

> TIPS OSS:

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere?

Tips kan sendes til Annens.Lerdal@hibu.no

Bidrar resturin til urinveisinfeksjon?

Resturin hos sykehjemsbeboere bidro ikke til økt forekomst av urinveisinfeksjon (UVI) i løpet av ett års oppfølging.

Dette var et av funnene i en studie som hadde til hensikt å følge opp en kohort av sykehjemsbeboere for å undersøke om det var sammenheng mellom forekomst og mengde av resturin og forekomst av UVI i løpet av det påfølgende året.

Beboere ved seks norske sykehjem ble inkludert i studien i perioden 1999–2002. Informert samtykke ble innhentet, for dem som manglet samtykkekompetanse, undertegnet av et nært familiemedlem. De som var yngre enn 65 år, terminale, brukte urinveiskateter eller ble behandlet med antibiotika da de ble vurdert, ble ikke inkludert. Resturinen til deltakerne ble målt med en ultralydbasert blærescanner ved oppstart av studien. Samtidig ble opplysninger om andre UVI-rela-

terte sykdommer kartlagt. I tillegg ble funksjonsnivå vurdert ved hjelp av Barthel Index. Symptomer og tegn på UVI ble registrert i studieperioden.

I alt deltok 153 beboere. Utvalget bestod av 69 prosent kvinner og 31 prosent menn. I løpet av oppfølgningen utviklet 30 prosent en eller flere UVI-er. Kvinner hadde en relativt sett høyere forekomst av UVI enn menn. En multivariant analyse viste at beboere som var kvinner eller hadde urininkontinens, hadde økt tendens til få UVI i løpet av oppfølgingsåret. Deltakernes skåre på Barthel Index, forekomst av hjerne-slag, Parkinsons sykdom, demens, diabetes, obstipasjon eller resturin ga ikke økt tendens til UVI.

REFERANSE

(Oml R, Skotnes LH, Mykletun A, Bakke AM, Kuhry E. J Am Geriatr Soc; 2008; Epub. PMID: 18331294)

Funn i denne studien står i motsetning til hva som trolig er en vanlig oppfatning om at beboere med resturin har økt fare for UVI. Det er usikkert i hvilken grad funnene kan generaliseres til andre eldre. Blant annet fordi det ikke oppgis hvem som valgte å ikke delta i studien og hvorvidt denne gruppen eventuelt avvok fra deltakergruppen. Retningslinjene for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning, utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin i 2005, åpner ikke for at andre kan samtykke for pasienten. Den rådende praksis i Norge er at hvis deltakeren blir vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse, blir pårørende spurt og har reservasjonsrett.

KOMMENTAR

60 prosent av pasientene like etter utskrivning. Det var ingen sammenheng mellom emosjonell støtte og OAS. Etter utskrivning oppga kvinnene, samt menn over 65 år, en reduksjon i sitt sosiale nettverk sammenliknet med to uker tidligere. Menn oppgav en lavere verdimesig samstemthet og tilgjengelighet til nettverket etter at de kom hjem sammenliknet med da de ble innlagt. Studien fant at pasienter som

opplevde høy OAS også hadde en tendens til sterkere mestring og at grad av mestring ikke endret seg i løpet av de to ukene.

Ifølge forfatterne viser den høye andelen av pasienter med lav OAS-skårer at en relativt høy andel pasienter er sårbare. I henhold til Antonovskys teori innebærer lav OAS, det vil si at man har lite ressurser å mobilisere for å håndtere stressende forhold.

Forfatterne gjør et poeng av at en relativt stor andel har lav OAS. Tolkningen av størrelsen på andelen kunne gitt større mening hvis man hadde sammenliknet med en annen gruppe – for eksempel befolkningen generelt. I tabellene er det uklart beskrevet hva som regnes som høy og lav mestring. Dette gjør det vanskelig å tolke tallene som presenteres.

KOMMENTAR