

Leder	71
Forskning i praksis	72
Innspill: Erik Boye	74
Evidence Based Nursing	76
Artikkel: Innsyn i sykepleiedokumentasjon	84
Kommentar fra praksisfeltet	93
Aksjonsforskning	94
Artikkel: Kunsten å slutte å røyke	96
Forskningsytt	102
Artikkel: Sykepleierutdanningens forskningstilknytning	104
Innspill: Tone Rustøen	111
Artikkel: Folsyretilskudd og risiko for leppe- og eller ganespalte	112
Forskning i praksis	119
Cochrane	120
Nytt og nyttig	125



84



112



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



Anners Lerdal
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud



Tone Rustøen
Professor ved Høgskolen i Oslo



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



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo



Lars Mathisen
Seksjonsoversykepleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo



Ragnhild Voldhuset
Fagkonsulent ved Kompetanseavdelingen på Akershus universitetssykehus



Liv Wergeland Sørbye
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo



Marit Kirkevold
Professor ved Universitetet i Oslo



Morten Syversen
Mastergradsstudent i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo



Tone Moan
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Bergen

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høgskoler og studenter. Sykepleien Forskning er et bilag til Sykepleien og utøver uanhengig og kritisk forskningsformidling.

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

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Inngunn Roald
inngunn.roald@sykepleien.no

Layout: Gazette as
Repro og trykk: Stibo Graphic AS

Utgivelsesplan 2007:
Nr. 3: 4/10, nr. 4: 29/11
Abonnementspris: Kr. 280,- per år.

ISSN 1890-2936

Sykepleien Forskning

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

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

Velinformerte beslutninger

Sykepleiere kan hjelpe til når pasienter skal velge hvilken behandling de skal ha. Men dette fordrer at sykepleierne er faglig oppdaterte og vet hvor de og pasientene kan finne oppdatert forskningsbasert kunnskap.

Pasientrettighetsloven sier i § 4-1: «Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (1).

Hva er nødvendig informasjon? Mange tror at helsevesenet er bemannet med leger og sykepleiere som har evnen til å finne og evaluere tilgjengelig forskning. Pasienter antar at vi har denne kompetansen og at vi bruker den. Men den informerte og kompetente pasienten møter gjerne en annen virkelighet.

Sykepleiere møter pasienter i alle kategorier, fra den som ønsker at andre skal bestemme for dem til den autonome, velinformerte pasient. Kronisk syke (som diabetes og leddgikt) bidrar ofte mye i avgjørelser om egen behandling. Hos andre kan sosiale, kulturelle og språklige barrierer stå i veien for velinformerte valg og informert samtykke.

Forskningsbasert kunnskap blir mer og mer tilgjengelig også for brukere og pasienter. I møte med pasienter som stadig blir mer autonome og som i økende grad vil bestemme over egen behandling, må sykepleiere også være kompetente på forskningslitteraturen.

I en artikkel fra 1999 peker forfatteren på en mulig vei å gå (2):

1. Vurder pasientens preferanser for hva slags informasjon hun ønsker og i hvilken grad hun vil involveres i beslutninger om behandling.
2. Finn ut hvilke valgmuligheter som finnes og evaluer forskningsbasert kunnskap I relasjon til den individuelle pasient.
3. Legg fram eller vis veien til best tilgjengelig forskningsbasert kunnskap. Hjelp pasienten å vurdere konsekvensene av alternativene vis á vis hennes verdier og livsstil.
4. Diskuter/forhandle fram en avgjørelse i samarbeid med lege og pasient og bli enige om en behandlingsplan.

Jeg mener at sykepleiere har en unik posisjon i pasientenes møte med helsevesenet. Men de må komme på banen!

Liv Merete Reinar

Redaktør
Liv Merete Brynildsen Reinar (MSc)
liv.merete.reinar@sykepleien.no
Oslo, mars 2007

REFERANSER:

1. LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
2. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999;18:766-71.





Koordinatorer: Heidi Hveem Holtestaul. Får akupunktur: Anne Lise Fagerlund.

SMÅ NÅLESTIKK MOT KRAFTIGE VARMEBØLGER

I tradisjonell medisin har man gitt hormonbehandling mot de plagene kvinner kan oppleve i overgangsalderen. I alternativ medisin stikker man med nåler. Et forskningsprosjekt undersøker nå om akupunktur virker.

• Tekst: Odd Letnes

Foto: Odd Letnes, Erik M. Sundt og Colourbox

Varmebølgene veltet opp i henne stadig oftere. Hun kunne våkne opptil fem ganger om natten av at hun var varm. På jobben kunne hun plutselig kjenne rødmen blusse og at hjerterytmen steg. Hun visste jo at dette kunne skje, at det er normalt med ulike plager i overgangsalderen, men behagelig var det ikke.

” Jeg gikk inn i prosjektet med et åpent sinn og tenkte at enten virker det eller så virker det ikke.

Anne Lise Fagerlund var tidligere et sosialt og aktivt menneske. Men den dårlige søvnen gjorde henne sliten. Hun kuttet ut kaffe, for hun hadde lært at koffein kunne stimulere til hetetokter. Men de kom og gikk. Hun visste at det var mulig å få behandling

med østrogen. Men som kreftsykepleier ved Radiumhospitalet ønsket hun ikke det, så lenge det er en viss fare for økt kreftrisiko ved hormonbehandling.

Da leste hun annonsen i en avis. Forskningsprosjektet ACUFLASH søkte etter deltakere. Målet var å undersøke om akupunktur kunne ha en gunstig effekt på plager i overgangsalderen.

– Jeg hadde fra før av positive erfaringer med akupunktur mot allergi, og meldte umiddelbart interesse for å delta i prosjektet, sier Fagerlund.

GOD EFFEKT

ACUFLASH er et randomisert prosjekt. Det vil si at de påmeldte fordeles tilfeldig i to grupper. Den ene gruppen får akupunkturbehandling, mens den andre – kontrollgruppen – kun får råd og informasjon og må drive «egenomsorg».

– Jeg var så heldig å bli plukket ut til gruppen som skulle få behandling, sier hun og legger ikke skjul på at hun er glad for at hun fikk delta.

Det lå i prosjektet at hun og del-

takerne i akupunkturgruppen skulle få ti behandlinger, registrere antall hetetokter, besvare en rekke spørreskjema og deretter skrive en oppsummerende rapport. Det har Fagerlund nå gjort, men har samtidig fortsatt med behandlingene på eget initiativ. Da Sykepleien Forskning snakket med henne hadde hun gjennomført 13 behandlinger.

– Virkningen av de ti første behandlingene var så god at jeg valgte å fortsette. Nå er jeg kvitt alle plagene og er den samme som før. Jeg sover godt og trener til og med mer enn jeg gjorde tidligere.

SPENT PÅ KONKLUSJONENE

Samtidig er hun klar over at en ikke kan trekke generelle slutninger på grunnlag av hennes opplevelser alene. Hun vet at mennesker reagerer forskjellig på akupunktur. Noen er svært mottakelige, mens andre må ha mange behandlinger før de merker noe. Noen vil aldri oppleve noen effekt.

– Jeg kjenner ikke de andre deltakerne i prosjektet og er derfor



veldig spent på konklusjonene i sluttrapporten. Jeg er også spent på hva slags erfaringer egenomsorgsgruppen kan formidle.

Selv om Fagerlund jobber innenfor tradisjonell skolemedisin, har hun stor tro på mye av den alternative medisinen. Hun har blant annet vært på studietur i Kina.

– Der så jeg hvordan et samarbeid mellom tradisjonell medisin og alternativ medisin kunne gi svært imponerende resultater.

Fagerlund tror likevel ikke at den virkningen hun har opplevd, skyldes at hun var veldig innstilt på at dette skulle virke.

– Jeg gikk inn i prosjektet med et åpent sinn og tenkte at enten virker det eller så virker det ikke. Jeg tror ikke det kan ligge noen placeboeffekt bak resultatet hos meg. For meg er konklusjonen i alle fall klar: Akupunktoren fjernet raskt og effektivt de plagene jeg hadde på grunn av overgangsalderen.

EGENOMSORG OG FORTVILELSE

Halvparten av de som meldte interesse for å delta i ACUFLASH havnet i kontrollgruppen, hvor de

måtte arbeide med plagene sine selv. Hos mange i denne gruppen var fortvilelsen stor, forteller sykepleier Heidi Hveem Holtestaul, som har vært koordinator i Osloregionen. Mange av dem så på akupunktur som en «siste redningsplanke».

– En viktig del av min oppgave har vært å stille opp for dem som ble satt til å drive egenomsorg, sier hun.

Av vitenskapelige grunner fikk ikke egenomsorgsgruppen lov til å oppsøke behandling i prosjektperioden i eller utenfor det etablerte helsevesenet for å få hjelp til plagene. Men de fikk god oppfølging i form av veiledning og informasjon.

– Jeg har både hatt konsultasjoner på kontoret og fulgt opp med telefoner. Jeg har blant annet gitt råd om sunn livsstil, avspennings- og pusteteknikker, regelmessig mosjon og så videre. I tillegg har vi fortalt om enkelte soyaprodukter og naturmidler, som kan ha en viss lindrende effekt, uten at vi kan se på det som en form for behandling, sier Holtestaul.

I tillegg til Holtestaul har prosjek-

FAKTA: ACUFLASH

Studien, gjennomføres i Tromsø, Bergen og i Oslo, og er forankret på Nasjonalt forskingssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), som er en egen enhet under Det Medisinske Fakultet ved Universitetet i Tromsø. Studien har til nå inkludert 267 kvinner i overgangsalderen. Deltakerne blir delt inn i to grupper der den ene får akupunkturbehandling og den andre ikke får behandling, men en liste over tiltak de selv kan sette i verk for å lindre plagene. For hver deltaker varer studien i 12 uker, og den skal etter planen være ferdig i juni 2007. Resultatene forventes å foreligge i løpet av høsten 2007.

tet hatt sykepleier og koordinator i Bergen og Tromsø, henholdsvis Merete Allertsen og Sissel Andersen.

– Sykepleierne har vært viktige bindeledd i studien. Vi er nå i gang med å granske baselinedata, det vil si data fra studiestart, og har fantastisk gode og komplette datasett takket være Heidi, Merete og Sissel. Det bidrar vesentlig til studiens kvalitet, sier prosjektleder dr.med. Sameline Grimsgaard ved Klinisk Forskningscenter, Universitetssykehuset i Tromsø.

FORSKNING OG TROVERDIGHET

Av Erik Boye

Forskningssjef,
Rikshospitalet-Radium-
hospitalet HF
Professor,
Universitetet i Oslo



Foto: Erik M. Sundt

” Ingen avisartikler kan skrives slik at alle vil lese den, og det gjelder også forskning.

Hvis du vil vite noe om forskning må du antagelig holde deg unna aviser. Aviser og media er som oftest mer opptatt av spissformuleringer og fengende oppslag enn av fakta, noe som er med på å undergrave forskningens troverdighet i samfunnet.

► Formidling av forskning er en viktig aktivitet som må ha perspektiver utover å tiltrekke seg lesere. En slik formidling må basere seg på fakta og må oppfattes som korrekt, ellers mister forskningen sin troverdighet. Dette er spesielt viktig når det gjelder medisin og helse, siden mottakerne her gjerne er pasienter eller pårørende av pasienter med alvorlige sykdommer. Når de får feilaktig og villedende informasjon, kan det følge med både vonde skuffelser og betydelige utgifter. Det er tungt å bli foret med urealistiske forventninger når man er sårbar.

Forskning har det spesielle ved seg at den er basert på fakta og

beviser, noe som kanskje ikke er like viktig for andre felter i samfunnet. En reportasje fra en fotballkamp kan fortelle at journalisten neppe var særlig våken under kampen, men leseren vil som oftest få noe ut av reportasjen (en stemning, et hovedinntrykk). Derimot vil en artikkel om forskning i stor grad bli meningsløs og villedende dersom de viktigste fakta er feil. Avisartikler om felter jeg selv kjenner godt, inneholder ofte så grove feil at jeg synes at det hadde vært best om artikkelen ikke hadde vært trykket. Jeg undres om det er like ille for andre felter, og frykter at det er tilfellet.

Det ble nådd et nesten uslåelig

høydepunkt i norsk forskningsjournalistikk da sekvensen av det humane genom ble publisert. En herværende, stor avis laget et stort midtsideoppslag om saken der de skulle forklare bakgrunnen for og betydningen av dette arbeidet. Første setning lød: «DNA er et protein». Var det da noe poeng i å lese videre?

Forskernes krav til etterrettelighet og korrekt informasjon betyr ikke at de påberoper seg å forvalte sannheten. Men når det gjelder sine egne felter, står de nærmest til å skille mellom fakta, spekulasjoner og feil. Det er et alvorlig problem at aviser og media oftest ikke vil ha noen forbehold og diskusjon – det er kun plass

til spissformuleringer og fengende oppslag.

En forsker og en journalist som arbeider sammen om en forskningsartikkel, har ofte litt forskjellig målsetting med artikkelen. Det kan lett bli en kamp mellom leseverdighet og nøyaktighet. De to partene å forstå ikke alltid hverandres metodikk, tenkemåte og arbeidsrytme. Det arrangeres et utall kurs der forskere blir opplært i hvordan journalister arbeider, slik at kontakten skal bli bedre. Jeg undres på hvorfor det ikke er så populært med kurs der journalister kan lære om hvordan forskere arbeider.

Forskere bør juble henrykt dersom journalistene vil trenge inn i deres områder med debatt og kritikk. Men i løpet av mine 30 år som forsker har jeg fått færre enn en håndfull henvendelser fra journalister, så det er ikke ofte det skjer. Men det er nødvendig, for samfunnet skal være med å bestemme prioritering av og retning på forskningen. Dette er for

viktig til at vi kan overlate vurderingene til enkelte byråkrater i et departement – eller for den saks skyld til forskerne selv.

Hvordan skal vi oppnå mer engasjement om forskning? Det største fremskrittet får vi når avisene slutter å undervurdere publikum. Ingen avisartikler kan skrives slik at alle vil lese den, og det gjelder også forskning. Hør på «Verdt å vite» på NRK, der mange interessante aspekter av forskning blir tatt opp. Les på «forskning.no» og bli klok. Men vil du vite noe om forskning, bør du dessverre holde deg unna aviser – med noen hederlige unntak.

I dag behandles forskning i media på en måte som ikke alltid tjener verken forskning eller folkeopplysning. Forskningens troverdighet i samfunnet er helt avhengig av at det som presenteres som fakta, virkelig er det. Men minst like viktig som faktaartikler er kanskje en debatt om hvilke fremskritt vi skal utnytte og forfølge. Her kan forskeren forsyne samfunnet med

bakgrunnsinformasjon, men uten å ha noen spesiell kompetanse til å besvare spørsmålene.

Forskning kan ikke og skal ikke leve på siden av samfunnet for øvrig, men må gis formidlingskanaler som tilgodeser forskningens spesielle behov. Samfunnet må informeres om og involveres i forskning og kan dermed også kontrollere og stille krav til forskningen.

Menn med alvorlig prostatakreft beskrev det «å leve med fysiske problemer» som en syklus mellom velvære og det å være syk

Lindqvist O, Widmark A, Rasmussen BH. Reclaiming wellness – living with bodily problems, as narrated by men with advanced prostate cancer. *Cancer Nurs* 2006;29:327-37

Hva betyr det å leve med fysiske problemer for menn som har prostatakreft med metastaser?

DESIGN:

Kvalitative intervjuer

SETTING:

Sverige

PASIENTER:

Atten menn med prostatakreft og spredning til skjellet ble rekruttert fra tre sykehusavdelinger; én kirurgisk/urologisk, én avdeling for palliativ omsorg på lokalsykehus og én kreftavdeling på universitetssykehus. De fleste menn (78 prosent) var >65 år, median tid fra diagnostispunkt var 42 måneder.

METODE

Mennene deltok i samtale

intervjuer som varte fra 35 til 97 minutter og som begynte med spørsmålet «Kan du fortelle om en vanlig dag i din nåværende situasjon?» Alle menn nevnte fysiske problemer under intervjuet, og intervjueren fulgte opp med utdypende spørsmål om erfaringer med og betydningen av å leve med disse problemene. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ord for ord. Data ble analysert ved å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, ved å bevege seg bakover og framover mellom naiv forståelse, strukturert analyse og en omfattende forståelse.

HOVEDFUNN

Fire sammenvevde temaer ble konstruert for å representere betydningen av «å leve med fysiske problemer»: Velvære og være syk («states of being») og tap av velvære og streve etter å oppnå velvære (bevegelse mellom to stadier). 1. Velvære: Jeg føler meg vel, bortsett fra det faktum at jeg

har kreft, som er fatalt, men det er en annen historie. Det «å føle seg vel» innebar to forskjellige ting: For det første, å være i stand til å forstå og kontrollere fysiske problemer, for det andre, å leve et så normalt liv som mulig. Menn som hadde smerter kunne oppleve at de hadde det bra så lenge det ikke var nye, endrede eller økende smerter. Å ha kontroll over fysiske problemer omfattet også å vite hva de skulle gjøre når problemer oppsto. Følelse av velvære refererte også til opplevelsen av å leve et normalt liv; som å fortsette å gjøre det man var vant til så sykdommen kunne legges til side. 2. Tap av velvære: På veien hjem fra butikken måtte jeg stoppe for å hvile, og jeg fortalte meg selv at «Du er faktisk syk, du er ikke bra». Tap av velvære innebar situasjoner hvor fysiske problemer var utenfor kontroll eller at problemene hindret en i å gjøre det en var vant til. Dukkert det opp nye fysiske problemer eller endringer førte det til usikkerhetsfø-

Lindqvist og medarbeidere gir en innsiktsfull beskrivelse av det å leve med fysiske problemer slik menn med alvorlig prostatakreft opplever det. Dette er ikke beskrevet i litteraturen tidligere. Forskningsmetoden var sterk og vel fundert i fenomenologisk-hermeneutisk filosofi. Forskerne beskrev nyanserte forskjeller mellom betydningen deltakerne ga smerte og utmattelse, som er sentrale symptomer for pasienter med alvorlig prostatakreft. Evnen

til å differensiere mellom smerte og utmattelse og å forstå hvordan dette påvirker pasientenes liv er viktige egenskaper hos sykepleiere. Forfatterne antar at sykepleiere, hvis de kun fokuserer på symptomer og sykdom, kan bidra til å begrense pasienter som prøver å vinne tilbake tapt helse/velvære. Alternativt kan sykepleiere fremme pasientenes velvære ved å ta pasientenes egen historie og personlig mening med i betraktningen, mens de også avhjelper

fysiske symptomer. Betydningen av velvære og sykdom var ikke begrenset til kroppen, men var også med i to andre dimensjoner: Å forstå og kontrollere fysiske problemer og evnen til å leve et normalt liv. Et viktig skritt framover kan derfor for sykepleiere være å forstå hvordan andre faktorer som angst og depresjon og familierelasjoner, er påvirket av, og påvirker, overgangen mellom velvære og sykdom. Funnene antyder også at kognitive mest-

Illustrasjonsfoto: Colourbox



lelse og mangel på forståelse av de fysiske problemene. Mennene opplevde at de mistet kontrollen over kroppen sin og følelsen av velvære. 3. Være syk: Kroppen din bestemmer nå og det er ikke mye du kan gjøre med det. Det å «være syk» representerte følelsen av at fysiske problemer var utenfor kontroll og/eller hindret en i å leve som vanlig. Menn var tilbakeholdne med å beskrive seg selv som syke. Likevel, når de snakket om fysiske problemer så fokuserte de på smerter og utmat-

telse (med dimensjonene tretthet og svakhet eller manglende evne til å holde ut). Menn snakket om smerter i fortid, nåtid og framtid. Når det ble umulig å forstå smertene som «vanlige» smerter ble de oppfattet som tegn på kreft og sykdom og symboliserte derved en trussel om «å dø i smerte». Utmattelse ble oftest beskrevet i nåtid og som en hindring – det betydde at de ikke kunne leve et normalt liv og gjøre det de normalt ville gjort. Dette ble beskrevet som mindre dramatisk og mindre truende

enn smerter og representerte en «naturlig» død. 4. Streben etter å ta tilbake velvære/helse: Så snart jeg er smertefri er det akkurat som jeg får et nytt liv. Menn beskrev fire måter å gjenvinne helse/velvære på: Oppnå følelse av kontroll over fysiske problemer; sammenlikne seg med andre som hadde det verre; ta kontakt med helsevesenet som hjalp en å forstå og få hjelp med fysiske problemer; og å ta tilbake helse som en målrettet strategi.

KONKLUSJON

For menn med alvorlig prostatakreft med spredning representerte «å leve med fysiske problemer» sykliske bevegelser mellom det å føle seg vel og det å føle seg syk. Fysiske problemer provosterte fram tap av velvære. Dette var i en kontekst med bevissthet om at sykdommen var alvorlig og mulig dødelig. Velvære var et implisitt og eksplisitt mål som kunne bli nådd selv ved alvorlig sykdom.

Kommentaren er skrevet av:

A Fuchsia Howard, RN,MSN, PhD Student, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.

For korrespondanse:

Olav Lindqvist, Departement of Radiation Sciences, Oncology, Umeå Universitet, Umeå, Sverige. olav.lindqvist@onkologi.umu.se

Finansiering:

Lion's Cancer Research Foundation and Swedish cancer Society. Evidence Based Nursing Volum 10, april 2007.

© BMJ Publishing Group Limited 2007.

ringsstrategier ble brukt for å vinne velvære og dermed er det mulig at slike psykologiske tiltak kan hjelpe pasienter. Lindqvist påpeker at settingen, som er nord i Sverige, kan være en måte å forklare hvordan den kulturelle konteksten kan ha påvirket det funn at deltakerne ikke viste tegn til følelsesmessig lidelse, men i stedet presenterte seg som utholdne. Personer har en tendens til å fortelle kulturelt aksepterte og foretrukne fortellin-

ger (1), og i denne konteksten kan den kulturelt aksepterte historie være historien om en som holder ut. Disse fortellingene kan være forsøk på å ta vare på håp i lys av alvorlig kreft og utelukker ikke at mulig lidelse også var tilstede.







1. Frank AW. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press, 1995.


Miljø- og kosttiltak i de første fem leveår reduserte ikke risiko for astma eller allergier

Marks GB, Miharshahi S, Kemp AS, et al. Prevention of asthma during the first 5 years of life: a randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118:53-61.

Fører reduksjon av husstøv og middallergener og modifisering av fettsyrer i kosten de fem første leveår til redusert forekomst av astma ved fem års alder?

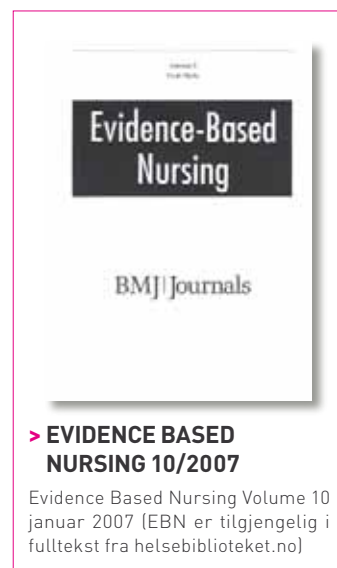
METODE

-  **Design:** Randomisert, 2x2 placebo kontrollert studie.
-  **Allokering:** skjult*
-  **Blinding:** Blinding [delta-kere (kun kost-intervensjon) og utfallsmål].*
-  **Oppfølgingstid:** Fem år.
-  **Setting:** (Rekruttering fra svangerskapsklinikker på seks sykehus i Sydney, Australia).* Tiltakene ble gitt i barnas hjem.
-  **Deltakere:** 616 gravide (gjennomsnittsalder 29

år), hvor det ufødte barn hadde økt risiko for å utvikle astma fordi nær slektning (første grad) hadde astma. Barn født før 36. svangerskapsuke, med fødselsvekt mindre enn 2,5 kg eller signifikante medfødte misdannelser  eller medfødt sykdom ble tatt ut av studien.

Intervensjon: Aktiv fjerning av husstøv allergener (allergenbarriere i barnas seng, eller kontroll (gjøre som vanlig) (n=308). Aktiv kostintervensjon («canola»-basert olje og margarinestatning i matlaging, tunfiskoljekapsler som ble tilsatt i melk eller fast føde etter seks måneders alder) for å øke forekomsten av omega-3 til omega-6 fettsyrer (n=312) og kontrollkost (flerummetede oljer, margarinestatning samt Sunola kapsler) (n=304).


Utfallsmål: Sannsynlig astma; «pipe/hvese-mønster» og hyppighet, hoste uten forkjølelse; rhinitt; eksem; ato-



> EVIDENCE BASED NURSING 10/2007

Evidence Based Nursing Volume 10 januar 2007 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

pisk eksem og spirometriefunksjon.

 **Oppfølging:** 84 prosent (intention to treat analyse).*

*Miharshahi S, Peat JK, Webb K, et al. *Control Clin Trials* 2001;22:333-54.

Illustrasjonsfoto: Colourbox



Intervensjon	Utfallsmål	Aktiv	Kontroll	RRR/RI (95 % KI)
Fjerning av husstøv	Astma	21 %	23 %	RRR 10 % (-24 til 35)
	Hoste	16 %	19 %	RRR 13 % (-27 til 40)
	Rhinitt	43 %	40 %	RRI 8 % (-12 til 33)
Modifisering av fettsyrer i kosten	Eksem	26 %	18 %	RRI 39 % (0 til 93)
	Astma	23 %	20 %	RRI 13 % (-18 til 57)
	Hoste	21 %	14 %	RRI 42 % (-3 til 109)
	Rhinitt	42 %	41 %	RRI 1 % (-17 til 25)
	Eksem	20 %	24 %	RRR 15 % (-17 til 39)

Tabell: Intervensjoner i de fem første leveår for å forebygge astma og allergi hos barn ved fem års alder*

HOVEDRESULTATER

Verken det å unngå husstøvallergener eller modifisering av fettsyrer i dietten reduserte risikoen for astma, hoste uten forkjølelse, rhinitt eller eksem mer enn kontrollgruppen (tabell). Ingen av intervensjonene påvirket «pipe/hvese-mønster», prevalensen av atopisk eksem eller lungefunksjon.

KONKLUSJON

Reduksjon av eksposisjon for husstøv- og middallergener og modifikasjon av fettsyrer i dietten (kosten) de fem første leveår reduserte ikke forekomsten av astma eller allergiske sykdommer ved fem års alder hos barn i høy risiko.

RRR: relativ risikoreduksjon: proporsjonal reduksjon i negative utfall mellom eksperiment- og kontroll deltakere; rapporteres i prosent.

RI: relativ risikoøkning: proporsjonal økning i negative utfall mellom eksperiment- og kontroll deltakere; rapporteres i prosent.

KI: konfidensintervall: angir usikkerheten rundt et estimat; vanligvis rapportert som 95 prosent KI, som er intervallet av verdier hvor vi med 95 prosent sikkerhet kan si at den sanne verdi for populasjonen ligger.

*RRR, RRI og KI er kalkulert fra relativ risiko i artikkelen.

Marks og medarbeidere testet to hjemmebaserte programmer som var designet for å passe til familiers dagligliv. Alle familier fikk informasjon om miljørettede tiltak, men kun de i husstøv/midd-gruppen (HDM) fikk anti-allergen madrassbeskytter og benzyl benzoate til sengetøyvask hver tredje måned. Kostintervensjonen besto av kapsler med ulike oljer for hver gruppe, disse skulle tilsettes barnas mat. Sykepleiere tilknyttet prosjektet

innhentet data i hjemmene, rapporterte om madrassstrekken ble brukt, tok HDM-prøver fra sengene, telte opp ubrukte kapsler og spurte foreldrene om bruk av benzyl benzoate i vasken, margarinestatning og oljekapsler. Foreldrene fulgte instruksjonene om madrassbeskytter og oljekapsler i 53 til 56 prosent av tilfellene, noe som er meget bra for en studie som pågikk i fem år. Barn ble undersøkt etter fem år. HDM-intervensjon førte til 61 prosent

reduksjon i forekomsten av allergener i barnas senger. Kostintervensjonen førte til lavere ratio av omega-3 til omega-6 fettsyrer, men disse effektene førte ikke til reduksjon i insidensen av astma hos barna. Funnene til Marks er konsistente med funn fra andre prospektive studier som heller ikke fant statistisk eller klinisk signifikant reduksjon i astma eller allergisk rhinitt (1). Studien hadde bra statistisk styrke for å kunne

besvare hovedspørsmålet. Selv om en mer intensiv intervensjon kan gi lavere HDM-nivåer, så har de få studier som har oppnådd lavere HDM-nivåer heller ikke påvist effekt på forekomsten av astma (1). Forfatterne sier som riktig er at intervensjonen ikke bør anbefales som forebyggende tiltak for familier. Dette var en godt designet studie rettet mot høy-risikogrupper med gjennomførbare og praktiske hjemmebaserte tiltak over fem år. Det

faktum at målet om å redusere forekomsten av barneastma ikke ble nådd belyser at astma har flere og sammensatte årsaker med både genetiske, miljømessige og livsstilskomponenter. Alle disse faktorene bidrar til astma-debut og alvorlighetsgrad.

1. Woodcock A, Lowe LA, Murray CS, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170:433-9.
2. Lemanske RF Jr, Busse WW. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:456-61.

Kommentaren er skrevet av: Sharon D Horner, RN, PhD. University of Texas at Austin, Austin, Texas, USA.

For korrespondanse: Dr GB Marks, Woolcock Institute of Medical Research, Camperdown, New South Wales, Australia. g.marks@unsw.edu.au

Finansiering: National Health and Medical Research Council of Australia and New South Wales Department of Health. Evidence Based Nursing, volum 10, april 2007







© BMJ Publishing Group Limited 2007

Kosttilskudd etter hoftebruddsoperasjon reduserte komplikasjoner for ellers friske pasienter

Eneroth M, Olsson UB, Thorngren KG. Nutritional supplementation decreases hip fracture complications. Clin Orthop Relat Res 2006;451:212-7.

Fører intravenøst eller oralt kosttilskudd etter hoftebruddsoperasjon til færre bruddrelaterte komplikasjoner for pasienter som ellers er friske?

METODE

-  **Design:** Randomisert, kontrollert studie
-  **Allokering:** Skjult (informasjon fra forfatter)
-  **Blinding:** Blindet (helsepersonell)
-  **Oppfølgingstid:** 120 dager
-  **Setting:** Et sykehus i Sverige
-  **Pasienter:** 80 pasienter > 60 år (79 prosent kvinner) som var operert < 48 timer etter cervicalt eller trochantert hoftebrudd. Eksklusjonskriterier var flere eller kompliserte brudd,

malign sykdom, inflammasjon i ledd, smerter, eller funksjonell skade utover hoftebruddet, kognitiv svikt, depresjon, akutt psykose, epileptiske anfall, misbruk av alkohol eller medikamenter, hjerte-, nyre- eller leversvikt; eller diabetes type 1, mistanke om hjerteinfarkt eller «hæmocentese». **Intervensjon:** Kosttilskudd i de første ti dager etter operasjon pluss sykehusets vanlige mat og drikke (n=40) eller vanlig sykehusmat og drikke (n=40). Kosttilskudd bestod av IV Vitrimix® (Kabi Pharmica AB, Stockholm, Sverige), 1000 ml daglig i tre dager (1000 kcal energi/d), og så oral Formitel® (Nutricia AB, Numico, Nederland), 200 ml ganger to per dag i sju dager (400 kcal energi/d). Vitrimix® inneholder IntralipidA®, 250 ml, og VaminA®, glukose 750 ml, aminosyrer, sodium, potassium, kalsium, magnesium og klorid; sporstoffer (Tracel®, Kabi Pharmica AB), og vann samt fettløselige vitaminer (Soluvit



Illustrasjonsfoto: Colourbox



> EVIDENCE BASED NURSING 10/2007
Evidence Based Nursing Volume 10 januar 2007 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

Novum® og Vitaplid Novum®, Kabi Pharmica AB). Formitel® inneholdt 10 g protein, 10,3 g karbohydrater, 2,1 g fett, mineraler og vitaminer. **Rx** **Utfallsmål:** Infeksjoner (sår, urinveier eller lunge), andre komplikasjoner (tromboflebitt, dyp venetrombose, lungeemboli, lungeødem eller hjerteinfarkt) samt død. **I** **Oppfølging:** 100 prosent.

Tabell

Kosttilskudd (K) versus bare sykehusmat (S) etter hoftebruddsoperasjon

Utfall 120 dager	K	S	RRR (95 % KI)	NNT (KI)
> 1 komplikasjon†	15 % (6)	70 % (28)	79 % (57 til 90)	2 [2 til 3]
Andre komplikasjoner‡	2,5 % (1)	13 % (5)	80 % (-22 til 97)	Ikke signifikant
Død	0	10 % (4)	100 % (9 til 100)	10 (5 til 145)

† infeksjoner, andre komplikasjoner eller død.
‡ tromboflebitt, dyp venetrombose, lungeemboli, lungeødem og hjerteinfarkt.

HOVEDRESULTATER

Etter 120 dager var det færre pasienter i kosttilskuddgruppen enn i kontrollgruppen som hadde > én komplikasjon, og færre døde (tabell); kosttilskuddgruppen hadde også færre infeksjoner (kumulativt antall infeksjoner 5 versus 34, p< 0,001). Det var ikke forskjell mellom gruppene for andre komplikasjoner (tabell).

KONKLUSJON

Intravenøst eller oralt kosttilskudd etter hoftebruddsoperasjon reduserer bruddrelaterte komplikasjoner hos pasienter som ellers er friske.

RRR: relativ risikoreduksjon: proporsjonal reduksjon i negative utfall mellom eksperiment- og kontroll deltakere; rapporteres i prosent.
KI: konfidensintervall: angir usikkerheten rundt et estimat; vanligvis rapportert som 95 prosent KI, som er intervallet av verdier hvor vi med 95 prosent sikkerhet kan si at den sanne verdi for populasjonen ligger.
NNT: numbers needed to treat: beregnet gjennomsnitt antall personer som må få tiltaket for å få positiv effekt hos ett individ.

Kunnskapsgrunnetten for antakelsen om at pasienter med hoftebrudd har nytte av kosttilskudd med kalorier og proteiner etter operasjon har vært svak (1). I denne studien til Eneroth og medarbeidere var reduksjonen i postoperative komplikasjoner hos ellers friske pasienter dramatisk, særlig i lys av at gjennomsnittsalderen var 84 år (versus 78 år i kontrollgruppen). Til tross for dette var det færre pasienter i intervensjonsgruppen

som ble utskrevet til eget hjem. Hva pasienten blir utskrevet til er et viktig utfallsmål, men dette ble ikke utforsket i artikkelen. Parenteral ernæring ble gitt i tre dager etter operasjon. Dette er ikke vanlig praksis på grunn av kostnader og risiko for infeksjon, særlig når det tilføres perifert, som i denne studien. En annen mulig begrensning er blandet bruk av både intravenøst og oralt tilskudd, som gjør det umulig å vite hvilken metode

for tilførsel som gir resultat. Pasienter kan ha hatt like godt utbytte av ti dagers oralt supplement som er mye billigere og lettere å administrere. Beste praksis i dag er å bruke magen (som er den mest fysiologiske måten å tilføre næring) hvis dette ikke er kontraindisert (2). Selv sondeernæring er billigere og har færre komplikasjoner enn parenteral ernæring. Bruk av parenteral ernæring krevde mer overvåking av syke-

pleiere, noe som kan ha påvirket intervensjonsgruppen i studien positivt. Det må vurderes om risiko og kostnader ved parenteral ernæring veier tyngre enn den klare reduksjon i komplikasjoner som også gir økt risiko og økte kostnader. Det trengs trolig en større og definitiv studie (hvor også utfallsmåler er blindet). Studien til Eneroth og medarbeidere belyser fordelen ved tidlig ernæringsintervensjon i forhold til pasienter med

hoftebrudd. Mer forskning som sammenlikner blandet parenteral ernæring og ernæring per os med oralt kosttilskudd vil kunne møte de viktige og presserende spørsmål som denne studien reiser.

1. Avenell A, Handoll HH. Cochrane Database Syst Rev 2006;4: CD001880.
2. Madsen H, Frnakel EH. Practical Gastroenterology 2006;30:46-68.

Kommentaren er skrevet av: Cindy Doucette, RN, MN, GNC(C), Trillium Health Centre, Mississauga, Ontario, Canada
For korrespondanse: Dr M Eneroth, Ortopedisk avdeling, Lund universitetssykehus, Lund, Sverige. magnus.eneroth@med.lu.se
Finansiering: Skåne len og Swedish National Board of Health and Welfare.

Evidence Based Nursing, volum 10, april 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007

Barn fra familier med utilstrekkelige mat hadde større sannsynlighet for å være overvektige ved 4,5 års alder

Dubois L, Farmer A, Girard M, et al. Family food insufficiency is related to overweight among preschoolers. Soc Sci Med 2006;63:1503-16.

Hva er sammenhengen mellom mangelfullt kosthold i familien og overvekt hos førskolebarn?

METODE

Design: Populasjonsbasert kohortstudie (del av «the Longitudinal Study of child Development in Quebec» [LSCDQ]).

Setting: Quebec, Canada
Deltakere: 1549 fra et tilfeldig utvalg av 2103 førskolebarn fra LSCDQ ble inkludert i matvanestudien.

Risikofaktorer: Utilstrekkelig kosthold (basert på mors respons på «regelmessig eller hver måned», «>1 måned», «bare noen måneder», eller «noen ganger, men ikke regelmessig» på følgende spørsmål: Har du eller et medlem

av din familie ikke spist adekvat fordi familien ikke har mat eller ikke har penger til mat?»), lav inntekt, sosioøkonomisk status, årlig inntekt, og familietype (en eller to foreldre), antall foreldre i arbeid og antall foreldre med overvekt (kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 25); mors alder, KMI, utdannelse, immigrant status, røyking i svangerskapet, psykisk stress, egenrapportert helsestatus, amming; barnets fødselsvekt og kjønn.

Utfallsmål: Fedme (Coles kriterier) eller overvekt (Gjennomsnitt KMI ≥ 95) percentil på «US Centers for Disease Control sex and age» vekstkurver.

HOVEDRESULTATER

Ved 4,5 års alder var det 6,3 prosent av barna som hadde opplevd utilstrekkelig kosthold fra fødsel og fram til 18 måneders alder og/eller mellom 3,5 og 4,5 års alder. Blant barn fra familier med util-



> EVIDENCE BASED NURSING 10/2007
Evidence Based Nursing Volume 10 januar 2007 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

Tabell

Risikofaktorer for fedme og overvekt hos barn i 4,5 års alder. Justert odds ratio (95 prosent KI)*

Risikofaktorer	Overvekt Coles kriterier	Overvekt KMI†
Fødselsvekt < 2500 gram	3,1 (1,2 til 8,5)	1,1 (0,4 til 2,8)‡
Fødselsvekt > 4000 gram	2,0 (0,9 til 4,3)‡	2,3 (1,4 til 3,7)
Mors røyking i svangerskapet	2,3 (1,3 til 4,1)	1,5 (1,0 til 2,3)
En forelder overvektig/fet	2,5 (1,2 til 5,4)	2,1 (1,3 til 3,3)
To foreldre overvektig/fet	5,2 (2,3 til 12)	3,8 (2,2 til 6,6)
Utilstrekkelig mat i familien	3,4 (1,5 til 7,6)	2,0 (1,1 til 3,6)

*Odd ratio basert på logistisk regresjonsmodeller, justert for kjønn, inntekt, og alle variabler i tabellen.

†KMI ≥ 95 percentilen på US Centers for Disease Control, kjønns- og vekstspesifikke kurver.

‡Ikke signifikant.

strekkelig kosthold, de som hadde lav fødselsvekt (LBW), fete eller overvektige foreldre, mødre som røykte under svangerskapet (tabell), lav familieinntekt, og mødre med mindre enn videregående utdanning, hadde større sjanse for å være overvektige ved 4,5 års alder enn barn fra familier som hadde tilstrekkelig kosthold. Barn med lav fødselsvekt som hadde utilstrekkelig mat i fami-

lien hadde større sannsynlighet for å bli overvektige enn barn med normal eller høy fødselsvekt og tilstrekkelig eller utilstrekkelig mat i familien (justert odds ratio 2,8, 95 prosent KI 6 til 125).

KONKLUSJON

Barn som hadde opplevd utilstrekkelig kosthold hadde større sannsynlighet for å være overvektige ved 4,5 års alder.

Studien til Dubois og medarbeidere viste at utilstrekkelig kosthold i familien var assosiert med høyere risiko for fedme og overvekt hos barn. Funnene bidrar til det tvetydige kunnskapsgrunnlaget som fins om kosthold i familier, fedme og overvekt hos barn. Bruken av ulike metoder for å måle hva utilstrekkelig mat betyr kan forklare variasjonene mellom ulike studier (1). Dubois brukte et enkelt «ja/nei» spørsmål for å fastsette om en fami-

lie hadde nok eller ikke nok mat, mens graden av utilstrekkelighet med mat kan være viktig for å forstå relasjonen mellom utilstrekkelig mat og overvekt.

Dubois diskuterer aspekter ved matkvanitet og matkvalitet for å forklare sine funn. Andre faktorer som er assosiert med overvekt hos barn slik som aktivitetsnivå og mye TV-titting ble ikke vurdert (2). Dubois foreslår at Barkerhypotesen, som asso-

sierer lav fødselsvekt med kroniske sykdommer senere i livet (3), kan forklare interaksjonen mellom lav fødselsvekt og utilstrekkelig med mat i familien med høyere sjanse for å være overvektig ved 4,5 års alder. Studien inkluderte barn som var født prematurt (ikke vekstretarderte) og vekstretarderte barn (unntatt i justeringer ved 1,5 og 4,5 år) i kategorien barn med lav fødselsvekt. Kombinasjonen av disse to gruppene og den teore-

tiske forklaringen av resultatene er problematisk fordi underliggende årsaker til lav fødselsvekt og langtidsprognosen er forskjellig (4,5).

Sykepleiere i primærhelsetjenesten burde nå fortsette å arbeide for å sikre at familier har tilstrekkelig ressurser for å kunne dekke daglige behov, en strategi som kan redusere helseproblemer i tidlig alder og senere i livet. Forskere burde

fortsette å undersøke linken mellom utilstrekkelig mat i familier og fedme og overvekt blant barn.

1. Kasier LL, Townsend MS, Melgar Quinonez HR, et al. Am J Clin Nutr 2004;80:1372-8.
2. Rose D, Bodor JN. Pediatrics 2006;117:464-73.
3. Barker DJ. J Am Coll Nutr 2004;23:588-95S.
4. Kramer MS. CMAJ 1998;159:663-5.
5. Kramer MS. Bull World Health Organ 1987;65:663-737.

Kommentaren er skrevet av: Christine Kurtz Landy, RN, PhD. McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

For korrespondanse: Dr L Dubois, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada. ldubois@uottawa.ca

Finansiering: Delvis Canadian Institute of Health Information, Population Health Initiative, og Canadian Institute of Health Research.

Evidence Based Nursing, volum 10, april 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007



INNSYN I SYKEPLEIE- DOKUMENTASJON

– UAVKLART PRAKSIS?



Foto: Erik M. Sundt

Hva tilfører denne artikkelen?

Det kan synes som om det er en variert og uavklart praksis knyttet til pasienters og pårørendes innsyn i dokumentasjonen av sykepleie, og at det er behov for

økt fokus på emnet både i praksis, utdanning og forskning.

Nøkkelord:

- Innsyn
- Sykepleiedokumentasjon
- Hjemmesykepleien
- Spørreskjema

Hva vet vi om temaet fra før:

Ikke funnet tidligere forskning om temaet i Norge. Innsyn i sykepleiedokumentasjon er også lite belyst i internasjonal forskning.

Les mer:

Fagerli, Liv Berit, 2006, «Å få det svart på hvitt – en intervjuundersøkelse om innsyn i pasientjournalen», Høgskolen i Østfold, Rapport 2007:1.

Mer om forfatteren:

Liv Berit Fagerli er høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for Helse- og sosialfag, liv.b.fagerli@hiiof.no.

De fleste studier om innsyn i pasientjournalen er gjort i spesialisthelsetjenesten. Det er funnet få studier internasjonalt, og ingen studier nasjonalt, som kun retter seg mot innsyn i sykepleiedokumentasjonen. Hensikten med studien var derfor å frembringe kunnskap om hvordan

innsyn i dokumentasjonen av sykepleie håndteres i hjemmesykepleien. Undersøkelsen hadde et deskriptiv design. Spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål ble besvart av hjemmesykepleien i 20 virksomheter i ett fylke våren 2006. Det forelå i liten grad skriftlige prosedyrer

knyttet til innsyn i sykepleiedokumentasjonen, og det var ikke rutine å informere om retten til innsyn ved innskriving av pasienter. Innsynet ble gitt i hjemmesykepleiens lokaler, også der pasient/pårørende fikk kopi. De få som ba om innsyn fikk tilbud om en forklaring.

**English summary**

Few studies are conducted in the home healthcare concerning access to the patient record. Only a few international studies, but none nationally, were found related specifically to the access of nursing documentation. Therefore, the aim of this study was to develop knowledge about rou-

tines in the home health care concerning access to nursing documentation. The study has a descriptive design. A survey study was conducted during the spring of 2006 including 20 local home healthcare councils in one county. Few local councils had written procedures concerning access to the nursing documen-

tation. There was not a routine to inform about the right to access. The access took place in the healthcare office, also when the patient/next to kin got a copy. The few who asked for access were offered comments to the documentation.

» Innsyn i sykepleiedokumentasjon

Forfatter: Liv Berit Fagerli

Foto: Erik M. Sundt

INTRODUKSJON

Helsepersonelloven gir sykepleiere plikt til å føre pasientjournal (1) og Pasientrettighetsloven gir pasienten, og i visse tilfeller pårørende, rett til innsyn i denne. Ved særskilt forespørsel har pasienten rett til kopi og forklaring av journalen (2). Studier som foreligger

om innsyn i pasientjournalen, er hovedsaklig relatert til innsyn i legenes dokumentasjon (3,4,5,6), og de fleste er rettet mot spesialisthelsetjenesten (3,5). Få studier retter seg mot innsyn i sykepleiedokumentasjonen (3,5,7). Denne artikkelen presenterer funn fra en spørreskjemaundersøkelse som tok utgangspunkt i følgende problemstilling: Hvordan praktiserer hjemmesykepleien den

plikt helsepersonell har til å gi innsyn i sykepleiedokumentasjonen til pasienter og pårørende? Bakgrunnen for undersøkelsen var følgende: a) En intervjuundersøkelse Fagerli gjorde fant at hvordan innsyn i pasientjournalen foregår er av betydning for de som ber om et slikt innsyn (3), b) Det er ikke funnet tidligere forskning med utgangspunkt i likelydende problemstilling. I alt

20 hjemmebaserte virksomheter i ett fylke deltok i undersøkelsen.

Å FÅ INNSYN OG GI INNSYN

Forskrift om pasientjournal peker på at det må etableres prosedyrer som sikrer innsynsretten, og den som er journalansvarlig skal sørge for at retten til innsyn ivaretas (8). Noen spesifikke føringer for hvordan innsynet og forklaringen skal praktiseres synes regelverket ikke å gi utover dette (1,2,8,9,10). I nyere norske lærebøker om dokumentasjon av sykepleie gis det kun en kort belysning av den juridiske retten til innsyn. En utdyping av praksis og henvisning til forskning relatert til et slikt innsyn er forholdsvis fraværende (11,12,13). Befring og Ohnstad gir derimot mer utfyllende kommentarer og peker på betydningen av innsynsretten, der blant annet enkeltindividets rettsikkerhet og muligheten for den enkelte til å ivareta sine interesser står sentralt (9).

Wright og Khadim fant i sin studie at visse forhold er av betydning for at innsyn i sykepleiedokumentasjonen foregår med minst mulig problemer for pasienter og personale. Blant annet ble det å ha et hensiktsmessig dokumentasjonssystem og at sykepleierne takler at pasientene har innsyn nevnt som slike forhold. Det ble pekt på betydningen av å bli kjent med pasientens oppfatning om å skulle ha tilgang til rapportene, og det ble sett på som viktig å organisere sykepleien etter primærsykeplei-prinsippet (7). Når det gjelder praksis relatert til innsynsrett i pasientjournalen tyder flere eldre studier på at det har vært vanlig praksis at helsepersonell er til stede, eller går gjennom journalen med pasienten når innsyn gis (14,15,16,17).

Retten til innsyn kan også sees som en moralsk rettighet. Clarke peker på dette i sine etiske betraktninger, og viser da til pasientens rett til autonomi og respekt (18). Oversiktsartikkelen til Ross og Lin tyder da også på at det fortrinnsvis er positive konsekvenser for pasienten å få innsyn i egen journal. På tross av dette har retten til innsyn likevel blitt benyttet i variert grad (5), men studier viser at mange ønsker innsyn når de får tilbud om dette (4,5,19). Sykepleiere i kommunehelsetjenesten omtaler tradisjonelt sin dokumentasjon for kardeks; en perm med rapportark, pleieplaner og registreringsskjemaer. Enkelte steder praktiseres det hjemmejournal, der deler av eller hele journalen føres og oppbevares hjemme hos bruker. Dermed har bruker kontinuerlig mulighet for innsyn i egen journal, og pårørende får også eventuelt lettere tilgang til denne. Erfaring tilsier at hjemmesykepleien i de fleste kommuner fører og oppbevarer dokumentasjonen i sine lokaler. Flere kommuner praktiserer elektronisk sykepleiedokumentasjon. De fleste har da stasjonære PC-er i hjemmesykepleiens lokaler, noe blant annet undersøkelsen til Fagerli og Fyhn viste (20). Uavhengig av dokumentasjonssystem, vil det sykepleiere dokumenterer i forhold til den helsehjelpen som gis, kunne regnes som en del av pasientjournalen. Dermed har pasienter, og eventuelt pårørende, rett til innsyn i denne (1).

METODE

Undersøkelsen hadde et deskriptivt design, med innsyn om å kartlegge hvordan innsyn i sykepleiedokumentasjonen praktiseres. Spørreskjemaet som ble anvendt er delt inn i tre hovedområder: 1. Bakgrunnsspørsmål (demografiske data). 2. Pasienters

innsyn i sykepleiedokumentasjonen i 2005. 3. Pårørendes innsyn i sykepleiedokumentasjonen i 2005. Spørreskjemaet besto av både åpne og lukkede spørsmål, hvorav de fleste var lukkede. Tre spørsmål åpnet for kun å svare i fritekst. Totalt var det 36 spørsmål. Flere spørsmål var todelt, som for eksempel spørsmål med svaralternativer som «Andre» eller «Annet». Respondenten ble da bedt om å utdype hva dette sto for innenfor ett og samme spørsmål. Spørsmål nr. 17 er et eksempel på dette:

Hvor ble innsyn og forklaring gitt til pasienten?

- Hjemme hos pasienten
- I hjemmesykepleiens lokaler
- Annet sted
- Vet ikke

Dersom svaret er Annet sted, hvor var dette?

For enkelte av spørsmålene ble respondenten bedt om å hoppe over noen av spørsmålene ved negativt svar.

De 32 hjemmebaserte virksomhetene i de 18 kommunene i fylket fikk tilsendt spørreskjemaet våren 2006, hvorav 20 virksomheter returnerte utfylt skjema. Dette innebærer at 62,5 prosent av antall utsendte skjemaer ble besvart og at 12 av de 18 kommunene er representert i undersøkelsen. Det var ønskelig å få et grovt inntrykk av hvordan forespørsler om innsyn i sykepleiedokumentasjonen håndteres, og av den grunn kan få respondenter synes å være akseptabelt (21).

Databehandlingsprogrammet SPSS 13.0 ble benyttet i behandling av de kvantitative dataene for å få fram frekvensfordelinger og enkelte krysstabeller. Spørreskjemaet var før gjennomføringen ikke tilpasset databehandlings-

programmet, noe som bør gjøres i en senere studie (21). Antall spørsmål synes hensiktsmessig da de ikke var forventet å være tidkrevende for respondentene å besvare. Enkelte respondenter fulgte derimot ikke hele instruksjonen i utfylling av skjemaet, hvilket betyr at denne bør tydeliggjøres i en større studie.

Undersøkelsen var støttet av Høgskolen i Østfold, og ble meldt personvernombudet ved NSD.

RESULTATER

De fleste virksomhetene som deltok i undersøkelsen hadde i 2005 mellom 201 og 500 innskrevne pasienter. Ingen hadde endret sine rutiner for håndtering av innsyn i dokumentasjonen av sykepleie siden årsskiftet 2005/2006. De fleste virksomhetene hadde papirbasert dokumentasjon, og kun et fåtall elektronisk, eller både papirbasert og elektronisk, dokumentasjon. Respondentene, som fylte ut skjemaene, var i leder- eller saksbehandlerstillinger. En respondent oppgav ikke sin stilling. Alle hadde arbeidet i virksomheten i minimum 2-5 år og hadde sykepleiefaglig bakgrunn, med unntak av en som var vernepleier. Presentasjon av resultatene er videre organisert under overskriftene Rutiner, Forespørsler og Praktisering.

RUTINER

Tabell 1 viser at de fleste virksomhetene ikke hadde skriftlig nedfelle prosedyrer for håndtering av forespørsler fra pasienter og pårørende om innsyn i sykepleiedokumentasjonen. Flertallet hadde ikke rutiner som tilsa at det skulle informeres om retten til innsyn ved innskriving av pasienten, og krevde ikke skriftlig forespørsel om innsyn.

	Ved forespørsler fra pasienter				Ved forespørsler fra pårørende			
	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart
Hadde virksomheten i 2005 skriftlige nedfelle rutiner for hvordan forespørsler om innsyn i sykepleiedokumentasjonen skulle håndteres?	2	13	2	3	0	16	3	1
Var det rutiner som tilsa at det ved innskriving skulle informeres om retten til innsyn i sykepleiedokumentasjonen?	3	15	0	2	0	17	2	1
Var det i 2005 krav om at det måtte gjøres en skriftlig henvendelse for å få innsyn?	4	13	1	2	4	13	2	1

TABELL 1:

Virksomhetenes svar på spørsmål om rutiner. N=20 virksomheter.

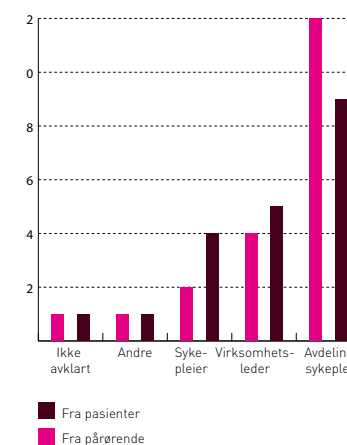
En av respondentene skriver at de arbeider med å etablere rutiner: «Vi får i disse dager på plass rutiner for innkomst av pasienter, med rutiner for å avgjøre om hvem som har samtykkekompetanse og hvem som i tilfelle skal uttale seg på pasientens vegne.»

En annen respondent skriver «Praksis er å følge pasientrettighetsloven § 5-1» ved forespørsler om innsyn fra pasienter og pårørende. En tredje respondent, som hadde svart ja til at virksomheten hadde rutiner som tilsa at det ved innskriving skulle informeres om retten til innsyn, kommenterte dette slik: «Rutinene innskrenker seg til informasjon som ligger i det skriftlige vedtaket om Innsynsrett og henvisning til Forvaltningslovens § 18 og 19.»

Hvem som hadde ansvar for å ta i mot henvendelser om innsyn i sykepleiedokumentasjonen var noe forskjellig i de ulike virksomhetene, noe Figur A viser;

FIGUR A

Hvem som hadde ansvar for å ta i mot henvendelser fra pasienter og pårørende om innsyn i sykepleiedokumentasjonen i 2005. N=20 virksomheter



Figuren viser at det var avdelings-sykepleier som var ansvarlig for å ta i mot henvendelser om innsyn i de fleste av virksomhetene. I enkelte virksomheter var det

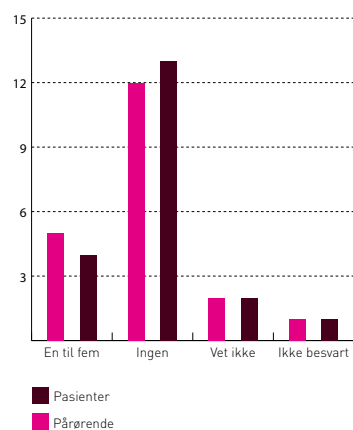
samme person som hadde ansvar for å ta i mot henvendelser om innsyn og som var tilstede ved innsynet og når forklaring ble gitt. To av virksomhetene hadde en form for hjemmejournal, hvilket disse to sitatene viser:

– «Brukerne hos oss har tiltaksplan liggende hjemme. Denne er, i den grad det er mulig, utarbeidet sammen med bruker. All rapportering foregår elektronisk og bruker/pårørende må be om utskrift hvis de ønsker oversikt over denne dokumentasjonen. Medikamentark og epikriser fra sykehus ligger også i hjemmemappe.»

– «Hjemmesykepleien praktiserer blant annet hjemmejournal. Denne leses ofte av pasienten selv. Pårørende har samme mulighet som pasient til innsyn i hjemmejournal dersom bruker selv gir dem tillatelse til det.»

FIGUR B

Antall pasienter og pårørende som ba om innsyn. N=20 virksomheter



FORESPØRSLER

Figur B viser at flertallet av de 20 virksomhetene ikke hadde hatt forespørsler om innsyn i syke-

pleiedokumentasjonen i løpet av 2005. Av de få som hadde hatt forespørsler om innsyn var det svaralternativet 1–5 pasienter/pårørende som ble benyttet av de som kunne svare på dette. De fleste visste ikke nøyaktig antall pasienter og pårørende som hadde bedt om innsyn. En respondent visste det var én pasient som hadde bedt om innsyn mens to visste det var to pårørende som hadde bedt om innsyn. Der hvor pårørende hadde bedt om innsyn var dette pasientens barn. En av respondentene skriver at forespørslene har endret seg fra tidligere; «nyere henvendelser går via advokater», både når det gjelder fra pasienter og pårørende. Forespørslene om innsyn fordelte seg jevnt mellom små, mellomstore og store virksomheter. De virksomhetene som oppga at de hadde nedfelte rutiner for forespørsler om innsyn så ikke ut til å ha flere forespørsler enn de andre virksomhetene.

PRAKTISERING

De virksomhetene som hadde hatt forespørsler om innsyn håndterte dette noe ulikt, hvilket vises gjennom følgende svar:

- Krav om at pasienter og pårørende leste dokumentasjonen sammen med ansatt
- Pasienten og/eller pårørende kunne velge om han/hun ville lese dokumentasjonen alene eller sammen med en ansatt
- Pårørende fikk en kopi i tillegg til gjennomgang av dokumentasjonen med avdelings- eller sykepleier
- Sendte kopi hjem til pasienten, eller pårørende
- Innsynet til pårørende ble gitt i et møte på hjemmesykepleiens kontor

Respondenten fra en av virksomhetene som ikke hadde hatt forespørsler om innsyn skriver: «Åpen praksis, der pasienter som ber

om innsyn får tilgang, enten som kopi eller sammen med fagfolk.» Alle virksomhetene som hadde hatt forespørsel fra pasienter og pårørende hadde gitt tilbud om en forklaring av innholdet i dokumentasjonen. Dette ble gjort enten ved å gi automatisk tilbud ved innvilgelse av innsyn, eller ved særskilt forespørsel fra pasienter og pårørende. Avdelings- eller sykepleier, virksomhetsleder, lege eller sykepleier var stillingsbetegnelser som ble oppgitt av virksomheter om hvem som var

“ Retten til innsyn kan også sees som en moralsk rettighet.

til stede når innsyn og forklaring ble gitt. Alt innsyn og alle forklaringer ble gitt i hjemmesykepleiens lokaler, også der innsyn ble gitt i form av kopi av dokumentasjonen. Ikke alle respondentene visste om pasienter og pårørende kunne velge hvor innsynet skulle finne sted. Ingen av respondentene svarte at virksomheten hadde gitt avslag på forespørsler om innsyn i dokumentasjonen av sykepleie i 2005. En av respondentene viste derimot ikke om det var gitt avslag til pasienter.

DISKUSJON

Retten til innsyn i pasientjournalen er en viktig pasientrettighet, både juridisk og moralsk (2,18). Lov og forskrifter gir føringer for innsyn i journalen (1,2,8). Forskrift om pasientjournal tilsier at prosedyrer skal etableres (8) og Stortingsmelding nr. 25 setter søkelys på sterkere brukerinnflytelse (22). Dette synes å kunne gi føringer for hvordan pasientens rett til journalinnsyn

skal praktiseres. Hensikten med og betydningen av innsynsretten understreker dette (9). Flertallet av kommunene krevde ikke skriftlig henvendelse for at pasient og eventuelt pårørende skulle få innsyn, hvilket er sammenfallende med enkelte erfaringer fra annet praksisfelt (3). Det er tenkelig at dette skulle gjøre terskelen for å be om innsyn så lav som mulig, selv om det lave antall personer som ber om innsyn ikke underbygger dette. Når det gjelder hjemmejournal, som enkelte av virksomhetene praktiserte, kan dette synes heldig sett i lys av innsynsretten, men problematisk i forhold til føringer for oppbevaring og arkivering (1,8,23).

Mennesker som har fått innsyn i pasientjournalen synes å ha oppfatninger om hva som er den beste måten å få innsyn på; å få kopi hjem og å lese journalen alene (3). Om de som ba om innsyn i sykepleiedokumentasjonen i hjemmesykepleien ønsket dette vites ikke. Funnene viser at det ikke var vanlig praksis å få kopi hjem og alt innsyn skjedde i hjemmesykepleiens lokaler. Likevel svarte enkelte at innsyn ble gitt ved at pasient/pårørende fikk kopi av journalen, og det framkom svar som sa at det var mulig for pasient og pårørende å velge hvor innsynet skulle finne sted. Spørsmål som kan stilles er i hvor stor grad pasient og pårørende blir oppmuntret til å velge sted for innsyn, og om kopi blir gitt pasient/pårørende samtidig med innsynet. Dette gir ikke undersøkelsen svar på. Om de som ba om innsyn hadde hatt en særskilt forespørsel om å få kopi, jamfør lovverket (2), vites heller ikke.

Undersøkelsen viser at alle virksomhetene som hadde hatt forespørsler om innsyn hadde gitt tilbud om en forklaring. Av de få

virksomhetene som hadde hatt forespørsler om innsyn var det noen som krevde at pasient eller pårørende leste dokumentasjonen sammen med en ansatt. Det synes ikke å framkomme i lovverk og forskrifter at helsepersonell har rett til å kreve at pasient eller pårørende må lese dokumentasjonen sammen med en ansatt, selv om de har rett til en forklaring (1,2,8,13). Studien til Fagerli viser da også at en slik forklaring kan gis i etterkant av innsynet (3). Samtidig kan det tenkes at pasientens helsetilstand vil avgjøre om det vurderes som helseskadelig for pasienten å lese journalen uten helsepersonell tilstede eller ikke. På bakgrunn av dette kan det stilles spørsmål om det i hjemmesykepleien i de ulike kommunene er

“ (...) mange ønsker innsyn i pasientjournalen når de får direkte tilbud om dette.

tydelig avklart hva som er pasientens og pårørendes rett og hva som er sykepleierens plikt; Hva har helsepersonell rett til å kreve av den som ber om innsyn? Det kan også stilles spørsmålstegn ved om forskriftene gir tilstrekkelige føringer for hvordan forespørsler skal håndteres og hvordan innsyn i pasientjournalen skal gis.

Undersøkelsen viser at i de fleste virksomheter er det avdelings- eller sykepleieren som har ansvar for å ta i mot henvendelser om innsyn i sykepleiedokumentasjonen. Om dette er samme person som er journalansvarlig framkommer ikke. Erfaring tilsier at i enkelte kommuner er det ikke utpekt en journalansvarlig, som ifølge For-

skrift om pasientjournal synes å være den som skal vurdere slike henvendelser (8). At det kan være av betydning hvem som informerer om innsynsretten, tar i mot forespørsler om innsyn, er tilstede ved innsyn og gir en forklaring, synes rimelig. Dette blant annet fordi det kan være følelsesmessig utfordrende for pasient og pårørende å få innsyn (3). Spørsmål om forhold som betegnes som viktige for at innsyn i dokumentasjonen av sykepleie skal foregå på en best mulig måte (7) bør stilles. Hadde virksomhetene primærsykepleie med muligheter for at det var primærsykepleier som gav innsyn og forklaring? Var virksomhetene kjent med oppfatningen til pasienter og pårørende om det å skulle få innsyn? Hvordan taklet virksomhetene at det ble gitt innsyn? Dette gir undersøkelsen ikke svar på.

De fleste av virksomhetene hadde ikke nedfelte prosedyrer for håndtering av forespørsler om innsyn. Flertallet hadde heller ikke rutiner som tilsa at det skulle informeres om retten til innsyn ved innskriving av pasient. Sett i lys av antall innskrevne pasienter kan undersøkelsen tyde på at få ber om innsyn i sykepleiedokumentasjonen i hjemmesykepleien. Dette er sammenfallende med hva studier fra ulike praksisfelt og andre faggrupper viser (5). Om manglende prosedyrer og informasjonsrutiner er noen av årsakene til at få ber om innsyn vites ikke, men studier viser at mange ønsker innsyn i pasientjournalen når de får et direkte tilbud om dette (4,5,19). At dette også vil være tilfelle ved automatisk tilbud om innsyn i sykepleiedokumentasjonen er mulig. I hjemmesykepleien kalles ofte pasientene for brukere, hvilket vil si at den hjelpetrequende får en mer aktiv rolle og retten til

selvbestemmelse og myndiggjøring tydeliggjøres (24). Dette kan knyttes til hvordan Clarke beskriver innsyn i pasientjournalen som en moralsk rettighet (18). En pasient gir tydelig uttrykk for dette i en intervjuundersøkelse, og peker spesielt på at det er viktig å få informasjon om innsynsretten ved innskriving (3). Det kan derfor synes problematisk når prosedyrer for håndtering av forespørsler om innsyn i sykepleiedokumentasjonen ikke er nedfelt, og når det ikke er rutiner for å informere om innsynsretten.

KONKLUSJON

Helsepersonell på ulike nivå i den kommunale sykepleietjenesten berøres av pasientens rett til innsyn. På bakgrunn av undersøkelsens funn kan det synes som om det er en variert og uavklart praksis knyttet til pasienters og pårørendes innsyn i dokumentasjonen av sykepleie i hjemmesykepleien. Undersøkelsen har munnet ut i flere spørsmål enn svar, men kan brukes til å øke bevisstheten om hvordan innsynsretten håndteres i klinisk praksis, og hvordan det undervises om emnet i sykepleierutdanningen. Med tanke på manglende forskning på området er det ønskelig at senere studier tar utgangspunkt i undersøkelsen. Hovedmålet må være at praksis knyttet til retten til innsyn i dokumentasjonen av sykepleie avklares, utvikles og er hensiktsmessig både for pasienter, pårørende, sykepleiere og sykepleietjenesten som helhet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

REFERANSER

1. **Lothman EW.** Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr.4 (Helsepersonelloven).
2. **Lothman EW.** Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr.63 (Pasientrettighetsloven).
3. **Fagerli LB.** Å få det svart på hvitt – om innsyn i pasientjournalen, Høgskolen i Østfold. Rapport 2007:1.
4. **Thorsen OP, Grimsø A.** Bør pasienter i allmennpraksis tilbys kopi av dagens journalnotat? Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2006;126: 603-604.
5. **Ross SE, Lin CT.** The effects of promoting patient access to medical records: a review, Journal of the American Medical Informatics Association: JAMA 2003; 10: 129-138.
6. **Trumpy JH.** Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2002; 122:394-396.
7. **Wright S, Khadim N.** Patients' access to nursing records, Nursing Standard 1990; 5: 22-24.
8. **Forskrift om pasientjournal.** FOR-2000-12-21-1385. Helse- og omsorgsdepartementet.
9. **Befring AK, Ohnstad B.** Helsepersonelloven – med kommentarer 2. utg Fagbokforlaget Bergen, 2001.
10. **Sosial- og helsedirektoratet.** Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Veileder, 2006.
11. **Heggdal K.** Sykepleiedokumentasjon, Gyldendal Akademisk Oslo, 2006.
12. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. Kap.24 i Grunnleggende Sykepleie, Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F, Skaug, E-A. (red.), Gyldendal Akademisk Oslo, 2005.
13. **Moen A, Hellesø R, Quivey M, Berge A.** Dokumentasjons og informasjonshåndtering, Akribe Oslo, 2003.
14. **Høyer E, Katstrup I, Brøgger Christensen P.** Journalindsigt på Aalborg Psykiatriske Sygehus 1.3.1987-29.2.1998, Ugeskrift for læger 1990;152 : 1528-1531.
15. **Johansen C, Høyer AP, Middelboe T.** Patientens oplevelse af journalindsigt på en kirurgisk afdeling, Ugeskrift for læger 1988;150:1024-1026.
16. **Bernstein RA, Andrews EM, Weaver LA.** Physician Attitudes Toward Patients' Requests to Read Their Hospital Records, Medical care 1981; 19: 118-121.
17. **Stein EJ, Furedy RL, Simonton MJ, Neuffer CH.** Patient Access to Medical Records on a Psychiatric Inpatient Unit, American journal of psychiatry 1979; 136: 327-329.
18. **Clarke S.** Paternalism and Access to Medical Records, Journal of Information Ethics 2003; 12: 80-84.
19. **Fowles JB, Kind AC, Craft C et al.** Patients' Interest in Reading Their Medical Record, Archives of internal medicine 2004; 164: 793-800.
20. **Fagerli LB, Fyhn P-G.** Sykepleieres IT-kunnskap: en intervjuundersøkelse av

sykepleiere i hjemmesykepleien, Høgskolen i Østfold. Rapport 2005:1.

21. **Haraldsen G.** Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden, Ad Notam Gylden-dal Oslo, 1999.

22. **Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet.** St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening Framtidens omsorgsutfordringer, Omsorgsplan 2015.

23. **Lothman EW.** Lov om arkiv av 4. desember 1992 nr.126 (Arkivloven).

24. **Fjørtoft A-K.** Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter, Fagbokforlaget Bergen, 2006.

JOURNALEN TILHØRER PASIENTEN

> Innsyn i egen journal er en rettighet som få pasienter i hjemmetjenesten benytter seg av. Når det skjer er det viktig at den som krever innsyn føler seg møtt og ivaretatt på en god måte.

> Informasjon som nedtegnes om en pasient tilhører pasienten. Dette har vært min hovedregel for journalbehandling og jeg opplever sjelden at noen er uenig i dette. Det er krenkende og ulovlig å nedtegne noe som ikke stemmer. Informasjonsmessig er det også viktig at det som nedtegnes i journal, nedtegnes på en slik måte at det som står der er forståelig for både den det gjelder, i dette tilfellet pasienten/pårørende, og for samarbeidende helsepersonell. I undersøkelsen er det dokumentert svært få tilfeller av pasienter/pårørende som har bedt om sin journal. Dette er et funn som er interessant for alle oss i hjemmesykepleien. Selv har jeg opplevd dette relativt få ganger i løpet av nærmere ti år i hjemmebasert omsorg. Det som kunne vært interessant å vite er om det er færre pasienter i hjemmesykepleien enn i andre deler av helsevesenet som gjennomgår sin journal. Hva er årsaken til at så få ønsker innsyn i journalen sin i hjemmesykepleien? Min grunnleggende antakelse er

at alle som er pasienter i en eller annen sammenheng vet at journalen er ens egen og at man har krav på innsyn. Jeg tror ikke det er manglende kunnskap om dette som gjør at man ikke er interessert i sin journal. En forklaring kan være at hjemmesykepleien opererer innenfor pasientens eget hjem i en fast og tett dialog. Samhandlingen mellom pasient og pleier omhandler dagliglivets aktiviteter, sjelden undersøkelser, diagnoser og behandlinger. Det at hjelpen ytes i pasientens eget hjem gjør også at pleieren er ekstra oppmerksom på pasientens rett til å bestemme over eget liv. Ut ifra et praksisperspektiv mener jeg at fokuset på pasientjournal bør være på innhold og kvalitet. Den tette dialogen med pasienten kan gjøre dette til en utfordring. Hva er viktig dokumentasjon? Er det viktig å dokumentere at man har smurt og satt frem to skiver brød? Hva vet vi om hva som blir spist, eller om opplevelsen av det man spiste? Årsaken til at pasienten/pårørende ønsker innsyn i journalen



Foto: Jørn A. Eilertsen

Av Elin Lundby

Avdelingsleder, Hjemmetjenesten
2, Skedsmokorset BRO-distrikt,
Skedsmo kommune

<< Les artikkelen på side 83-90

opplever trolig som et uttrykk for mistillit av personell i hjemmesykepleien. Min erfaring er at ønske om journalinnsyn kommer fra pasienter, (eventuelt via pårørende eller advokater) som har lang erfaring med helsevesenet og som mottar mange ulike tjenester. Pasienten er ofte misfornøyd med tjenestene som tilbys og det som utløser kravet om innsyn er gjerne endring i vedtak, bortfall av tjenester eller endringer i tjenestetilbudet.

Ettersom vi så sjelden opplever krav om innsyn i pasientjournal vil jeg til slutt komme med en anbefaling: Når noen ønsker å se journalen sin, ta utgangspunkt i forskrift om pasientjournal. Den er både informativ, lettfattelig og en god oppskrift. Innsynsretten bør uansett behandles på en slik måte at pasienten/pårørende føler seg møtt og ivaretatt på en god måte når de krever sin rett til innsyn i pasientjournalen. Hovedregelen er at pasientjournalen tilhører pasienten, noe jeg mener de aller fleste i hjemmesykepleien har godt integrert i sin praksis.

Av Odd Letnes f. 1958
Journalist med erfaring fra
fagpresse og forskningsjournalistikk



Foto: Marit Fonn

«Flue på veggen» eller deltaker?

› Når noen sier «dette er aksjonsforskning» – gjør de det fordi de ikke helt vet hva forskning er? Hva skal til for å gjennomføre et godt prosjekt innenfor aksjonsforskning?

Eller spurt annerledes: Er aksjonsforskning en kritisk tilnærming til et fenomen, med en åpen holdning til at man kan finne kunnskap som snur hele prosjektet på hodet? Eller er det først og fremst et rop etter «riktig svar», som i verste fall kan være et hinder for innovasjon og læring?

Kjært barn har mange navn, det samme gjelder forskning. En type forskning er de klassiske – randomiserte – prosjektene hvor man for eksempel tester ut en ny medisin mot ti tusen personer som fordeles i to grupper. Den ene gruppen får medisinen, den andre får en juksetablett. Så gransker man utviklingen innenfor gruppene og konkluderer til slutt om medisinen virket eller ikke.

En annen type forskning er der hvor forskeren skal forske på en gruppe mennesker, for eksempel en fremmed kultur eller en innvandrergruppe fra et fattig område i Asia i en moderne storby. Antropologen vil her kanskje oppføre seg som en «flue på veggen» blant dem som skal studeres, mens sosiologen kanskje vil gjøre en serie kvalitative intervjuer. Siden går de hjem til kontoret og lager Rapporten.

Forske på noe eller noen, er et stikkord for mye forskning. Forskeren er til stede som observatør og ser alt gjennom briller av teorier, modeller og hypoteser. Med aksjonsforskning er det annerledes. Aksjonsforskeren er involvert i prosjektet, han forsker med de menneskene som deltar. Arenaen for forskningen er ofte en arbeidsplass hvor en tilstand eller prosedyrer/arbeidsprosesser skal forbedres – ved hjelp av et sett nye aksjoner (handlinger).

STYRKE OG UTFORDRING

Nærheten til det det forskes på, er både en styrke og en vanskelig utfordring. Styrken er at aksjonsforskningen blir et kollektivt prosjekt, hvor for eksempel alle i en avdeling får et eierskap til prosjektet. Forskeren blir ingen fremmed inntrenger som ser på en problemstilling med kikkert.

Utfordringen ligger i at forskeren vikles for tett inn i problemene og mister sin «vitenskapelige distanse». I verste fall kan han ende som en slags utviklingsleder eller avdelingsleder. For det er viktig å kunne skjære gjennom, det er viktig å kunne bringe inn argumenter selv om de kan oppleves som ubehagelige.

Det er viktig å være brekkstang, så lenge det tjener prosjektets utvikling.

UNDERERNÆRING PÅ «SOLBO»

Det er tidligere i år dokumentert at altfor mange sykehjemsbeboere lider av underernæring. Man vet foreløpig ikke hva det skyldes, men temaet kunne absolutt egne seg for aksjonsforskning.

La oss ta «Solbo sykehjem» som eksempel. Her har sykehjemets lege registrert at flere pasienter har underskudd på både vitaminer og mineraler. Det kan være årsaken til dårlig allmenntilstand og høy mottakelighet for virusykdommer. Men det kan også ha utløst komplikasjoner hos kronikere, som i verste fall har dødd.

Sykehjemmet har engasjert en aksjonsforsker fra en forskningsinstitusjon i nærheten til å se på saken. En erfaren sykepleier rynker på nesen når hun får høre at han ikke har særlig mye erfaring fra helsesektoren, men det tar han med ro. Han kan aksjonsforskning, og det er det viktigste.

Det første aksjonsforskeren gjør er å samle alle personene

som har med mat og spising på sykehjemmet å gjøre. Disse beskriver det de opplever som sin rolle og hvordan de utfører jobben. På den måten får forskeren et bilde av dagens situasjon, og han sitter igjen med en rekke delproblemer: Kjøpes det inn for dårlig eller lite variert mat? Bli maten fordervet på sykehjemmet? Registrerer ikke de ansatte at enkelte beboere ikke spiser nok? Finnes det negative holdninger mot det å mate pasienter?

DOKUMENTASJON OG DIALOG

Forskeren vil så danne seg en eller flere antagelser om hva som kan være årsaken til underernæringen og foreslå enkelte nye handlinger – aksjoner – som kan påvirke utgangssituasjonen i positiv retning.

Deretter vil forskeren gå videre i å utforme prosjektet. Dokumentasjonen – «hva skjer under veis» – er viktig. Derfor utvikler han noen enkle, men sammenliknbare skjemaer hvor personalet kan huke av i enkelte kontrollrubrikker. Videre legger han inn dialogmøter hvor han og de ansatte gjør opp status og hvor møtereferatene blir en del av dokumentasjonen.

Etter en tid kan det være aktuelt å be legen gjøre nye kontrollmålinger av beboernes generelle helsestatus. Kan man spore bedring? I så fall går prosjektet

i riktig retning. Ingen endring? Da må det nye aksjoner til. Prosjektet blir på mange måter til underveis.

VISE KORTENE

Et ankepunkt mot aksjonsforskningen har vært at den ofte gir resultater som forblir «lokale» og ikke gir noe bidrag til forskerfellesskapet eller samfunnets felles kunnskapsbase. Det understreker viktigheten av at aksjonsforskningen må gi en solid dokumentasjon av den situasjonen man ønsket å forbedre og hva man gjorde for å forandre den.

Det er viktig at man legger til rette for at empirien, metoden og konklusjonene i størst mulig grad kan formidles til andre. Når man vet at underernæring ved sykehjem er et nasjonalt fenomen, er det fint om man kan trekke noe generelt ut av Solbo-prosjektet og gjennomføre noe lignende for alle landets flere hundre sykehjem.

«Synsing og føleri» er forskningens erkefiende. Det er viktig at prosjektet er dokumentert slik at det er etterspørbart. Dokumentasjonen kan både være i form av skjemaer og registreringer, eller i form av referater eller intervjuer. Denne dokumentasjonen kan aksjonsforskeren gjerne bearbeide sammen med deltakerne i prosjektet, hvor resultatene kan danne grunnlag for nye aksjoner i prosjektet.

Det som skiller aksjonsforskningen fra et mer løsmunnet konsulentoppdrag, er det at aksjonsforskeren i etterkant trekker seg noen skritt tilbake og vurderer og analyserer empirien i et kritisk lys og skriver en forskningsrapport ut fra dette.

INGEN EVIGE SANNHETER

Kanskje var det dårlig innkjøp av mat, som var årsaken til feilernæring på Solbo? Kanskje var det dårlig oppfølging fra personalet – skyldes det likegyldighet eller underbemanning? Kanskje var det slik at noen av de ansatte syntes det er ekkelt å mate gamle mennesker? Kanskje tilberedes maten så kjedelig at beboerne «mister apetitten»? Her er det aksjonsforskerens plikt å konkludere og gi klar beskjed til de involverte.

Ingen forskning er objektiv og ingen «forskningssannheter» er evige. Så lenge det står mennesker bak forskningen, styres den av interesser og verdier. Jo mer kvalitativ forskningen er, jo viktigere er det å være klar over det.

Første bud må derfor være å dokumentere hva man gjør, slik at vi – samfunnet – som skal bruke forskningen kan «se forskerne i kortene». Det gjelder uansett om vi snakker om klassiske randomiserte prosjekter eller aksjonsforskning.

Hva tilfører artikkelen:

Denne studien søker å gi en dypere forståelse av KOLS-pasientens spesielle situasjon og finne gode metoder for rådgivning og oppfølging i forbindelse med røykeslutt.

Hva vet vi om temaet fra før:

Det er gjort mange studier på endring av røykevaner, men få studier om KOLS-pasienter.

Nøkkelord:

- Telefonkonsultasjon
- Gruppeaktiviteter
- Inaktivitet/isolasjon
- Helsegevinst
- Kvalitative intervjuer

Mer om forfatteren:

Sykepleier Aase Knapstad, Sykehuset Innlandet, HF Granheim lungesykehus, 2656 Follebu. astmaskolen.granheim@sykehuset-innlandet.no

Økonomisk støtte:

Studien er delfinansiert av Astra Zeneca og Norsk Sykepleierforbund.

Fakta:

I Norge dør om lag 2000 pasienter av KOLS hvert år. Over 90 prosent av dem som utvikler KOLS er røykere.
Kilde: www.forskning.no

Røykestopp er anerkjent som viktigste tiltak for å stoppe sykdomsutviklingen hos KOLS-pasienter. Dessverre ser det ut som om nettopp disse pasientene kan ha spesielt vanskelig for å slutte å røyke. Mange prøver, men begynner igjen etter kort tid. Denne artikkelen fokuserer på rådgivning som kan være til hjelp for KOLS-pasienter. Kvalitative intervjuer med seks pasienter gir innblikk i tanker

omkring selve beslutningsprosessen, hvor stor tillit de hadde til å klare å forbli røykfrie og behov for videre oppfølging. Hvordan de opplevde muligheten for å bli bedre, påvirket viljen til å fastholde beslutningen. Om sykdommen er svært alvorlig, kan pasienten finne at helsegevinsten ikke er stor nok til å veie opp for belastningen. Press fra helsepersonell eller familie, kan gi negativ reaksjon. Fire pasien-

ter, deriblant de mest inaktive og sosialt depriverede, ønsket oppfølging, helst per telefon eller i gruppe. Det er tydelig sammenfall mellom hvordan pasientene vurderer egen mestringskontroll og utfallet. Det er viktig å fokusere på gevinst og muligheter. Sosial støtte i miljøet har stor betydning, og det er spesielt viktig å tilby oppfølging til KOLS-pasienter.

Smoking cessation for patients with COPD

For patients with COPD it is of great importance to stop smoking, but seems to be especially difficult. We wanted information on how to enhance their chances to stay free of tobacco. Six patients with mild to severe COPD who had stopped smoking in hospital were interviewed about what might help, monito-

ring how self-efficacy affected the outcome. They were asked to evaluate their need for extended counseling after clinic. Four out of six wanted follow up – including patients who were inactive or socially deprived – preference given to telephone counseling, «sms» or group activities. Self-efficacy was a reliable predictor of the outcome. Focusing health benefits, patients need

to find improvements to be substantial. «Significant Others» influenced their attitude. If norms were imposed on them, by family or health workers, results might be negative. Smoking behavior in the environment was of significance where as non-smokers would give support. Patients with COPD need to be offered support after quitting.



» Kunsten å forbli røykfri – Samtaler med KOLS-pasienter

Forfatter: Aase Knapstad

Foto: Erik M. Sundt

BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

Det er gjort mange studier omkring røykeavvenning, de fleste på hjertepasienter. Mens det for hjertepasienter, med rådgivning og oppfølging, er målt røykfrihetsgrad mellom 25 prosent (1) og 35 prosent (2) etter ett år – og helt opp i 71 prosent med spesi-

altilpasset og tett oppfølging (3) – har en studie av KOLS-pasienter til sammenligning vist 8,7 prosent røykfrihet etter ett år (eller 13,9 prosent, for de som røyker <10 sigaretter daglig) (4). Det finnes færre studier på KOLS-pasienter, og man vet mindre om hva som faktisk hjelper (5). På Granheim lungesykehus (GLS) har vi også erfart at KOLS-pasienter som har klart å bli røykfrie hos oss, ofte

kommer igjen som røykere. Vi ønsket å gjøre en studie, et utviklingsarbeid, for å få bedre forståelse av hvorfor KOLS-pasientene i så stor grad mislykkes med å forbli røykfrie, finne metoder for å øke sjansen for varig endring av røykevanen og avklare behov for støttende tiltak etter heimreisen. Litteratur på området viser at når man slutter å røyke, er det viktig at man holder seg i aktivitet og

har noen som gir psykisk støtte. Man skal unngå stress og kjedsomhet (6). KOLS-pasienter er gjerne eldre pasienter med generelt nedsatt bevegelse, og pustebesvær kan ytterligere forverre muligheten til fysisk aktivitet. Disse vil kunne ha større problemer med å unngå kjedsomhet enn folk flest. Mange er også enslige eller har mistet deler av nettverket. Noen sier røyken er «den siste vennen de har». Tilleggsdiagnoser kompliserer og mange sliter med angst og depresjon (7).

Som teoretisk referanseramme har jeg valgt mestringsteori. Her vil jeg nevne Albert Bandura, en sentral mestringsteoretiker. Hovedessensen i teorien hans om «self-efficacy» er at personens egen tro på å lykkes setter individet i stand til å foreta de handlinger som kreves for å nå målet. En effektiv intervensjon må 1) Overbevise om fordelene ved å slutte 2) Inngi tillit til at de kan klare det og 3) Finne sosial støtte som kan hjelpe gjennom «prøvelsen» (8a). Bandura sier videre at folk liker utfordringer og føler tilfredsstillelse ved å overvinne dem. Jo sterkere tilliten er, desto høyere mål setter man seg, og desto mer forplikter man seg og øker utholdenheten (8b).

Denne studien vektlegger hvordan pasienten ser på muligheten for å lykkes og hvordan han planlegger tiltak for å mestre risiko for tilbakefall til røykevanen.

METODE OG UTVALG

Vi valgte en beskrivende undersøkelse, og metodevalget var i hovedsak en kvalitativ tilnærming. Inklusjonskriteriene var at informantene skulle være KOLS-pasienter som hadde gjennomgått røykeavvenningskurs under oppholdet på GLS og som definerte seg som røykfrie før avreise. Av de

ti pasientene som oppfylte kravene – i en periode på tre måneder – samtykket seks i å delta, fire kvinner og to menn. Disse svarte på et spørreskjema med data om demografiske bakgrunnsfaktorer (alder, kjønn, sivilstatus, arbeidsstatus, aktiviteter og røykehistorie) og deltok deretter i et halvstrukturert intervju i cirka en og en halv time etter en intervjuguide. Guiden omfattet spørsmål omkring røykestoppprosessen; hva som hadde hjulpet eller hindret at de lyktes, aktiviteter og interesser, støtte i miljøet, årsaker til tidligere tilbakefall, planer for å klare å holde seg røykfrie og eventuelt ønske om oppfølging etter hjemkomsten. Intervjuet ble anonymisert, transkribert og analysert etter Steinar Kvaales metode (9). Informantene ble under intervjuet bedt om å angi hvor sikre de var på å klare å forbli røykfri på en skala fra 1 til 10, der 1 er veldig usikker og 10 er helt sikker. Etter intervjuet ble ytringer som uttrykte usikkerhet talt opp og vurdert. Det ble også innhentet opplysninger om tilleggsdiagnoser og medisinske forhold som oksygenmetning og spirometri. Alvorlighetsgraden av KOLS ble gruppert etter GOLD Guidelines. (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease).

RESULTATER

Informantene var mellom 50 og 75 år. Én bodde sammen med ektefelle, de andre alene. En informant var i arbeid, de resterende var enten trygdet eller pensjonerte. Alle informantene har vært daglig røykere i 40 til 60 år, og alle har prøvd å slutte å røyke flere ganger før. Fem av informantene sluttet å røyke ved innkomsten, tre av dem sa informasjonsbrevet med tilbud om røykeavvenningskurs hadde ført til at de tok avgjørelsen. Tre brukte

nikotinholdige preparater (NEP): plaster og/eller sugetabletter. Årsakene de oppgav for å slutte å røyke kan oppsummeres slik: (1) Helsemessige årsaker: Dårlig pust, nedsatt bevegelse, hoste/slim, hyppige infeksjoner, hjertet, hyppige sykehusinnleggelse, dårlige blodgasser, må bruke oksygentilførsel. (2) Oppfordringer fra lege (3) Slektninger argumenterer for røykekutt. (4) Sosiale aktiviteter: Vil delta mer sosialt eller klare jobben. (5) Miljøpåvirkning: Venner, kollegaer og naboer har sluttet å røyke; røykeloven og færre muligheter for røyking. (6) Andre årsaker: Økonomi, røyklukt og økt renhold.

OPPLEVD HELSEBEDRING

To av informantene har «moderat KOLS» (lungekapasitet; FEV1 mellom 50 og 80 prosent av forventet), de andre fire har «svært alvorlig KOLS» (FEV1 under 30 prosent). Fire har hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie. Aktivitetsnivået er lavt for tre av informantene. De ser TV, leser, strikker, løser kryssord – og røyker ofte samtidig – og er sjelden utendørs. De to sprekste deltar på mange aktiviteter og har stor kontaktflate.

Måling av oksygenmetning i blodet viste at fem informanter lå under akseptabelt nivå (under 90 prosent). Oksygenmengden i blodet bedrer seg gjerne etter røykestopp, og dette skjedde for fire respondenter. Én fikk kraftig økning både i oksygenmetning og spirometri. Én fikk målt svak nedgang, men følte bedring selv. Etter at de har vært røykfrie og trent jevnlig i cirka fire uker, forteller informantene at de har fått bedre pust, bedre kondisjon. En dame beskriver hvordan hun før ble «sliten bare av å pussetenner», nå klarer hun å gå opp trappa til tredje etasje. En annen

har følelsen av å «fly» trapper, og hosten og slimet er borte. En av mennene mener han har fått tilbake ti år av funksjonsevnen, den andre er forsiktigere i beskrivelsen. Han har fått «en helt annen følelse i kroppen». Han vet han neppe kan forvente bedring: «Jeg blir stående på samme nivå (...) det blir ikke forverret, det er det de sier (legene).»

STØTTENDE NETTVERK

Informantene gav entydig uttrykk for at de fikk god støtte fra familien når det gjaldt å slutte å røyke. De fleste har ikke-røykende barn og fem fortalte at barna var svært engasjerte. De har både røykere og ikke-røykere blant familie og venner, men forskjellen er antall og om de viktige personene er røykere eller ikke. Tre av dem kan sies å være sterkt eksponert for røyking, enten gjennom ektefelle eller nære venner og naboer som røyker. To har hørt bemerkninger om «fanatiske ikke-røykere», og de vegrer seg for å be folk la være å røyke når de kommer på besøk. Tre oppgir at omgangskretsen overveiende består av ikke-røykere.

MESTRINGSKONTROLL

På røykeavvenningskurset tilstreber vi at deltakerne skal bygge opp følelsen av mestring. Vi har erfaring med at motivasjonen ofte henger sammen med om de kjenner seg sikre på egne evner til å klare å slutte. Samtidig vet vi at mestringskontroll er vanskelig å måle og vi ønsket å utforske sammenhengen mellom bevisst planlegging av tiltak og ubevisste mekanismer som kan hindre gjennomføringen. Da respondentene ble bedt om å vurdere egen tillit til å klare å holde seg røykfrie, oppgav tre mellom 7,5 og 9 og tre toppskår: 10. Samtidig ble det i løpet av intervjuet markert

ytringer som uttrykte usikkerhet, og disse utsagnene ble undersøkt nærmere.

Én skal gi besøkende beskjed om at ingen har lov til å røyke hos henne, for «hvis det ligger igjen en sneip ... jeg stoler ikke på meg selv», sier hun. En av informantene har til sammen elleve utsagn som uttrykker usikkerhet. For eksempel: «Det har jo gått så greit her ... men hva som skjer når jeg kommer hjem ... det kan jeg ikke garantere.» Det var sammenfall

” Etter 12 måneder var tre av de seks fortsatt røykfrie.

mellom vurdering av egen mestringskontroll fra 7,5 til 9 og høyt antall utsagn som uttrykte usikkerhet. De som vurderte egen tillit til 10, har få eller ingen utsagn som angir usikkerhet. Disse understreker tvert imot flere ganger at det ikke finnes tvil om at røyken er borte for alltid. Én har sendt kort til sin nabovenn på fem år og fortalt om røykestopp og sier: «Å skuffe ham, det kan jeg ikke tenke meg.»

OPPFØLGING ETTER HEIMREISE

Informantene ble spurt om de ønsket oppfølging etter hjemkomsten og i tilfelle hvilken type. De ble forelagt fire ulike tiltak: (1) Telefonkontakt med en veileder etter to uker, og videre etter to, fire, seks og 12 måneder; eventuelt tekstmelding eller e-post. (2) Personlig brev. (3) Logg/dagbok: Oversikt over antall situasjoner med røykesug, bruk av avledningsteknikker, røykfrie dager, evt. «sprekk» (evt. med innsending). (4) Støttegruppe; ren sam-

talegruppe eller i forbindelse med trening.

Fire ønsket kontakt per telefon, to oftere enn tilbudet gikk ut på. Tre kunne ta imot tekstmeldinger. Bare én ønsket å motta brev. Loggføring var nytt og fremmed, og flere mente det ble for mye arbeid. Oppfølging i grupper – samtalegrupper eller treningsgrupper – kunne tre av dem tenke seg. To mente de ikke ville ha behov for noen form for oppfølging. Blant de fire som ønsket oppfølging, var tre med redusert nettverk og alvorligste grad av KOLS.

Vi hadde ingen mulighet for å følge opp respondentene i den grad eller på den måten de ønsket, men alle ble forsøkt kontaktet første uka, etter cirka tre uker, og videre etter 2, 6 og 12 måneder. Etter 12 måneder var tre av de seks fortsatt røykfrie. De som falt fra, gjorde det i løpet av de første ukene.

DISKUSJON.

Det var naturlig å velge en kvalitativ tilnærming både ut fra det totale antallet deltagere som vanligvis lykkes i å slutte å røyke på kurset vårt (cirka 50 per år) og ut fra ønsket om spesifikk, individuell informasjon. Informasjonen ønsket vi blant annet å bruke til å evaluere og forbedre røykeavvenningskursene på GLS. Med et antall på seks respondenter kan man vanskelig trekke bastante konklusjoner, men funnene kan antyde mønstre og generere hypoteser vi kan undersøke nærmere og bygge videre på.

Årsakene til å slutte å røyke var i hovedsak lungesykdommen og nedsatt funksjonsevne. Andre grunner var at legen sterkt anbefalte røykestopp eller at familien ønsket det og la et visst press på dem.

HELSEFOKUS

Man kan vel forvente et visst fokus på helseskader av røyking når man har utviklet en alvorlig lungesykdom. I vår studie fant vi også at helsa ble nevnt som viktigste grunn for å slutte å røyke, men refleksjonene syntes ofte lite konkrete. Noen refererer til hva andre har sagt, som om de gjentar en teori. Bare to informanter gir klart uttrykk for at de forbinder røyking med egne helseplager og forteller detaljert og inngående om problemene de har. Mangel på interesse for sammenhengen mellom sykdom og røykeadferd kan tolkes på ulike måter: Informasjonen kan ha vært mangelfull eller for vanskelig, mottaker har ikke ønsket eller orket å ta inn over seg denne konflikten eller pasienten er ikke i en fase i livet der røykestopp er prioritert. Han er i alle fall neppe klar for varig endring av vanen (10).

Bandura (8a) sier folk vil ha liten vilje til å slutte med en skadelig vane dersom de ikke anser fordelene eller bedringen for å være vesentlig større enn de prøvelsene de må gå gjennom ved å avstå. Det er altså viktig at pasienten føler han har mulighet for å bli bedre.

Vi ser hvordan merkbar bedring gir pasienten følelsen av å mestre og motiverer et ønske om fortsatt røykfrihet. Den eldste mannen som bare forventer at helsa blir «ikke forverret» om han slutter å røyke, ser ingen klar helsefordel, og det gjør det mindre sannsynlig at han virkelig tar opp kampen. Dette indikerer at vi i mindre grad bør fokusere på skader og forverring og sterkere rette oppmerksomheten mot gevinst og muligheter for bedring. (10) Systematiske målinger av blodgass eller O₂-metning, sammen med spirometri eller gangtester før

og etter røykestopp, vil kunne gi faktiske opplysninger om forbedring og styrke viljen til å holde ut i kampen mot røykevanen, men noen ganger er det ikke samsvar mellom funn og følelse av bedring, og slike målinger kan ikke brukes ukritisk. Noen ganger er bedringen reell uten at det kan måles,

Familien synes å ha stor innflytelse på beslutningen om å slutte å røyke ...

andre ganger kan følelsen være et uttrykk for urealistiske forventninger. Det er ikke uvanlig at folk bærer på en drøm om «å bli frisk», selv om de har hørt at skadene er irreversible. Her er det viktig at helsepersonell hjelper pasienten til å skape realistiske forventninger. Målsettingen må settes i forhold til pasientens nivå for at han skal oppleve bedring (11) og dette vil kreve mer tid til individuell vurdering og veiledning.

PÅVIRKNING FRA «VIKTIGE ANDRE»

De fleste informantene er sterkt motiverte av legen sin. Noen har fått beskjed om å slutte å røyke «dersom de ønsker å leve». Forskning har vist at de som hadde tatt bestemmelsen om atferdsendring hovedsakelig etter påvirkning fra «viktige andre», ikke makter å endre vanen varig i samme grad som de som har tatt avgjørelsen etter sin «indre overbevisning» (12,13). Påvirkningen fra «viktige andre» vil da gjerne ha en kort-siktig virkning og kreve gjentatt forsterkning. Mens pasienten har kontinuerlig oppfølging av for eksempel helsepersonell, vil han få opprettholdt ønsket om å slutte, men etter hjemkomsten opphø-

rer støtten, og da vil tilbakefallet kunne komme. Helsepersonell har opplagt informasjonsplikt om den faktiske helsefaren, og når en røyker ikke «hører på fornuft», blir det fristende å fortelle mer om truende helseskader. I stedet bør ballen spilles tilbake til pasienten med spørsmål om «hvordan vurderer du mulighetene?». Det er nødvendig at pasienten gjør sine egne vurderinger og lærer å stole på dem.

Familien synes også å ha stor innflytelse på beslutningen om å slutte å røyke, og særlig engasjerte er barna. De fleste mener det er uttrykk for at barna har omsorg for dem, men noen gir uttrykk for at de føler press. Det er et krav at de skal slutte å røyke. Noen gir uttrykk for angst for å skuffe noen, andre føler de er omgitt av positiv interesse og godvilje og at valget er fritt og opp til dem selv. Selv om det er vanskelig å generalisere ut fra vårt beskjedne antall informanter, kan det være interessant å merke seg at press fra nære slektninger kan slå særlig sterkt ut følelsesmessig, og at engstelsen kan hindre at endringsforsøket lykkes.

MESTRINGSKONTROLL

I utgangspunktet sier alle at de er sikre på å klare å holde seg røykfrie. Det blir litt vanskeligere å gradere tilliten. Analyse av utsagnene som uttrykker usikkerhet viser best hvor sterk tilliten virkelig er. Informantene svarer mer åpent og umiddelbart når de snakker fritt enn når de blir bedt om å vurdere seg selv. Til dels kom det fram ting de bare motstridende fortalte om. Dette tyder på at beslutningsprosessen må gjennomarbeides bedre, for bare utsagn som kommer åpent fram, kan bli vurdert eller korrigert. Selv om pasienten sier han

vil slutte å røyke, kan det være han sier det for å glede oss eller andre, eller kalkulerer med at det er lurt å være positiv; at han kan spare seg selv for pågående argumentasjon, straffetiltak eller anklager fra familie eller helsepersonell. Det ligger klart sterke føring i opplegget vårt på GLS. Allerede informasjonsbrevet gjør det klart hva vi forventer i forhold til røyken, og selv om det er ment som en forberedelse til å ta en beslutning, kan det også virke som et pressmiddel. Vi kan ønske så sterkt å komme fram til en avgjørelse at vi avslutter prosessen før den er fullført. Vi oppfordrer slik til konformitet, og motargumenter legges under lokk. Pasienten kan spille en ikke-røykerrolle mens han er på sykehuset og oppnå positiv feedback, men når han kommer hjem, faller denne rammen bort og dermed også ønsket om å være fortsatt røykfri.

STØTTE I MILJØET

Røykfrie omgivelser synes å være av stor viktighet. Noen har for eksempel kompis eller naboer som røyker, og det blir for ubehagelig å be dem la være å røyke når de kommer på besøk. Det er en annen situasjon for dem som har mange ikke-røykere rundt seg. De føler seg «privilegert» og mener røyking vil være utelukket, ja «flaut» i sosial sammenheng. Når omgivelsene framstår som sterkt medvirkende, blir det viktig å jobbe for at de som ønsker det, kan finne et ikke-røykermiljø som kan gi støtte også etter hjemkomsten. For rådgiverne blir det en viktig oppgave å kartlegge pasientens behov for oppfølging før heimreisen og deretter finne riktig tilbud. Her kan vi bare skissere noen muligheter. I samarbeid med heimkommunen kan vi prøve å finne tilbud om videre støtte;

for eksempel i forbindelse med treningsgrupper for hjerte-/lungepasienter, eller i såkalte «selvhjelps-» eller «livshjelpsgrupper». Sykehuset/veileder kan selv følge opp pasienter etter heimreisen, eller man kan henvise til allerede eksisterende tilbud på nettsteder eller til «røyketelefonen». Bare et fåtall av KOLS-pasientene har mulighet eller kunnskaper til å bruke nettsteder ennå.

Av våre informanter ønsket fire oppfølging. I ettertid sa den ene, som i utgangspunktet mente hun ikke hadde behov for oppfølging, at heimkomsten ble langt tøffere enn antatt og at hun neppe ville ha klart å holde seg røykfri uten forventningen om telefon fra GLS.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I rådgivningssituasjonen blir det viktig at vi er trygge nok til å tåle usikkerheten og motstår fristelsen til å gå for fort fram. I tråd med det Bandura vektlegger ved rådgivning, kan vi sammenfatte funnene slik: 1) Ambivalens bør utforskes og ikke undertrykkes. Beslutningen må tas gjennom solid bearbeidelse av argumenter for og imot. – at man synes man har noe å vinne på å forandre vanen, har kunnskap om hva som hjelper og tillit til at man kan klare det. 2) Vår fremste oppgave blir å samarbeide med pasienten og vise respekt for valgene han gjør. Man må ha fokus på gevinst og unngå trusler eller press, både fra helsepersonell eller nære pårørende. 3) Sosialt nettverk er en viktig faktor. Særlig de første åtte til 12 ukene etter røykeslutt er risikofylte. For de dårligste KOLS-pasientene og de som er mest sosialt deprivert, kan oppfølging i overgangsprioden være avgjørende for om røykestopp blir varig, og de

bør ikke reise heim uten å ha fått et slikt tilbud.

REFERANSER

1. Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, Ockene I, Merriam P, Barrett S, Pekow P, Hosmer D, Gianelly R. Smoking cessation and severity of disease: The Coronary Artery Smoking Intervention Study. *Health Psychology*. 1992;11:119-26.
2. Smith PM, Kraemer HC, Miller NH, Debusk RF, Taylor CB. In-hospital smoking cessation programs: who responds, who doesn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:19-27.
3. Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, DeBusk RF. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Annals of Internal Medicine* 1990;113:118-23.
4. Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, Ibsen A, Bendixen M, Pedersen L, Faursted R, Hansen LH, Stensgaard H, Schiøtz R, Petersen T, Breman L, Clementsen P, Ewald T. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *European Respiratory Journal*. 1996; 9: 2351-5.
5. Van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 1.
6. Gjerholm Design as. Guide til røykfrihet. Sosial og Helsedepartementet. 2005.
7. Andenæs, R. Psychological distress, coping, and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Doctoral dissertation, Faculty of Medicine, University of Oslo. 2005.
- 8a. Bandura, A. The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion*. 1997; 12: 8-10.
- 8b. Bandura, A. Regulation of Cognitive Processes Through Perceived Self-Efficacy. *Developmental psychology*. 1989; 25:729-35.
9. Kvale, S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal, Oslo. 2001.
10. Botelho, R.J, Skinner, HA. Motivating change in health behavior. Implications for health promotion and disease prevention. *Primary Care*. 1995; 22: 565-89.
11. Leidy, NK, & Traver, GA. Adjustment and social behavior in older adults with chronic obstructive pulmonary disease; the family's perspective. *Journal of advanced Nursing* 1996 Feb;23:252-9.
12. Stuart, K, Borland, R, McMaury, N. Self-efficacy, health locus of control and smoking cessation. *Addictive Behaviors*. 1994;19:1-12.
13. Bolman, C, de Vries, H. Psycho-social determinants and motivational phases in smoking behavior of cardiac inpatients. *Preventive Medicine*. 1998; 27:738-47.

Forskningsnytt

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



> TIPS OSS:

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere? Tips kan sendes til Anners.Lerdal@hibu.no

Problemer knyttet til eliminering og seksualitet hos personer med MS

Mange personer som nylig har fått diagnosen multipel sklerose (MS) har høy forekomst av vannlatings-, tarm- og seksuelle problemer. Dette kom frem i en studie av personer som hadde levd med MS-diagnose i

to til fire år. Sammenhengen mellom disse problemene og helserelatert livskvalitet ble også studert.

Av 56 personer bosatt i Hordaland som fikk diagnosen MS i perioden 1998–2000, svarte 54 på spørreskjemaet de fikk tilsendt i 2002. I tillegg til klinisk vurdering, ble vannlatingsproblemer målt ved ultralydscanning av resturin og spørreskjemaet «International Prostate Symptom Score». Tarmproblemer ble kartlagt ut fra spørsmål om problemer med flatulans, obstipasjon, diaré eller fekal inkontinens. Livskvalitet ble målt ved hjelp av «Multiple Sclerosis Quality of Life-54 Questionnaire» som inkluderer rapportering av seksualfunksjon.

Utvalget bestod av 40 kvinner og 14 menn, hvor 81,5 prosent hadde

en relapsing remitting MS-type, fem hadde sekundær progressiv og fem primær progressiv MS-type. 79 prosent av mennene og 49 prosent av kvinnene oppga moderate til alvorlige vannlatingsproblemer. Blant 13 av kvinnene som oppga at de ikke hadde problemer med å tømme urinblæren, hadde ni resturin på mer enn 20 ml. Tarmproblemer ble oppgitt av 45 prosent. 50 prosent av mennene og 14 prosent av kvinnene oppga at de ikke var fornøyd med hvordan de fungerte seksuelt.

REFERANSE

Nortvedt MW, Riise T, Frugard J, Mohn J, Bakke A, Skar AB, mfl. Mult Scler 2007;13:106–12.

Helseressurser og -strategier blant eldre

Positivitet, fysisk og sosial aktivitet, tilpasningsevne, stahet og inaktivitet ble identifisert som ulike helsestrategier blant eldre. Dette er funn i en kvalitativ studie av eldre svensktalende finner. Hensikten med studien var å identifisere ressurser hos eldre og hvilke strategier eldre med risiko for helsesvikt brukte.

De 38 personene som ble inkludert

i studien var hensiktsmessig utvalgt blant 201 eldre over 75 år som fikk hjemmebesøk av sykepleiere som drev helsefremmende arbeid. Informantene ble intervjuet ut fra en semistrukturert intervjuguide og bedt om å fortelle om egen helse, funksjonskapasitet, aktuell livssituasjon, relasjoner, verdier, ensomhet og fremtidsforventninger. De 22 intervjuene som ble transkribert til tekst ble gjenstand for hermeneutisk analyse og oppsummert i narrativer.

REFERANSE

Kulla G, Sarvimaki A, Fagerström L. Scand J Caring Sci 2006;20:51–7.

Opplevelse av sammenheng hos personer med psykiske helseprobleme

Opplevelse av sammenheng (OAS) forutsier endringer i hvor tilfreds man er med livet. Dette kommer frem i en studie hvor man har fulgt en gruppe hjemmeboende med psykiske problemer. Hensikten var å sammenlikne i hvilken grad personenes endring i tilfredshet var påvirket av OAS og/eller ulike psykiske symptomer.

I en database med 1200 personer med psykiske problemer i en norsk by tilfredsstilte 136 inklusjonskriteriene. Av disse svarte 107 på første utsendelse av spørreskjemaet og 92 på andregangsutsendelse ett år senere. I tillegg til sosiodemografiske bakgrunnsvariabler ble to spørreskjemaer vedrørende henholdsvis OAS og psykiske symptomer (The Symptom Checklist-90 Revised – SCL-90R) brukt. Begrepet OAS tar utgangspunkt i Antonovskys begrep salutogenese, hvor hypotesen er at menneskets motstandsressurser har betydning for hvordan man takler sykdom og sykdomsutvikling. Ressursene omfatter blant annet forventninger om at fremtiden er logisk, forutsigbar og påvirkelig, at det som kreves er overkommelig

og at det er verdt å engasjere seg. Spørreskjemaet inneholdt 29 spørsmål hvor respondentene ble bedt om å gradere sine svar på en syvpunkt Likert-skala. SCL-90R består av 90 spørsmål hvor man svarer på en fempunkt Likert-skala.

Utvalget bestod av 70 prosent kvinner. Gjennomsnittsalderen var 51 år. Ti prosent var i arbeid, og 91 prosent mottok pensjons- eller trygdeytelser. Aleneboere utgjorde 63 prosent av utvalget.

OAS og psykiske symptomer viste ingen sammenheng med alder, kjønn, utdanningsnivå eller om man bodde alene eller ikke. Scorene på SCL-90R indikerer at mer enn 80 prosent av respondentene hadde symptomer som tilsa at man hadde problemer med å gjennomføre nødvendige aktiviteter i dagliglivet. Respondenter som var svært tilfreds med livet hadde en tendens til å ha lavere intensitet av psykiske symptomer og å oppleve mer sammenheng i livet. Høy grad av OAS ved første måling viste seg å forutsi en forbedring av tilfredshet med livet ett år etter.

Salutogenese henviser til menneskets ressurser og studien indikerer at selv om man har alvorlige psykiske helseproblemer, er man i stand til å mobilisere egne mestringsressurser. Økt fokus på prosesser som bidrar til økt OAS kan muligens bidra til at samhandlingen mellom sykepleier og pasient blir mer preget av muligheter og mindre fokusert på begrensninger.

REFERANSE

Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR, Wahl AK. Qual Life Res 2007, Online 3. april.

Ord om ord

Likert skala: En måte å generere kvantitative mål (numeriske data) fra et kvalitativt spørreskjema. For eksempel ved bruk av en fempunktsskala med alternativene: dårlig, passe, god, veldig god og svært bra.

Studien beskriver kroppslige funksjoner som er viktige for god livskvalitet. Det relativt lave antallet deltakere i enkelte undergrupper øker risikoen for å gjøre type II-feil, dvs. at man forkaster en hypotese om en sammenheng som egentlig eksisterer. Siden artikkelen ikke opplyser om forekomsten av de respektive problemene i befolkningen generelt, er det vanskelig å fullt ut vurdere sammenhengen mellom de rapporterte problemene og MS-sykdommen.

Analysen konkluderte med seks hovedkategorier som narrativene ble sortert etter. Hos informanter som var kjennetegnet av positivitet kom dette til uttrykk ved at de så lyst på livet og kunne «leve lenge» på opplevelser de hadde hatt sammen med andre. Sosial aktivitet var svært viktige for flere, inkludert blant annet det å delta i organisasjonsarbeid og å besøke venner. En annen gruppe pekte på fysisk aktivitet som viktig. Dette innbefattet blant annet å holde seg i god form og å finne ut hva man selv kan gjøre for å opprettholde god helse. Flere av informantene hadde en tilpassende holdning til egen helse, det vil si at forventningene til hva som var tilfredsstillende endret seg med deres eget funksjonsnivå. Andre informanter ble kategorisert ut fra enten stahet eller inaktivitet. Studien beskriver ressurser og strategier som eldre med risiko for helsesvikt bruker i sin hverdag og dermed viktig kunnskap fra et brukerperspektiv.

Hva tilfører artikkelen?

Målet med artikkelen er å drøfte momenter som kan tydeliggjøre sykepleierutdanningens forskningstilknnytning, og stimulere til andre innspill om temaet.

Les mer

Kuven BM. Hvordan introdusere kunnskapsbasert praksis i høgskolen? Sykepleien Forskning 2006;1:34–41

Nøkkelord

Kunnskapsbasert praksis, FoU-aktivitet, høgskole, sykepleie, utdanning

Mer om forfatterne

Førsteamanuensis Johannes Haltbakk, dr.polit.
Høgskolelektor Sissel Johansson Brenna, cand.polit.
Høgskolelektor Liv Utne, cand.san.
Høgskolelektor Kjersti Wågsæther, cand.polit.

Institutt for sykepleie, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen
Johannes.Haltbakk@hib.no

Bakgrunn

NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning) har bedt sykepleierutdanningene i Norge om å tydeliggjøre forskningstilknnytningen i studietilbudet og utforme strategi for å øke studentenes involvering i FoU-aktiviteten ved utdanningen.

NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning) har bedt sykepleierutdanningene i Norge om å tydeliggjøre forskningstilknnytningen i studietilbudet og å utforme strategi for å øke studentenes involvering i FoU-aktiviteten ved utdanningen. Vi har vært med på å diskutere mulige måter å få til dette på ved sykepleierutdanningen i Bergen og håper at våre innspill stimu-

lerer til at leserne formidler tanker om sykepleierutdanningens forskningstilknnytning som vi ikke har tenkt på. Vi mener at sykepleierutdanningen allerede har et forsknings-tilknyttet innhold, men at det ikke kommer godt nok fram i selve ordlyden i fagplaner og modulbeskrivelser. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er en aktuell tenkning i helsevesenet som

må gjenspeiles i utdanningen, men hvor stort fokus KBP skal få i fagplanen kommer an på hvilket innhold man gir KBP. Vi skisserer flere måter å anvende FoU-aktiviteter som virkemidler som gir studentene den innføringen i vitenskapsteori, forskningsmetode, statistikk og kritisk vurdering av kunnskap som bachelorstudiet i sykepleie skal gi.

**The Integration of Research in Nursing Education**

NOKUT (Norwegian Agency for Quality Assurance in Education) has requested that nursing schools in Norway clarify the research base of their offered studies, and form a strategy to enhance the students' participation in research and developmental activities. We have contributed in a debate regarding possible ways to fulfil this request at Bergen University College's Nursing Education

Programme and hope that our suggestions will challenge the readers of this paper to give us ideas that we never thought of. We believe that the nursing education already has a research based content, but that the research base is not sufficiently explained in the wording of the syllabus and the modules. Evidence Based Practice (EBP) is a topic in contemporary health care thinking, and should therefore be reflected in nursing education. However, to what extent

EBP should be focused upon in a syllabus, depends on how it is defined. We have drawn up several ways in which student participation in research and developmental activities can be achieved as a means to give the students an introduction to theory of knowledge, research methods, statistics, and critical evaluation which they should achieve during their degree programme in nursing.

>> Sykepleierutdanningens forskningstilknnytning

Tekst: Johannes Haltbakk, Sissel Johansson Brenna, Liv Utne, Kjersti Wågsæther
Foto: Liv Utne

INNLEDNING

Som kjent har NOKUT evaluert sykepleierutdanningene i Norge og de fleste utdanningene ble ikke akkreditert. NOKUT-rapporten (1) har konkludert med at sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen bør utarbeide en tyde-

ligere strategi for å sikre studietilbudets forskningstilknnytning, og at sykepleierutdanningen også bør gjennomføre tiltak som bidrar til økt studentinvolvering i FoU-aktiviteter. Dette er utfordringer for mange sykepleierutdanninger i Norge. Vi har vært med på å gi innspill til arbeidet med en slik strategi ved Høgskolen i Bergen (2). Målet med denne artikkelen er å drøfte momenter som kan tydeliggjøre sykepleierutdanningens forskningstilknnytning, og stimulere til andre innspill om sykepleierutdanningens forskningstilknnytning.

gens forskningstilknnytning, og stimulere til andre innspill om sykepleierutdanningens forskningstilknnytning.

FORSKNINGSTILKNYTNING ER FORSKNINGSBASERT UNDERVISNING

Karseth og Taasen beskriver NOKUT-evalueringene som en historisk mulighet for å forme sykepleierutdanningenes egen forskningsbaserte identitet (3). Å

se saken på den måten har vært vårt utgangspunkt også, men hva betyr egentlig at en sykepleierutdanning skal ha forskningstilknytning? Det er utdanningen som skal være forskningstilknyttet, ikke instituttet eller organisasjonen. Det innebærer at det skal være nærkontakt mellom forskning og student. Det er altså selve det læringstilbudet studentene får, eller undervisningen, som skal være forskningstilknyttet. Det er med andre ord snakk om forskningsbasert undervisning. Hyllset (4) framsetter følgende fem ulike tolkninger av hva forskningsbasert undervisning kan være:

1. Undervisningen skal være i overensstemmelse med forskningens nyeste resultater
2. Undervisningen skal være knyttet til et forskningsmiljø
3. Fast tilsatte skal ha forskningskompetanse
4. Undervisningen skal utføres av aktive forskere
5. Undervisningen skal innebære trening i vitenskapelig metode i samarbeid med aktive forskere

Noen av disse tolkningsmulighetene forutsetter at studietilbudet er en del av et aktivt forskningsmiljø. Å opprettholde og styrke forskningsmiljøet er derfor en strategi, men i denne artikkelen diskuterer vi ikke strategier for å styrke forskningsmiljøet ved en sykepleierutdanning selv om det er relevant. Vi har diskutert hvordan disse fem tolkningene åpner for å vise forskningstilknytningen gjennom:

- Studiets kunnskapsgrunnlag, de pedagogiske arbeidsformene og lærernes bakgrunn.
- Studentenes involvering i FoU-aktivitet

STUDIETS KUNNSKAPS-GRUNNLAG

Studietilbudet ved sykepleierutdanningen har allerede etablert forskningstilknyttet kunnskapsgrunnlag som ligger i fag som sykepleie, psykologi, anatomi, fysiologi, sykdomslære, farmakologi, hygiene, kommunikasjon, etikk osv. De fleste av disse emnene er tradisjonelle akademiske disipliner med kunnskapsgrunnlag som er utviklet ved en systematisering av forskning på områdene. Strategien blir derfor å tydeliggjøre at sykepleierutdanningens kunnskapsgrunnlag er bygget på relevant forskning og akademisk kunnskap.

Kunnskapsgrunnlaget i studiet må også knyttes til rådende tenkning i den tjenesten studentene skal utdannes til. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er en tenkning som har fått bred plass i helse-tjenesten de siste årene. Derfor velger vi å trekke fram KBP som et fokus for debatt om hva som kan være forskningstilknytningen i sykepleierutdanningen.

KBP holder fram tanken om å basere beslutninger i helsetjenesten på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Man ønsker at klinikere bruker den beste forskning basert på metoder som er relevante for å besvare det aktuelle forskningsspørsmål. Det innebærer alt fra klinisk kontrollerte studier til dybdeintervjuer, og alt fra epidemiologiske studier til laboratoriestudier. Sammen med erfaringsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap er dette grunnlag for å basere intervensjonene på den beste tilgjengelige kunnskap (5, 6). Siden det nå er forskningstilknytningen vi skal diskutere, setter vi søkelyset på den måten forskning beskrives på i KBP.

Det er argumenter både for og imot at KBP er hensiktsmessig for å tydeliggjøre sykepleierutdanningens forskningstilknytning. Argumentene er de samme som i debatten om evidensbasert sykepleie som ble ført i Tidsskriftet sykepleien i 2004 (7–9). Etter vår oppfatning kan debatten i stor grad knyttes til ulik oppfatning av hvordan KBP kan forstås. Vi har sett på hvordan det vi her har kalt en bred forståelse av KBP og en smal forståelse av KBP får konsekvenser for tydeliggjøringen av utdanningens forskningstilknytning.

En smal forståelse av KBP slik vi behandler det her, innbefatter alle typer kvalitativ og kvantitativ forskning på *tiltak* i sykepleien. Men dersom man legger til grunn at «best tilgjengelig forskning» skal forstås i en hierarkisk modell der randomiserte kontrollerte studier er idealet, så ekskluderer det vesentlige deler av sykepleiens kunnskapsgrunnlag.

Hvis sykepleierutdanningens forskningstilknytning skal baseres på en slik smal forståelse av KBP, gir det også sykepleien et smalt kunnskapssyn som toner ned betydningen av en mengde forskningsbasert litteratur som er relevant i sykepleierutdanningen. Den kunnskapen som tones ned er hovedsakelig alt som ikke er målrasjonell kunnskap (10). Det som tones ned er kunnskapsgrunnlaget som danner sykepleierens bakteppe når hun skal hjelpe pasienten. Det er kunnskapsgrunnlaget som moralsk bevissthet bygger på, og kunnskapen om hvordan politiske føringer styrer synet på sykdom og sykepleie. Dette er et sentralt akademisk kunnskapsgrunnlag. En smal forståelse kan kun være en del av utdanningen der konkret problemløsning er sentralt, men

også innen en slik tilnærming har den sine begrensninger (11). Det har blitt antydnet at dette er innspill som ikke er relevant i klinikken, men er mer en akademisk øvelse (8).

Forskningen i en bred forståelse av KBP inkluderer alle kunnskapstradisjoner – ikke bare målrasjonell kunnskap. Databasene for registrering av den beste kunnskapen som er utviklet hittil, har i hovedsak metaanalyser av klinisk kontrollerte studier. Gradvis er disse databasene utvidet til også å omfatte forskning bygget på kvalitative metoder.

En sentral del av virksomheten i KBP i denne forståelsen blir å lære opp helsepersonell til at de arbeider aktivt og systematisk med å søke etter ny kunnskap og kritisk vurdere dens betydning for praksis. En ønsker at resultatet skal være at KBP lukker det gamle skillet mellom teori og praksis ved at det nå blir sykepleierne i praksis som definerer hvilken litteratur som er viktig for klinisk arbeid, og ved at nye forskningsprosjekter springer ut av problemstillinger som er følt på kroppen av dem som arbeider i klinikken. Da vil KBP bidra til at sykepleiehandlinger bygger på den best tilgjengelige kunnskap fundert på forskning, erfaring og brukerkunnskap. Dette innebærer erkjennelsen av at det ikke alltid finnes relevant forskning og at den best tilgjengelige kunnskap kan være bygget på erfaring. Det betinger selvsagt at en tar seg bryet med å søke etter den til enhver tid beste kunnskap. Det er dette som etter manges mening gjør KBP velegnet for å tydeliggjøre en forskningstilknytning i sykepleierutdanningen. Når man ser på KBP på denne måten, er man primært opptatt

av at sykepleiere skal følge med i kunnskapsutviklingen og aktivt anvende ny kunnskap i pasientsituasjoner. Kritikere av dette synet vil si at dersom KBP omfatter all kunnskap, så er det bare et nytt ord for kunnskap – derfor er KBP ikke mer enn et overflødig ord. En dagsaktuell fagplan må inneholde KBP siden begrepet er så mye brukt i helsevesenet i dag. Vi har ønsket å peke på hvorfor fagplanen må ha gjort et veivalg i forhold til hvordan man skal forstå KBP. Spørsmålet er om KBP

**” Forsknings-
tilknytningen
må komme klart fram i
fagplanens ordlyd.**

kan tydeliggjøre sykepleierutdanningens akademiske tilknytning på en utfyllende måte eller ikke. Vi har skissert problemer som ligger i veivalget, et valg som må gjøres før man kan gå over på den konkrete tydeliggjøringen av fagplanen. Poenget med denne artikkelen er å blottlegge noen konsekvenser synet på KBP gir for fagplanarbeidet. Uansett valg mener vi at forskningstilknytningen i sykepleierutdanningen kan tydeliggjøres ved at den beskrives eksplisitt i hvert tema i fagplanen og i hver modulbeskrivelse. Modulbeskrivelsenes ordlyd blir altså svært viktig. En synlig måte å gjøre dette på er å gi hver modulbeskrivelse et underpunkt som viser hva som er modulens forskningstilknytning.

Dersom man velger å gå ut fra det vi her har kalt en smal definisjon av KBP, vil beskrivelsen av hvilke rasjonalitetsformer/kunnskapsformer de enkelte moduler bygger

på være tydeliggjøringen. Lauvås og Handal (12) gjengir Habermas sine tanker om at det er tre fundamentalt ulike kunnskapsformer som ikke kan innordnes til én kunnskapsform. Disse er målrasjonell, kommunikativ og kritisk-rasjonell kunnskap der hver kunnskapsform har sin egen forskningstilknytning. En slik oppdeling kan være hensiktsmessig for å vise at flere typer forskningstilknytning er relevant for sykepleierutdanningen innenfor de fleste moduler, der KBP representerer kun en av rasjonalitetsformene som er aktuelle. Da blir KBP et emne i fagplanen, ikke et grunnlag eller en overbygning. Det er en måte å få fram at sykepleie er et fag som består av mange kunnskapsformer som finnes innenfor ulike områder i akademia.

Dersom KBP skal forstås som et begrep som inneholder alle kunnskapsformer, blir KBP en overbygning eller et grunnlag som fagplanen hviler på. Da kan forskningstilknytningen tydeliggjøres i hver modul ved å vise hvor den relevante forskningen hentes fra. I en bred forståelse av forståelsen av KBP er målet at sykepleierne har en kritisk holdning til hvilken kunnskap de anvender i klinisk praksis. Det å få kompetanse i å søke etter den beste forskningen blir svært sentralt. Det er også sentralt å synliggjøre hvordan ulike forskningsmetoder er relevante for ulike forsknings-spørsmål og hvor det er behov for forskning. Hvis fagplanen skal knyttes til en slik forståelse av KBP, kan synliggjøringen gå ut på at fagplan og modulbeskrivelsene konkretiserer hvor man finner relevant forskning og bruk av aktuelle søkeord.

PEDAGOGISKE ARBEIDSFORMER

Studietilbudet i sykepleierutdanningen har en rekke studentaktive arbeidsformer, slik som studiegruppeveiledning, prosjektarbeid, oppgaveskriving individuelt og i gruppe, ferdighetstrening på demonstrasjonsrommet og praksisstudier. Praksisstudier og ferdighetstrening med det erfaringsbaserte innholdet håndlag/teknikk, folkeskikk og sunn skepsis har sine paralleller i det akademiske innholdet i målrasjonell kunnskap, kommunikativ kunnskap og kritisk-analytisk kunnskap. Vi tror at det er hensiktsmessig å synliggjøre disse parallellene når modulenes arbeidsformer skal beskrives. Hvordan studentene skal oppsøke og anvende forskningsbasert kunnskap for å nå målet med hver modul blir en av flere måter å konkretisere det på. Vi tror at beskrivelsen av enhver arbeidsform må vise hvordan forskning og akademisk litteratur skal anvendes når studietilbudets forskningstilknøyning skal komme fram.

Vi mener også at det må komme klart fram at i modulbeskrivelsene og i fagplanen at studiet har studentaktive arbeidsformer, og at også de arbeidsformene som har lang tradisjon i sykepleierutdanningen blir beskrevet i en språkdrakt som får fram studentaktiviteten.

LÆRERNES UNDERVISNING

Ved mange sykepleierutdanninger i dag har majoriteten av de tilsatte høyere akademisk grad og alle har sykepleieutdanning som en del av graden. Det er de tilsattes akademiske bakgrunn som vektlegges når studiet skal kunne dele ut en bachelorgrad og derfor er de tilsattes akademiske bakgrunn et fokus for NOKUT.

For at lærerne skal bidra til å sikre studiets forskningstilknøyning, mener vi at det er en forutsetning at studentene får nærkontakt med en lærer som kjenner det vitenskapelige litteraturgrunnlaget som er relevant i sykepleie, som er oppdatert på forskningsfronten på sitt område og i debattene i sykepleiefaget.

Lærerne er utenom å være akademikere og sykepleiere, også pedagoger. Det å endre det pedagogiske fokuset fra formidling til studentens egen læring har vært regnet som viktig for å øke utbyttet av studietilbudet. Med de varierte undervisningsformene sykepleierstudiet har hatt, og fortsatt har, mener vi at lærerne har en etablert kompetanse i studentaktive læringsformer, og strategien blir knyttet til å opprettholde, og kanskje bevisstgjøre oss, at vi har hatt læringsformer som har vært i forkant av utviklingen i tradisjonelle akademiske studier.

Å stimulere studentene til forskningsbasert læring utfordrer likevel den tradisjonelle lærervirkosomheten i sykepleierutdanningen. Selv om vi har brukt studentaktive læringsformer i lang tid, er det å legge opp til læring der studentene er aktive i å anvende vitenskapelig kunnskap i teoretiske og praktiske studier en relativt ny og annerledes veiledningsform for mange av oss. En lærerstab som ikke er trygg på denne veiledningsformen kan lett skape frustrasjon hos studentene. Derfor er det viktig at lærerne får anledning til å opparbeide trygghet og kompetanse i denne måten å tilrettelegge for læring på. Her mener vi at tilrettelagt kollega-veiledning er et viktig virkemiddel. Kursing i for eksempel KBP har også vært gjort som et ledd i utvikling av lærernes kompetanse (13).

STUDENTENES INVOLVERING I FOU-AKTIVITET

En måte å starte arbeidet med å utvikle forslag til tiltak som bidrar til økt studentinvolvering i FoU, kan være å ta utgangspunkt i de studentprosjektene studietilbudet har i dag og videreutvikle disse prosjektene til FoU-prosjekter. Videre må en starte med å få en oversikt over de prosjektene lærere utfører i sin FoU-tid for å avklare om studenter kan involveres i prosjektene. Videre må det diskuteres om lærere bør stimuleres til å søke FoU-tid til prosjekter med studentinvolvering. Alt dette kan være grunnlaget for å gi studentene den innføringen i vitenskapsteori, forskningsmetode, statistikk og kritisk vurdering av kunnskap som sykepleierutdanningen skal gi.

Å UTVIKLE STUDENTPROSJEKTER TIL FOU-PROSJEKTER

En måte å videreutvikle studentprosjektene til FoU-prosjekter, kan være å samkjøre studentgruppene, slik at det velges en problemstilling hvor alle samler data, og at datamaterialet samles i én database. Hver studentgruppe kan analysere og drøfte sine egne data slik at de får en nærhet til forskningsprosessen og egne funn, mens den gruppen av lærere som er ansvarlig for prosjektet analyserer, drøfter og publiserer det samlede datamaterialet. Sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen har for eksempel hvert år gjennomført et hygieneprosjekt, der studentene i sykehuspraksis samler data knyttet til den enkelte sengepost. Et slikt prosjekt kan være ett eksempel på en type prosjekt med potensiale til å bli et FoU-prosjekt som kan gi publiserbare resultater hvis studentgruppene samkjøres med en felles problemstilling.

Andre oppgaver som studenter utfører i praksisstudiene kan også samles inn og systemiseres av prosjektansvarlige lærere og danne grunnlaget for publiserbart materiale. For eksempel samlet en av oss (Utne) inn studenters refleksjonsnotater om ernæring fra sykehuspraksis høsten 2006. Prosjektet er tilrådd av Regional forsknings-etisk komité og det innsamlede materialet har potensiale for publisering i et forskningstidsskrift. Det samme kan man vurdere å gjøre med andre studentoppgaver. Studenten utfører i utgangspunktet slike oppgaver for sin egen læring, men samlet kan det tenkes at slikt materiale kan danne det empiriske grunnlaget for et FoU-arbeid med prosjektansvarlige lærere. Studenter i tredje år som skal levere bacheloroppgaven, kan da eventuelt gå videre med det materialet de har arbeidet med i andre år og dermed bli ytterligere involvert i databearbeidingen. På den måten kan studenten oppleve en progresjon i forskningsinvolveringen, og de lærerne som leder prosjektet kan dra nytte av studentenes ideer for tolkning og diskusjon av resultatene.


Modellen reiser spørsmålet om lærerens involvering i veiledningen, for her kreves det et nært samarbeid mellom student og lærer og derfor må den etterfølgende karaktersetning av studentarbeidene problematiseres. En slik modell reiser videre spørsmålet om hvem som har ytt et substansielt bidrag og hvem som dermed bør være medforfatter i henhold til for eksempel International Committee of Medical Journal Editors (Vancouverreglene)(14). Spørsmålet må avklares før det blir et aktuelt problem.

Modellen kan kreve at lærere

stadig får nye ideer til prosjekter som fordrer en datainnsamlingsinnsats på den arenaen studenten skal lære uten at det kreves ekstra lærerressurser til veiledningen av studentene. Kravet om økt studentinvolvering vil uansett kreve at budsjettene til FoU-tid økes.

Å INTEGRERE STUDIE-AKTIVITETEN I LÆRERES FOU-PROSJEKTER

Det kan være aktuelt å avklare hvorvidt studenter kan bidra i allerede etablerte FoU-prosjekter ved instituttet. Siden slike prosjekter allerede er ferdig planlagt, kan det bli en utfordring å endre den planlagte framgangsmåten for å gjennomføre prosjektet. Ellers kan lærere som er i ferd med å utforme nye prosjektplaner opp-

 Sykepleierutdanningen må gjenspeile aktuell tenkning i dagens helsevesen

fordres til å integrere studentaktivitet i planen. For at lærerne skal etterkomme en slik oppfordring i planleggingen av nye prosjekter, er det hensiktsmessig at instituttet vedtar en forskningsstrategi som prosjektene prioriteres ut fra. Fra et fagplanperspektiv bør en forskningsstrategi ha satsingsområder som kan knyttes til studentaktivitet, og som lett kan knytte deler av den til den etablerte fagplanen.

En slik forskningsstrategi vil knytte sammen studentaktivitet, men det kan virke hemmende på prosjekter med temaer som ikke egner seg for studentinvolvering. Uansett bør en forskningsstrategi utformes, og konsekvensene må utredes og debatteres i kollegiet

før den vedtas. Ved de fleste høgskolene er det ikke institutt for sykepleie som fordeler forsknings-tid, så en forskningsstrategi må utarbeides i forståelse med institusjonen.

Etablerte FoU-prosjekter er uansett grad av studentinvolvering eksempler på FoU. Tilsattes pågående og gjennomførte prosjekter kan derfor presenteres for studenter i undervisningen i moduler om forskningsmetode og vitenskapsteori. Prosjektene kan inspirere til studentenes trening i å utforme prosjektplan som er en del av studieprogrammet både i første og i andre år. I tredje år hvor studentene skal arbeide med en bacheloroppgave, kan det være aktuelt å utforme en plan for oppgaven som kan brukes videre for dem som ønsker å starte på masterstudiet. Bacheloroppgaven er en forberedelse til et slikt arbeid for noen studenter. Det kan derfor være en del av en lærers prosjektplan å skissere problemstillinger som læreren kan veilede mulige bacheloroppgaver på.

OPPSUMMERING

Sentralt i strategien for å utvikle bachelorstudiet blir arbeidet med en ordlyd i fagplanen og modulbeskrivelsene som synliggjør forskningstilknøyningen.

Videre blir det viktig å gjøre en tilsvarende tekstgjennomgang for å sikre at den enkelte moduls arbeidsform viser hvordan studenten aktivt skal anvende forskning for å nå modulens mål. Videre har vi diskutert viktigheten av kurs for lærere og tilrettelagt kollegaveiledning med fokus på veiledning av aktive studenter som anvender vitenskapelig kunnskap i teoretiske og praktiske studier. Vi argumenterer også for at det kan utarbeides en forskningsstra-

tegi ved utdanningsinstitusjonen som prioriterer prosjektplaner som knytter sammen forskningsaktivitet og studentaktivitet. Vi skisserer at en måte å involvere studentene i FoU-arbeid kan være å samkjøre studentarbeider, slik at de samlet kan utgjøre prosjekter med publisert materiale. Nytt av å bruke gjennomførte og pågående prosjekter for å eksemplifisere metode/og vitenskapsteoriundervisningen, er også diskutert. Vi påstår også at sykepleierutdanningen må gjenspeile aktuell tenkning i dagens helsevesen. Derfor har vi trukket fram KBP og diskutert veivalg som må gjøres i fagplanarbeidet for å synliggjøre at kunnskapsgrunnlaget i sykepleierutdanningen er forskningsbasert. Diskusjonen viser at KBP i sykepleierutdanningen kan være det samme som utdanningens forskningstilknnytning hvis man har en bred forståelse av KBP. Ved en smal forståelse av KBP representerer det en kunnskapsform blant andre kunnskapsformer, og at forskningstilknnytningen som er relevant for sykepleierutdanningen derfor går langt ut over innholdet i KBP ved en slik tilnærming.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

REFERANSER

1. **Karseth B, Asplund K, Wahl A, Aaland KE.** Høgskolen i Bergen. Revidering av akkreditering av bachelorgradstudium i sykepleie. Oslo: NOKUT; 2005.
2. **Brenna S, Haltbakk J, Utne L, Wågsæther K.** Notat fra prosjektgruppe 2. Tydeliggjøre forskningstilknnytningen i utdanningen, studentmedvirkning i FoU-arbeid, Å undervise og arbeide kunnskapsbasert. Forskningslitteratur, engelsk litteratur. Bergen: Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen; 2006.
3. **Karseth B, Taasen I.** Unik sjanse for sykepleiefaget. Sykepleien. 2006;9:68-9.
4. **Hyllseth B.** Forskningsbasert undervisning. Norgesnetttrådets rapporter. Oslo; 2001.
5. **Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS.** Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
6. **Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A.** Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gylvendal Akademisk; 2004.
7. **Martinsen K, Boge J.** Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. Tidsskriftet Sykepleien. 2004;13:58-61.
8. **Nortvedt MW, Hanssen TA, Lygren H.** Metodisk mangfold Tidsskriftet Sykepleien. 2004;15:62-3.
9. **Boge J, Martinsen K.** Uro kring evidens. Tidsskriftet sykepleien 2004;19.
10. **Eikeland T-J.** Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for norsk psykologforening. 1999;36:1036-47.
11. **Boge J.** Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. Vård i Norden. 2006;26:32-5.
12. **Lauvås P, Handal G.** Veiledning og praktisk yrkesteori. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2000.
13. **Kuvene BM.** Hvordan introdusere kunnskapsbasert praksis i høgskolen. Vi strøk til reakkreditering - og svarte med å kurse lærerne. Sykepleien forskning. 2006;1(1):35-41.
14. **International Committee of Medical Journal Editors.** Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. 2006 [Nedlastet: 27/03/07]; Tilgjengelig fra: <http://www.icmje.org>

Å skrive artikler



Foto: Marit Fonn

De viktigste grunnene til å skrive artikler er at du har noe viktig du vil si, at du ønsker å tilføye noe til kunnskapskroppen og utvikle din egen profesjon. I tillegg til dette har forskere en moralsk plikt til å dele sine resultater med andre, også der resultatene ble annerledes enn forventet.

Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for utøvende sykepleiere, for høyskoler og studenter, og bidra til at sykepleiere leser forskning og bruker forskningsresultater i praksis.

Av 42 innsendte manuskript til Sykepleien Forskning så langt er kun ni akseptert for publisering. Selv om dette ikke er en uvanlig avslagsprosent når det gjelder publisering av vitenskapelige artikler, er erfaringen så langt at mange har lite trening i å skrive og publisere. Flere av de innsendte bidragene viser også at mange har manglende kunnskaper om forskningsmetode.

Dersom man ikke har publisert en vitenskapelig artikkel før bør man få hjelp av en som har erfa-

ring med publiseringsprosessen. I tillegg til dette arrangeres det i dag artikkelkrivingskurs hvor man går nøye igjennom alle de ulike delene av en artikkel. Før man begynner å skrive må man tenke nøye gjennom hva som er hovedbudskapet i artikkelen. Budskapet er grunnstenen som resten av innholdet i artikkelen skal bygge opp omkring. Det kan også være en fordel å lage en plan for artikkelens struktur. En artikkel består av ulike komponenter: Sammendrag, introduksjon, hensikt og spørsmål, metode, resultater, diskusjon, konklusjon og referanser. Selv om noen generelle prinsipper gjelder ved publisering er det nødvendig å lese retningslinjene for hvordan en artikkel skal publiseres nøye i det tidsskrift man bestemmer seg for å publisere i.

Evnen til å skrive klart er en ferdighet som kan læres. Både språk og framstillingsevne kan trenes opp. Dette er helt sentralt for å skrive en god artikkel. Som Sir Francis Darwin sa i 1914: «In science the credit goes to the man who convinces the world, not to the man to whom the idea first occurs».

Av Tone Rustøen

tone.rustoen@su.hio.no

Tone Rustøen er professor ved Høgskolen i Oslo og senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning, Radiumhospitalet-Rikshospitalet

Hva tilfører artikkelen?

Risikoen for leppespalte med eller uten ganespalte ser ut til å bli betydelig redusert ved inntak av folsyretilskudd i måneden før fødsel og i de to første månedene av svangerskapet. Samme positive effekt er ikke vist for ganespalte alene.

Hva vet vi om temaet fra før?

Folsyretilskudd i perioden rundt unnfangelse reduserer forekomsten av neuralrørsdefekter. Betydningen av folsyretilskudd for forebygging av andre misdannelser er ikke avklart.

Ord om ord:

Kasus kontrollstudie En studie der forskerne sammenlikner grupper av mennesker ved å gå bakover i tid og se hvor mange syke og friske som har vært eksponert for en mulig sykdomsfremkallende faktor. Studien inkluderer individer

(kasus) med ett utfall og individer i en passende kontrollgruppe som ikke har dette utfallet.

Mer om forfatter:

Rolv Terje Lie, professor, Institutt for samfunnsmedisinske fag og Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rolv.lie@smis.uib.no

Copyright:

Wilcox AJ, Lie TR, Solvoll K et al. Folic acid supplements and risk of facial clefts: national population based case-control study. *BMJ* 2007; 334:464–7. © BMJ Publishing Group Limited 2007



Folsyretilskudd og risiko for leppe- og eller ganespalte

EN NASJONAL POPULASJONSBASERT KASUS-KONTROLLSTUDIE

f Tekst: Allen J Wilcox, Rolv Terje Lie, Kari Solvoll, Jack Taylor, D Robert McConnaughey, Frank Åbyholm, Hallvard Vindenes, Stein Emil Vollset, Christiaan A Drevon.

INTRODUKSJON

Folsyremangel er kjent for å gi leppe-ganespalter i studier av mus (1). Likevel, studier av assosiasjonen mellom leppe-ganespalter hos mennesker har gitt inkonsistente resultater (2-7), og spørsmålet er uavklart (8). Dette spørsmålet er særlig relevant i land hvor berikelse av matvarer med folsyre ikke er tillatt. Et av disse landene er Norge, som har en av de høyeste rater av leppe-ganespalter i Europa (9). Vi vurderte mulige effekter av folsyre på risiko for leppe- og ganespalte i Norge gjennom en populasjonsbasert kasus-kontrollstudie.

METODE

Barn født i Norge med leppe-ganespalter blir behandlet kirurgisk i ett av to spesialisertre (Oslo og Bergen). Vi kontaktet familiene til alle barn fra 1996 til 2001 som ble henvist for kirurgisk behandling for en spalte (enten leppe-

spalte med eller uten ganespalte eller ganespalte alene). I løpet av det samme tidsrom selekterte vi et tilfeldig utvalg av fire per 1000 levende fødte gjennom Medisinsk fødselsregister som kontroll.

DATAINNHEITING

Spørreskjema ble brukt for å samle inn data om demografiske karakteristika; reproduktiv helse; og røyking, alkohol, medikamenter og annen eksposisjon tidlig i svangerskapet. Median tid fra barnet var født til spørreskjemaet var utfyllt var 14 uker for kasus og 15 uker for kontrollene (spredning 13-17 uker).

I et kvantitativt kostholdsspørreskjema (10-12), spurte vi kvinnene om å gjengi hva de spiste de første tre månedene av svangerskapet. Vi fant informasjon om andre misdannelser enn leppe- og ganespalte i fødselsregisteret, i sykehusjournaler der barna ble operert og på mors spørreskjema. Begge spørreskjemaene er tilgjengelig på nettet (dir.niehs.nih.gov/direb/studies/ncl/question.htm).

Inntak av folsyretilskudd: Vi definerte et tre måneders ekspos-

isjonsvindu for folsyreinntak fra måneden før siste menstruasjon og de to første månedene av svangerskapet. Vi regnet kvinner som eksponerte hvis de tok folsyre i minst én måned av dette tidsrommet. Vi klarte å bekrefte inntak for 99 prosent ved å bruke produktnavn eller merke på medisingsglass. Kvinnene ble stilt samme slags spørsmål om multivitaminer. Vi estimerte hver kvinnes totale folsyreinntak fra folsyre og multivitaminer. Vi kategoriserte folsyreinntak til tre grupper: Ingen, mindre enn gjeldende anbefalte dose (1-399 µg), og den anbefalte dose (≥400 µg).

Inntak av folsyre i kosten: Vi estimerte folsyreinntak gjennom kosten ved kombinere offisielle norske matvaretabeller med informasjonen i kvinnes kostholdsspørreskjema.

RESULTATER**DELTAKERE**

Blant de 300 000 kvinnene som fikk barn i Norge på studietidspunktet (1996–2001) var det 676 mødre som hadde barn med en leppe- og eller ganespalte som ble henvist til kirurgi. Etter eksklusjon

Formålet med studien er å undersøke hvilken rolle folsyretilskudd, folatrike matvarer og multivitamintilskudd har i å forebygge leppe- og eller ganespalter.

Design: Nasjonal populasjonsbasert kasus-kontrollstudie.

Deltakere: 377 nyfødte med leppespalte med eller uten ganespalte; 196 nyfødte med ganespalte alene; 763 kontroller.

Hovedutfallsmål: Assosiasjonen av leppe- og eller ganespalter med mors inntak av folsyretilskudd,

multivitaminer og folsyre i mat.

Resultater: Folsyretilskudd i tidlig graviditet (≥ 400 µg/dag) var assosiert med en redusert risiko for leppespalte alene med eller uten ganespalte etter at det var justert for multivitaminer, røyking og andre potensielle forvekslingsfaktorer (justert odds ratio 0,61, 95 prosent konfidensintervall 0,39 til 0,96). Uavhengig av tilskudd, reduserte kosthold rikt på frukt, grønnsaker og andre matvarer med høyt folatinnhold også risikoen noe (justert

odds ratio 0,75, 0,50 til 1,11). Den laveste risiko for leppespalte var blant kvinner med folsyrikt kosthold som også tok folsyretilskudd og multivitaminer (0,36, 0,17 til 0,77). Folsyre ga ikke beskyttelse mot ganespalte alene (1,07, 0,56 til 2,03).

Konklusjon: Folsyretilskudd i tidlig graviditet ser ut til å redusere risikoen for leppespalte (med eller uten ganespalte) med rundt en tredjedel. Andre vitaminer og kostholdsfaktorer kan gi tilleggsbeskyttelse.

var det 652 kasus. Av disse var det 88 prosent (573) som samtykket å være med i studien (377 med leppespalte med eller uten ganespalte og 196 med ganespalter alene). Vi gjorde et tilfeldig utvalgt av 1022 levende fødte innen seks uker fra fødselen til kontrollgruppen. Etter eksklusjon var det 1006 som oppfylte kriteriene, og av disse samtykket 76 prosent (763) til å være med i studien. Ti prosent av kontrollmødrene tok ≥ 400 μg folsyretilskudd i tillegg til multivitamin tidlig i svangerskapet, 9 prosent tok folsyre alene og 26 prosent tok multivitamin alene.

FOLSYRETLISKUDD

Tabellen viser odds ratio for spalter med folsyretilskudd. Ujustert odds ratio med folsyre ≥ 400 μg per dag var 0,66 (95 % konfidensintervall 0,47 til 0,95) for leppespalte med eller uten gane-

spalte og 0,81 (0,53 til 1,26) for ganespalte alene. Assosiasjonen var tilstede kun blant kasus med isolerte spalter (det vil si, med ingen andre medfødte misdannelser). Vi begrenset alle videre analyser til isolerte spalter. Etter restriksjoner og justeringer for potensielle forvekslingsfaktorer (kost og multivitamin, mors utdannelse, morsarbeid under graviditet, røyking, alkoholbruk og barnets fødselsår) ble assosiasjonen mellom folsyre og leppespalte med eller uten ganespalte ikke endret, men assosiasjonen med ganespalte alene var ikke lenger tilstede.

FOLSYRE I KOSTEN

Median inntak av folsyre i matvarer var 205 (kvartilintervall 160-260) $\mu\text{g}/\text{dag}$. Folat i kosten var moderat assosiert med ujustert risiko for leppespalte med

eller uten ganespalte (P for trend = 0,03) (se bmj.com). Odds ratio for kvinner over median sammenliknet med de under var 0,78 (0,61 til 1,01). Etter justeringer for kovariater var den 0,80 (0,60 til 1,08).

MULTIVITAMINER

Inntak av multivitamin omkring unnfangelse viste moderat assosiasjon med redusert risiko for leppespalte med eller uten ganespalte. Ujustert odds ratio var 0,77 (0,57 til 1,03); etter justeringer for kovariater (inkludert folsyre) var den 0,75 (0,50 til 1,11).

KOMBINERING AV TRE KILDER TIL FOLSYRE OG VITAMINER

Figuren viser justert odds ratio for åtte grupper av mødre. De er kategorisert ved i hvilken grad de var over eller under median inntak av folsyre i kosten, om de tok multivitamin rundt unnfangelsen og om de tok folsyretilskudd (≥ 400 μg) rundt unnfangelsen. Kvinner med lavest mål i alle tre grupper er referansegruppe. Gruppen med lavest risiko var de som tok ≥ 400 μg folsyretilskudd i kombinasjon med multivitamin og et sunt kosthold. Den estimerte relative risiko blant kvinner med alle tre (≥ 400 μg folsyretilskudd, multivitamin og sunt kosthold) var 0,36 (0,17 til 0,77).

DISKUSJON

Vi fant at folsyretilskudd med 400 μg eller mer per dag reduserer risikoen for isolert leppespalte med eller uten ganespalte med en tredjedel. Det er ingen tydelig effekt for ganespalte alene. Separate funn for de to typene av munn- og ansiktsspalter er konsistente med data fra embryologi og epidemiologi som peker i retning av en årsakssammenheng for disse to typer misdannelser (13). Multivitamin og kosthold som er rikt

på frukt og grønnsaker kan også beskytte mot leppespalte (med eller uten ganespalte), men effekten, hvis den er reell, er svakere.

STYRKER OG SVAKHETER

Studiedesign: Kasus ble rekruttert fra en stor og veldefinert befolkning, med så godt som komplett registrering av pasienter og en høy oppslutning om studien (88 prosent). Deltakelsen var noe lavere for kontrollgruppen (75 prosent). Kontrollene ble trukket tilfeldig fra den totale fødselspopulasjon. Kvinnene ble kontaktet så snart som mulig etter fødsel for å redusere erindringsproblemer. Innsamling av preparatmerkingen gjorde det mulig å korrigere noen feil i selvrapporingen.

Datakvalitet: Folsyredosen i tilskudd er estimert bedre enn for matvarer. Våre målinger av kost-

folat (basert på hukommelsen og inntak av frukt og grønt) fanger antakelig opp mange aspekter ved et sunt kosthold. Den observerte assosiasjonen med kost rik på folat kan gjenspeile effekten av andre vitaminer i tillegg til folat.

Fordreining (bias): Vi sendte spørreskjema til kvinnene omtrent tre måneder etter fødsel, tidligere enn andre studier. Sjansen for at resultatene skyldes erindringsfordreining reduseres ved at assosiasjonen bare sees for den ene typen spalter. Våre funn er konsistente med andre studier som også har funnet assosiasjonen oftere for leppespalte (med eller uten ganespalte) enn for ganespalte alene (2;5;6).

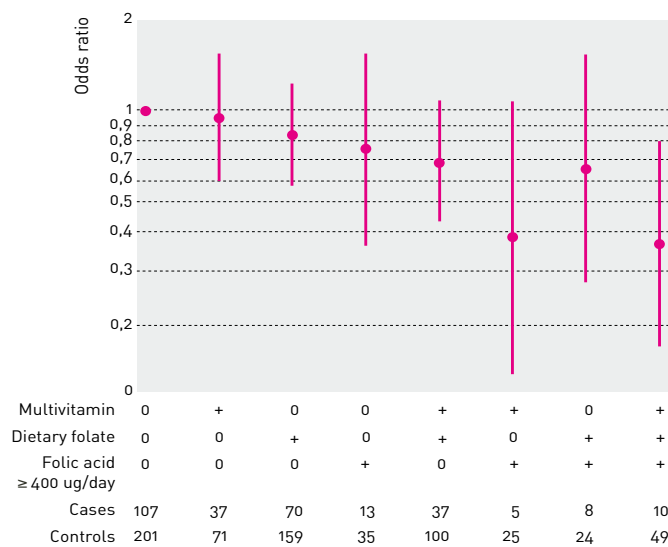
Forvekslingsfaktorer: Justeringer for sosiale faktorer, alkohol, røyking og andre potensielle forvekslingsfaktorer gjorde liten forskjell på estimatene. Vi kan

ikke utelukke tilstedeværelsen av ikke målte forvekslingsfaktorer, selv om slike forvekslingsfaktorer ville måtte være sterkt relatert til leppespalte (med eller uten ganespalte) for å kunne forklare de observerte resultater.

Sammenlikning med tidligere studier på mennesker: Tidligere funn fra epidemiologiske studier av folsyre og leppe-ganespalter har vært innkonsistente (3-7). Uklarheter i tidligere studier kan reflektere den relativt lavere assosiasjon mellom folsyre og spalter i leppe- og eller gane sammenliknet med neuralrørsdefekter. De fleste av tidligere leppe- ganespaltestudier var ikke designet for å teste folsyrehypotesen, få kunne skille folsyretilskudd fra multi-vitamin-tilskudd, og ingen dokumenterte rapportert bruk. Nylig har van Rooij og medarbeidere rappor-

FIGUR 1

Odds ratio for leppespalte med og uten ganespalte for kvinner delt i åtte kategorier etter deres inntak av folsyre (≥ 400 μg folsyre v alle andre), folsyre i kosten (over eller under median), og multivitamin (ja eller nei). Antall kvinner i hver kategori står nederst i figuren.



TABELL 2

Tabell. Ujustert og justert odds ratio (95 % konfidensintervall) for leppespalte med og uten ganespalte og ganespalte alene, for tre kategorier folsyretilskudd

Folsyretilskudd ($\mu\text{g}/\text{pr dag}$)	Alle kasus: ujustert risiko	Isolated clefts		
		Ujustert risiko	Ujustert risiko (begrenset til subgruppe med komplette data)	Justert risiko*
Leppespalte med og uten ganespalte				
	(n=377)	(n=314)	(n=287)	(n=287)
0	1.0	1.0	1.0	1.0
1-399	0.98 (0.73 to 1.33)	0.97 (0.70 to 1.35)	0.97 (0.69 to 1.36)	1.17 (0.75 to 1.84)
≤ 400	0.66 (0.47 to 0.95)	0.58 (0.39 to 0.86)	0.57 (0.38 to 0.85)	0.65 (0.40 to 1.05)
Leppespalte alene				
	(n=196)	(n=118)	(n=114)	(n=114)
0	1.0	1.0	1.0	1.0
1-399	1.06 (0.72 to 1.56)	1.02 (0.63 to 1.66)	1.09 (0.67 to 1.79)	0.98 (0.51 to 1.90)
≤ 400	0.81 (0.53 to 1.26)	0.90 (0.54 to 1.52)	0.92 (0.55 to 1.57)	1.07 (0.56 to 2.03)

*Justert for mors utdannelse (grunnskole, videregående eller høyere), mors arbeid tidlig i svangerskapet (ja eller nei), mors bruk av alkohol tidlig i svangerskapet (fire kategorier), mors røyking (ordinal linear, fem kategorier aldri; bare passiv; 1-5, 6-10, og 11 sigaretter daglig), folsyre i kosten (kontinertlig), bruk av multivitamin før unnfangelse (ja eller nei), fødselsår.

tert beskyttende effekt på leppespalte (med eller uten ganespalte) for folsyretilskudd alene (6), selv om denne studien var svakere på grunn av et mindre utvalg og en usystematisk innhenting av kontroller.

Andre vitaminer: Funnene av at relativt lave nivåer av folat i kosten (som kroppen også kan gjøre seg mindre nytte av enn folsyre) så ut til å gi kun svak beskyttelse mot leppespalte (med eller uten ganespalte) (selv om vi fant noe beskyttelse ved lavdose bruk av folsyretilskudd (< 400µg/dag)) er interessante. Andre ernæringsfaktorer i kosten med folat kan spille en rolle når det gjelder å forebygge leppespalte. Vi så en sterkere effekt når folat i kosten og multivitamin ble kombinert, selv uten tilskudd av folsyrer.

Prevalensen av misdannelser ved fødsel og tilskrivbar risiko: Basert på det nåværende nivået av folsyretilskudd i Norge og den estimerte risikoreduksjon ved folsyretilskudd estimerte vi at 22 prosent av isolerte tilfeller med leppe- og eller ganespalte kunne være unngått dersom alle gravide tok ≥ 400 µg folsyre per dag.

Konklusjon: Inntak av minst 400 µg folsyre per dag i perioden rundt unnfangelse ser ut til å redusere risikoen for isolerte leppespalter (med eller uten ganespalte) i Norge med omtrent en tredjedel. Denne mulige positive effekten burde tas med i vurderingen når risiko og fordeler veies opp mot hverandre når tilskudd av folsyre i matvarer diskuteres (14).

REFERANSER

- Munger R.** Maternal nutrition and oral clefts. In: Wyszynski D, editor. Cleft lip and palate: from origin to treatment. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 170-92.
- Shaw GM, Lammer EJ, Wasserman CR, O'Malley CD, Tolarova MM.** Risks of orofacial clefts in children born to women using multivitamins containing folic acid periconceptionally. Lancet 1995 Aug 12;346:393-6.
- Hayes C, Werler MM, Willett WC, Mitchell AA.** Case-control study of periconceptional folic acid supplementation and oral clefts. Am J Epidemiol 1996 Jun 15;143:1229-34.
- Werler MM, Hayes C, Louik C, Shapiro S, Mitchell AA.** Multivitamin supplementation and risk of birth defects. Am J Epidemiol 1999 Oct 1;150:675-82.
- Itikala PR, Watkins ML, Mulinare J, Moore CA, Liu Y.** Maternal multivitamin use and orofacial clefts in offspring. Teratology 2001 Feb;63:79-86.
- van R, I, Ocke MC, Straatman H, Zielhuis GA, Merkus HM, Steegers-Theunissen RP.** Periconceptional folate intake by supplement and food reduces the risk of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. Prev Med 2004 Oct;39:689-94.
- Shaw GM, Carmichael SL, Laurent C, Rasmussen SA.** Maternal nutrient intakes and risk of orofacial clefts. Epidemiology 2006 May;17:285-91.
- Bailey PJ, Sturm A, Lopez-Ramos B.** A biochemical study of the cotton pellet granuloma in the rat. Effects of dexamethasone and indomethacin. Biochem Pharmacol 1982 Apr 1;31:1213-8.
- Mossey P, Little J.** Epidemiology of oral clefts: an international perspective. In: Wyszynski D, editor. Cleft lip and palate: from origin to treatment. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 170-92.
- Nes M, Frost AL, Solvoll K, Sandstad B, Hustvedt BE, Lovo A, et al.** Accuracy of a quantitative food frequency questionnaire applied in elderly Norwegian women. Eur J Clin Nutr 1992 Nov;46: 809-21.
- Solvoll K, Lund-Larsen K, Søyland E, Sandstad B, Hustvedt B, Løvø A, et al.** A quantitative food frequency questionnaire evaluated in a group of dermatologic outpatients. Scand J Nutr 1993;37:150-5.
- Andersen LF, Tomten H, Haggarty P, Lovo A, Hustvedt BE.** Validation of energy intake estimated from a food frequency questionnaire: a doubly labelled water study. Eur J Clin Nutr 2003 Feb;57:279-84.
- Christensen K.** Methodological issues in epidemiological studies of oral clefts. In: Wyszynski D, editor. Cleft lip and palate: from origin to treatment. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 101-7.
- Rosenberg IH.** Science-based micronutrient fortification: which nutrients, how much, and how to know? Am J Clin Nutr 2005 Aug;82:279-80.

DOKTOR- AVHANDLINGER 2006/2007

JENNY-ANNE SIGSTAD LIE

Cancer risk among Norwegian nurses

Disputas 9.5.2007

Veileder: Overlege Kristina Kjørheim ved Kreftregisteret

Utgår fra Kreftregisteret/Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO
Avhandlingen kan fås ved henvendelse til www.med.uio.no/forskning

BERIT JOHANNESSEN

Hvorfor velger sykepleiere å tilby alternativ behandling?

Disputas 14.10.2006

Veileder: Professor i folkløstikk Torunn Selberg, UiB
Utgår fra Historisk Filosofisk Fakultet, UiB
Avhandlingen er tilgjengelig på bora.uib.no/

BERIT SÆTREN

Kampen for livet i vemodets slør. Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet

Disputas 17.11.2006

Veileder: Professor Unni Lindström og Dagfinn Nåden

Utgår fra Åbo Akademi, Samhølls- og vårdvetenskapliga fakulteten
Avhandlingen er tilgjengelig på <https://oa.doria.fi>

Tips oss!

Disputerer du eller vet du om noen som gjør det eller nylig har gjort det? Send inn opplysningene til susanne.dietrichson@sykepleien.no

NYCOMED

Nycoplus Omega-3 ACDE

nycoplus®

fås kun på apoteket



ALTERNATIVET TIL FLYTENDE TRAN

Nycoplus Omega-3 ACDE er det eneste omega-3-produktet på markedet med antioksidanten vitamin C, i tillegg til de "vanlige tranvitaminene" A, D og E.

Omega-3 er en gruppe med viktige fettsyrer som kroppen ikke produserer selv, men allikevel trenger jevnlig tilførsel av. For å få i deg tilstrekkelig omega-3 bør du spise fet fisk minimum to ganger i uken. For å sikre deg tilstrekkelig med omega-3 kan du ta det i kapselform.

Omega-3 er godt for hjertet, utviklingen av hjernen, huden, blodomløpet og kroppens ledd. Daglig tilskudd av omega-3 er derfor en enkel og sikker måte å ta vare på kroppen.

I NYCOPLUS OMEGA-3-SERIEN FINNER DU ULIKE PRODUKTER MED REN, HØYKONSENTRERT OMEGA-3 TILPASSET DINE BEHOV.



Jobber kunnskapsbasert: Operasjonssykepleier Merete E. Holst (t.h.) og Monica W. Nordtvedt, leder for Senter for Kunnskapsbasert praksis, HiB.

HVA GJØR VI MED PIERCINGEN?

Alt er klart til operasjon. Operasjonssykepleieren oppdager at pasienten har piercing flere steder på kroppen i det hun skal legges i bedøvelse. Hva gjør sykepleieren da?

📌 Tekst: Odd Letnes
Foto: Odd Letnes og Colourbox

En piercing i nesen eller over øyet kan man se og sørge for å fjerne i god tid før operasjonen. Verre er det med piercing på mindre synlige steder på kroppen. Ikke alle liker å fortelle at de har for eksempel genital piercing.

– Vi operasjonssykepleiere møter stadig oftere pasienter med piercing forskjellige steder på kroppen. Utfordringen blir: Hva skal vi gjøre med piercingen før å unngå at den kan påføre pasienten skade under operasjonen, spør fagutviklingssykepleier Merete Eugenie Holst på operasjonsavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus.

Problemet oppstår idet man tar i bruk elektriske instrumenter til å kutte blodårer under operasjonen, såkalte diatermiapparater. Da kan en piercing fungere som en antenne og føre til et elektrisk overslag, fra diatermiapparatet til piercingen, og det vil kunne påføre pasienten skade i form av

brannsår. Diatermi blir brukt ved de fleste typer operasjoner.

Dette ønsket Holst å finne ut mer om, og valgte piercing som tema for eksamen i en videreutdanning innenfor kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen. Kurset resulterte i den skriftlige oppgaven «Operasjonspasienter med piercing – skal piercing fjernes ved bruk av diatermi preoperativt?».

FÅ RETNINGSLINJER

Når det gjelder klokker, ringer og øredobber er retningslinjene klare – de skal fjernes før operasjon. Piercing er derimot et forholdsvis nytt fenomen i Norge, men har tatt seg veldig opp de siste årene. Kroppssmykkene kan plasseres nær sagt hvor som helst på kroppen og det er i mange tilfeller ikke snakk om bare en enkelt liten «plugg» i tungen.

– Min utfordring som operasjonssykepleier er hva jeg skal gjøre med piercingen, sier Holst.

– Jeg har ikke funnet noen retningslinjer eller prosedyrer for

håndtering av piercing på operasjonsavdelingen. På sykehuset generelt er det også ulik praksis. Noen avdelinger sier at piercingen skal tas av før innleggelse, mens andre avdelinger ikke har noen praksis på dette.

«Skal piercing fjernes ved bruk av diatermi?» var det spørsmålet Holst la til grunn i oppgaven. Metoden som skulle gi svar på dette, gikk via søk i forsknings- og faglitteratur.

Første utfordring var å finne de riktige problemstillingene, de riktige søkebegrepene og de mest relevante databasene. Etter en del prøving og feiling, med god hjelp fra en bibliotekar, satt hun igjen med et sett begreper som ga de treffene hun var på jakt etter.

Hun endte så opp med ni artikler fra de mest kjente databasene over medisinsk forskningslitteratur. Artikkelen peker i retning av at piercing, på lik linje med andre smykker, bør fjernes før operasjon.

– Som operasjonssykepleier har jeg et ansvar for at pasienten behandles på en slik måte at det ikke oppstår skade. Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven min funnet belegg for å mene at piercing bør fjernes før operasjon.

Holst mener videre at hun ikke kan basere sine praktiske avgjørelser på antakelser og synsing. Det er viktig å følge med på utviklingen og holde seg faglig oppdatert.

For å lære mer om piercing besøkte Holst et piercingstudio i Bergen. Studioet er medlem i Norsk Forening for profesjonelle piercere, hvor bare de mest seriøse er medlemmer.

– Under samtalen med pierceren slo det meg at her står vi, to profesjonelle yrkesutøvere med totalt forskjellig fokus på samme tema. Det var utrolig lærerikt!

KUNNSKAPSBASERT

– Du har valgt «kunnskapsbasert praksis» som overbygning for oppgaven din. Hva legger du i det?

– «Kunnskapsbasert sykepleie» er hentet fra det engelske begrepet «evidence-based nursing». Det uttrykker en holdning til faget og hvordan det bør utøves. Tidligere lærte man stort sett av praksis og prøving og feiling. Jeg tror det er viktigere å bruke den kunnskapen som har blitt skapt og systematisert gjennom forskning og utvikling.

” Skal piercing fjernes ved bruk av diatermi?

– Hva vil du gjøre med den kunnskapen du har samlet gjennom arbeidet med oppgaven din?

– Det er viktig at vi får en lik praksis ved sykehuset og i Helse Bergen omkring piercing og operasjon. Målet er at arbeidet mitt kan brukes til å utvikle et sett felles retningslinjer. Det er også behov for en fysisk veileder for sikker håndtering og fjerning av piercing, sier Holst. Hun leg-

ger til at hun nå er i gang med å sy sammen prosjektet sitt til en fagartikkel som hun tar sikte på å publisere om ikke altfor lenge.

BEVISSTGJØRING

– Praktikere som kommer inn til oss og gjennomfører videreutdanning i kunnskapsbasert praksis blir en ressurs når de kommer tilbake til arbeidsplassen, sier Monica W. Nordtvedt som er leder for Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

– Mange har jobbet lenge og lært faget sitt godt. Men samtidig er det lett å bli gående i de gamle og vante sirkelene. Gjennom studier i kunnskapsbasert praksis får man et mer bevisst forhold til hva man gjør. Kanskje ser man at noe kunne ha vært gjort annerledes, at noe ikke fungerer som det skal i forhold til dagens situasjon. – En viktig utfordring for deltakerne er å dele kunnskapen sin med andre. Derfor legger vi vekt på oppgaveskriving og foredrag og annen formidlingsaktivitet, sier Nordtvedt.

Trening med brystkreft

Forskningslitteraturen om behandling av brystkreft viser positiv effekt både på tilbakefall og overlevelse. På den andre siden påvirker behandling med hormoner, cellegift og stråler kvinnenes livskvalitet.

Hensikten med denne systematiske oversikten fra Cochrane Library var å vurdere effekten av aerobic eller styrkende trening for kvinner som får en annen form for brystkreftterapi. Forfatterne undersøkte effekten på fysisk form, utmattelse, psykososialt stress samt fysiologiske, morfologiske og biologiske endringer.

Forfatterne inkluderte randomiserte og ikke-randomiserte kontrollerte studier hvor tiltaket var aerobic og/eller styrketrening for kvinner som var under annen behandling for brystkreft.

RESULTATER

Ni studier med til sammen 452 kvinner ble tatt med. En meta-analyse med studiene som hadde målt kondisjon (207 kvinner) viste gunstig effekt for treningsgruppen (Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD) 0,66, 95 prosent konfidensintervall (KI) 0,20 til 1,12). For utmattelse (317 kvinner) var det noe bedring for gruppen som trente, men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant (SMD -0,12, 95 prosent KI -0,37 til 0,13). I to studier rapporterte forskerne at flere kvinner i gruppen som trente fikk lymfødem og skuldertendinit.

KONKLUSJON

Resultatene antyder at trening kan føre til fysisk bedring for kvinner som får annen behandling for brystkreft. Det er mulig at trening også hjelper mot utmattelse, men funnene er ikke fullt så klare for dette utfallet. Det er ikke nok forskning som kan besvare spørsmålet om trening hjelper for humørsvingninger, immunforsvar

og vektøkning. Det mangler også forskningsbasert kunnskap om hvorvidt trening er skadelig for kvinner som får behandling for brystkreft.

KILDE

Markes M, Brockow T, Resch KI. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.

Spise innen 24 timer?

Det er ingen klare grunner til å holde pasienter på «null per os» etter gastrointestinal kirurgi. Funnene i denne systematiske oversikten fra Cochrane Library støtter at pasienter kan begynne å spise tidlig. Særlig sees dette i lys av endringer i operasjonsteknikker (stadig flere inngrep gjøres via lapraskopi) som forårsaker betydelig mindre stress for pasientene.

Tidlig postoperativ ernæring etter gastrointestinal kirurgi er kontroversiell. Tradisjonelt har pasienter blitt holdt på «null per os», for så å få drikke før de går over på vanlig mat etter hvert som væsken blir tolerert. Noen studier har vist mindre insidens av sepsis og bedre sårtilheling ved tidlig ernæring, mens andre har vist det motsatte. Den umiddelbare fordelene med kaloriinntak kan være at pasientene kommer seg raskere og får færre komplikasjoner.

Forfatterne av oversikten ønsket å evaluere om tidlig ernæring per os etter gastrointestinal kirurgi sammenliknet med tradisjonell behandling (null per os i starten) er assosiert med færre komplikasjoner for pasientene. Eksempler på komplikasjoner var postoperative infeksjoner, hjerteinfarkt, trombose og pneumoni og mortalitet. Hvor lenge pasienten var på sykehus og skadelige effekter ble også vurdert. Forskerteamet tok med randomiserte, kontrollerte studier som hadde sammenliknet tidlig kaloriholdig ernæring

uavhengig av metode (drikke, sonde, spise) innen 24 timer etter operasjon med de som fikk «null per os».

RESULTATER

Tretten studier ble tatt med. Til sammen var det 1173 pasienter. Hovedvekten av studiene var publisert i tidsrommet 1995 til 1998 (tidligst 1979 og sist 2004). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når komplikasjoner ble vurdert. Men det var en klar tendens til at pasienter som fikk spise tidlig hadde færre postoperative komplikasjoner. Det var signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt dødelighet, også dette i favør av tidlig ernæring. Men forfatterne sier at den påviste forskjellen ikke nødvendigvis var assosiert med intervensjonen.

KONKLUSJON

Selv om det ikke var signifikante forskjeller så er det ingen klare grunner til å holde pasienter på «null per os» etter gastrointestinal kirurgi.

KILDE

Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.

Telefonoppfølging etter hjemreise

Pasienter kan oppleve ulike utfordringer og problemer etter hjemreise fra sykehus. Oppfølging via telefon fra helsepersonells side er en måte å følge opp pasientene på. Hensikten kan være å utveksle informasjon, gi helseopplysning, håndtere ulike symptomer, oppdage komplikasjoner eller gi støtte til pasienter etter hjemreise. Telefonkontakt er praktisk mulig og pasienter setter pris på det, men det er uklart hvilken effekt telefonoppfølging gir på problemer som kan oppstå etter hjemreise.

Forfatterne av denne systematiske oversikten fra Cochrane Library tok med 33 randomiserte eller kvasi-randomiserte studier med til sammen 5110 pasienter. Studiene var fra USA, Canada, Nederland, Storbritannia, Saudi-Arabia og Australia og var publisert i tidsrommet 1986 til 2004. Pasientgruppene var i følgende kategorier: kirurgi (16), hjerte/kar (12), akuttmedisin (5), kreft (4), barn (3), nevrologi (2), øye (1), diabetes (1), generell medisin (1) og blanding (1). Telefonoppfølging foregikk i løpet av første måned etter utskriving og utfall (blant annet: psykososial helse, fysisk helse, kunnskap og sosial funksjon, reinnleggelse og kostnader) ble målt i løpet av tre måneder. Den metodiske kvaliteten på inkluderte studier var generelt lav og resultatene må derfor tolkes med stor forsiktighet.

RESULTATER

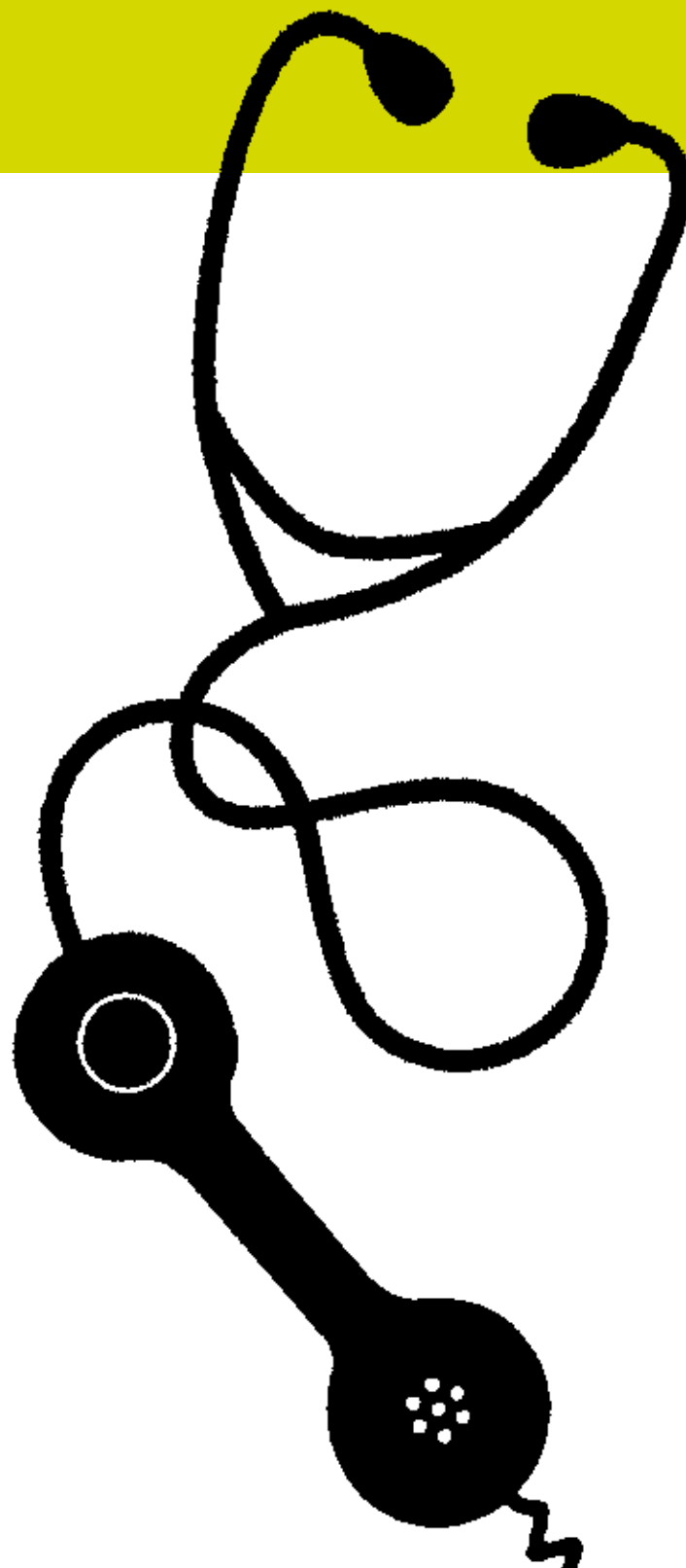
I tolv studier konkluderte forskerne med at det ikke var statistiske forskjeller mellom gruppen som fikk telefonoppfølging sammenliknet med kontrollgruppen. I 21 studier fant forskerne tydelige forskjeller mellom gruppene som fikk eller ikke fikk telefonoppfølging. Det var likevel stor variasjon mellom studiene og det ble ikke trukket entydige konklusjoner når resultatene fra flere studier ble slått sammen. Ingen studier rapporterte negative eller skadelige effekter av telefonoppfølging. Det var ikke entydig om telefonoppfølging ga mer fornøyde pasienter eller mindre engstelse. Det var heller ikke klart om tiltaket hadde effekt på fysisk helse, smerte eller aktivitet, selv om noen få enkeltstudier viste forskjell. Bare to av åtte studier fant at telefonkontakt førte til færre reinnleggelser.

KONKLUSJON

Selv om noen enkeltstudier fant at telefonoppfølging hadde positiv effekt på noen utfall, var hovedfunnet at det ikke var forskjell mellom gruppene som fikk telefonoppfølging og de som ikke fikk det. Det kan ikke konkluderes med at telefonoppfølging er et effektivt tiltak.

KILDE:

Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.



Illustrasjon: Malvin

Cochrane Library

Cochrane Library er en database med systematiske oversikter og annen forskning om effekter av virkemidler i helsetjenesten.

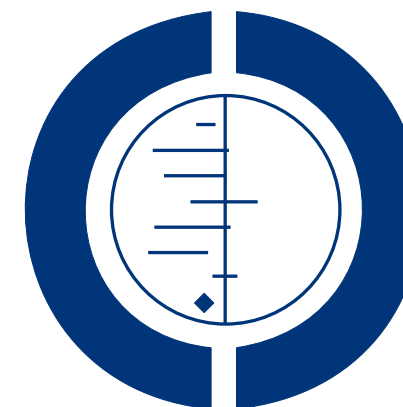
Les mer om Cochrane Library:
<http://www.cochrane.no>

Finn Cochrane Library:
<http://www.helsebiblioteket.no>

EN GRUPPE SOM PASSER FOR DEG?

- Cochrane childhood cancer group
- Cochrane epilepsy group
- Cochrane dementia and cognitive improvement group
- Cochrane breast cancer group
- Cochrane injuries group
- Cochrane pregnancy and childbirth group
- Cochrane stroke group
- Cochrane neonatal group
- Cochrane pain, palliative and supportive care group
- Cochrane schizofrenia group

Dette er bare et lite utvalg – det finnes 41 grupper til.



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**



Våre lesere går i dybden

Når du har en annonse, vil du at de riktige menneskene skal finne den. Men det er ikke nok. Du vil at de skal være grundige, søkende. De skal se annonsen din. De skal høre hva den sier. De skal huske den.

Og hvis det var opp til deg, tok de til og med vare på budskapet ditt. Satt det inn i bokhylla og tok det frem igjen. Og igjen.

Sykepleien Forskning er for lesere som ønsker å gå i dybden. Med tidløst innhold som forskningseresultater, internasjonale fagartikler og aktuelle problemstillinger får sykepleiere en unik mulighet til å holde seg oppdatert innenfor fagområdet sitt.

I tillegg er formatet lite og praktisk. Det gjør Sykepleien Forskning til en lett tilgjengelig kunnskapskilde - som er verdt å samle på.

sykepleien forskning

Sykepleien Forskning kommer ut 4 ganger i året og er et 68-siders bilag til Sykepleien (184.000 lesere)
Kontakt Ingunn Roald på telefon 22 04 33 70 eller på ingunn.roald@sykepleien.no

NYTT OG NYTTIG

126: Å VURDERE KUNNSKAP

130: FRI TILGANG TIL FORSKNING



Å VURDERE KUNNSKAP

– For deg som vil lese forskning kritisk

Tekst: Liv Merete Reinar

Skal vi utvikle sykepleiefaget, må vi stille gode spørsmål og på en effektiv måte lete etter informasjon som kan hjelpe oss å besvare spørsmålene. Hva som er gode spørsmål og hvordan vi finner forskningsbasert informasjon var emnene i to foregående artikler i denne serien (1;2).

En tredje viktig forutsetning for en mer kunnskapsbasert praksis er å kunne vurdere den informasjonen vi finner på en kritisk og konstruktiv måte. Dette er et omfattende emne og kan her kun presentere et grovt forenklet rammeverk eller verktøy. Hvis du vil lære mer om kritisk vurdering av forskningsbasert informasjon finnes det mye litteratur, både på norsk og engelsk (3-6).

> HVA SLAGS INFORMASJON?

Avhengig av spørsmålet vi stilte i utgangspunktet vil vi lete etter ulike typer informasjon, ofte i form av artikler. Helst ønsker vi å finne en systematisk oversikt som oppsummerer all tilgjengelig forskning som kan belyse et bestemt spørsmål. Retningslinjer for praksis er en annen form for oppsummert kunnskap. Disse behandler ofte flere spørsmål samtidig; for eksempel hvordan forebygge, diagnostisere og behandle urinveisinfeksjoner. Retningslinjer bør helst være basert på systematiske oversikter, men ofte er de ikke det og da kan det være vanskelig å vurdere kunnskapsgrunnlaget. Hvis vi ikke finner systematiske oversikter eller retningslinjer basert på slike, kan det være aktuelt å lete etter ulike typer undersøkelser. Dersom spørsmålet handler om effekt av forebygging eller behandling trenger du randomiserte, kontrollerte studier. Dersom du har spørsmål om pasienters opplevelser vil du trenge kvalitative studier.

> STARTHJELP

Det er umulig å vurdere en artikkel der formålet er uklart. Studien må angi et formål som a) er klart formulert, b) du forstår og c) er relevant og viktig for deg. Hvis ikke disse vilkårene er oppfylt, bærer det rett i papirkurven.

Hvis du forstår hva artikkelen handler om og synes det er et viktig tema, kan du gå videre og lese med et kritisk blikk. Kritisk vurdering innebærer å avgjøre:

- Om budskapet i artikkelen er sant
- Hva budskapet er
- Om du vil la deg påvirke av det

Nedenfor vil vi gjennomgå enkelte typer av undersøkelser og gi deg noen redskaper som gjør det mulig å avgjøre troverdighet, effektstørrelse og nytteverdi. Vi har også laget en slags ABC for hvordan du enkelt kan bedømme en artikkel.

> TABELL 1

Grovt og enkelt: hvordan bedømme en artikkel?

Er temaet viktig for deg i din praksis, på din avdeling, i din kommune? Er dette et folkehelseproblem? Ser det spennende ut?

Introduksjonen

Ga den en god bakgrunn for undersøkelsen? Inneholder innledningen et presist formulert formål?

Metode

Gir valg av design håp om at forfatterne vil greie å belyse sin egen problemstilling? Gir utvalgsstørrelsen håp om at forfatterne kan avgi et svar med rimelig presisjon? Er pasientene og deres tilstand adekvat beskrevet og karakterisert? Er det viktige utfall som er målt?

Resultater

Forstår du hva resultatene er? Er feilmargen (konfidensintervall) gitt for hovedresultatet?

Diskusjon og konklusjon

Er diskusjonen interessant (i forhold til formålet)? Trekket det noen konklusjoner (eller er det helt tannløst)? Er det hold i data for de konklusjonene forfatterne trekker? Er graden av spekulasjon rimelig? Er budskapet klart?

Litteraturlisten

Virker den oppdatert og relevant?

Andre forhold

Ble de etiske aspekter vel håndtert (inkludert informert samtykke, etisk komité)? Er det gjort rede for interessekonflikter? Stilen teller! Er språket godt?

> SYSTEMATISKE OVERSIKTER, ANDRE OVERSIKTSARTIKLER

En systematisk oversikt er en studie hvor forfatterne har lett i «hele verden» for å finne alle studier som vurderer samme spørsmål. Ordet systematisk innebærer at forfatterne har gått ryddig og systematisk til verks og at de viser måten de har gått fram på. En «vanlig» oversiktsartikkel (review) gjør ofte ikke rede for hvordan man har funnet fram til de undersøkelsene som er inkludert. Da er det vanskeligere å vite om de var grundige nok i sine søk etter relevant dokumentasjon.

En slik studie kan leses kritisk ved å stille følgende spørsmål:

1. Er det gitt et presist formål for oversikten? Og er det dette du trenger?
2. Har forfatterne lett grundig etter relevante studier? Kilder og søkestrategi må være oppgitt og la seg bedømme
3. Samsvarer inklusjonskriteriene med formålet? Har forfatterne tatt med og utelatt studier i henhold til fokus for oversikten?
4. Har forfatterne vurdert studienes metodiske kvalitet? Og har de gjort det på en systematisk måte som er klart beskrevet?
5. Er resultatene konsistente fra studie til studie? Stor grad av variasjon betyr varsomhet i konklusjonen

> RANDOMISERTE STUDIER

En randomisert, kontrollert studie er den mest pålitelige måten å gå fram på for å avgjøre effekten av et tiltak. Det viktigste spørsmålet når du skal kritisk vurdere en slik studie er om deltakerne ble fordelt tilfeldig til tiltak (intervensjon) eller kontrollgruppe. Tilfeldig fordeling får vi (i prinsippet) ved å slå mynt og kron (i praksis ved hjelp av et dataprogram). Dette kalles randomisering. Randomisering er viktig av en eneste grunn: to grupper som skal sammenliknes bør være så like som mulig med hensyn til alt som kan påvirke utfallet som måles i studien. Randomisering er en veldig effektiv måte å få like grupper på.

Hvis man studerer effekten av et smertestillende middel, er det uheldig om alle med sterke smerter kommer i den ene gruppen og alle med moderate smerter i den andre. Vi ønsker en blanding av smertegrader i de to gruppene, og vi ønsker om lag like mange kvinner og menn, unge og gamle, om lag samme diagnosefordeling osv. Det vil si at vi ønsker at gruppene skal være like med hensyn til det vi fra før vet kan påvirke utfallet (prognostiske faktorer eller forvekslingsfaktorer). Det snedige med randomisering er at gruppene blir like også med hensyn til de faktorer vi må regne med kan påvirke utfallet, men som vi ikke kjenner til.

Et annet viktig spørsmål er om randomiseringen var skjult. Det betyr at de som utførte forsøket, ikke vis-

ste hvilken behandling den neste pasienten skulle få. Hvis du vet at neste pasient skal få aktiv behandling er det lett, bevisst eller ubevisst, å sende de som ser dårligst ut av gårde til den gruppen. Det er som regel lett å avgjøre om et forsøk var randomisert, fordi det framgår av tittelen eller sammendraget. Det er ofte vanskeligere å avgjøre om randomiseringen var korrekt gjennomført. Det engelske uttrykket «concealed random allocation» dekker det vi ønsker oss. En hyppig brukt gjennomføringsmåte er at de som skal fordele pasienten til intervensjon eller kontroll ringer opp en sentral randomiseringstelefon der et dataprogram gir beskjed om gruppetilhørigheten. Mindre gode metoder er fordeling etter prinsippet «annen hver», ved hjelp av fødselsdatoer eller via journalnummer (det kan være fristende å ikke helt holde seg til skjemaet). De siste kalles ofte kvasi-randomisering.

Et neste sjekkpunkt for et randomisert forsøk, er å se etter om forfatterne har gjort rede for alle pasientene som ble med i forsøket og om de er analysert i den gruppen de opprinnelig ble fordelt til. Om personer som faller fra underveis vet vi ingen ting. Deres utfall kan derfor potensielt forandre undersøkelsens konklusjon. Hvis frafallet er stort (en mulig grense for «stort» er mer enn 20 prosent frafall), er det grunn til å bli skeptisk.

Hvis du kan svare ja på alle spørsmålene nedenfor, har du fått tak i en virkelig god undersøkelse. Hva med studier der vi dels kan svare ja, men dels må svare nei? Det finnes ikke noe standard svar og du må bruke din egen vurderingssevne. Vi kan se på konsekvensene. Hvis det er mye som står på spill (for eksempel liv og død) er det viktig at pasienter får del i en sannsynlig behandlingseffekt. Ofte vil det hjelpe å se resultatene i sammenheng med andre undersøkelser av samme tiltak (se ovenfor om systematiske oversikter).

Randomiserte studier kan leses kritisk ved å stille følgende spørsmål:

1. Er formålet med studien klart formulert? Er en randomisert studie et velegnet design for å svare på spørsmålet?
2. Ble utvalget fordelt til tiltaks- og kontrollgruppe ved hjelp av en tilfordsstillende randomiseringsprosedyre?
3. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som skulle evalueres?
4. Ble deltakere, behandlere og utfallsmåler blindet med henhold til gruppetilhørighet? Det er ikke alltid mulig å blinde deltaker eller den som gir tiltaket, men det er nesten alltid mulig å blinde utfallsmåler.
5. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?
6. Er tiltaket fornuftig? Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet (vurder dose, varighet)? Er tiltaket akseptabelt for brukerne?

7. Ble utfallet målt med pålitelige målemetoder?
8. Hva forteller resultatene? Hvor presise var de?
9. Er forfatterens konklusjoner i tråd med resultatene?
10. Kan resultatene overføres til praksis?

> KOHORTE- OG KASUSKONTROLL STUDIER

Når vi ønsker kunnskap om sykdomsårsaker, mulig skade av en behandling eller prognose, må vi kunne vurdere det som gjerne kalles observasjonelle studier. Som regel dreier det seg om kohortestudier, kaususkontroll studier og av og til beskrivelse av enkeltpasienter eller pasientserier. En kohortestudie (kohort = gruppe) følger en gruppe mennesker over tid, for eksempel friske mennesker, og observerer eksempelvis hvem som blir syke. Forskeren forsøker å vurdere karakteristika ved dem som blir syke, det kan være om det er overvekt av menn eller røykere. Det er innlysende at de friske og syke godt kan være forskjellige på andre måter enn at der er en overvekt av røykere blant de syke. Forskerne må derfor prøve å tenke på andre faktorer og «kontrollere» for disse (forvekslingsfaktorer). Den norske mor og barnundersøkelsen ved Folkehelseinstituttet eller den amerikanske «The Nurses' Health Study» er eksempler på kohortestudier.

I kaususkontroll studier undersøkes personer som allerede har fått en tilstand eller sykdom og en gruppe personer som er friske. Forskerne sammenlikner ved å gå bakover i tid og se hvor mange syke og friske som har vært eksponert for en mulig sykdomsfremkallende faktor. Det er viktig at «tilfellene» er lik «kontrollene» med hensyn til alle andre forhold som kan påvirke sykdomsutviklingen (for eksempel kjønn, alder og andre lidelser). Det er ofte vanskelig å vite om forskerne har vurdert alt «det andre» det er rimelig å ta høyde for.

Observasjonsstudier kan leses kritisk ved blant annet å stille følgende spørsmål:

1. Var gruppene som sammenliknes like? I kohortestudier må det justeres i design eller analyse for all annen viktig eksponering enn den som er undersøkt. I kaususkontroll studien må de syke og de friske være helt like med hensyn til andre viktige sykdomsårsaker.
2. Ble eksponering og utfallene målt på samme (pålitelige) måte?
3. Var oppfølgingen tilstrekkelig lang og komplett? Personer i en kohortestudie som faller fra kan ha en helt annen risiko for sykdom enn dem som blir igjen i en studie.
4. Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i studiens design og analyse?

5. Sammenfaller resultatene fra denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?

> KVALITATIVE STUDIER

Kvalitative studier er blant annet nyttige for å dokumentere pasienters opplevelser av å være syke eller deres erfaringer med helsetjenesten. Det er en pågående debatt blant kvalitative forskere om nytten av sjekklister i kvalitativ forskning. Men det er enighet om at de må brukes med forsiktighet. Et argument er at kvalitativ forskning i stor grad er avhengig av forskerens skjønn og ikke av standardiserte metoder.

Journal of Advanced Nursing hadde nylig en artikkel som diskuterer kritisk vurdering av en fenomenologisk studie (7). Sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ forskning er stadig i utvikling. De har ikke vært brukt så lenge som sjekklister for kvantitativ forskning. Det finnes mer og mer litteratur på området (5;6;8;9).

Grovt sett kan vi anføre at en god kvalitativ studie kjennetegnes ved at den:

- Er basert på klar og konsis protokoll som er testet i en pilotstudie
- Er godkjent av etisk komité
- Er basert på et tilfredsstillende rammeverk
- Har brukt eksplisitte metoder for å identifisere feilkilder ved innhenting av informasjon.

Når du vurderer en slik studie, må du først stille spørsmålet om det var hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode for å besvare akkurat dette spørsmålet eller denne problemstillingen. Finner du at det har noe for seg, kan du gå videre og sjekke studien opp mot for eksempel disse kriteriene:

1. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble foretatt?
2. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?
3. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
4. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
5. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?
6. Kommer det klart fram hva som var hovedfunnene i studien?

> OPPSUMMERING

På noen få sider har vi gitt et riss av masse metodekunnskap. Det er ikke meningen at du etter å lest dette, på en enkel og pålitelig måte skal kunne vurdere gyldigheten av all forskningsbasert informasjon. Se på det heller

som en introduksjon, og en invitasjon til å lese mer eller til å gå på kurs. Alle trenger tid til fordypning og trening – gjerne sammen med andre – før man blir rimelig god til å kvalitetsvurdere forskning. Men vi håper likevel at det står igjen et inntrykk av at det er mulig. Du trenger ikke å være forsker med doktorgrad for å bli mer kritisk til dokumentasjon og artikler du kommer over.

Denne artikkelen bygger blant annet på tidligere publisert artikkel (10).

REFERANSER

1. **Reinar L.** Det starter med et spørsmål. Sykepleien Forskning 2006;1:62-4.
2. **Reinar L.** Å lete etter svar. Sykepleien Forskning 2007;2:58-61.
3. **Jamtvedt G, Hagen K, Bjørndal A.** Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003.
4. **Bjørndal A, Flottorp S, Kaye JA.** Medisinsk kunnskapshåndtering. Oslo: Gyldendal akademisk; 2000.
5. **DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D.** Evidence-Based Nursing. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005.
6. **Greenhalgh T.** How to read a paper. Third ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2006.
7. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. Journal of Advanced Nursing 2006;55:215-29.
8. **Malterud K.** Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet 2001 Aug 11;358:483-8.
9. **Malterud K.** The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001 Aug 4;358:397-400.
10. **Reinar L, Bjørndal A.** Å vurdere kunnskap. Tidsskrift for jordmødre 1999;(4):15-8.

FRI TILGANG TIL FORSKNING

Du har kanskje opplevd å finne interessante fagartikler på internett, for så å oppdage at du ikke får lese hele artikkelen? Selv om du kanskje kan lese en del tidsskrifter via biblioteket ved arbeidsplassen, kan det likevel være mange du ikke har tilgang til i fulltekst. For å sikre fri tilgang til offentlig finansiert forskning i Norge etablerer Helsebiblioteket nå det åpne publiseringsarkivet HeRA.

Tekst: **Sigrun Espelien Aasen og Hans Petter Fosseng, Helsebiblioteket**

HeRA, Helsebibliotekets Research Archive, er et åpent institusjonelt publiseringsarkiv (Institutional Repository). Slike publiseringsarkiv er nettbaserte databaser som blant annet kan inneholde tidsskriftsartikler, serier og gradsarbeider. Helsebiblioteket gir fra før norsk helsepersonell tilgang til over 1 800 tidsskrifter i fulltekst, flere databaser og andre nyttige ressurser via nettstedet www.helsebiblioteket.no.

> RETTIGHETER TIL FORSKNINGEN

I et åpent publiseringsarkiv lagres dokumentene i et format og en form som gjør at de sikres langtidslagring og kan høstes av nasjonale og internasjonale søkemotorer. Forskningsresultater fra en institusjon kan dermed gjøres fritt tilgjengelig på internett. Resultatet blir økt synlighet for enkeltforskerne og forskningsmiljøene, samt profilering av institusjonene som står bak. Grunntanken er at de som finansierer og utfører forskningen, selv må sørge for å beholde rettighetene til egen forskning. Slik kan utvekslingen av ny forskning og kunnskap fremmes bedre enn hva tilfellet er via tradisjonelle og ofte kostbare kanaler i dag.

> TILBUD TIL HELSEPERSONELL

I Helsebibliotekets åpne publiseringsarkiv HeRA kan norsk helsepersonell publisere sitt eget materiale. Forutsetningen er tillatelse fra utgiverne til å egenarkivere og parallellpublisere materialet, for eksempel en fagfelleverdert artikkel publisert i et tidsskrift. Alle ansatte i helseforetakene og offentlig helseforvaltning vil ha fri tilgang til å egenarkivere i HeRA.

Hver institusjon vil kunne dokumentere egen forskning gjennom dette arkivet og bibliotekene vil stå sentralt med tanke på innsamling og registrering av materiale. Den viktigste jobben for bibliotekansatte i denne sammenhengen vil være å fortelle alle som publiserer at de har klare fordeler av å beholde retten til egenarkivering i et publiseringsarkiv som HeRA.

> RETT TIL EGENARKIVERING

En forfatter som har fått antatt en artikkel i et fagtidsskrift, får fremlagt en kontrakt. Standardkontrakter gir ofte utgiver alle rettigheter til artikkelen, men forfatteren kan levere inn en alternativ kontrakt i stedet. Rundt 80–90 prosent av tidsskriftene godtar forfatterens rett til å egenarkivere siste versjon av artikkelen de oversender utgiver, etter at den har vært gjennom fagfellevurderinger og revideringer (1). Hvis forfatteren ønsker å egenarkivere artikkelen akkurat slik tidsskriftet publiserer den, må han innhente særskilt tillatelse fra utgiver.

Nettstedet www.sherpa.ac.uk/romeo.php er en nyttig ressurs for å finne ut hvilken praksis det enkelte tidsskriftet følger i forhold til opphavsrett og selvarkivering. Bibliotekene vil også kunne veilede med tanke på bruk av alternative kontrakter.

> IDEEN OM FRI TILGANG

Helsebiblioteket har som hovedmål å gi helsepersonell gratis tilgang til nyttig og pålitelig informasjon på internett. Den enkelte institusjons økonomi skal ikke begrense helsepersonells tilgang til ny kunnskap. Det internasjonale begrepet Open Access (fri tilgang) er derfor helt i tråd med Helsebibliotekets mål. Det innebærer rett til å lese, laste ned, kopiere, distribuere, skrive ut, søke og lenke til dokumenter i fulltekst. Forfatteren bak en Open Access-artikkel har kontroll over artikkelen, skal krediteres som opphavsmann og bli korrekt sitert (2).

Det finnes en rekke Open Access-tidsskrifter, hvor forfattere eller institusjoner kan betale for å publisere en artikkel. I 2004 tegnet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en nasjonal avtale med BioMed Central, slik at norske forskere kunne publisere fritt i disse tidsskriftene. Avtalen gikk ut 1. april 2007 på grunn av for høye kostnader (3). Prisøkningen skyldes at flere norske forskere enn forventet valgte å publisere i disse tidsskriftene i 2006.

I tillegg praktiserer enkelte tradisjonelle, kommersielle tidsskrifter en delvis Open Access-linje, for eksem-

pel ved at forfatteren eller institusjonen kan «frikjøpe» artikkelen. Andre tidsskrifter opererer med forsinket Open Access, som betyr at de frigir artikler på et fast tidspunkt etter utgivelse, ofte etter ett til to år.

> NORSKE PUBLISERINGSARKIV

Helsepersonell tilknyttet universitetene har allerede tilgang til åpne publiseringsarkiv. Ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet er det åpne institusjonelle publiseringsarkivet kalt DIVA (www.diva-portal.org/ntnu), ved Universitetet i Bergen BORA (<http://bora.uib.no>), ved Universitetet i Oslo DUO (www.duo.uio.no) og ved Universitetet i Tromsø MUNIN (www.ub.uit.no/munin). I tillegg er også høgskolene kommet på banen. Enkelte høgskoler som Høgskolen i Bergen har lansert publiseringsarkiver, mens andre har gått sammen om Brage, en løsning driftet av BIBSYS.

For at du enklere skal kunne finne fram i den vitenskapelige informasjonen i de norske institusjonelle arkivene, finnes søketjenesten NORA (www.ub.uio.no/nora). NORA er en enhetlig inngang til de tolv publiseringsarkivene som i skrivende stund er med i samarbeidet,

hvor du kan søke i alle arkiv samtidig. NORA er en del av satsningen Norsk digitalt bibliotek, og små og store publiseringsarkiv skal ha lik mulighet til synliggjøre sin forskning gjennom løsningen (4). NORA er også et samarbeid med universitetenes FRIDA og FORSKDOK, systemer ansatte bruker til rapportering av forskningsdokumentasjon.

REFERANSER:

1. **Jacobs, N. (red.)** Open access: key strategic, technical and economic aspects. Oxford, Chandos, 2006.
2. **Budapest Open Access Initiative.** Budapest: BOAI, 14.02.2002. [nettdokument, sitert 23.04.2007] Tilgjengelig fra: www.soros.org/openaccess/read.shtml
3. **Tjensvoll, K.** Ingen ny avtale med BioMed Central for 2007. Oslo: Helsebiblioteket 14.03.2007. [nettdokument, sitert 23.04.2007] Tilgjengelig fra: www.helsebiblioteket.no/helsebiblioteket/nyheter/ingen_ny_avtale_med_biomed_central_for_2007_69561
4. **Jakobsson, A.** NORA [22.06.2005]. [nettdokument, sitert 23.04.2007]: Tilgjengelig fra: www.norskdigitalbibliotek.no/archives/000168.html

LEDERUTDANNING FOR HELSEPERSONELL

Ønsker du nye utfordringer og formell lederkompetanse?

Studet passer for deg som har, eller som ønsker ansvar på ledernivå innen helsesektoren. Nettstudier gir deg fleksibilitet slik at du kan kombinere studiene med jobb og familie. Gjennomføringen er en kombinasjon av samlinger, selvstudium og veiledning via Internett.

Grunnstudiet – Ferdigheter i helseledelse, 30 studiepoeng
Emner: Helseledelse, organisasjon og ledelse, personalledelse, økonomistyring, prosjektarbeid i ledelse

Ferdypningsstudiet – Helsetjenestens rammebetingelser, 30 studiepoeng
Emner: Helserett, helsepolitikk og organisasjon, økonomistyring og helseøkonomi, profesjonspsykologi

Årsenhet i helseledelse
Grunnstudiet og Ferdypningsstudiet er hver for seg offentlig godkjent med 30 studiepoeng. De to programmene utgjør til sammen en årsenhet (tidl. grunnfag) på 60 studiepoeng.

Etter fullført årsenhet kan du gjennomføre Bachelorprogrammet Leadership in action. Kombinert med 90 frie studiepoeng fra helsesektoren, oppnår du graden Bachelor of Management med ferdypning i helseledelse.

Søknadsbehandlingen starter 1. mai.
Rullerende opptak frem til studiestart august 2007.

For mer informasjon, se www.bi.no/helseledelse
Kontakt Unn Graff på helseledelse@bi.no eller på telefon 46 41 00 34/20

BI NETTSTUDIER

TYNGDEN DU TRENGER

LESERNE MENER

> FORSKNING PÅ HOMØOPATI

Takk for et nytt Sykepleien Forskning. Jeg ble i går ringt opp av en kollega ved Diakonhjemmet Høgskole som bad meg lese artikkelen om evidensbasert forskning på CAM ved menopause. Så langt faller CAM dårlig ut i metastudier og RCT tilnærming.

Selv er jeg med i et internasjonalt forskningsnettverk innen forskning på homøopati. Det blir i disse dager utgitt en oversettelse til norsk fra en internasjonal uke som setter fokus på kvinners helse. I Norge er det tyngde på barn og kvinner som oppsøker homøopater MNHL, men menn kommer nå etter.

Jeg ønsker på sikt å komme inn i Sykepleien Forskning på seriøs forskning innen CAM eller integrativ medisin. Vi skal hjelpe syke mennesker og har en dyp etisk forpliktelse til å hjelpe hverandre med å fremme egen helse med den medisin som er minst skadevirkende og har regenerative potensialer i seg.

Lykke til i det videre arbeid. Sykepleiestudenter har stor nytte av å lese tidsskriftet. De ser at noe positivt skjer innen forskning i sykepleie og overfor og med våre pasienter.

Mvh. Kari Skrautvol, Førstelektor, cand.polit, RN, NHLHom. Avdeling SU, Høgskolen i Oslo.

> MANGLENDE AKADEMISKE FERDIGHETER

Studentene gir uttrykk for store utfordringer ved å lese forskningslitteratur. De skal ikke kaste seg ut i dette på egenhånd. Mange bachelordstudenter i sykepleie mangler grunnleggende akademiske ferdigheter.

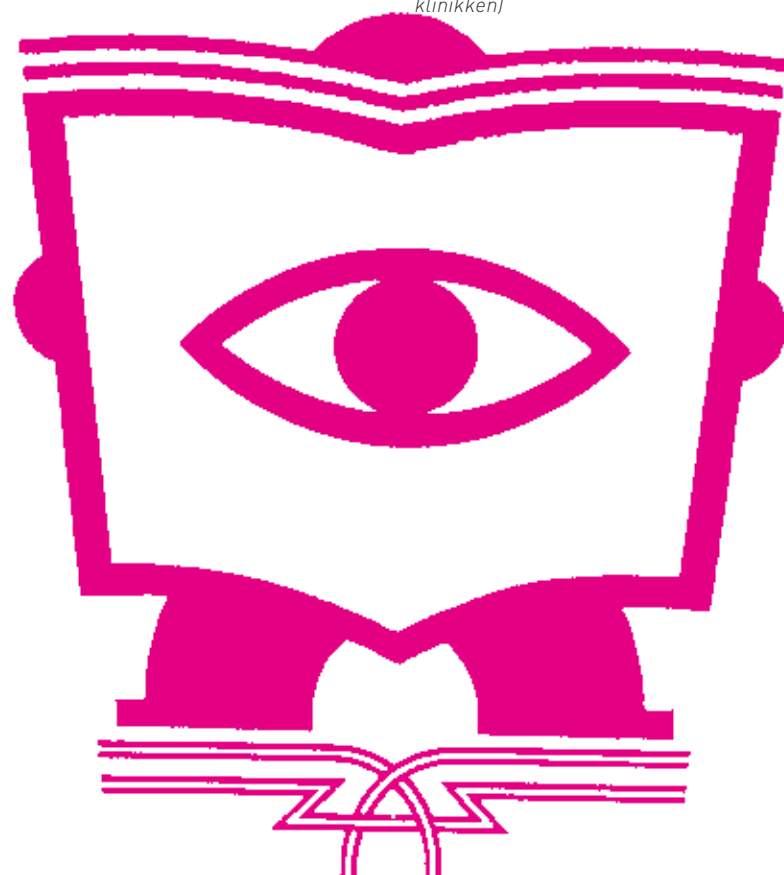
Hva vil det si at ting lever, spør Aristoteles. Forskjellen på et trestykke og et levende tre er at trestykket bare kan forandre seg når det blir utsatt for ytre påvirkning, mens det levende treet er i stand til selv å igangsette endingsprosesser.

Bachelorstudiet bør inneholde ex.phil/fak. Hvis de skal ha noen glede av utdanningen, må de lære seg tenknin- gens historie, argumentasjon, filosofi, vitenskapsteori og etikk. At språket er fremmed sier noe om nivået. Vitenskapspråket er universelt. Språklæren, deriblant latin, er en viktig del av forståelsen av studiet.

Jeg har vært initiativtaker til bladet forskning, og har ved egen erfaring opplevd distansen mange har til akademiseringen av faget. Jeg tror redsel og uvitenhet er noe av årsaken. Mistilliten kan overvinnes med ny kunnskap.

I mellomtiden er det viktig å senke nivået på bladet med grunnleggende artikler innimellom tyngre fagstoff. Vitenskap for praksis betyr at forskeren er verktøyet.

Hilsen Tove S Magnussen (langtidsutdannet og erfaren i klinikken)



HVA VET DU . . . OM FOLSYRE, LEPPE-GANESPALTER OG KASUSKONTROLLSTUDIER?

Kryss av for hvert riktige svar.

Løsningen finner du på www.sykepleien.no.

Du finner blant annet mer om disse emnene i artiklene på side xxx og xxx.

1. Hvor mange barn fødes hvert år i Norge med nevralførdefekter?

- 2/1000 (cirka 120 per år)
 1/1000 (cirka 60 per år)
 1/2000 (30 per år)

2. Folsyretilskudd kan forebygge ryggmargsbrokk og leppespalter med og uten ganespalte. Hvilken styrke må folsyretilskuddet ha for å være effektivt?

- 2 milligram/daglig
 6 milligram/daglig
 4 milligram/daglig

3. Hva er anbefalingene i forbindelse med svangerskap?

- Kosttilskudd, vitaminer og folsyre hver dag i hele svangerskapet
 Daglig tilskudd av folsyre én måned før befruktning og i de tre første månedene av svangerskapet
 Spise masse brokkoli, gulrøtter og grovt brød

4. I en kasus-kontrollstudie

- Sammenlikner forskerne grupper av mennesker ved å gå bakover i tid og se hvor mange syke og friske som har vært eksponert for en mulig sykdomsfremkal-

lende faktor. Studien inkluderer individer (kasus) med ett utfall og individer i en passende kontrollgruppe som ikke har dette utfallet.

- Følger forskerne en gruppe mennesker over tid, for eksempel friske mennesker, og observerer eksempelvis hvem som blir syke
 Blir kasus-gruppen tilfeldig fordelt til to grupper

5. Forvekslingsfaktorer eller confundere er

- Avvik, skjevheter eller usannheter i resultatene
 En variabel som skaper tilsynelatende sammenheng eller skjuler en sann sammenheng mellom en eksposisjon og et utfall
 En beskrivelse av et enkeltstående tilfelle eller beskrivelse av en rekke kasus

6. Bruk av folsyretilskudd etter gjeldende anbefalinger kan redusere forekomsten av misdannelser med

- 10 prosent
 70 prosent
 50 prosent

Med hjertet i forskningen

» Pasientopplevd resultat er Lars Mathisens hovedanliggende i et forskningsprosjekt der 120 hjerteopererte er intervjuet om helse og livskvalitet.

LARS MATHISEN

f. 1957

Utdanning: Sykepleier med videreutdanning i anestesisykepleie, master of science, for tiden doktorgradskandidat ved Universitetet i Oslo

Arbeidssted: Seksjons-oversykepleier ved Thoraxkirurgisk sengepost og intermediearenhet, Rikshospitalet

Aktuell med: Publikasjoner om hjertekirurgi, helse og livskvalitet.



Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Stig Weston

– Det er pasientens opplevelse av sykdom og behandling som er kjernen i sykepleiefaget og dermed også mitt hovedfokus. Dette er etter min mening et av de viktige perspektivene sykepleiere som forskere har å bidra med: Hva opplever pasienten som helsegevinst av behandlingen? Hvordan opplever pasienten behandlingsforløpet? Blir pasientens behov ivarettatt?

TVERRFAGLIGHET

Mathisen fremhever de positive effektene av at forskere arbeider i tverrfaglige team:

– Pasientperspektivet er ikke unikt for sykepleiere, både i forskning og i pasientbehandling arbeider jeg side om side med andre yrkesgrupper som er sterkt involvert i pasientens opplevelse. Men det er likevel naturlig at sykepleiere tar faglig ansvar for å holde fokus på pasientperspektivet gjennom vitenskap og praksis. Gode team har medlemmer som utfyller hverandre, – i dette forskningsprosjektet har mellom åtte og ti faggrupper samarbeidet

om evaluering av ny kirurgisk behandling. På den måten blir flere perspektiver ivarettatt og det er viktig. Det er til beste for pasienten samtidig som det er positivt for sykepleiefagets utvikling, understreker Mathisen.

– De fleste by-pass-operasjoner i Norge blir gjort mens pasienten er koblet til en hjerte- og lungemaskin, kan Mathisen fortelle.

– På den måten kan kirurgen se i et hjerte som ikke slår

” Når vi forsker i klinikken blir veien fra teori til praksis kortere.

og dermed ha god kontroll. Men det å være koblet til en hjerte- og lungemaskin påvirker kroppen på flere måter, blant annet kan hjernen være utsatt for mikrobobler, partikler og ødem. Det har vært behov for å utvikle mer kunnskap om sammenhengen mellom slike påkjenninger og pasientopplevd resultat.

UTEN HJERTE- OG LUNGE-MASKIN

Det er ikke alltid den dyreste metoden som er den beste. I fattigere deler av verden er hjerteoperasjoner foretatt med mindre avansert teknologi. Dette førte til at land i Sør-Amerika ble foregangsland for nyere kirurgisk behandling.

– Erfaringer fra operasjoner utført i Sør-Amerika viste at det var fullt mulig, og med godt resultat, å gjøre by-pass-operasjoner uten å koble pasientene til hjerte- og lungemaskin. I utgangspunktet rett og slett fordi man i disse landene ikke hadde økonomi til å ta i bruk så dyre hjelpemidler, forteller Mathisen.

– Dermed gikk man i gang med å teste ut denne måten å operere på i Europa og Nord-Amerika også. I Norge har en stor, tverrfaglig studie ved Rikshospitalet sammenlignet resultatene av de to måtene å utføre koronar kirurgi på; med og uten hjerte- og lungemaskin. Søkvalitet på koronararteriene, hjerte- og hjernefunksjon er målt med ulike teknikker, blant annet er det gjort ultralydundersøkelse av hjernesirkulasjonen mens operasjonen pågår.

I sitt doktorgradsarbeid studerer Mathisen pasientperspektivet i sammenlikningen av operasjonsmetodene, og han ser også på sammenhengene over tid mellom pasientrapportert helse og mål for hjerte- og hjernefunksjon.

” Det er faktisk fullt mulig å operere i hjertet mens det banker.

– Jo mer vi vet om hva som påvirker pasientenes opplevelse av hjertekirurgi, jo bedre blir vi i stand til å informere dem før viktige valg skal tas, og til å støtte og ta i bruk deres egne ressurser underveis i pasientforløpet.

MED HJERTEBANK

– Det er faktisk fullt mulig å operere i hjertet mens det banker, Mathisen viser med hendene hvordan kirurgen kan stabilisere et område på det bankende hjertet for å kunne sy.

– Undersøkelsen ble gjennomført ved at 120 pasienter som hadde gjennomgått hjerteopera-

sjon, med eller uten hjerte- og lungemaskin, ble intervjuet i fire omganger: Rett før operasjonen ble gjennomført, tre måneder etter, seks måneder etter og tolv måneder etter operasjonen.

– Erfaringen tilsier at vi fanger opp de viktige endringene i pasientens situasjon i løpet av disse tolv månedene, poengterer han.

– Resultatet av undersøkelsen har vist at pasientene får godt kirurgisk resultat og sammenlignbar helsegevinst enten de opereres med eller uten å være tilkoblet hjerte- og lungemaskin.

Lignende studier i Europa og Nord-Amerika har konkludert med mye av det samme og underbygger dermed resultatene av Mathisen og kollegaenes forskning. Det ser for tiden ut til at valget mellom de to operasjonsmetodene må tas individuelt på bakgrunn av flere faktorer, slik som omfanget av koronarsykdom, kirurgens erfaring, og pasientens øvrige sykdomsbelastning.

FORSKNING I SYKEHUS

Mathisen tok sin mastergrad i sykepleievitenskap i California.

– I begynnelsen av 90-tallet

var det ikke mulig å ta en klinisk rettet mastergrad hjemme i Norge. Jeg var deretter heldig og fikk arbeid ved et sykehus som etterspurte denne kompetansen, forteller han. Mathisen er i dag seksjonsoversykepleier samtidig som han arbeider med å fullføre sin doktorgrad, og er svært positiv til kombinasjonen forskning og klinisk hovedstilling.

– Det er viktig at forskningen drives fram fra sykehusmiljøene også, mener Mathisen.

– Og det krever støtte i sykehuseiers resultatkrav og budsjettprosess. Hittil har høyskoler, universiteter og forskningsavdelinger rapportert forskningsvolumet i norsk sykepleiermiljø, og det kan være et mål å oppnå noe større balanse. Kanskje bør universitetsavdelinger rekruttere sykepleiere fra alle tre utdanningsnivåer, bachelor-, master- og doktorgradsnivået, i denne prosessen. Når vi forsker i klinikken blir veien fra teori til praksis kortere, i tillegg er det viktig at utøvende sykepleiere er rollemodeller innenfor både kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse.