%2Feducation%2Four-</p>
</div>
<div data-bbox=)