

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2012 nr. 5

Kunnskapsbasert sykepleie ved Crohns sykdom

**- samarbeidsprosjekt hvor sykepleierstudentene
og personalet er gitt kunnskaper og ferdigheter**

Randi Slåsletten, Anne Vigdis Granbu, Gunn Haugstulen,
Linda Bergestuen, Vibeke Lunde Moen



Høgskolen i Gjøvik
2012

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-99-3

**Kunnskapsbasert sykepleie ved Crohns sykdom.
Samarbeidsprosjekt hvor sykepleierstudentene og
personalet er gitt kunnskaper og ferdigheter.**

Forfattere:

Randi Slåsletten, Avdeling for helse, omsorg og
sykepleie, Seksjon for sykepleie, Høgskolen i Gjøvik

Anne Vigdis Granbu, Kirurgisk sengepost,
Sykehuset Innlandet HF Lillehammer

Gunn Haugstulen, Medisinsk poliklinikk, Undersøkelses-
enheten, Sykehuset Innlandet HF Lillehammer

Linda Bergestuen, Kirurgisk sengepost,
Sykehuset Innlandet HF Lillehammer

Vibeke Lunde Moen, Kirurgisk sengepost,
Sykehuset Innlandet HF Lillehammer



Samarbeidsprosjekt



Sykehuset Innlandet HF

Lillehammer

August 2012

Sammendrag

Tittel:	Kunnskapsbasert sykepleie ved Crohns sykdom. Samarbeidsprosjekt hvor sykepleierstudentene og personalet er gitt kunnskaper og ferdigheter.
Nr/Dato:	Nr. Dato:
Forfattere:	Randi Slåsletten, Anne Vigdis Granbu, Gunn Haugstulen, Linda Bergestuen og Vibeke Lunde Moen.
Veileder:	Marie-Louise Hall-Lord, professor, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, Høgskolen i Gjøvik.
Oppdragsgiver:	Høgskolen i Gjøvik.
Kontaktperson:	Randi Slåsletten, e-mail: randi.slaasletten@hig.no
Nøkkelord:	Samarbeidsprosjekt, kunnskapsbasert sykepleie, behandlingsplan Crohns sykdom, evaluering.
Antall sider:	108 sider.
Antall vedlegg:	11 vedlegg.
Tilgjengelighet:	Rapporten er tilgjengelig elektronisk: www.hig.no , biblioteket.
Abstrakt:	<p>Problemstilling: Hvordan gi best mulig sykepleie til pasienter med Crohns sykdom innlagt i sykehus?</p> <p>Metode: Samarbeidsprosjektet ble gjennomført for sykepleierstudenter Høgskolen i Gjøvik og ansatte på Sykehuset Innlandet HF Lillehammer. Trinnene i kunnskapsbasert praksis, evalueringsskjemaer og intervjuer ble benyttet.</p> <p>Resultat: En kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan ved Crohns sykdom og et undervisningsopplegg i å arbeide kunnskapsbasert er utviklet. Sykepleierstudentene og ansatte er gitt kunnskaper og ferdigheter i å finne den beste forskningsbaserte kunnskap, samt at samarbeidet mellom dem er styrket.</p>

Summary

Title: Evidence-based nursing in Crohn`s disease. Cooperation-project where nursing students and staff are given knowledge and skills.

No/Date No Date:

Author(s): Randi Slåsletten, Anne Vigdis Granbu, Gunn Haugstulen, Linda Bergestuen and Vibeke Lunde Moen.

Supervisor(s): Marie Louise Hall-Lord, professor, Department of Health, Care and Nursing, Gjøvik University College.

Employer: Gjøvik University College.

Contact person(s): Randi Slåsletten, e-mail: randi.slaasletten@hig.no

Key words: Cooperation-project, evidence-based nursing, treatment plan Crohn`s disease, evaluation.

Pages: 108 pages.

Attachments: 11 attachments.

Abstract: Issue: How to provide the best possible nursing care to patients with Crohn`s disease admitted in hospital?
Method: The cooperation-project was conducted for nursing students Gjøvik University College and staff at Sykehuset Innlandet HF Lillehammer. The steps in evidence-based practice, evaluation forms and interviews were used.
Results: A knowledge-based treatment plan recommended by Crohn`s disease and a lesson in working based on knowledge developed. Nusing students and staff are given knowledge and skills to find the best research-based knowledge, and that cooperation between them is strengthened.

Forord

Høgskolelektor Randi Slåsletten HIG har vært prosjektleder for samarbeidsprosjektet, hovedansvarlig for prosjektrapporten og bidratt ved presentasjon av samarbeidsprosjektet for ungdomsgruppen LMF, Hafjell. Fagsykepleier Anne Vigdis Granbu har vært assisterende prosjektleder, hatt medansvar for veiledende behandlingsplan, bidratt ved presentasjon av samarbeidsprosjektet for ungdomsgruppen LMF, Hafjell og presentasjon på Fag- og forskningsdagene 2012, Lillestrøm. Fagsykepleier Gunn Haugstulen, sykepleier Linda Bergestuen og sykepleier Vibeke Lunde Moen har hatt medansvar for veiledende behandlingsplan og bidratt ved presentasjon Fag- og forskningsdagene 2012, Lillestrøm. Alle har hatt medansvar for prosjektrapporten.

En stor takk til Høgskolen i Gjøvik for finansiell støtte og professor Marie Louise Hall-Lord for god veiledning. Videre takk til Ann-Karin Norman bibliotekar SIL og Tone Haugom prosjektleder for undervisning i KBP, Avdeling for kunnskapsstøtte SIHF, Hilde Skøien rådgiver i Avdeling for kunnskapsstøtte SIL, Helene Bøsterud bibliotekar SIHF, Helene Sundmoen Bjerkestrand konst. fagleder EDS, Avdeling for kunnskapsstøtte, Stab Helse SIHF, Mari Grimsrud avdelingsleder kirurgisk sengepost SIL og Bjørnhild Johanne Flittie avdelingsleder medisinsk undersøkelsesenheter SIL, samt alle sykepleierstudentene og ansatte for deres bidrag i forbindelse med gjennomføringen av samarbeidsprosjektet.

Innholdsoversikt

Ordforklaringer	8
1.0 Introduksjon	9
2.0 Bakgrunn	12
2.1 Kunnskaper og kompetanse.....	12
2.2 Kunnskapsbasert sykepleie.....	13
2.3 Undervisning, veiledning, refleksjon og evaluering.....	16
3.0 Metode	23
3.1 Organisering, rammer og gjennomføring.....	23
3.2 Refleksjon over praksis.....	25
3.3 Formulere gode spørsmål.....	26
3.4 Finne forskningsbasert kunnskap.....	27
3.5 Kritisk vurdere kunnskapen.....	28
3.6 Anvendelse av forskningsbasert kunnskap.....	29
3.7 Evaluering av undervisningen og veiledningen i å arbeide kunnskapsbasert og læringsutbyttet for studenter og ansatte.....	30
3.8 Bearbeiding av evalueringene og gruppeintervjuene.....	33
3.9 Etikk.....	35
4.0 Resultater	36
4.1 Resultater av funn i artiklene på bakgrunnsspørsmålene, samt hovedspørsmålet, og presentert i form av en veiledende behandlingsplan.....	36
4.2 Resultater av funn fra evalueringene av kunnskapsbasert praksis for studenter og ansatte.....	48
4.2 Resultater av gruppeintervjuene med medlemmene i prosjektgruppen.....	54
5.0 Diskusjon	58
5.1 Resultater.....	58
5.2 Metoder.....	63
6.0 Konklusjon og veien videre	68
Referanser	69
Vedlegg 1 Rolle og ansvar.....	80
« 2 Handlingsplan for høsten 2010 og våren 2011.....	81
« 3 Program for undervisning ansatte og studenter 18. og 25.08.10.....	83
« 4 Program for undervisning studenter 01.11.10.....	84
« 5 Program for undervisning ansatte 03, 10. og 17.11.10.....	85
« 6 Resultat av litteratursøk i databaser.....	86

«	7	Evaluering av kunnskapsbasert praksis for studenter.....	89
«	8	Evaluering av kunnskapsbasert praksis for ansatte.....	92
«	9	Veiledende behandlingsplan: VBP Crohns sykdom – sykepleie.....	95
«	10	Referanseliste: VBP Crohns sykdom – sykepleie.....	99
«	11	Metoderapport VBP: Crohns sykdom – sykepleie.....	103

Ordforklaringer

Arthritis rheumatoides	- Leddgikt
Cholelithiasis	- Gallestein
CD	- Crohn`s disease – Crohns sykdom
Fatigue	- Kronisk tretthet
Gastrointestinal	- Noe som har med magen og tarmene å gjøre
Granulomatøs	- Sykdom med mange granulomer, spesielt lymfgranulomatose
HIG	- Høgskolen i Gjøvik
Hemicolectomi	- Operativ fjerning av høyre eller venstre del av tykktarmen
IBD	- Inflammatorisk tarmsykdom
Inflammasjon	- Betennelse
KBP	- Kunnskapsbasert praksis
LMF	- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
Megacolon	- Abnorm utvidelse av tykktarmen
Obstruksjon	- Tilstopping, hindring
Perianal	- Rundt endetarmsåpningen
Peritonitt	- Bukhinnebetennelse
Post partum	- De første 24 timene etter fødselen, brukes særlig om morens tilstand
Pouch	- Liten sekk, lomme
Remisjon	- Bedring av sykdom, ofte av forbigående natur
SI, SIHF	- Sykehuset Innlandet HF
SIL	- Sykehuset Innlandet HF Lillehammer
Segmental	- Naturlig avgrenset del av et organ
Spondylitis	- Betennelse i en eller flere virvler i ryggraden
Steatorè	- Fettdiarè
Stenose	- Lokalisert forsnevring av et hulorgan eller et kar som følge av svulst, betennelse, arr
Striktur	- Forsnevring
Trimester	- Periode på tre måneder
Tromboembolisme	- Tilstand med blodpropp
Vulva	- De ytre kvinnelige kjønnsorganene (Nylenna 2004)

1.0 Introduksjon

Crohns sykdom (CD) ble valgt som tema til samarbeidsprosjektet, fordi denne pasientgruppen har mange ønsker og behov sykepleien kan gjøre noe med. Hyppigheten er økende, og insidensen i Norge er ca. 7 per 100 000 per år (Dybdahl og Jones 2010). Crohns sykdom er en kronisk lidelse med usikker etiologi, og preget av transmural betennelse i mage-tarmkanalen. CD kan involvere hele gastrointestinaltraktus fra munnen til det perianale området (Peppercorn 2009). Pasientene er plaget av magesmerter, diarè, overdreven væske-sekresjon, nedsatt absorpsjon, feber, kvalme, vekttap, fatigue og nedsatt allmenntilstand (Huprich m.fl. 2005; Crohn`s and Colitis Foundation of America 2008; Peppercorn 2009). Ekstraintestinale manifestasjoner er vanlig, og kan omfatte symptomer fra ryggraden, galleblære, øyne, hud, skjelett og urinveier (Huprich m.fl. 2005; Heppel 2005; Peppercorn 2009). CD kan føre til at pasientene i perioder må arbeide i redusert stilling eller være sykmeldte. Sykdommen kan påvirke pasientenes fysiske muligheter, personlige og sosiale forhold, karriere og livskvalitet (Brian m.fl. 2005).

Prosjektet, ”Kunnskapsbasert sykepleie ved Crohns sykdom. Samarbeidsprosjekt hvor sykepleierstudentene og personalet er gitt kunnskaper og ferdigheter,” er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet HF Lillehammer (SIL) og Høgskolen i Gjøvik (HIG). Gjennom samhandling mellom praksisfelt og sykepleierutdanning, skal prosjektet vise hvordan etablering av og arbeid i grupper kan bidra til utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis i sykehus innenfor området sykepleie ved Crohns sykdom.

Etter flere vurderinger ble hovedspørsmålet:

Hvordan gi best mulig sykepleie til pasienter med Crohns sykdom innlagt i sykehus?

For å få svar på hovedspørsmålet ble vitenskapelige artikler med kunnskap fra forskning, erfaring og pasienter med Crohns sykdom benyttet. Artikkene vil kunne si noe om hva og hvordan sykepleien bør gis til denne pasientgruppen.

Hovedideen i samarbeidsprosjektet er: gjennom å etablere og arbeide i grupper kan prosjektet bidra til å utvikle sykepleien innenfor Crohns sykdom gjennom å arbeide etter prinsippene for kunnskapsbasert praksis (KBP). Gruppene bestod av 25 ansatte fra kirurgisk sengepost, en

ansatt fra medisinsk poliklinikk SIL, 12 studenter og en lærer fra HIG. To studentgrupper i praktiske studier på kirurgisk sengepost fra 2. og 3. studieår fra bachelorutdanningen i sykepleie ved HIG (kull 08 HBSPLH og 09 HBSPLH) ble involvert i prosjektet. Samarbeidsprosjektet ble gjennomført i løpet av et år, fra august 2010 til juni 2011.

Hensikten med prosjektet er konkretisert i fire hovedområder:

- Gi sykepleierstudentene og personalet kunnskaper og ferdigheter i å finne den beste forskningsbaserte kunnskap i forhold til sykepleie ved Crohns sykdom.
- Utarbeide forslag til en kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan i forhold til sykepleie ved Crohns sykdom.
- Forbedre undervisningen og veiledningen i å arbeide kunnskapsbasert.
- Styrke samarbeidet mellom høgsolen og praksisstedene.

Rapporten har som hensikt å beskrive og summere opp resultatene fra prosjektperioden i forhold til hensikten. I rapporten brukes personalet/ansatte om sykepleiere og hjelpepleiere i avdelingen. Sykepleierstudenter vil også bli omtalt som studenter. Crohns sykdom og forkortelsen CD vil bli brukt om hverandre, samt kunnskapsbasert praksis, kunnskapsbasert sykepleie og KBP.

Rapportens oppbygging

I neste kapittel presenteres rapportens *teoretiske bakgrunn* som var utgangspunkt for samarbeidsprosjektet da det startet opp høsten 2010.

I *metodekapitlet* presenteres organisering, rammer og gjennomføring av prosjektet. Trinnene i å arbeide kunnskapsbasert og undervisningen beskrives. Det ble benyttet to evalueringsskjemaer, et til studenter og et til ansatte. Hva evalueringsskjemaene bygger på og hva de består av, redegjøres. Dette gjelder også intervjuet som ble anvendt til fire medlemmer i prosjektgruppen. Bearbeidingen av evalueringene og intervjuene klargjøres. Til slutt presenteres etikk knyttet til samarbeidsprosjektet.

Kapitlet om *resultater* består av tre hoveddeler. I første del er hovedfokuset de svar som er funnet fra artiklene på bakgrunnsspørsmålene og hovedspørsmålet, blant annet i form av forslag til kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan ved Crohns sykdom. I andre del

presenteres resultatene fra evalueringsskjema om undervisningen og læringsutbytte av å arbeide kunnskapsbasert fra sykepleierstudenter og ansatte fra kirurgisk sengepost. Tredje del omhandler resultatene fra intervjuene om læringsutbyttet av kunnskapsbasert praksis fra medlemmer i prosjektgruppen.

Diskusjonsdelen omfatter diskusjon over resultater og metoder. Til slutt i rapporten redegjøres det for konklusjon og veien videre.

2.0 Bakgrunn

2.1 Kunnskaper og kompetanse

Kunnskaper og kompetanse beskrives ofte som viktige forutsetninger for utvikling av framgang (Lauvås og Handal 2000). Kompetanse defineres som helheten av kunnskaper, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner, og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål. Temaet er nærmere belyst i Meld. St. 13 (Kunnskapsdepartementet 2011-2012, s. 11). I følge Rammeplan for sykepleierutdanning (2008), er handlingskompetanse knyttet til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at yrkesutøveren skal kunne fungere selvstendig. Handlingsberedskap er knyttet til områder der utdanningen bidrar til at nyutdannede sykepleiere har kunnskaper om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring til å kunne handle selvstendig (s. 5).

Tilegnelsen av kunnskap er en aktiv oppdagelsesprosess. Å lære er å oppdage. Ny kunnskap blir relatert til og brukt med referanse til det en vet fra før. Denne referanserammen gir mening til og organiserer erfaring utover den informasjon som tilhører den enkeltstående situasjonen (Bruner 1997, s. 17). En vanlig inndeling av kunnskap er i teoretisk kunnskap eller påstandskunnskap, praktisk kunnskap eller ferdighetskunnskap og erfaringskunnskap eller fortrolighetskunnskap. Den personlige kunnskap er en ytterligere kunnskapsform og omfatter den unike kunnskap som individet har med sin personlighet (Jakobsen og Lauvås 2001).

I rammeplan for sykepleierutdanning (2008) står det at studentene skal utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt for menneskets integritet og rettigheter og ivareta brukernes autonomi og rett til medbestemmelse. Studentene skal oppøve evne til å stille spørsmål som utvikler kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Evnen til tverrfaglig samarbeid skal styrkes. Under 2.2 mål står det at studentene skal kunne lese forskningsrapporter og nyttiggjøre seg forskningsresultater i yrkesutøvelsen. Dessuten skal de begrunne sine handlinger overfor brukere, andre yrkesutøvere og overfor arbeidsgivere ut fra et vitenskapsteoretisk og forskningsmetodisk syn. Studentene skal kunne dokumentere eget arbeid, utføre prosjektarbeid og evaluere eget arbeid (s. 3).

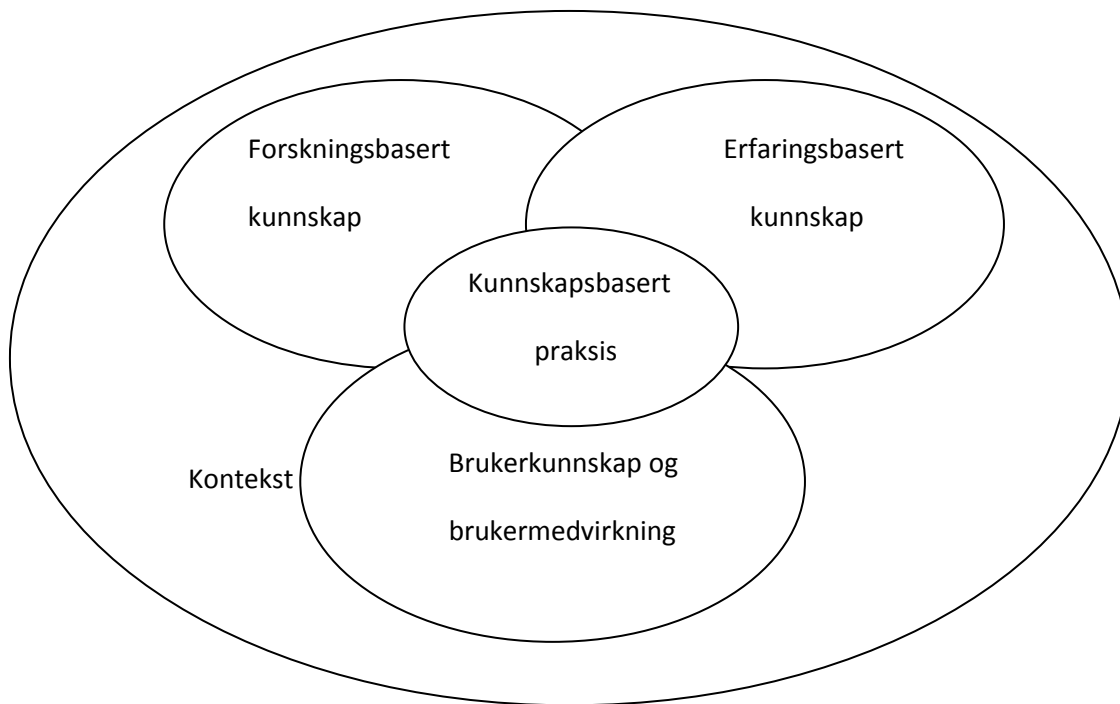
Lisbeth Normann (2011), tidligere forbundsleder i NSF, hevder at forventninger fra pasienter og nye behandlingsmuligheter må møtes med høy faglig kvalitet. Det dreier seg om å sikre

sammenheng mellom utdanning og pasientens behov til enhver tid. Arbeidet med å sikre og videreutvikle gode læringsmiljøer vil stå sentralt i årene framover. Det må legges til rette for et samspill om utdanning og forskning mellom klinikk og academia slik at faglige utfordringer møtes. Vi må møte endring og gjennomføre fornying – samtidig som vår kjernekompetanse står støtt. Hun understreker at studentene må skjønne hvorfor de har bruk for å lære om forskning (Normann 2011).

Spesielle interesseområder innenfor omsorg og delaktighet i utviklings- og forskningsarbeid, kan bidra til en positiv innstilling til forskning innenfor omsorg og til en økt grad av forskningsanvendelse. For å øke anvendelsen av forskningsresultater i praksis må sykepleierne bli bevisst sitt eget ansvar som hver og en har for å gi en god omsorg på vitenskapelig grunn. Flere sykepleiere med høyere akademisk utdannelse trengs som inspiratorer og ledere i det daglige arbeidet, og som ledere i sykepleierutdanningen. Samarbeid mellom akademisk utdanning og praksis trengs for å stimulere og ivareta studenters og sykepleieres interesse for og delaktighet i utviklings- og forskningsarbeid innenfor omsorg (Björkström 2005, s. 66). For å fremme sykepleiernes forskningsanvendelse trengs organisatorisk innsats, støtte og engasjement fra sjefer og ledere, samt utvikling og utvelgelse av modeller for å støtte tilpasningen av forskningsresultat og utvikling mot evidensbasert sykepleie (Kajermo 2004). Studien til Kerstin Nilsson Kajermo (2004) viser at det finnes hindringer for sykepleiernes forskningsanvendelse, og at det er et komplekst problemområde.

2.2 Kunnskapsbasert sykepleie

«Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt m.fl. 2008, s. 15). Modellen nedenfor ble derfor sentral i prosjektet.



Etter modell for kunnskapsbasert praksis hentet fra Nortvedt m.fl. 2008, s. 14.

Kunnskapsbasert sykepleie er en oversettelse av evidence based nursing. Ordet «evidens» stammer fra latin «evidentia» som betyr klarhet, tydelighet og visshet (Nortvedt m.fl. 2008). Kunnskapsbasert praksis består av tre deler (se figuren ovenfor). Forskning er «kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap». Dette temaet er nærmere belyst i St.meld. nr. 20 (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). I Norges offentlige utredninger, nr. 1, «God forskning - bedre helse» viser Helse og omsorgsdepartementet (2005) til grunnforskning og anvendt forskning. Grunnforskning observerer fenomener eller fakta uten sikte på spesiell bruk, mens anvendt forskning er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. Kunnskap fra forskning kan blant annet forklare fenomener og årsaksforhold, beskrive forekomst av en tilstand, gi økt forståelse for enkelt pasienters opplevelser og erfaringer, anslå effekter av tiltak eller gi oss nye hypoteser eller begreper (Nortvedt m.fl. 2008). Katie Erikssons inndeling av sykepleieforskning skiller mellom fire nivåer av sykepleieforskning, nemlig metateoretisk, teoretisk, teknisk og praktisk kunnskap (Eriksson 1986). Forskning knyttet til de to øverste nivåene kan sammenlignes med grunnforskning. I kunnskapsbasert praksis er fokuset anvendt forskning rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. Dette er kunnskap som kan være en veiviser for valg i praksis- og pasientnære situasjoner, og i utøvelsen av praktisk og klinisk sykepleie (Nortvedt m.fl. 2008).

Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som erverves gjennom å praktisere faget, og utvikles gjennom refleksjon der praktikere lærer av egen og andres erfaring (Higgs, Jones og Edwards 2004). Denne kunnskapen omfatter blant annet klinisk blikk, taus kunnskap, skjønn, intuisjon eller klinisk ekspertise (Nortvedt m.fl. 2008). Taus kunnskap er kunnskap som en av logiske grunner ikke kan formulere fullstendig i språklig form (Johannessen 1999). Taus kunnskap inneholder kunnskaper som er tilegnet gjennom øvelse, og som får sitt uttrykk gjennom den sikkerheten en utviser i omgang med de fenomenene som kunnskapene gjelder, for eksempel i ”blikk” for visse sammenhenger. Denne kategorien taus kunnskap unndrar seg formulering i form av regler, lover og metoder. Men den kan i prinsippet utforskes og artikuleres av andre. Gjennom erfaring utvikles evne til å se likheter mellom ulike situasjoner som på mange måter kan framstå som forskjellige (Johannessen 1999). Taus kunnskap kan neppe overføres, for eksempel i form av undervisning. Den kan bare læres gjennom praksis. Tilknytning til et praksisfellesskap der slik kunnskap anvendes og utvikles, er nødvendig. En trenger tilgang til å observere, få hjelp av og bli evaluert av kyndige personer (Lauvås, Lycke og Handal 2004). Ansattes evne til å skape gode møter med pasienten er viktig, slik at de kan finne, vurdere og bruke sin erfaring i møte med den individuelle pasienten (Nortvedt m.fl. 2008).

I Norges offentlig utredninger, nr. 3 «Fra stykkevis til helt» viser Helse- og omsorgsdepartementet (2005) at brukerkunnskap handler om at pasientens syn skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger om dem skal fattes. Pasienten representerer en kunnskapsressurs for personalet i vurderingen av hvilke helsehjelp som skal ytes. De ansattes rolle er å legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med pasienten. Pasienten skal inviteres til å bidra med sin kunnskap og sine erfaringer i valg av tiltak. I enkelte tilfeller ønsker ikke pasienten, eller er ikke i stand til, å involveres i beslutninger. I andre tilfeller er pasienten godt informert og forventer ytterligere informasjon fra helsepersonalet (Nortvedt m.fl. 2008). Anita Strøm (2010) identifiserer i sin doktoravhandling tre ulike typer erfarne brukere, kalt «Bare-erfaren bruker», «Avansert-erfaren bruker» og «Profesjonell-erfaren bruker». Profesjonell-erfarne brukere deltar ofte i diskusjon, forhandling og beslutninger med fagfolk. Deres medisinske kunnskaper kan være inngående på et begrenset område. De har sterk tilknytning til brukerorganisasjonen, som gir tyngde til deres brukersynspunkt ved at de representerer mange brukere. Profesjonell-erfarne brukere kan ha «generalisert» erfaringskunnskap og vitenskapelig kunnskap.

Med kontekst menes det miljøet eller den settingen der kunnskapsbasert praksis skal settes ut i livet (Kitson, Harvey og McCormack 1998). Kontekst omfatter kultur, ressurser, forståelsesramme, etiske forhold og politikk. Utøverens erfaringsbaserte kunnskap preges av hvor vi har arbeidet og hva slags pasienter og kollegaer vi har hatt. For å integrere alle disse kunnskapsformene kreves evne til empati og kommunikasjon, samt forståelse for konteksten dette foregår i (Nortvedt m.fl. 2008).

Trinnene i kunnskapsbasert praksis er: 1) Refleksjon over egen praksis, 2) Formulere et godt spørsmål, 3) Finne forskningsbasert kunnskap, 4) Kritisk vurdere kunnskapen, 5) Integre gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens preferanser, og overføre dette til praksis, 6) Evaluere egen praksis (Nortvedt m.fl. 2008, s. 16).

2.3. Undervisning, veiledning, refleksjon og evaluering

Undervisning

I følge Erling Lars Dale (1999) forstås undervisning som et sosialt organisert system for målrettet læring (s. 35).

«Det er hørt! Men har jeg lært det?»

Jeg har gjort det! Jeg har lært det!» (Repstad og Tallaksen 2006, s. 29).

Informasjon og kunnskapsoverføring er nødvendig i en læreprosess. Kunnskapene skal internaliseres og gjøres til egne ved å prøve ut, gjøre og erfare. Både informasjon, kunnskapsoverføring og aktive arbeidsmåter er nødvendig (Repstad og Tallaksen 2006, s. 75). Didaktikken tar opp spørsmål om hva, hvorfor og hvordan det skal undervises om temaet (Repstad og Tallaksen 2006, s. 35).

Med læringsmål forstår en det en konkret skal kunne når arbeidsperioden er avsluttet (Repstad og Tallaksen 2006, s. 43). Ved indre motivasjon er det selve aktiviteten eller det naturlige resultatet av aktiviteten som motiverer (Rørvik 1994, s. 134). Den som liker arbeidet eller gleder seg over selve resultatet, er indre motivert. Indre motivasjon skaper trivsel og gir bedre læringsresultat. En kan påvirke indre motivasjon blant annet ved å legge oppgaven på et nivå

som personen kan klare, måten personen forklarer resultatet på, at læreren kan stoffet, viser engasjement og gjør stoffet meningsfullt (Rørvik, 1994). Å gi konstruktiv kommentar og oppmuntring er viktig. Kommentaren må peke saklig og konkret på det som er feil og mangler. En kommentar kan også inneholde spørsmål og råd. Å vite hvordan en oppmuntrer, er kunsten ved å lære fra seg (Repstad og Tallaksen 2006).

Det finnes flere metoder for å lære. Forelesning kjennetegnes ved muntlig overføring av kunnskap. En kan bruke tavle eller PC til å samle viktige punkter i lærestoffet. Studenter og personalet er lyttende og kan være aktive med spørsmål og svar. På denne måten blir studenter og personalet mer deltakende. Ved gruppearbeid skal studentene løse en oppgitt oppgave og sammen presentere resultatet. Gruppemedlemmene er aktive og samarbeidende. Lærer er faglig ansvarlig, praktisk tilrettelegger, veileder, observatør og evaluerer resultatet. Gruppene kan være av ulik størrelse og sammensatt på ulike måter. I gruppearbeid er det mulig å gi både felles og individuell vurdering (Repstad og Tallaksen 2006).

Samarbeidslæring er gruppearbeid med lik og jevnbyrdig deltakelse, individuelt ansvar, positiv felles avhengighet, sosiale ferdigheter og gruppeprosesser. Ved lagarbeid lærer alle noe, men ikke nødvendigvis like mye (Repstad og Tallaksen 2006, s. 56-57).

«Et prosjekt er en oppgave som det arbeides med over en periode. Arbeidet tar utgangspunkt i et problem som skal løses, eller et fenomen som skal undersøkes, og resultatet er ikke gitt på forhånd. Et prosjekt kan gjennomføres sammen med andre i gruppe eller som et individuelt arbeid» (Repstad og Tallaksen 2006, s. 75). Prosjektorienteringen i pedagogikken er knyttet til at en skal kvalifisere seg gjennom å arbeide med virkeligheten, slik at det ved siden av læringen også utvikles et forslag til forbedring av virkeligheten. Deltakerne bør stå mest mulig fritt i valg av emne fordi stor valgfrihet sikrer best mulig motivasjon. I et prosjekt er det behov for en formell prosjektorganisering og en styringsgruppe. Styringsgruppen skal legge forholdene til rette for prosjektarbeidet, ta beslutninger, samtidig som den avgjør alle praktiske spørsmål som melder seg i prosjektperioden. Styringsgruppens ansvar og myndighet skal formuleres skriftlig, og klare mål og framdriftsplan for prosjektet skal utarbeides. For prosjektleder blir det viktig å være veileder for deltakerne, og oppfatte de behov for læring og hjelp som deltakerne uttrykker (Thyness 1982).

Å lære ved å se (mesterlære) er en metode hvor studenter ser, lærer og øver. Studentene er iakttagende og aktive, det samme gjelder lærer. I framlegg og foredrag framfører studentene

muntlig resultatet av arbeidet. Studentene er aktive, og lærer igangsetter og evaluerer. En oppnår størst læringsutbytte av å undervise andre, ved å gjøre ting selv, ved å diskutere og demonstrere. Varierte undervisningsformer treffer oftest flere (Repstad og Tallaksen 2006, s. 75.).

Veiledning

Veiledning defineres som en pedagogisk og relasjonell prosess med oppdagelse, læring, vekst og utvikling som mål, og der den lærende er i fokus. Veiledningens hovedform er dialog (Tveiten 2003, s. 24). Et kjennetegn ved veiledning er at den i liten grad går ut på å formidle et bestemt budskap. Veiledning er i større grad rettet inn mot å bistå individers lærings- og utviklingsprosess. Veiledning skiller seg klart fra andre former for undervisning i det at formidlingsaspektet ikke er så sentralt. Enhver veiledning inngår i en sosial, kulturell og historisk ramme som vil prege veiledningen (Tveiten 2003).

Veilederen må lage en trygg ramme rundt veiledningssituasjonen som preges av tillit og tiltro. De som veiledes må våge å bevege seg inn i det ukjente gjennom en aktiv prosess. Veiledning er ikke bare en samtale om noe. Det må legges til rette for å føle og være i det som er (May 1993). Veilederen må også fokusere på å ivareta de affektive prosesser ved å legge til rette for å fokusere på følelser, verdier og holdninger. Det må alltid legges til rette for samtale om de affektive prosessene i ettertid. I veiledning er ikke privatlivet relevant, fokuset er personen som yrkesutøver eller kommende yrkesutøver (Tveiten 2003).

Veiledning kan foregå i en-til-en eller en-til-få-forhold. I veiledning er det viktig å møte den som veiledes der denne er, at veilederen er «vår» for uttrykk, respekterer den som veiledes og tror på hennes ressurser og mestringsmuligheter. Det er viktig at den som veiledes selv skal oppdage og finne veien, samt ha en aktiv rolle i forhold til egen læring og utvikling (Tveiten 2003). Det er nødvendig at de som mottar veiledning, er kjent med hva veiledningen innebærer og settes i stand til å bli veiledet eller blir «veiledbare» (Cutcliffe, Butterworth og Proctor 2001). Den som veiledes kan trenge informasjon eller undervisning for å bli «veiledbar». Den som veiledes gir av og til uttrykk for behov for råd, eller veilederen kan oppdage dette. Den som veiledes kan selv velge de råd hun/han ønsker å følge fra veilederen eller de andre i gruppen. I veiledning er det mulig å legge til rette for rådgivning ved at den som veiledes, selv gir seg råd (Tveiten 2003, s. 25 – 26).

Veiledning kan foregå både spontant og planlagt/strukturert. Spontan veiledning kan skje når en veileder og en student eller ansatt ser en mulighet. Veiledning som beskrives forutsetter oftest strukturert og planlagt veiledning. Veilederen innehar en definert kompetanse i forhold til veiledning, og veiledningen foregår i en definert sammenheng (en gruppe) til fastsatte tider og over et gitt tidsrom. Struktureringen kan være en forutsetning for at veiledningen kan skje fordi tiden til dette må avsettes for ikke å bli ”spist opp” av daglige gjøremål og uforutsette hendelser. Strukturering innebærer at normer, rammer og regler for virksomheten er definert. Strukturen bør være bevisst og gjøres kjent for deltakerne i gruppen. Faglig veiledning innebærer muligheter for forandring hos den enkelte ut fra bevisstgjøring, oppdagelse og refleksjon. Forandlingsprosesser kan sette i gang motstandsmekanismer, selv om veiledningen er frivillig. Trygghet er derfor en sentral verdi i faglig veiledning. Opplevelse av trygghet kan legge til rette for at forandring blir lettere å velge, våge og tåle. Men å forholde seg til utryggheten, tåle utryggheten, kan være nødvendig for å oppdage og eventuelt få til forandring (Tveiten 2003). Kompetanse som veileder er en forutsetning for å kunne veilede (Lauvås og Handal 2000).

Refleksjon

Refleksjon er en fellesbetegnelse for intellektuelle og følelsesmessige aktiviteter som individer engasjerer seg i for å utforske sine erfaringer, slik at de fører til ny forståelse og innsikt (Bjerknes og Bjørk 1994, s. 148). Refleksjon vil si å prøve flere tankebaner. Det er et spørsmål om andre moment kan trekkes inn, om det finnes andre måter å forstå spørsmålet på og om det finnes andre relasjoner (Rørvik 1994, s. 99 – 100). Refleksjon betyr «å kaste noe tilbake» eller «å vende tilbake til noe» (Bie 2010, s. 15). Refleksjon kan bety at en tenker igjennom, overveier og holder fast tanken på noe, tar stilling til noe en blir fortalt, noe som blir formidlet gjennom undervisning, eller noe en opplever sammen med andre personer. Det er ens forståelse av seg selv en er ute etter. Refleksjon har å gjøre med evnen til å diskutere egen og andres utøvelse av faget (Bie 2010).

Refleksjon skal brukes som hjelp til å ta gode beslutninger. Refleksjonsprosessen skal sørge for at en hele tiden vurderer om det er noe som kan bli bedre (Lauvås, Lycke og Handal 2004). Hensikten med refleksjon er å utvikle en faglig bevissthet innenfor et bestemt faglig tema, utvikle ferdigheter i forhold til visse faglige områder og utvikle et bevisst forhold til egen væremåte og egne reaksjoner. Refleksjon skal gjøre en i stand til å løse daglige

problemer på en faglig god og hensiktsmessig måte. Refleksjon innebærer å: 1) Tenke over det en skal gjøre. 2) Tenke over det en gjør. 3) Tenke over det en har gjort. Refleksjonen utfordrer en til å sette ord på egen kunnskap, både den uttrykte og den tause kunnskap. En blir mer bevisst det en kan fra før, det nye en har lært, og en gjør seg nye tanker og refleksjoner rundt temaet. Undring fører til nye refleksjoner og erfaringer. På denne måten utvikler en seg som menneske (Juell 2003). Viktig å velge en situasjon eller hendelse som er betydningsfull for en, og som kan bidra til egen læring. Det skal være et klart innhold i den refleksjonen som fører fram til ny kunnskap. I noen sammenhenger kan det være en fordel å reflektere sammen med personer med ulik bakgrunn som bidrar med ulike oppfatninger, tolkninger og forklaringer (Bie 2010, s. 22-23, 25-26).

Noen grunnleggende faser i refleksjonsprosessen er:

1. Valg av en spesiell situasjon eller hendelse en vil reflektere over.
2. Observasjoner og beskrivelse av opplevelsen (også tanker og følelser).
3. Analyse av opplevelsen (bryte noe ned til de enkelte bestanddeler, ha motforestillinger, være kritisk).
4. Tolkning (forklaring).
5. Utforskning av alternativer (betraktning med andres øyne).
6. Forandring av handling (Bie 2010, s. 29 – 30).

Ved refleksjon over ulike typer spørsmål kan en bli mer bevisst og trygg på sine faglige vurderinger, verdier og holdninger - kompetansen blir bevisst (Tveiten 2003). Å lære seg å reflektere betyr blant annet at en må kunne konsentrere seg, lytte både til seg selv og andre, og være interessert i problemet, spørsmålet eller temaet. Neste gang en opplever noe lignende, handler en mer bevisst og nærmer seg situasjonen eller problemet med en annen forståelse. Det er viktig at en setter av noe tid til refleksjon, og at en ikke blir forstyrret. Taushetsplikt og personvern må overholdes, samt forstå konsekvensen av å blottlegge seg (Bie 2010).

Evaluering

Evaluering innebærer en vurdering av noe eller noens verdi. Evaluering vil si å beskrive/kartlegge/registrere et fenomen og sette resultatet av beskrivelsen i forhold til normer, standarder eller verdier (kriterier), for å komme fram til en anbefaling/beslutning om konsekvenser av denne (Lauvås, Lycke og Handal 2004, s. 215, 306). Evalueringen skal gi

mest mulig systematisk og relevant informasjon som skal benyttes som felles grunnlag for drøfting av undervisningens og veiledningens kvalitet (læringsresultat). Gode vurderingsrutiner kjennetegnes blant annet av at vurderingen er målrettet, basert på dokumentasjon, er utgangspunkt for dialog og refleksjon, synliggjør oppnådde resultater og peker framover mot nye utfordringer og forbedringsmuligheter (Lauvås og Handal 2004, s. 215).

Evaluering kan være forbundet med problemer som: 1) Beskrivelse/kartlegging/registrering av aspekter. 2) Etablering av kriterier. 3) På hvilket grunnlag konsekvensene av vurderingen skal begrunnes? 4) Hvordan ulike interesser skal veies i forhold til hverandre? Hvor mye av evalueringen som bør «objektiveres» (Lauvås og Handal 2004, s. 215, 306 – 307).

Evaluering underveis (formativ evaluering) skal kunne resultere i justeringer som kommer studentene til gode. I formativ evaluering er hensikten blant annet å skaffe seg best mulig grunnlag for forbedringer, faglitteratur og praktisk læredyktighet. Formativ evaluering er en nødvendig del av enhver veiledning. I sluttevaluering (summativ evaluering) er hensikten å komme fram til beslutninger om hvorvidt noe er akseptabelt eller ikke (eventuelt hvor godt det er, hvis evalueringen er gradert) (Lauvås og Handal 2004, s. 215, 310 – 311). Summativ evaluering kan være en viktig premiss for å vurdere læringseffekt. Tidsdimensjonen er sentral. I noen sammenhenger kan det være hensiktsmessig å gjøre målinger før og etter opplæringen (Halland 2004, s. 321 – 323, 329).

Evalueringsfokus omfatter blant annet informasjon, progresjon, koordinasjon, målsetting, planer og planlegging, belastning i studie- og arbeidssituasjon, veiledning og oppfølging, læringsresultatets holdbarhet, relevans og anvendelse. Læringsmiljø og kommunikasjonskultur er sentrale forutsetninger for et godt læringsresultat (Halland 2004). Kvaliteten på didaktiske valg av litteratur, øvelser, illustrasjoner, metoder, evalueringsformer, gruppering av studenter, progresjon og prioritering av tema er viktige premisser for den totale kvaliteten på undervisningen og veiledningen. Hensikten med kvalitetssikring er utvikling og forbedring. Et klima som er åpent for kritikk som grunnlag for fornyelse, vil skape forutsetninger for forbedring (Halland 2004, s. 324 – 325).

En kan lett bli «blind» når en skal evaluere noe en selv er involvert i, samtidig som en har stor evne til innlevelse og formidling på grunn av sin erfaring og kjennskap til det aktuelle feltet. Eksterne personer kan lettere innta en kritisk distanse til resultatet, men må ha kompetanse til

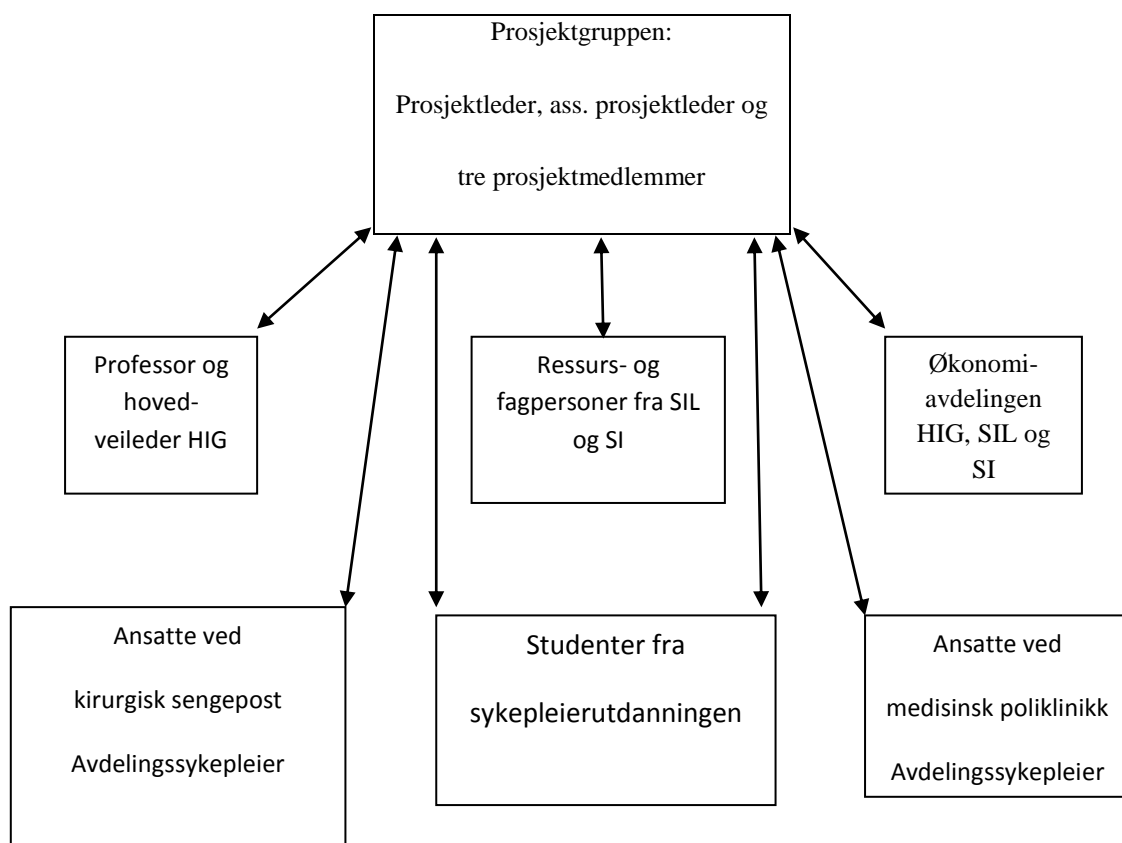
å gjennomføre evalueringen. En kombinasjon av ekstern og intern evaluering vil være best. En søker i stadig større grad å kombinere både kvantitative og kvalitative metoder, slik at statistiske opplysninger kan bli supplert med opplysninger fra arbeidskrevende kvalitative metoder, som blant annet intervju og dokumentanalyser (Halland 2004, s. 328).

3.0 Metode

Metodedelen omfatter organisering, rammer og gjennomføring av prosjektet. Alle de seks trinnene i kunnskapsbasert praksis er konkretisert. Videre omtales evalueringsskjemaet til sykepleierstudentene, evalueringsskjemaet til ansatte og intervjuet til medlemmene i prosjektgruppen. Bearbeidingen av evalueringene og intervjuene beskrives, og metodedelen avsluttes med etikk.

3.1 Organisering, rammer og gjennomføring

Samarbeidsprosjektet ble organisert ut fra modellen som beskrives i figur 1.



Figur 1. Samarbeidsprosjektets organisering

En prosjektgruppe bestående av en prosjektleder, en assisterende prosjektleder og tre prosjektmedlemmer ble etablert. Prosjektgruppen ble sammensatt av en høgskolelektor fra

høgskolen i Gjøvik, to fagsykepleiere, en fra kirurgisk sengepost og en fra medisinsk poliklinikk, med lang praktisk erfaring, samt to sykepleiere med erfaring fra kirurgisk sengepost. En av de sistnevnte ble medlem av prosjektgruppen etter jul 2011. Prosjektgruppen forsøkte å få med en sykepleier fra medisinsk sengepost, men dette lyktes ikke siden sengeposten var involvert i et annet prosjekt. Det var viktig å få med personer både fra medisin og kirurgen i prosjektgruppen. Personer med Crohns sykdom er imidlertid ofte inne til undersøkelser og behandling på medisinsk poliklinikk, derfor har vi satt stor pris på fagsykepleier fra medisinsk poliklinikk. Prosjektleder og assisterende prosjektleder utarbeidet en prosjektplan. En oversikt over roller og ansvar, samt en handlingsplan for høsten 2010 og våren 2011 ble utformet (vedlegg 1 og 2).

Prosjektdeltakere har vært seks studenter fra første praksis 2. år, seks studenter fra første praksis 3. år av sykepleierutdanningen, tjuvfem ansatte på kirurgisk sengepost og en ansatt fra medisinsk poliklinikk. Bibliotekar SIL, prosjektleder for undervisning i KBP, Avdeling for kunnskapsstøtte SIHF og to av prosjektmedlemmene var i begynnelsen av prosjektet ansvarlig for undervisning og veiledning. Denne gikk over en dag og omhandlet kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan, å arbeide kunnskapsbasert i praksis, det praktiske om søking, samt kritisk vurdering av artikkel med øvelse (vedlegg 3). Studenter og ansatte var inndelt i grupper. Den andre puljen studenter fikk tilsvarende undervisning som første undervisningsdag, men undervisningen og veiledningen ble nå gjennomført av tre medlemmer av prosjektgruppen (vedlegg 4). Åtte ansatte fikk ikke den første undervisningsdagen på grunn av ferieavvikling. Den andre undervisningsdagen (seks uker senere) fikk alle ansatte undervisning og veiledning om søking av litteratur med bibliotekar, om medisinsk behandling, smertebehandling, ernæring og fistelbehandling hos Crohns pasienter av fagpersoner ved SIL (vedlegg 5).

Alle studentene fikk tre timer på en refleksjonsvakt for å jobbe med søking og vurdering av artikler. Senere fikk studentene en dag på sykehuset sammen med fagsykepleier eller lærer, for å jobbe med søking og vurdering av artikler ut fra studentenes ønsker og faglige situasjon. Både studenter og ansatte fikk aksept for å bruke ledig tid i arbeidstiden til å søke og vurdere artikler. Vi hadde tilgang til bibliotek og datarom, både på sykehuset og høgskolen. På faghalvtimene på kirurgisk sengepost hadde studenter og ansatte framlegg om det de hadde funnet av relevant kunnskap og hvordan de hadde vurdert artikkelen/artiklene. Deltakerne på faghalvtimene fikk muligheter til spørsmål og kommentarer. Den/de som hadde framlegg fikk

en positiv tilbakemelding, og en tilbakemelding på en utfordring å jobbe videre med, fra hver av deltakerne. Faghalvtimene ble gjennomført torsdager når studenter og ansatte hadde noe å legge fram, og det var forsvarlig i forhold til avdelingen.

Rådgiver for Elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS), SIL, og bibliotekar SI har veiledet prosjektgruppen i forhold til utvikling av veiledende behandlingsplan og metoderapport. Bibliotekar SIL har også bistått med et referansehåndteringsprogram, Reference Manager, til veiledende behandlingsplan. Et av medlemmene i prosjektgruppen har hatt ansvar for referanselisten til veiledende behandlingsplan. Hovedveileder fra HIG som er sykepleier og professor har veiledet prosjektleder i samarbeidsprosjektet.

Det ble gjennomført evaluering av undervisningen og veiledningen i å arbeide kunnskapsbasert, samt læringsutbytte. Et spørreskjema til studenter og et spørreskjema til ansatte kirurgisk sengepost ble anvendt. Intervju ble benyttet for å evaluere kunnskapsbasert praksis for fire av medlemmene i prosjektgruppen.

Prosjektmidlene vi mottok fra HIG har vært en styrende ramme. Prosjektleder har hatt oversikt og ansvar for utgifter gjennom prosjektperioden. Medlemmene i prosjektgruppen ble frikjøpt cirka ti - tolv arbeidsdager hver. Timelister er blitt innrapportert av prosjektleder hver måned til økonomiavdelingen HIG, og SI har sendt sine krav for frikjøp av sykepleiere til HIG.

3.2 Trinn 1. Refleksjon over praksis

Trinn 1 i kunnskapsbasert praksis er refleksjon. Kunnskapsbasert praksis initieres ved at en reflekterer over sin egen praksis og erkjenner informasjonsbehov (Nortvedt m.fl. 2008). Ved kirurgisk sengepost hadde personalet reflektert over egen praksis i forhold til pasienter med Crohns sykdom. Personalet hadde observert at disse pasientene ikke fikk dekket alle sine behov. Spesielt hadde personalet sett at Crohns pasienter ikke ble tilfredsstillende smertelindret postoperativt. Det så ut til at pasientene hadde behov for mer smertestillende enn pasienter med lignende kirurgiske inngrep. Personalet undret seg over hvorfor? Hva var det som bestemte hvilken praksis som utførtes i avdelingen? Hvilke informasjonskilder brukte personalet? Hva baserte personalet sine avgjørelser på? For noen personer kan sykdommen føre til gjentatte sykehusinnleggelse og mer enn en type operasjon.

3.3 Trinn 2. Formulere gode spørsmål

Trinn 2 omhandler spørsmålsformulering. For å komme fram til konkrete og fokuserte spørsmål ble PICO-skjema benyttet. PICO er en måte å dele opp spørsmålet på slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte (Straus m.fl. 2005; Graverholt, Nordvedt og Ruud 2007). Med bakgrunn i PICO-skjema gjelder dette pasienter med: *Crohns disease, Morbus Crohn disease, inflammatory bowel disease*. Deltakerne ønsket vurdert intervensjoner som: *pain, experience, postoperative pain, effective pain-management, postoperative care, quality of life, nursing interventions, nutrition, risk factors*. Som resultat ønsket deltakerne: *effective nursing interventions*. Alle ordene i kursiv er benyttet som søkeord. Hovedspørsmålet ble: *Hvordan utøve kunnskapsbasert sykepleie til pasienter med Crohns sykdom innlagt på sykehus?* Deltakerne fant ut hvilken kunnskap spørsmålene kunne gi, og hvilke studiedesign som er foretrukket til både hovedspørsmålet og bakgrunns spørsmålene som er vist i tabell 1. Bakgrunns spørsmålene hadde til hensikt å øke forståelsen for pasienter med Crohns sykdom.

Tabell 1. Bakgrunns spørsmål og hovedspørsmål, hvilken kunnskap de kan gi, og hvilke studiedesign som er foretrukket for å besvare spørsmålene

Bakgrunns spørsmål	Kunnskap	Foretrukket studiedesign
Hvordan oppleves smerter for pasienter med Crohns sykdom? Hvilke symptomer har pasientene?	Erfaringer og holdninger	Kvalitative metoder
Hvor mange har Crohns sykdom i Norge? Hvor vanlig er det med smerter blant personer med Crohns sykdom?	Prevalens - forekomst	Tverrsnittsstudie
Hvem får Crohns sykdom? Hvorfor får noen Crohns sykdom mens andre holder seg friske?	Årsak - etiologi	Kohortstudie Kasus-kontrollstudie
Hvordan kan vi avgjøre om noen har Crohns sykdom?	Diagnostikk	Tverrsnittsstudie (med en referansetest)
Hvordan går det med de som har Crohns sykdom?	Prognose - sykdomsforløp	Kohortstudie
<u>Hovedspørsmål:</u> Hvordan utøve sykepleie til Crohns pasienter? Hvordan ble tiltakene utført?	Effekt av tiltak	Randomisert kontrollert forsøk

3.4 Trinn 3. Finne forskningsbasert kunnskap

Bibliotekar SI underviste prosjektdeltakerne om hvordan finne forskningsbasert kunnskap. Både studenter og ansatte satt ved PCer slik at de kunne se, høre og utføre, samtidig som bibliotekaren utførte handlinger. **Å utføre selv** var viktig i læringsprosessen.

Prosjektdeltakerne lærte om hvordan «Kunnskapsegget» var oppbygd og fungerte.

«Kunnskapsegget» består av mange databaser plassert i et «egg». På venstre side av «kunnskapsegget» står det hvilke databaser som er kvalitetsvurderte og ikke

(<http://www.kunnskapsegget.no/>). Jo høyere opp i «kunnskapsegget», desto oftere er kunnskapen pålitelig, kortfattet og relevant. I praksis vil det si at dess høyere i «egget» en finner svar på spørsmålet, dess bedre og sikrere er kunnskapen bak svaret. Metasøkemotoren søker i flere databaser samtidig, fortrinnsvis baser som inneholder kunnskap som er etterprøvd, implementert og dokumentert. Forskjellige databaser inkluderer forskjellige typer kunnskap. Noen databaser samler alle dokumenter, noen oppsummerer innholdet fra flere dokumenter og andre konkluderer med hva som er beste praksis på bakgrunn av en kritisk vurdering og sammenstilling av dokumentene. Disse forskjellene bestemmer hvilket nivå basene er lagt på i «egget». Inndelingen er veiledende. Basenes plassering er gjort ut fra en faglig vurdering i forhold til hvilke type kunnskap basene inkluderer, hva som dokumenteres av basen og den generelle kvaliteten. «Egget» er ikke et verktøy for uttømmende kunnskap (Sykehuset Innlandet HF 2011).

Vi anvendte alle søkeordene vi hadde kommet fram til under punkt 3.3. SveMed+ ble benyttet for å finne de engelske MESH-termene. Søkeord benyttet i Kunnskapsegget var: Crohns disease. Vi kombinerte søkeord med OR, AND og NOT i de aktuelle databasene.

Bibliotekaren SIL underviste om søking og lagring av søk. Inklusjonskriterier for litteratursøk var: 1) personer med Crohns sykdom, 2) aldersgruppe fra 18 år og oppover, 3) medisinske og kirurgiske pasienter, 4) referansene skulle ikke være eldre enn fem år i den veiledende behandlingsplanen (ble justert av Sykehuset Innlandet HF i prosjektperioden), 5) relevant, pålitelig faglitteratur hentet fra elektroniske kilder og 6) studier på engelsk eller på et skandinavisk språk.

I tillegg til «Kunnskapsegget» benyttet vi databasen Cinahl, samt Kunnskapssenteret, Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (LMF) og Sykehuset Innlandets intranett. Hvilke databaser, søkeord enkeltvis og i kombinasjoner, antall treff og antall inkluderte

artikler framkommer i vedlegg 6. Utvalgstrinn en, besto i å lese igjennom titlene og tilgjengelig abstrakt i artiklene som var funnet. I søking etter «beste tilgjengelige vitenskapelige bevis» søkte vi etter oversiktsartikler (Willman, Stolz og Bahtsevani 2006). Utvalgstrinn to, omfattet en grundigere gjennomlesning av abstrakt, innhold og referanseliste. Bruk av ordnett.no og translate var nyttig ved lesing av artiklene. Innhold i artiklene som var relevant ble markert med gul tusj, for lettere å oppsummere resultatene. Utvalgstrinn tre, dreide seg om å velge ut de artiklene som skulle inkluderes. Noen artikler passet ikke inklusjonskriteriene, og enkelte var ikke tilgjengelig på engelsk eller nordisk språk. Ut fra referanselister gjorde vi manuell søking hvor noen av artiklene var relevante. Totalt ble 34 artikler inkludert i forslag til veiledende behandlingsplan ved Crohns sykdom, men flere i selve prosjektet. På forhånd hadde vi laget skjema for registrering av database søk og inkluderte artikler (ikke vedlagt).

3.5 Trinn 4. Kritisk vurdere kunnskapen

Sjekklistene for ulike studier fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble benyttet (<http://www.kunnskapssenteret.no>). De er basert på internasjonale verktøy for kritisk vurdering. Det var mange fremmede ord og uttrykk deltakerne ikke kjente til. Deltakerne ble anbefalt å bruke listen over fremmedord i boka til Nortvedt m.fl. (2008, s. 200) sammen med sjekklisten når artiklene skulle vurderes, for at teksten skulle gi mening. Viktige spørsmål i vurderingsarbeidet uavhengig av forskningsmetode var:

Har artikkelen en klar formulert problemstilling?

Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?

Hva er resultatene?

Kan en stole på resultatene?

Kan resultatene brukes i min praksis? (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten)

Prosjektleder for undervisning i KBP, Avdeling for kunnskapsstøtte SIHF, underviste om kritisk vurdering av artikler. Hun tok utgangspunkt i en norsk originalartikkel fra tidsskriftet «Medisin og vitenskap». Deltakerne hadde på forhånd lest artikkelen. Sjekklisten som passet forskningsmetoden i artikkelen ble gjennomgått. Artikkelen ble vurdert av deltakerne i gruppene med en felles oppsummering til slutt. Artikler fra vurderte databaser i

«kunnskapsegget» ble ikke vurdert, mens artikler fra databaser som ikke var kvalitetsvurdert, blant annet artikler i Cinahl, ble vurdert ut fra sjekklister for ulike studier fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

3.6 Trinn 5. Anvendelse av forskningsbasert kunnskap

Et av målene med prosjektet var å utarbeide forslag til en kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan i forhold til sykepleie ved Crohns sykdom. En veiledende behandlingsplan er en preformulert oversikt over sykepleiediagnoser/problemer, mål og sykepleietiltak/forordninger for en pasientgruppe (Sykehuset Innlandet HF 2010). Når en ansatt i praksis skal lage en behandlingsplan på en pasient med Crohns sykdom, skal den ansatte kunne velge sykepleiediagnoser, mål og sykepleietiltak ut fra den veiledende behandlingsplanen. De 34 artiklene som ble inkludert, dannet grunnlaget for den veiledende behandlingsplanen som ble utviklet. Aktuelle sykepleiediagnoser, mål og sykepleietiltak for Crohns pasienter ble satt inn i den preformulerte veiledende behandlingsplanen av fire medlemmer i prosjektgruppen.

En metoderapport er et dokument som skal si noe om avgrensning og formål, involvering av interesser, metodisk nøyaktighet, klarhet og presentasjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet. Det stilles krav om å svare på 23 spørsmål i metoderapporten som skal følge den veiledende behandlingsplanen når den sendes til godkjenning. Metoderapporten ble utarbeidet etter mal publisert våren 2011 av SI på intranettet, og brukerveileder for SI ble anvendt. Metoderapporten ble utarbeidet av tre medlemmer i prosjektgruppen. Ved utarbeidelse av kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan og metoderapport ble fagressurs for Elektronisk dokumentasjon av sykepleie fra SIL og bibliotekar SI benyttet.

For å kvalitetssikre den veiledende behandlingsplanen ble den sendt til Landsforeningen mot fordøyelsesykdommer, en kirurgisk og en medisinsk avdelingsoverlege og en sykepleier som selv har Crohns sykdom. Et av medlemmene i prosjektgruppen gjennomførte muntlig framlegg for kirurgisk sengepost, medisinsk poliklinikk og medisinsk avdeling.

Tilbakemeldingene ble vurdert og innarbeidet i den veiledende behandlingsplanen.

Veiledende behandlingsplan, referanseliste og metoderapport ble sendt til godkjenning hos VBP Forvaltning, Avdeling for kunnskapsstøtte, SIHF den 08.11.11. Godkjenning må foreligge før anvendelse av veiledende behandlingsplan i praksis.

3.7 Trinn 6. Evaluering av undervisningen og veiledningen i å arbeide kunnskapsbasert og læringsutbyttet for studenter og ansatte

I denne fasen skal forskningsbasert kunnskap integreres med erfaringskunnskap, pasientkunnskap og kontekst. Men siste trinn i sirkelen for kunnskapsbasert praksis kan ikke evalueres, siden den kunnskapsbaserte veiledende behandlingsplanen ikke er tilgjengelig for praksisfeltet før høsten 2012. Evalueringen av klinisk praksis omfatter å måle hva som faktisk skjer i praksis, for deretter å sammenlikne dette mot den kunnskapsbaserte veiledende behandlingsplanen (Nortvedt m.fl. 2008, s. 172). Imidlertid har prosjektgruppen laget to evalueringsskjemaer angående undervisning og veiledning, og læringsutbytte av å arbeide kunnskapsbasert, samt en intervjuguide om kunnskapsbasert praksis til medlemmene i prosjektgruppen.

Evalueringsskjema til studentene

Evalueringsskjemaet til studentene på kirurgisk sengepost bygger på deler av instrumentet «Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation» utarbeidet av Jeffries og Rizzolo (2007). Instrumentet er oversatt til norsk av HIG etter tillatelse fra National League for Nursing (New York) til å oversette og benytte instrumentet. Instrumentet består totalt av 49 utsagn. Et utsagn i evalueringsskjemaet til studentene er hentet fra instrumentet «The Research Utilization Questionnaire» (RUQ) som ble utviklet av Champion og Leach (1989) og senere revidert av Pettengrill m.fl. (1994) og Humphris m.fl. (1999). Instrumentet var tilgjengelig i en svensk versjon (Wallin m.fl. 2003) som ble oversatt til norsk og tilbake til engelsk (Wangensteen 2010). I dette prosjektet er det gjort en del tilpasninger av utsagn.

Evalueringsskjemaet til studentene besto totalt av fem innledningsspørsmål og ni utsagn (vedlegg 7). De ni utsagnene handlet om følgende områder: om aktiviteter og lærestoff fremmet læring, om studentene likte metodene, om materialet og hjelpemidlene var motiverende, om studentene forsto prinsippene for søking og vurdering av artikler, om de hadde bidratt med artikkel/artikler, om studenten hadde ansvar for egen læring, om de visste hvordan de kunne få hjelp, muligheter for å diskutere med andre og om studentene ville basere arbeidet som sykepleier på kunnskapsbasert praksis. Fem-punkts Likert skalaer ble benyttet fra 1 svært uenig – 5 svært enig, og helt uenig – helt enig. Til slutt var det et felt hvor studentene kunne kommentere det de ønsket. Evalueringen til studentene på kirurgisk sengepost ble gjennomført for tre studenter i oktober og seks studenter i desember 2010.

Evalueringsskjema til ansatte

Evalueringsskjemaet til ansatte på kirurgisk sengepost (vedlegg 8) bygger på et spørreskjema fra et fagutviklingsprosjekt gjennomført av Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag (Bratberg og Haugdahl 2010). Prosjektgruppen fikk tillatelse til å anvende dette spørreskjemaet via Grete Helen Bratberg, forskningsrådgiver Helse Nord-Trøndelag. Spørsmålene ble tilpasset dette prosjektet. Opprinnelig er spørsmålene utarbeidet for Klinisk videreutdanning i diabetes sykepleie ved Høgskolen i Bergen (Graverholt, Nortvedt og Ruud 2007).

Evalueringsskjemaet til de ansatte består totalt av 16 spørsmål. De tre første spørsmålene omfatter informasjon om ansattes arbeidssituasjon. Spørsmål fire til ni handlet om: motivasjon, om kunnskapsbasert praksis egner seg som metode for fagutvikling, tid i arbeidstiden, egen arbeidsinnsats, organisering, gjennomføring og oppfølging av undervisningen, og den faglige kvaliteten på undervisningen. De ansatte ble bedt om å sette en ring rundt et tall på en skala fra 1 overhode ikke motivert – 10 svært motivert. Dette er en type visuell analog skala (Streiner og Norman 2008). På spørsmål fem til ti hadde de ansatte anledning til å kommentere mer utfyllende. Spørsmål elleve til femten dreide seg om: å finne fram til nyttig faglig kunnskap, kritisk kunne vurdere informasjonen og informasjonskildene, om egen praksis endres eller justeres av forskning, om engelsk er en barriere og om forskning er nyttig for praksis. De ansatte ble spurt om konkrete forslag til forbedringer angående kvalitet, organisering, gjennomføring og oppfølging av undervisningen om kunnskapsbasert praksis i det siste spørsmålet. Evalueringen til ansatte på kirurgisk sengepost fant sted januar 2011.

Evalueringsskjemaet til studentene og til ansatte ble testet på en høgskolelektor og en førsteamanuensis ved HIG høsten 2010, og layout og innhold ble revidert ut fra deres kommentarer.

Intervju med medlemmene i prosjektgruppen

En intervjuguide ble utarbeidet i samarbeid med en høgskolelektor ved HIG som gjennomførte et tilsvarende prosjekt om kunnskapsbasert praksis for studenter og ansatte ved Sykehuset Innlandet HF Gjøvik. Intervju ble valgt for ytterligere å styrke kunnskapen om prosessen, få et bredere og dypere innblikk i hvilke erfaringer medlemmene i prosjektgruppen hadde. Et intervju er en dialog mellom minst to personer. Intervjupersonene må føle seg

viktige, og de må få snakke ut for at de skal gi så gode opplysninger som mulig.

Opplysningene som intervjupersonene gir, må være pålitelige. Intervjuet skal gi den informasjonen som intervjueren spør etter (Olsson og Sørensen 2003, s. 83 – 84). Fem overgripende spørsmål ut fra å jobbe kunnskapsbasert ble utformet, og omfattet områdene: 1) lært om kunnskapsbasert praksis, 2) samarbeide, 3) dele/formidle kunnskaper, 4) utbytte og 5) konsekvenser av samarbeidsprosjektet. Under hvert område hadde vi følgende spørsmål: 1) Hva har studentene, prosjektmedlemmene og ansatte lært om kunnskapsbasert praksis? 2) Hvilke erfaringer har dere med samarbeidet? 3) Fortell om erfaringer med å dele/formidle kunnskaper til andre i prosjektperioden. 4) Alt i alt hvordan vurderer dere utbyttet av samarbeidsprosjektet? 5) Har dere noen tanker om hvordan dere vil jobbe med kunnskapsbasert praksis framover? Under hvert spørsmål var det oppfølgingsspørsmål ved behov, samt andre kommentarer hvor deltakerne kunne legge til det de ønsket. Intervjuguiden ble testet på en arbeidskollega ved HIG. Konsekvenser, setningen «Beskriv deres erfaringer med å arbeide kunnskapsbasert» ble tatt ut, på grunn av overlapping med spørsmålet: Hva har dere lært om kunnskapsbasert praksis?

Det er nødvendig å lytte både til de direkte uttalte beskrivelsene, og til det som blir sagt mellom linjene. «Mellom linjene»-budskapet må sendes tilbake til den intervjuede for å få en umiddelbar bekreftelse på om tolkningen er riktig eller uriktig. Målsetningen med et kvalitativt intervju er å få nyanserte beskrivelser av deltakernes opplevelser, følelser og handlinger (Kvale 1997).

Intervjuet ble gjennomført med to kvinnelige deltakere to ganger, på grunn av vanskeligheter med å samle alle samtidig. Høgskolelektoren fra HIG, som ikke var involvert i det aktuelle prosjektet, ledet intervjuene for at intervjuene skulle bli mest mulig objektive. Deltakerne ble informert om at prosjektleder var observatør og registrerte interaksjonen i gruppen. Viktig at observatøren ikke griper inn i situasjonen som skal observeres. Følgende områder ble observert og registrert: 1) hvem og hva deltakerne var, 2) stemningen/miljøet i gruppen, om miljøet var åpent så alle kunne si hva de mente, 3) hva som hendte i gruppen, noen dominerende, noen beskjedne, 4) relasjonen/rollen til hverandre, funksjon, utsagn og holdninger og 5) diskusjon og fellesskap. På forhånd hadde høgskolelektor og prosjektleder snakket om håndtering hvis samtalen kom på sidespor, hvis alle ikke pratet og om en pratet for lenge. Gruppen satt i en ring uten bord. To stille rom, uten forstyrrelser, ble benyttet.

Høgskolelektor tok en kort innledning. Deretter presenterte deltakerne seg for å kjenne igjen stemmene på båndet. Det ble poengtert at deltakerne skulle prate med hverandre, prate fritt, men bare en deltaker om gangen. Spørsmålene ble stilt i samme rekkefølge og med samme ordlyd i begge intervjuene. Intervjuene varte cirka 45 minutter, og ble tatt opp på bånd. Etter intervjuene snakket høgskolelektor og prosjektleder med deltakerne om hvordan det hadde vært å bli intervjuet på denne måten. Før og etter intervjuet fikk deltakerne kaffe, te og frukt.

3.8 Bearbeiding av evalueringene og gruppeintervjuene

Resultatene fra evalueringsskjemaene for sykepleierstudenter og ansatte ble manuelt registrert i antall, og videre analysert med deskriptiv statistikk, i antall og prosent. Resultatene er skrevet i tekst, tabeller og stolpediagram. I evalueringsskjemaet til ansatte på kirurgisk sengepost, ble kommentarene på spørsmål fem til ni skrevet inn i tilhørende rubrikk under spørsmål og resultat i tabellen.

Gruppeintervjuene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse (Elo og Kyngäs 2008). I følge Polit og Beck (2008) er kvalitativ innholdsanalyse en analyse av innholdet av fortellende data for å identifisere framtrede tema og mønstre blant temaene. Kvalitativ innholdsanalyse innebærer å bryte ned data til mindre enheter, kode og navngi enhetene i samsvar med innholdet de representerer, og gruppere kodet materiale basert på delte begreper (Polit og Beck 2008). Begge gruppeintervjuene ble konskribert fra båndet, og gruppeprosessen nedskrevet i tekst. For å få et helhetsbilde ble først teksten lest og innholdet reflektert over. En meningsenhet er en meningsbærende del av teksten. Den kan bestå av ord, meninger og stykker av tekst som hører sammen gjennom sitt innhold og sammenheng (Lundman og Graneheim 2008, s. 163). Meningsenheter til analysen ble sortert til de fem hovedområdene som inngikk i intervjuene: lært om kunnskapsbasert praksis, samarbeide, dele/formidle kunnskaper, utbytte og konsekvenser av samarbeidsprosjektet. For hvert område ble analysen gjennomført. Meningsenhetene ble kondensert, abstrahert og benevnt med en kode. Med kondensering gjøres teksten kortere og mer håndterlig, samtidig som det sentrale innholdet bevares og ikke noe vesentlig forsvinner. Å abstrahere innebærer å løfte innholdet til et høyere logisk nivå (Lundman og Graneheim 2008). Kodene ble gjennomgått i forhold til likheter og ulikheter, og ble sortert under 15 underkategorier totalt. Etter sammenlikning av innholdet innen og mellom underkategoriene, ble disse ført sammen til fem kategorier.

Eksempel på meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder, underkategorier og kategori vises i tabell 2.

Tabell 2. Meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder, underkategorier og kategori i forhold til «utbytte av samarbeidsprosjektet»

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
Så vil jeg også si at det største utbyttet var det å lære å søke og kritisk vurdere artikler. Det har jo blitt sånn nå at pasientene vet mye fra internett, og finner ut av mye på egenhånd som ikke alltid stemmer.	Å lære å søke og kritisk vurdere artikler. Pasientene finner mye fra internett som ikke alltid stemmer.	Å lære å søke og kritisk vurdere artikler.	Lære hvordan bruke kunnskapen.	Til nytte for pasienter og personalet.
Det er jo fint i en studentpost at studentene kan bidra på denne måten. Det blir mer glidende rollemønster mellom studentene og praksissted.	Studentene bidrar Mer glidende rollemønster mellom studentene og praksissted.	Studentene bidrar, mer glidende rollemønster.	Lære hvordan bruke kunnskapen.	
Når en har en veiledende behandlingsplan så kvalitetsikrer en jo arbeidet sitt. Føler at vi har så mye teori bak at de blir sikret god pasientbehandling. Men at alle blir behandlet individuelt til slutt når det blir en behandlingsplan for den og den pasienten.	Med en VBP kvalitetsikrer en arbeidet. Mye teori bak – sikret god pasientbehandling. Alle behandlet individuelt.	Med en VBP kvalitetsikrer en arbeidet. Alle behandlet individuelt.	Bidra til en individuell pleie for pasienten.	
Må vel si at målet til en god behandlingsplan har vært det viktigste... at den skal være nyttig for personalet og pasientene.	Målet til en god behandlingsplan har vært det viktigste, være nyttig for personalet og pasientene.	Nyttig, god behandlingsplan for personalet og pasientene.	Bidra til en individuell pleie for pasienten.	
Vi kan si mer til pasienten nå som er på kirurgisk avdeling om hvordan det er på medisinsk poliklinikk.	Kan si mer om hvordan det er på medisinsk poliklinikk.	Kan si mer om medisinsk poliklinikk.	Bidra til en individuell pleie for pasienten.	

3.9 Etikk

Studien ble gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer i forhold til informert samtykke (Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003). Sykepleierstudentene og ansatte ble informert muntlig og skriftlig om at det var frivillig å svare på evalueringsskjemaet, og at ingen enkeltpersoner ville bli identifisert i resultatene. Evalueringen for studentene fant sted helt på slutten av studentenes praksisperiode, og etter sluttvurderingen. Avdelingsleder ga sin tilslutning til gjennomføringen av evalueringen for de ansatte. Hun var behjelpelig med å dele ut evalueringsskjemaene og purret to ganger om det var flere ansatte som ønsket å levere evalueringsskjemaet. Medlemmene i prosjektgruppen ble også informert muntlig og skriftlig om at deltakelse i intervjuet var frivillig, og at resultatene ville bli anonymisert. Skriftlig samtykke fra medlemmene i prosjektgruppen ble innhentet. I informasjonsskrivet fremkom hovedtemaene de ville få spørsmål om.

Sykepleiestudentene fikk beskjed om å legge anonyme ferdig utfylte evalueringsskjema i en konvolutt, som prosjektleder hentet etter at alle var ferdige. Avdelingsleder mottok evalueringsskjemaene fra ansatte fortløpende. Hun opprettet en liste hvor hun hadde oversikt over hvem som hadde levert og ikke. Listen og evalueringsskjemaene ble oppbevart forsvarlig på avdelingsleders kontor. I forbindelse med at evalueringsskjemaene fra ansatte ble levert prosjektleder, ble navnelisten som avdelingsleder hadde, makulert. Evalueringsskjemaene fra studenter og ansatte var anonyme, de ble nummerert og registrert på nummer. Navnene til deltakerne i intervjuene ble erstattet med et tall, og vil ikke bli publisert i prosjektrapporten eller i en eventuell fagartikkel. Medlemmene i prosjektgruppen leste og godkjente innholdet i intervjuene før publisering. Tillatelse til å bruke veiledende behandlingsplan og metoderapporten offentlig er innhentet fra Elektronisk dokumentasjon av sykepleie, Avdeling for kunnskapsstøtte, Stab Helse SI.

4.0 Resultater

Kapittelet beskriver og oppsummerer resultatene fra prosjektperioden, og består av tre hoveddeler. Første del omfatter resultater av funn i artiklene på bakgrunns spørsmålene, samt hovedspørsmålet, og presentert i form av en veiledende behandlingsplan. I andre del presenteres resultatene fra evalueringsskjemaene om kunnskapsbasert praksis fra sykepleierstudenter og ansatte fra kirurgisk sengepost. Tredje del omhandler resultatene fra intervjuene om kunnskapsbasert praksis fra medlemmene i prosjektgruppen.

4.1 Resultater av funn i artiklene på bakgrunns spørsmålene, samt hovedspørsmålet, og presentert i form av en veiledende behandlingsplan

Bakgrunns spørsmål: Prevalens av Crohns sykdom i Norge? Hvem får Crohns sykdom? Hvorfor får noen Crohns sykdom mens andre holder seg friske?

Crohns sykdom er en segmental, granulomatøs, transmural inflammasjon som kan affisere alle avsnitt av magetarmkanalen fra munnhulen til anus (Crohn`s and Colitis Foundation of America 2008; Peppercorn 2009; Dybdahl og Jones 2010). Ut fra Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (2010) diagnostiseres 300 nye tilfeller i Norge hvert år. Sykdommen diagnostiseres hyppigst i aldersgruppen 20 – 30 år (Dybdahl og Jones 2010). Tynntarmen alene er angrepet hos cirka 30 % av pasientene, bare tykktarmen 20 % og kombinert involvering av tynn- og tykktarm hos 50 % av pasientene. Omtrent en tredjedel av pasientene har perianal sykdom (Huprich m.fl. 2005; Peppercorn 2009). Årsaken er ukjent, men immunologiske mekanismer, genetiske faktorer, miljøfaktorer (røyking, kosthold, høyt sukkerinntak, jern i drikkevannet), og infeksjoner synes å være av betydning (Aamot m.fl. 2008; Crohn`s and Colitis Foundation of America 2008; Mills m.fl.2010; Peppercorn 2009). Kvinner og menn er likt angrepet. Røyking viser seg å øke risikoen for Crohns sykdom (Peppercorn 2010). Sykdommen er mer vanlig i by enn på landet (Crohn`s and Colitis Foundation of America 2008).

Bakgrunns spørsmål: Hvilke symptomer har pasientene?

Pasientene gir vanligvis uttrykk for plutselig eller snikende abdominale smerter, magekramper, øm abdomen, langvarig diarè, med eller uten blødning, feber, kvalme, vekt tap,

fatigue og nedsatt allmenntilstand. Crohns pasienter kan ha gallesalt malabsorpsjon på grunn av en betent eller resektert ileum og steatorè med tap av gallesalter. Symptomene varierer fra person til person, og kan endre seg over tid. Tap av appetitt og etterfølgende vekttap kan forekomme. Hos noen pasienter kan sykdommen vise seg med en fistel eller en abdominal abscess (Crohn`s and Colitis Foundation of America 2008; Huprich m.fl. 2005; Peppercorn 2008; Lichtenstein m.fl. 2009). Fistler er vanligvis konsekvensen av inntrengning av en abscess i et tilstøtende organ eller huden. Fistelåpningene involverer oftest perianal hud, men kan også være i lysken, vulva, skjeden, pungen, urinblæren og urinleder. Fistler kan ha en eller flere utvidelser (Peppercorn 2009; Bitton og Belliveau 2010). Alvorlige symptomer, hyppige komplikasjoner og intestinal reseksjon på grunn av CD, er hyppigere hos pasienter med ileocolon involvering enn hos de med sykdom begrenset til tynntarmen eller tykktarmen (Huprich m.fl. 2005). Stress kan ha betydning i forverring av symptomer (Lerebours m.fl. 2007; Singh, Graff og Bernstein 2009).

I studien til Schneider og Fletcher (2008) uttrykkes fatigue slik fra en av respondentene med inflammatorisk tarmsykdom: «Jeg følger meg tappet og det gjør meg svak og trett. Den tok så mye krefter fra meg. Som da jeg fant ut at jeg var trett hele tiden. Den gjør deg trett og utmattet, spesielt når du ikke kan spise, og da går det nedover, og så får du hele den emosjonelle delen også fordi du ikke kan gjøre noen ting. Når det var virkelig dårlig...da føler du at du ikke kan delta på noen ting eller hadde ingen energi» (Schneider og Fletcher 2008, s. 143) (fritt oversatt til norsk).

Bakgrunns spørsmål: Hvor vanlig er det med smerter blant personer med Crohns sykdom?

Hvordan oppleves smerter for pasienter med Crohns sykdom?

Smerte kan defineres som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell erfaring knyttet til faktisk eller potensiell vevsskade, eller beskrevet i form av slik skade» (Merskey og Bugduk 1994, s. 214) Smerteopplevelsen påvirkes av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og miljømessige faktorer. Smerte er en subjektiv og unik individuell erfaring (Cameron og Sawatzky 2008).

Studien til Driscoll (2008) av 2527 medlemmer (43 % Crohns sykdom og 57 % Ulcerøs colitt) viste at to tredjedeler av medlemmene erfarte smerter i abdomen (66 %), ledd (38 %) eller rygg (31 %). Trettini prosent fastslo at de erfarte smerte enten konstant eller hele dagen. Intensiteten hos 61 % av de som led av abdominale smerter uttrykte sitt vanlige smertenivå verre enn fem på en smerteskala fra en til ti (hvor 10 var den verste smerten). Respondentene

beskrev smertene som verkende (51 %), knivstikkende (46 %), kvalmende (39 %), dyptgående (34 %) og konstante (29 %). Magesmerter ble assosiert med spising og tarmbevegelser. Syttito prosent av pasientene sa at smertene alltid eller noen ganger var indikasjon på oppblomstring av sykdommen. En av respondentene uttrykker egen smerteerfaring slik: «Det har vært stunder hvor sykehuset har administrert smertestillende medikamenter, og etter to timer er smertene tilbake i full styrke. Du vet du fremdeles har to timer før de kan gi deg neste injeksjon og du har sterke smerter. Det er da du lærer å leve og klare minutt for minutt.» (fritt oversatt til norsk). Noen beskriver smertene som «verre enn barnefødsel» og at «deres liv er en pine og konstant løping til toalettet» (Driscoll 2008).

Som en konsekvens av sykdommen har pasienter med CD tendens til å oppleve kronisk visceral smerte. Visceral smerte manifesterer seg som en kjedelig, diffus smerte som kan oppstå på grunn av betennelse i tarmen (McCance og Huether 2006). Personer med CD opplever endret postoperativ smerte som skyldes endringer i det perifere og sentrale nervesystemet, og er ofte et resultat av dårlig behandlet smerte. Disse endringene manifesterer seg som sentrale og perifere allergier, hyperalgesi og opioid toleranse (Puntillo 2003; Kodali og Oberoi 2011). McCance og Huether (2006) beskrev hyperalgesi som økt følsomhet for en smertefull stimulans. Hyperalgesi kan settes i gang etter en inflammatorisk respons (Marchand, Perretti og McMahon 2005). Postoperativt kan pasienter med CD ha økt behov for opioider som følge av langvarig preoperativ opioid forbruk (Jones og Loftus 2005).

Bakgrunns spørsmål: Hvordan kan vi avgjøre om noen har Crohns sykdom?

Crohns sykdom kan vanligvis oppdages ved kliniske funn, røntgen, ultralyd, MR og CT-scanning, gastroskopi, ileokoloskopi, biopsi, trådløs video kapselendoskopi og blodprøver. Karakteristiske patologiske funn ved Crohns sykdom inkluderer gjennomgående granulomatøs inflammasjon: dype sår som kan utvikles fra bihulene og til analfistel; strikturer som kan føre til intestinal obstruksjon; og avbrutt involvering med friske områder mellom angrepne segment. Det kan ta noe tid å komme fram til riktig diagnose (Sundhedsstyrelsen 2007; Torp 2008; Heppel 2009; Peppercorn 2009).

Bakgrunns spørsmål: Hvordan går det med de som har Crohns sykdom?

Ekstraintestinale manifestasjoner kan oppstå som: spondylitis, arthritis, Bekhterevs sykdom, cholelithiasis, øyemanifestasjoner, hudabnormiteter, tromboembolisme, osteoporose, frakturer, nyrestein og toksisk megacolon hos pasienter med tykktarm CD (Huprich m.fl.

2005; Heppel 2009; Peppercorn 2009). Diffus peritonitt på grunn av perforasjon er en sjelden, men en kjent komplikasjon (Huprich m.fl. 2005). Noen få utvikler kort tarm syndrom med kronisk tarmsvikt (Andersson m.fl. 2009). Det er økt risiko for gastrointestinal cancer hos pasienter med Crohns sykdom (Sundhedsstyrelsen 2007). Inflammatory Bowel Disease har ikke aksepterte spesifikke pasientretningslinjer for å forebygge eller redusere oppblomstring av sykdommen (Barlow m.fl. 2010). Verken medisinsk eller kirurgisk behandling er kurativ (Norsk Legemiddelhandbok 2010). Prognosen for Crohns pasienter ser bedre ut enn tidligere rapportert (Solberg m. fl. 2007).

Crohns sykdom påvirker pasienten fysisk, psykisk og sosialt, samt personens totale livskvalitet. Undersøkelsen til Brian m.fl. (2005) viste at 48 % arbeider full tid, 13 % halv tid og 39 % er arbeidsledige. Av 573 pasienter mottok 25 % økonomisk kompensasjon, mens 75 % mottok ingen kompensasjon. Ung alder, kvinne, kort sykdomsvarighet, og før tarmreseksjon, predikerte en høyere sannsynlighet for arbeidsledighet. Livskvalitetsskår (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, Short Form-36) var signifikant høyere hos pasienter i arbeid. Pasienter med moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom hadde lav sysselsetting og høy funksjonshemming (Brian m.fl. 2005). I studien til Schneider og Fletcher (2008) svarte en tredjedel av respondentene at smertene påvirket deres daglige liv, spesielt muligheter til arbeid og sosialisering. Oppblussing av sykdommen og diarè kunne resultere i avbrutt utdanning, reduserte arbeidsmuligheter og begrenset sosialt liv. Pasientene prøver hardt for å fortsette med sitt familieliv, jobb eller utdanning til tross for symptomene (Driscoll 2008). I en norsk undersøkelse på sørøstlandet av Bernklev m.fl. (2006), var totalt 14,9 % av CD pasientene på uførepensjon fem år etter diagnosetidspunktet. IBD-relatert sykmelding ble rapportert med 23 % sykmelding for Crohns pasienter.

Resultater av funn i artiklene på hovedspørsmålet, og presentert i form av en veiledende behandlingplan

Resultater av funn i artiklene på hovedspørsmålet «Hvordan gi best mulig sykepleie til pasienter med Crohns sykdom innlagt i sykehus?» ble utviklet i form av en kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan ved Crohns sykdom (vedlegg 9). Ut fra funnene i artiklene kom det fram 12 relevante sykepleiediagnoser, 11 mål og mange sykepleietiltak til pasienter med Crohns sykdom. Flere interne referanser fra SI og 32 eksterne referanser (vedlegg 10) ble

vedlagt den veiledende behandlingsplanen, samt metoderapport (vedlegg 11). Den veiledende behandlingsplanen er støttet med verktøy som pasientjournalssystemet og linket i elektronisk kvalitetshåndbok. Dette er verktøy som skal bidra til at den lettere blir satt ut i praksis. Det finnes prosedyre for å oppdatere den veiledende behandlingsplanen. Sykepleiediagnosene med sykepleietiltak er satt opp i foreslått prioritert rekkefølge, ut fra viktighet i forhold til aktuelt hovedspørsmål. Noen av sykepleietiltakene blir her kommentert ytterligere i tilsvarende rekkefølge og som supplement til tiltakene i VBP.

Behandling ved smerte

Sykepleieren skal gjennomføre en grundig og nøyaktig smertevurdering av pasienter med Crohns sykdom. Disse vurderingene vil gi underliggende nivå av kroniske smerter, samt effektiviteten av tidligere smerte intervensjoner. Denne informasjonen kan eventuelt brukes til å styre postoperative smerter (Carrol, Angst og Clark 2004; Doherty m.fl. 2001).

Smerteintensitet skalaer benyttes ofte for å få et mål på pasientens smerte, eksempel Visual Analogue Scale (VAS). Denne skalaen går fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Andre måter å observere smerter på hos pasienten kan være endret holdning, hånden over magen, redusert mobilisering, ansiktsuttrykk og humørsvingninger (Gagliese m. fl. 2005; Williamson og Hoggart 2005). En kan også se fysiologiske endringer med økt blodtrykk, hjertefrekvens, respirasjonsfrekvens, dilaterte pupiller og nedsatt urinmengde (Puntillo, Miaskowski og Summer 2003).

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) handler om hvordan pasienten har det i dag på følgende områder: smerte i ro, smerte i bevegelse, slapphet, kvalme, tungpusten, munntørrhet, matlyst, angst/uro, trist/deprimert og alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag. Null på skalaen markerer ingen eller meget bra, mens 10 markerer verst tenkelig. Deretter registreres problemer på områdene: allmenntilstand, pustebesvær, matinntak, bevissthetsnivå, orientering (kognitiv evne), motorisk ro/uro og ansiktsuttrykk. Dette skjemaet fylles ut to ganger per døgn for å sikre best mulig oppfølging og behandling av pasienten. Det settes et kryss på linjen. Den venstre enden av linjen (0) beskriver uproblematisk situasjon og høyre enden av linjen beskriver verst tenkelig tilstand. Til slutt registreres en grafisk oversikt over registrerte symptomer (Sykehuset Innlandet HF 2001).

Hensikten med medikamentell terapi ved Crohns sykdom er å redusere inflammasjonen, lindre symptomer, indusere og bevare bedring av sykdommen. Medikamenter er den primære

behandlingen av CD, og medikamenter som har vist remisjons induserende effekt er: 1) Aminosalicylater (5-ASA), 2) Kortikosteroider, 3) Immunhemmende medikamenter som Metotrexat, både Azathioprin og Metotrexat er godkjent i Norge, 4) Biologiske legemidler (anti-Tumor Necrosis Factor alpha, TNAA), infusjon med infliximab (Remicade), sc. injeksjon med Adalimumab (Humira), 5) Antibiotika som Metronidazol og Ciprofloxacin peroralt. God oppfølging og vurdering av behandlingseffekten og bivirkninger er viktig. Bruk av antibiotika er imidlertid begrenset av en rekke bivirkninger. Antibiotika brukes ved kirurgisk remisjon (Crohn's and Colitis Foundation of America 2008; Dajaco m.fl. 2003; Helsedirektoratet 2010). Sundhedsstyrelsen 2007; Ringerike m.fl. 2008). Oppmerksomheten bør rettes mot tidlig effektiv medisinsk behandlingsstrategi (Solberg m.fl. 2007). Sykdomsaktiviteten måles med Harvey Bradshaw Index (HBI) for CD pasienter (Helsedirektoratet 2010).

En tverrfaglig team-tilnærming er nyttig ved behandling av postoperative smerter hos CD pasienter for å forbedre analgesien (Reuben 2007). Forebyggende analgesi er administrasjon av analgetika før utbrudd av skadelig stimuli. Forebyggende smertelindring reduserer postoperative opioider og opioide bivirkninger (Ong m.fl. 2005; Kodali og Oberoi 2011). Funnene i artiklene viser noe motstridende resultater om hvilke medikamenter som er mest effektive (Strigo m.fl. 2005; Zarate m.fl. 2006; Huehne m. fl. 2009). I studien til Huehne m.fl. (2009) ble det bekreftet at morfindosen er signifikant høyere innen de første 48 timene etter operasjonen hos de som gjennomgikk abdominal kirurgi, sammenliknet med en kontrollgruppe av pasienter som gjennomgikk hemicolecctomi. En kan anta at opioid systemet til CD pasienter kan være påvirket av prosessen av akutt og kronisk inflammasjon (Huehne m.fl. 2009). Erkjennelsen om økt opioidkrav vil sikre at pasienten i utgangspunktet er foreskrevet en tilsvarende mengde opioid i sykehuset i forhold til hva pasienten brukte hjemme. Dette kan redusere sannsynligheten for abstinenssymptomer (Mitra og Sinatra 2004). Sykepleieren bør være forberedt på å administrere liberalt ekstra doser av opioide og ikke-opioide analgetika, ikke bare opprettholde pasientens grunnbehov med opioide narkotika, men også håndtere akutte postoperative smerter. Sykepleieren bør respektere pasientens uttalelser om smerter. Det er avgjørende at sykepleieren vurderer pasientens smerter med jevne mellomrom. Medikamentregimet må være tilstrekkelig for å lindre postoperative smerter (Doverly m.fl. 2001; Carrol, Angst og Clark 2004).

For å behandle akutte postoperative smerter er opioider som morfin, fentanyl, folkodin vanligvis foreskrevet. Men etter langvarig opioid forbruk, er økt dosering av opioider

nødvendig for å redusere smertepersepsjon (Jarzyna 2005). Den hemmende effekten på gastrointestinaltraktus kan resultere i kvalme, oppkast, forstoppelse og dyspepsi, som alle kan være plagsomme for pasienten. Vær oppmerksom på at dette faktisk kan bidra til en ond syklus av magesmerter og videre opioidforbruk (Wood og Galligan 2004).

Pasienter med CD er mer fornøyd med smertebehandling når medisineringsen er gitt som pasient-kontrollert analgesi (PCA). Crowe m.fl. (2008) rapporterte om signifikant lavere smerte hos pasienter med pasient kontrollert epidural, enn hos pasienter med kontinuerlig epidural infusjon for både 1. og 2. postoperative dag. De kalkulerte med at post-test score var lavere ($P < 0.001$) hos de som fikk avslapning enn kontrollgruppen (Crowe m.fl. 2008). Fordi kroniske smerter skaper en endret stressrespons, responderer Crohns pasienter med tretthet, søvnforstyrrelser, angst og depresjon (Puntillo, Miaskowski og Summer 2003).

Fordi psykiske plager spiller en viktig rolle i oppfatningen av smerte, bør stressreduksjon prioriteres i omsorgen. Kognitiv atferdsterapi anbefales og inkluderer fryktunngåelse, utvikling av positiv mestring og egen mestringsevne, positive bilder, distraksjon, opplæring i avslapning og effektiv kommunikasjon. Pasientsamtale om forventninger til smertelindring bør starte preoperativt, og undervisning om egenomsorgintervensjoner pasienten selv kan iverksette (Bédard m.fl. 2006).

I følge Cohen (2002) er miljøfaktorer eksterne faktorer som øker en persons sårbarhet til en reaksjon på sykdom. Dette kan omfatte motstridende holdninger med sykepleier/helsepersonell vedrørende smertelindring, grad av sosial støtte, og mulige negative konsekvenser av langvarig sykehusinnleggelse som økonomi, jobb og sikkerhet (Cohen 2002).

Ernæringsterapi

Underernæring hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom kan ha flere årsaker. Frykt for abdominalsmerter og diarè etter matinntak, er de mest vanlige årsakene til inadekvat ernæringsinntak (Razack og Seidner 2007). Crohns pasienter har ofte dårlig appetitt, og har en kronisk sykdom med tendens til økt energi- og kaloribehov på grunn av diarè og dårlig absorpsjon av protein, fett, karbohydrater og vann (Crohn's and Colitis Foundation of America 2008). Defekt kobalaminabsorpsjon kan sees hos pasienter med Crohns sykdom (Mason og Milovic 2010) Ved malabsorpsjon tas blodprøver og det finnes flere

gullstandardtester for malabsorpsjon av fett, gallesyrer, karbohydrater, proteiner, vitamin B12 m.fl. (Razack og Sneidner 2007; Mason og Milovic 2010).

Pasienten bør få vurdert sin ernæringsstatus ved innleggelse og etterfølgende kontroll (Sundhedsstyrelsen 2007). Følgende formel kan benyttes til mer nøyaktig energiberegning: seneliggende: 29 kcal per kg kroppsvekt, oppegående: 33 kcal per kg kroppsvekt, oppbygging: 40 kcal per kg kroppsvekt, pasienten er mager: + 10 %, pasienten er svært overvektig: - 10 %, pasienten er 18 – 30 år: + 10 %, pasienten er over 70 år: - 10 %, pasienten har feber: + 10 % per grad temperaturstigning. For pasienter med store skader kan en måle energibehovet ved indirekte kalorimetri. Standard væskebehov hos voksne per døgn er 30 – 40 ml per kg kroppsvekt. Ved feber, svette, diarè og oppkast, må tapt væske erstattes (Norsk Legemiddelhåndbok 2010).

Måling av vekt, hudfold, body mass index (BMI), kostinntak og muskelfunksjon må måles ved innleggelse og følges opp. Pasienter med CD kan ha lavere A-, C og B 12-vitamin, riboflavin, thiamin, folsyre, kalk, fosfor og jern i forhold til anbefalingene, og kan skyldes inadekvat inntak og dårlig absorpsjon. D-vitamin, zink og jernkonsentrasjonen viser lave verdier hos underernærte tynntarmsopererte IBD pasienter. Risikofaktorer for frakturer er malabsorpsjon av vitamin D, K, samt kalk. CD pasienter må få tilskudd av de nødvendige stoffene de har for lite av (Vestergaard 2004; Aghdassi m.fl. 2007; Moorthy, Cappellano og Rosenberg 2008; Teitelbaum 2009).

En variert, velbalansert diett er anbefalt, hvor en unngår mat pasienten ikke tåler. For å identifisere mat pasienten ikke tåler, brukes en ”eliminajons” tilnærming. Først blir all forventet mat fjernet fra dietten for to uker og deretter reintrodusert, en type mat hver tredje dag. Hvis en type mat forårsaker fordøyelsesproblemer, skal den fjernes. Diettveiledning synes å øke inntakelsen av næringsstoffer. Enteral ernæringsterapi hos svært syke pasienter med CD synes å øke vekten og mengden av kroppsprotein. Pasienter med CD og diarè bør undersøkes for laktoseintoleranse, og pasienter med ileostomi, jejunostomi og pouch bør begrense inntaket av fiberrike og trevlede matvarer. (Sundhedsstyrelsen 2007; Burrowes 2008).

Total parenteral ernæring (TPN) er foretrukket terapi ved kompleks fistulerende sykdom og ved kraftig tynntarmcrohn og fulminant colitt (European Crohn`s and Cloitis Organisation 2006a; Moorthy, Cappellano og Rosenberg 2008). Spesielle dietter anvendes ved kort tarm og

malabsorpsjon (Torp 2008). Væske- og elektrolyttmangel ved CD oppstår vanligvis hos pasienter med kort tarm syndrom og når diarèen er vanskelig å kontrollere. Juice, milde, alkoholfrie, koffeinfrie drikker og vann fordelt utover dagen er anbefalt ved diarè. Måling av drikke og diurese er nødvendig. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot et adekvat energiinntak (Burrows 2008).

Mini Nutritional Assessment (MNA) kan lett administreres av helsepersonell i sykehus og hjemmetjenesten, for å avdekke pasienter som kan hjelpes med tidlig ernæringsintervensjon. Trinn 1 av MNA utgjør seks sterkt korrelerende spørsmål, som omfatter screening av matinntak, vekttap, mobilisering, psykologisk stress eller akutt sykdom, nevrologiske problemer og Body Mass Index (BMI). Trinn 2 er en vurdering av de med risiko for underernæring. Totalt tidsbruk er beregnet til 15 minutter. Screening maksimum score er 14. Score ≥ 12 indikerer trygg ernæringsstatus uten krav til tiltak. En MNA screening score ≤ 11 antyder risiko for underernæring og bekreftelse skal gjøres ved en fullstendig MNA (trinn 2 – vurdering). Flere tester antyder at MNA har god reliabilitet, og screening validitet av MNA er nesten like god som MNA i full form (Guigoz 2006). BMI kan utregnes ved å ta vekt/(høyde x høyde). Pasienten bør henvises til en ernæringsfysiolog, og pasienten selv kan føre matlogg (Olendzki 2009).

Behandling av tarmfunksjon

Diarè svinger ofte over en lengre periode, og kan ha flere årsaker: 1) overdreven væskesekretasjon og nedsatt absorpsjon av væske på grunn av betent tynn- eller tykktarm, 2) saltmalabsorpsjon grunnet en betent eller resektert terminal ileum, 3) Uabsorberte gallesalter i kolon resulterer i en ”gallesalt” diarè (steatorè) (Peppercorn 2009). Loperamid kan anvendes hos enkelte utvalgte pasienter med plagsom diarè. Gallesyrebindende midler, for eksempel kolestyramin, kan forsøkes ved diarèplager som er forårsaket av gallesyremalabsorpsjon etter ileumreseksjon (Norsk Legemiddelhåndbok 2010).

Systematiske oversikter tyder på at probiotica er effektive i å redusere forekomsten av diarè hos pasienter som tar antibiotika. Probiotica er kosttilskuddkomponenter som fremmer vekst og metabolske aktiviteter av gunstige bakterier. For noen CD pasienter kan derfor probiotica være et nyttig supplement, for eksempel enkelte typer yoghurt (Sartor 2009). Diettdrikker bør unngås, fordi de ofte inneholder sorbitol som kan forverre diarèen (McClave 2007).

Selv om den primære behandling av CD er medisinsk, vil ca. 70 % av pasientene gjennomgå kirurgisk behandling innen de første ti år etter at diagnosen er stilt. Komplikasjoner som abscesser, stenoser og fistler, er de vesentligste indikasjoner for kirurgisk behandling. Crohn pasienter med lang symptomvarighet og ledsagende komplikasjoner i form av stenoser, fistler eller ekstraintestinale manifestasjoner kan ha fordel av primær kirurgisk behandling. Ved **intraabdominal abscess** er det ved kirurgisk drenasje med tarmreseksjon lavere recidivfrekvens og mindre risiko for senere kirurgisk intervensjon, enn ved konservativ behandling med perkutan drenasje og medisinsk behandling. Symptomgivende enteriske **fistler** behandles primært kirurgisk. Injeksjon av fibrinlim inn i fistelen er assosiert med klinisk remisjon i halvparten av 14 pasienter etter to år med oppfølging (Vitto m.fl. 2005). Fistel tilbakefall er vanlig (Bitton og Belliveau 2010). Den kirurgiske behandlingen av **stenoser** er reseksjon. Isolerende og endoskopisk tilgjengelige korte strikturer kan hos selekterte pasienter forsøkes behandlet med hydrostatisk ballongdilatasjon. Multiple og korte **strikturer** har lenge vært behandlet med strikturplastikk for å spare tarmlengden. På lengre sikt får 67 % av pasienter med Crohn-colitis og 83 % av pasienter med svær perianal CD gjort proktokolektomi eller anlagt permanent stomi, som er forbundet med høy komplikasjonsfare. Målet med kirurgi er å bevare tarm og gi pasienten best mulig livskvalitet. Et nært samarbeid mellom gastroenterologi og gastrokirurgi er helt nødvendig for å oppnå best mulig langtidsutsikter for personer med CD (Sundhedsstyrelsen 2007; Crohn's and Colitis Foundation of America 2008; Bitton og Belliveau 2010). Ileoanalastomose (IAA) bør unngås hos pasienter med Crohns sykdom på grunn av dårlige funksjonelle resultater (Heppell 2009).

De beste resultatene oppnås hvis pasienten er godt forberedt medisinsk og psykologisk. Komplikasjoner er mer sannsynlig hos pasienter som er underernærte, immunosupprimerte, deprimerte eller har infeksjon. Korreksjon av anemi, væske, elektrolytter, syre-base-forstyrrelser, koagulasjon og ernæring er obligatorisk. Medikamenter må seponeres, trappes ned eller kan beholdes. Pasienten bør forstå indikasjonene og alternativene for kirurgi, forventet resultat, risiko for tilbakefall og komplikasjoner av kirurgi. Ved stomianleggelse, kan en stomiterapeut være nyttig for valg av stomiområde og redusere angst. Adekvat antibiotikaterapi og heparin bør brukes profylaktisk (Heppell 2009).

Undervisning: Sykdomsprosess

Det er ikke overraskende at noen pasienter finner det vanskelig å mestre en kronisk sykdom. Crohns sykdom kan true livskvaliteten, fysisk og psykisk velvære, sosial fungering og følelsen av selvaktelse. Noen blir sinte, mens andre føler lettelse over å ha fått en diagnose slik at de kan få hjelp. De bør få forståelse og emosjonell støtte fra familie og helsepersonell. Noen kan ha nytte av samtale med en terapeut som er kjent med CD eller med kronisk sykdom generelt. Det å få snakke med noen som har opplevd det samme, kan være verdifullt. Det finnes lokale støttegrupper og IBD seminarer (Crohn`s and Colitis Foundation of America 2008).

Systematisk tilrettelagt undervisning kan ha god effekt på innleggelsesfrekvensen, pasientens mestringsevne og tilfredshet med sykdomsinformasjonen (Sundhedsstyrelsen 2007). Kunnskap om tilstanden og hva de bør gjøre er nødvendig, men formidling av kunnskap alene er vanligvis ikke tilfredsstillende for å endre atferd (Gibson m.fl. 2003). Hensiktfullheten, måten og tiden er avgjørende for resultatet (Barlow m.fl. 2003). Viktig å dyktiggjøre pasienten og bevise utbytte. Se barrierer for effektivt resultat (Robinson 2004).

Det er god dokumentasjon på at røykeslutt for personer med Crohns sykdom reduserer hyppigheten av kliniske tilbakefall og behov for immundempende medisiner så vel som kirurgi (Yamamoto og Keighley 2000; Cosnes m.fl. 2001; Johnson, Clones og Mansfield 2005). Alle personer med Crohns sykdom som røyker bør oppfordres til å slutte å røyke, og bør få tilbud om støtte gjennom evidensbasert, strukturert røykesluttprogram (Mills m.fl. 2010).

Kvinner med IBD bør planlegge graviditet under remisjon. Graviditet påvirker vanligvis ikke sykdommen, men kan blusse opp i første trimester eller post partum. Det er ikke registrert at Crohns sykdom medfører misdannelser, men det er økt risiko for tidlig og lav fødselsvekt ved aktiv sykdom. Kvinner tilrådes å slutte med tobakksrøyking før graviditet. Kvinner med pouch og graviditetsønske etter et år kan tilbys prøverørsbefruktning. Pasienter med inaktiv perianal CD kan anbefales vaginal fødsel, men det bør gjøres i samråd med obstetrikere. Det er ikke evidens for nedsatt fertilitet hos menn med inflammatoriske tarmsykdom (European Crohn`s and Cloitis Organisation 2006b; Sundhedsstyrelsen 2007).

Ut fra funnene i artiklene er det laget forslag til en informasjonsbrosjyre til pasienter med Crohns sykdom (ikke vedlagt).

Fremme lettere trening

En studie som inkorporerte opplæring i stressmestring og et lavintensivt treningsprogram rapporterte forbedringer i livskvalitet (Ng m.fl. 2007). Lavintensiv trening gir ingen aktivering av sykdommen og kan i et psykologisk perspektiv være bra. Hard trening frarådes basert på de negative metabolske konsekvensene som er grunnleggende i kombinasjonen betennelse og fysisk trening (Hellström 2008).

Tverrfaglig samarbeidsmøte

Pasienter med IBD diskuterer sjelden sine sykdomsrelaterte bekymringer med profesjonelle helsearbeidere. Å holde bekymringene for seg selv kan i virkeligheten føre til forverring av deres bekymringer (Casati m.fl. 2000). Pasienter med IBD ønsker å ha et mer åpent og likt forhold med helsepersonalet (Rogers m.fl. 2005). Det er av betydning å identifisere pasienter med negative mestringsstrategier fordi de har blitt assosiert med utvikling av depresjon og angstlidelser, som igjen kan føre til isolasjon fra familie og sosialt nettverk (Lackner, Quigley og Blanchard 2004). Isolasjon og mangel på sosial støtte kan hindre positiv mestring og bli skadelig for effektiv smertebehandling (Cano 2004; Buenaver, Edwards og Haythornthwaite 2007). Koordinerte og helhetlige tjenester er nærmere omtalt i St.meld. nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Kronisk syke erfarer problemer med å gjennomføre hovedaktiviteter i livet som arbeid, utdanning og selvomsorg. Når sykdommen er aktiv forårsaker symptomene pasienten til å forbli sykmeldt inntil situasjonen har stabilisert seg. Sykdomsaktiviteten kan fortsette, responsen på den medisinske behandlingen kan være dårlig, og kirurgi kan bli nødvendig (Bernklev m.fl. 2006). Bare en liten andel av arbeidsledige pasienter følte seg friske nok til å arbeide hvis en jobb var tilgjengelig (Brian m. fl. 2005). Arbeidsfunksjons hemming ser ut til å påvirke spesielt sosial funksjon hos CD pasienter. Pasienten kan ha behov for hjelp til å få uførepensjon, sykmelding eller med arbeid i redusert stilling (Bernklev m.fl. 2006).

Crohns pasienten trenger at alle rundt dem har en større forståelse og tilbyr støtte. Det er viktig at personer med Crohns sykdom får dele informasjon og erfaring med hverandre. Å leve med en livslang, kronisk inflammatorisk tarm sykdom stiller mange krav til pasienten, fordi symptomene er potensielt invalidiserende, pinlige og uforutsigbare. Selvomsorg omfatter den enkeltes evne til å håndtere symptomene, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser, og endringer i livsstil som ligger i å leve med en kronisk sykdom. Det handler om evne til å

overvåke ens tilstand og å påvirke kognitive, atferdsmessige og emosjonelle reaksjoner, som er nødvendig for å opprettholde en tilfredsstillende livskvalitet. Et viktig mål er å øke pasientens mestring (Barlow m.fl. 2002, s. 178).

Planlegge utskrivelse

En studie av Kennedy m.fl. (2003) viste færre tilbakefall i intervensjonsgruppen som fikk pasientsentrerte konsultasjoner med en skriftlig selvomsorgsplan sammen med åpen tilgang klinikker. Psykologisk behandling kan redusere behovet for helsetjeneste for pasienter med Crohns sykdom (Deter m.fl. 2007).

De mest vanlige profesjonelle behandlingsgruppene for pasienter med Crohns sykdom er leger, sykepleiere, psykologer, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, sosionomer, psykiatere og helsearbeidere. Spesialsykepleiere innen IBD kan være de profesjonelle som er best plassert for å legge til rette for selvomsorg for pasienter med Crohns sykdom (Belling, McLarsen og Woods 2009). Intervensjonene gjennomføres på individuell basis, i gruppe eller en kombinasjon av disse to strategiene (Barlow m.fl. 2002; Barlow m.fl. 2010).

4.2 Resultater av funn fra evalueringene av kunnskapsbasert praksis for studenter og ansatte

Resultater fra evalueringen om undervisning og veiledning i å arbeide kunnskapsbasert, og læringsutbytte for sykepleierstudentene

Totalt ni (100 %) av ni studenter svarte på evalueringsskjemaet. De to yngste studentene var 21 år, den eldste var 31 år og gjennomsnittsalderen var 24 år. Seks studenter var i første veiledet praksis og tre studenter i tredje veiledet praksis, på sykehus. Ni studenter (100 %) hadde deltatt på undervisningsdagen på IT-rommet om kunnskapsbasert praksis, syv studenter (77,8 %) på søking og vurdering av artikler på refleksjonsdagen og åtte studenter (88,9 %) på søking og vurdering av artikler en dag på sykehuset med lærer/fagsykepleier. Resultater av evalueringen om undervisning og veiledning i å arbeide kunnskapsbasert og læringsutbytte fra sykepleierstudentene vises i tabell 3.

Tabell 3. Sykepleierstudentenes svarfordeling angående undervisning og veiledning i å arbeide kunnskapsbasert og deres læringsutbytte

Spørsmål	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
1a. Undervisningen på IT-rommet ga meg varierte aktiviteter og lærestoff som fremmet min læring i forhold til kunnskapsbasert praksis.		2	1	6	
1b. Veiledningen på søking og vurdering av artikkel på refleksjonsdagen fremmet min læring i forhold til kunnskapsbasert praksis.			2	5	2
1c. Veiledningen på søking og vurdering av artikkel en dag fremmet min læring i forhold til kunnskapsbasert praksis.			2	6	1
2a. Jeg likte måten underviserne på IT-rommet gjennomførte undervisningen på.		3	2	4	
2b. Jeg likte måten veilederen på refleksjonsdagen gjennomførte veiledningen på.		1	3	3	1
2c. Jeg likte måten veilederen gjennomførte veiledningen på en dag.			3	4	2
3. Undervisningsmaterialet og hjelpemidlene som ble brukt i undervisningen og veiledningen om kunnskapsbasert praksis var motiverende og hjalp meg til å lære.		1	2	5	1
4a. Jeg forstår prinsippene for søking av artikler.		1		6	2
4b. Jeg forstår prinsippene for vurdering av artikler.			1	6	2
5. Jeg har bidratt med artikkel/artikler til veiledende behandlingsplan.		1	1	6	1
6. Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger om kunnskapsbasert praksis.				5	4
7. Jeg vet hvordan jeg kan få hjelp hvis jeg ikke forstår prinsippene for søking og vurdering av artikler.		1		4	4
8. Under veiledningen hadde jeg mulighet til å diskutere med veilederen og medstudenter ideer og prinsipper vi hadde lært.			1	3	5

Konkretisering av resultatene: Seks studenter (66,7 %) var enig i at undervisningen på IT-rommet ga varierte aktiviteter og lærestoff som fremmet læring, i forhold til kunnskapsbasert praksis. På refleksjonsdagen og en dag på sykehuset, var svarene noe bedre.

Resultatene på utsagnet «Jeg likte måten underviserne på IT-rommet gjennomførte undervisningen på» viste at fire studenter (44,4 %) var enig, to studenter (22,2 %) var usikre

og tre studenter (33,3 %) uenige. Det var noe bedre på refleksjonsdagen og en dag på sykehuset.

Seks studenter (66,7 %) var svært enig eller enig i at undervisningsmaterialet og hjelpemidlene som ble brukt i undervisningen og veiledningen i kunnskapsbasert praksis, var motiverende og hjalp meg til å lære.

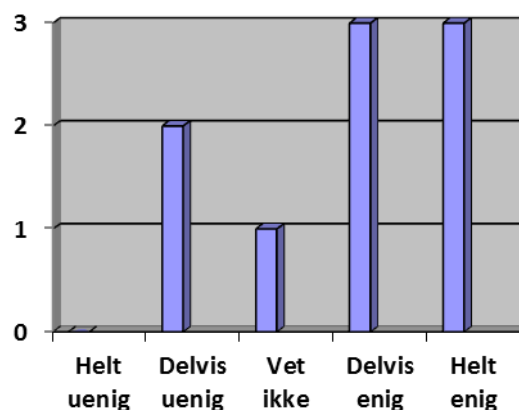
På utsagnene «Jeg forstår prinsippene for søking av artikler» og «Jeg forstår prinsippene for vurdering av artikler» var det åtte studenter (88,9 %) som var svært enig eller enig i disse utsagnene.

Syv studenter (77,8 %) hadde bidratt med artikkel/artikler til veiledende behandlingsplan.

Ni studenter (100 %) var svært enig eller enig i at det var studentens ansvar å lære det en trenger om kunnskapsbasert praksis.

Åtte studenter (88,9 %) svarte at de hadde mulighet til å diskutere med veilederen og medstudenter ideer og prinsipper de hadde lært.

Figur 2 viser at seks studenter (66,6 %) var helt eller delvis enig i at de vil basere sitt arbeid som sykepleier på kunnskapsbasert praksis.



Figur 2. Studentenes svarfordeling om de vil basere sitt arbeid som sykepleier på kunnskapsbasert praksis

Det var kun et bortfall på et spørsmål blant studentene. Av kommentarene fra fem sykepleierstudenter kom følgende fram: Student 1) Opplæringen i å jobbe kunnskapsbasert i praksis var lærerikt til videre oppgaveskriving og eksamen. Fint å kunne for å holde seg oppdatert senere som ferdig utdannet sykepleier. Student 2) Jeg hadde lite utbytte av disse to dagene med kunnskapsbasert praksis. Student 3) Det ble for mye basiskunnskap (ABC-læring) i forhold til søking og vurdering på artikler. Student 4) Jeg synes jeg hadde mest utbytte av den dagen vi søkte med fagsykepleier på grunn av at vi fikk brukt det vi hadde lært, og dermed fant ut hva vi kunne og ikke kunne. Det var spennende å være med. Student 5) Personlig synes jeg vi brukte litt lang tid på å få undervisning i det å søke og hvordan en gjorde det. Fordi jeg hadde kjennskap til dette fra før, ville tiden vært bedre benyttet ved å gå videre til neste emne. Men det kan være veldig nyttig for de som ikke har erfaring med data/søking fra før. Ellers var det veldig positivt, men jeg kommer til å bruke det vi har lært både i videre studier og arbeid.

Resultater fra evalueringen om undervisning og veiledning i å arbeide kunnskapsbasert, og læringsutbyttet for ansatte

Kun tolv (48 %) av 25 ansatte besvarte spørreskjemaet. Resultatene viste at de ansatte hadde fra 1,5 – 27 års praksis som ansatt i sykehus, med et gjennomsnitt på 15,1 år. Nåværende stillingsprosent varierte fra 75 – 100 %. De ansatte hadde arbeidet fra 1 – 23 år ved kirurgisk sengepost, gjennomsnittet var 10,6 år. Tabell 4 viser hvordan svarene til de ansatte fordelte seg angående undervisning og veiledning i å arbeide kunnskapsbasert.

Tabell 4. De ansattes svarfordeling angående undervisning og veiledning i å arbeide kunnskapsbasert.

På en skala fra 1 til 10, der 1 er ”overhode ikke motivert”, og 10 er ”svært motivert”.

Spørsmål	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Hvor motivert var du for deltakelse i samarbeidsprosjektet om kunnskapsbasert praksis?		1	4		3		1			3
5. I hvilken grad mener du prinsippene for kunnskapsbasert praksis (forskningsbasert, erfaringsbasert, brukerkunnskap og brukermedvirkning) egner seg som metode for fagutvikling blant ansatte?		1	1	1	1		3	3		2
<u>Kommentar:</u> Erfaringsbasert kunnskap veier mest.										

6. Har du fått tid i arbeidstiden til å arbeide med kunnskapsbasert praksis utenom undervisningsdagen? <u>Kommentar:</u> 1) Har nok hatt tid, men ikke tatt meg tid. 2) Litt opp og ned. Men ikke de siste månedene. Får ikke "roen" til å sette meg ned her på jobb heller. 3) Mye sykdom i avdelingen fra oktober til januar.			1		3	1	1	2	2	2
7. Hvordan vurderer du din egen arbeidsinnsats i forhold til kunnskapsbasert praksis de siste 6 månedene? <u>Kommentar:</u> Hatt mye fri de dagene det var faghalvtime.	2	2	3	2			2		1	
8. Hvordan synes du organiseringen, gjennomføringen og oppfølgingen av undervisningen om kunnskapsbasert praksis har vært? <u>Kommentarer:</u> Ved 2. undervisningsperiode var dataen i uorden, så da sier det seg selv at dagen ble ødelagt.		2	1	1	5	1	2			
9. Hvordan vurderer du den faglige kvaliteten på undervisningen om kunnskapsbasert praksis? <u>Kommentarer:</u> 1) Varierer veldig. 2) Første undervisningsperiode karakter 8. Litt kjedelig teori kunnskapsbasert praksis. Burde ha fått søkt mer selv.			2		3	2	1	4		

På grunnlag av tabell 4 er noen av resultatene nærmere beskrevet. Syv ansatte (58,3 %) var svært eller middels motivert, mens fem ansatte (41,7 %) var lite motivert for deltakelse i samarbeidsprosjektet om kunnskapsbasert praksis.

Om prinsippene for kunnskapsbasert praksis egner seg som metode for fagutvikling blant ansatte var ni ansatte (75 %) i stor grad eller middels grad enig i dette. En ansatt kommenterte at erfaringsbasert kunnskap veier mest.

Elleve ansatte (91,7 %) hadde i stor grad eller middels grad fått tid i arbeidstiden til å arbeide med kunnskapsbasert praksis, utenom undervisningsdagen. Kommentarene gikk på at en hadde nok hatt tid, men ikke tatt seg tid, ikke fått «roen» til å sette seg ned på jobb og mye sykdom i avdelingen fra oktober til januar.

Bare tre ansatte (25 %) vurderte sin egen arbeidsinnsats som svært god eller middels god i forhold til kunnskapsbasert praksis de siste seks månedene, mens ni ansatte (75 %) vurderte egen arbeidsinnsats som dårlig.

Åtte ansatte (66,7 %) syntes organiseringen, gjennomføringen og oppfølgingen av undervisningen om kunnskapsbasert praksis hadde vært middels god, mens fire ansatte (33,3

%) syntes den var dårlig. En kommentar gikk på at ved andre undervisningsperiode var dataen i uorden, så da sier det seg selv at dagen ble ødelagt. Dette gjaldt åtte ansatte.

Totalt ti ansatte (83,3 %) vurderte den faglige kvaliteten på undervisningen om kunnskapsbasert praksis som svært god eller middels god og to ansatte (16,7 %) som dårlig. En kommentar gikk på at den faglige kvaliteten varierte veldig. I en annen kommentar framkom følgende: Første undervisningsperiode karakter 8. Litt kjedelig teori kunnskapsbasert praksis. Burde ha fått søkt mer selv.

På spørsmålet om hvor ofte de hadde søkt i en medisinsk eller sykepleiefaglig database de siste seks måneder viste medianen (det typiske i en fordeling) 1 – 2 ganger i måneden eller sjeldnere. Kommentaren «For lite datamaskiner og det tar for lang tid», kom fram under dette spørsmålet.

Tabell 5 viser de ansattes svarfordeling angående læringsutbytte av undervisning og veiledning i å jobbe kunnskapsbasert.

Tabell 5. Ansattes svarfordeling angående læringsutbytte av undervisning og veiledning i å jobbe kunnskapsbasert.

Spørsmål	I høy grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt
11. I hvilken grad opplever du at du kan finne fram til nyttig kunnskap gjennom Internett (artikler eller annet fagstoff)?	5	4	3	
12. I hvilken grad opplever du at du kritisk kan vurdere informasjonen og informasjonskildene for egen læring?	1	7	4	
13. I hvilken grad opplever du at din praksis endres eller justeres på grunnlag av ny kunnskap fra forskning?	1	9	2	
14. I hvilken grad opplever du at engelsk er en barriere når det gjelder å lese litteratur? <u>Kommentar:</u> 1) Bruker google translate og da blir det bra til slutt.	3	5	2	2
15. I hvilken grad opplever du at forskning er nyttig for praksis?	6	5	1	

Ni ansatte (75 %) opplevde i høy grad eller i noen grad at de kunne finne fram til nyttig kunnskap gjennom internett, mens tre ansatte (25 %) i liten grad.

På spørsmålet «I hvilken grad opplever du at du kritisk kan vurdere informasjonen og informasjonskildene for egen læring» svarte åtte ansatte (66,7 %) i høy grad eller i noen grad, mens fire ansatte (33,3 %) i liten grad.

Ti ansatte (83,3 %) opplevde i høy grad eller i noen grad at praksis endres eller justeres på grunnlag av ny kunnskap fra forskning.

At engelsk var en barriere når det gjelder å lese litteratur opplevde åtte ansatte (66,7 %) i høy grad eller i noen grad, og fire ansatte (33,3 %) i liten grad eller ikke i det hele tatt. Det var ikke spurt etter kommentarer her, men en ansatt sa hun brukte google translate, og da ble det bra til slutt.

Elleve ansatte (91,7 %) opplevde i høy grad eller i noen grad at forskning er nyttig for praksis.

Det kom tre forslag til forbedringer angående kvalitet, organisering, gjennomføring og oppfølging av undervisningen om kunnskapsbasert praksis. Forslag 1) Bør bli enklere og mer logisk og slå opp på oppslagsverk. Mange prosedyrer ligger under ”rare” eller unaturlige kategorier. Forslag 2) Avsette litt mer tid i praksis. Kanskje navngitt personell per dag, på et bestemt tidspunkt på dagen. Annet personell eller studenter tar ansvar for pasientene i mellomtiden. Bruke undervisningsdager videre til å finne litteratur, i første omgang skal vi igjennom informasjonsskrivene. Forslag 3) Bedre forberedelse av personalet i forhold til deres deltagelse/rolle i prosjektet før undervisningen starter.

4.3 Resultater av gruppeintervjuene med medlemmene i prosjektgruppen

Intervjuet var rettet på fem områder: lært om kunnskapsbasert praksis, erfaringer med samarbeide, dele/formidle kunnskaper, utbytte og konsekvenser av samarbeidsprosjektet. Resultatene vil bli presentert ut fra kategorier, underkategorier, beskrivelser og med eksempler fra sitater.

Lært om kunnskapsbasert praksis

Innenfor dette området framkom en kategori Kunnskaper og ferdigheter, og tre underkategorier Hva kunnskapsbasert praksis innebærer og hvordan det kan brukes, Er mer bevisst og Utfordringer. Hva kunnskapsbasert praksis innebærer og hvordan det kan brukes for studentene handler om at det er satt i gang en tankeprosess. På framlegg sa studentene litteraturen, og de hadde kildehenvisninger. Studentene så lettet og glade ut etter diskusjoner.

På medisinerrommet satte studentene opp fin veiledning om hva som kan knuses og ikke knuses av medisiner som skal gis i sonde. Eksempel på hva kunnskapsbasert praksis innebærer og hvordan det kan brukes for prosjektmedlemmene var blant annet: «At vi lærer oss å jobbe litt mer strukturert, har disse forskningsspørsmålene og å se en ting fra mange sider».

Prosjektmedlemmene hadde blitt mye tryggere på å lese artikler og skjønne hva de kan bruke og ikke. Hva kunnskapsbasert praksis innebærer og hvordan det kan brukes for ansatte handler om at de ikke bare skal tenke på erfaring, men skal sjekke litteraturen og hva pasienten føler og tenker. De ansatte hadde søkt kunnskap og skrevet pasientinformasjoner.

Er mer bevisst beskrives med et sitat: «Så har du en student med om dagen, så blir det enda mer at en går og sjekker kunnskapen. Jeg tror det er en trygghet for studentene også».

Utfordringer handler blant annet om at kunnskapsegget var så nytt for mange, så det ble en terskel å sette seg ned og faktisk prøve å søke. Spesielt i begynnelsen tok søking på kunnskapsegget fryktelig lang tid. For mange var det vanskelig og fjernt å søke i kunnskapsegget og bruke nettet til å oppdatere seg. Deltakerne var ikke vant til å lese fagartikler på engelsk, bruke oversetterfunksjon og de trengte tid for å venne seg til kunnskapsegget. De ansatte var veldig negative i starten. Kanskje de ansatte syntes det var litt skummelt, for det var mye om metode, og det virket som de skulle forske på høyt nivå.

Erfaringer med samarbeide

For dette området framkom en kategori *Styrket samarbeid*, og fem underkategorier *Utbytte av hverandre*, *Lære av andre*, *God veiledning og struktur*, *Holdning og Kontroll*. *Utbytte av hverandre* kunne gi seg til uttrykk i: «Studentene er jo raske på data, og oppfatter veldig raskt. Vi har en erfaring som ikke studentene har. Jeg synes det har styrket samarbeidet». De som hadde jobbet i prosjektgruppen hadde hatt det veldig bra sammen og utfylt hverandre på en god måte. *Lære av andre* handler om at det hadde vært lærerikt og høre om hva Crohn pasienten gjør på hverandres avdelinger, og at det hadde vært nyttig for å se helheten rundt pasienten. Prosjektmedlemmene hadde lyst til å hospitere hos hverandre. Det hadde vært fint å samarbeide med bibliotekaren og den ansvarlige for sykepleiedokumentasjon. Nå hadde prosjektmedlemmene lært å skrive forskningsspørsmål og visste hva de kunne spørre om. *God veiledning og struktur* omfatter blant annet at samarbeidet med høgskolen hadde vært veldig bra. Prosjektleder hadde styrt, strukturert og gitt klare rammer om arbeidsoppgaver, tid og andre begrensninger. Prosjektmedlemmene hadde hatt prosjektmøtene, fått veiledning og blitt vist veien videre. De hadde fått bekreftelse på at de hadde tenkt riktig, eller fått en kommentar

på det som ikke hadde vært helt bra. *Holdninger* kunne gi seg til uttrykk i: «Det kunnskapsegget gikk en runde på facebook også. Ble ikke så veldig lei meg. Ansatte satte opp bilder på personalrommet, der har de hengt opp dette kunnskapsegget i ramme. Men de er klar over at det er der». Det var litt varierende hvordan ansatte mottok kunnskapsbasert praksis. Noen var helt imot det. *Kontroll* handler blant annet om at et medlem i prosjektgruppen hadde vært representant fra medisinsk poliklinikk i gruppen alene. Hun hadde følt meg litt på siden i forhold til de andre som hadde hverandre. Hun følte hun ikke hadde fått bidratt nok, og at de andre hadde dratt lasset. Prosjektleder delegerte oppgaver som gjorde at en kanskje ikke helt hadde full kontroll. Før jul ble det så lenge mellom prosjektmøtene at det ble vanskelig å komme inn i prosjektet igjen. Men det hadde gått rimelig bra likevel.

Dele/formidle kunnskaper til andre.

Innenfor dette området framkom en kategori *Lærerikt og nyttig for deltakerne*, og tre underkategorier *Dele kunnskaper*, *Undervise andre* og *Avgrense*. *Dele kunnskaper* handler om å dele kunnskaper innad i prosjektgruppen når de hadde vært samlet og jobbet sammen. Alle hadde forskjellige kunnskaper på området. Prosjektmedlemmene hadde utfylt hverandre, funnet fram til ting de hadde vært usikre på og de hadde tatt tak i ting sammen. To av prosjektmedlemmene hadde vært på kurs i Oslo, hvor det var to pasienter som hadde framlegg om sin kroniske hverdag. *Undervise andre* kom til uttrykk ved: «Jeg underviste studentene i praktisk søking på kunnskapsegget. Det var lærerikt for da måtte jeg strukturere kunnskapen, få det ned med litt undervisningsmateriell, og formidle det og dele ut skriftlig i tillegg. Så det var nyttig for da fikk jeg ordentlig taket på det». Ellers hadde prosjektmedlemmene prøvd og formidlet en del om kunnskapsbasert praksis til kollegaer. *Avgrense* beskrives blant annet som: «Vi snakket mye om hva veiledende behandlingsplan skal hete – kroniske smerter, akutte smerter, Crohns smerter. Så har vi snakket om det på avdelingen om VBP skal være generell for medisin, kirurgen og poliklinikken. Vi begynte vel friskt med alt under ett, men så vel fort at det var alt for omfattende». Når prosjektmedlemmer analyserte artikler sammen med studentene hadde de brukt bare en artikkel for å se om den passet til den veiledende behandlingsplanen.

Utbytte av samarbeidsprosjektet

Under dette området framkom en kategori *Til nytte for pasienter og personale*, og to underkategorier *Bidra til individuell pleie for pasienten* og *Lære hvordan bruke kunnskapen*.

Bidra til individuell pleie for pasienten handler om at en kvalitetssikrer arbeidet når en har en veiledende behandlingsplan. Prosjektmedlemmene følte de hadde så mye teori bak at pasientene blir sikret god pasientbehandling. Men at alle pasientene blir behandlet individuelt til slutt, når det blir en behandlingsplan for den og den pasienten. Målet til en god behandlingsplan hadde vært viktig, og at den skulle være nyttig for pasientene og personalet. Prosjektmedlemmene kan nå si mer til pasienten som er på kirurgisk avdeling om hvordan det er på medisinsk poliklinikk. *Lære hvordan bruke kunnskapen* kommer til uttrykk som: «Så vil jeg også si at det største utbyttet var det å lære å søke og kritisk vurdere artikler. Det har jo blitt sånn nå at pasientene vet mye fra internett, og finner ut av mye på egenhånd som ikke alltid stemmer». Det ble mer glidende rollemønster mellom studentene og praksissted når studentene bidro til kunnskapsbasert praksis.

Konsekvenser av samarbeidsprosjektet

Innenfor dette området framkom en kategori *Til nytte for pasienten*, og to underkategorier *Bruke individuell pleie* og *Bevisst og aktivt personale*. *Bruke individuell pleie* handler om å bruke behandlingsplanen aktivt sammen med pasienten og at pasienten får medbestemmelse. Prosjektmedlemmene håper den VBP blir aktivt brukt. Selv om det er ei gruppe med kronisk syke, så er det mange individuelle forskjeller. De håper de har klart å favne alle muligheter. *Bevisst og aktivt personale* kommer til uttrykk i: «Jeg håper en kan få utarbeidet en veiledende behandlingsplan for polikliniske pasienter som avdelingen kan ha nytte av. En annen konsekvens er det vi snakket om å få til mestringskurs eller en slags pasientskole. Det er noe jeg har hatt ønske om veldig lenge. Men kanskje kommer vi litt nærmere nå». Prosjektmedlemmene kommer til å søke på kunnskapsegget etter kunnskap for å få bekreftet det de gjør. De ønsker å dokumentere det de gjør på en ordentlig måte og vise det de faktisk gjør. Når det dukker opp spørsmål må de være oppdatert.

5.0 Diskusjon

Denne delen omfatter en diskusjon av resultatene og metodene. Før diskusjonen presenteres en kort oppsummering av resultatene av veiledende behandlingsplan. Hovedspørsmålet var «Hvordan gi best mulig sykepleie til pasienter med Crohns sykdom innlagt på sykehus?»

5.1 Resultater

Det har vært lite fokus på pasienter med Crohns sykdom. Ved hjelp av et samarbeid mellom studenter og ansatte er det utviklet en kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan.

Behandlingsplanen skal være et verktøy i forhold til alle pasienter med Crohns sykdom.

Effektive sykepleietiltak innen *smertebehandling* er å gjennomføre en grundig og nøyaktig smertevurdering, benytte smerteintensitet skala (Visual Analogue Scale – VAS), anvende Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), administrere forebyggende smertelindring preoperativt, erkjenne og administrere liberalt ekstra doser av opioide og ikke-opioide analgetika postoperativt spesielt de første 48 timene og pasient-kontrollert analgesi (PCA). Fordi psykiske plager spiller en viktig rolle i oppfatningen av smerte, bør stressreduksjon prioriteres. Kognitiv atferdsterapi anbefales og inkluderer fryktunngåelse. Videre anbefales utvikling av positiv mestring og egen mestringsevne, positive bilder, distraksjon, opplæring i avslapning og effektiv kommunikasjon. Helsepersonell bør vær oppmerksom på motstridende holdninger vedrørende smertelindring, grad av sosial støtte, økonomi, jobb og sikkerhet.

Effektive tiltak innen *ernæringsterapi* er vurdering av ernæringsstatus, en velbalansert diett hvor en unngår mat pasienten ikke tåler, tilskudd av vitaminer og mineraler pasienten har for lite av og fettreduert kost ved steatorè. Bananer, blåbær, salt, enkelte typer yoghurt, milde, koffeinfrie drikker og vann fordelt utover dagen er anbefalt ved diarè. Ved ileostomi, jejunostomi og pouch skal pasienten begrense inntaket av fiberrike og trevlede matvarer. Total parenteral ernæring anvendes hos enkelte pasienter, og spesielle dietter ved kort tarm og malabsorpsjon. Lege bestemmer spesialkost og total parenteral ernæring. Mini Nutritional Assessment, inkludert Body Mass Index, kan lett administreres av helsepersonell.

Undervisning til pasienten bør omfatte tilbud om brosjyre og kontakt med Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, mestringskurs/skole, mulighet for «do-kort» og støtte ved

røykeslutt på hjemstedet. Pasienten bør informeres om sykdomsprosessen, helsetilstand og relevante tiltak. Graviditet bør planlegges. Viktig å dyktiggjøre pasienten og bevise utbyttet.

Lettere trening anbefales. Hard trening frarådes basert på de negative metabolske konsekvensene som er grunnleggende i kombinasjon betennelse og fysisk trening.

Tverrfaglige samarbeidsmøter er viktig hvor rehabiliteringsteamet er bindeleddet mellom pasient, sykehus og kommune. Helsepersonell bør hjelpe pasienten til åpenhet om sykdom, arbeid, utdanning, arbeid i redusert stilling, uførepensjon, selvomsorg og identifisere negative mestringsstrategier. Ved *utreise* bør pasienten få oppfølging på medisinsk poliklinikk med timeavtale til lege/sykepleier og skriftlig selvomsorgsplan.

En styrke ved den veiledende behandlingsplanen er at den bygger på 32 vitenskapelige artikler fra 2004 – 2011, og omfatter forskning innenfor forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Det er funnet få vitenskapelige artikler som belyser brukerkunnskap, hvilket viser at det er begrenset med kvalitativ forskning innen dette området. Skriftlige kommentarer på behandlingsplanen er innhentet fra Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (LMF), og behandlingsplanen ble presentert for ungdomsgruppen i LMF 10.02.12. Muntlige og skriftlige kommentarer er også innhentet fra interne og eksterne fagpersoner. Det har stort sett vært konsensus i funnene fra artiklene, men innen smertebehandling og ernæringsterapi bør det utvikles noe mer. Deltakerne i samarbeidsprosjektet er ikke profesjonelle i søking og vurdering av artikler, men prosjektgruppen har fått god erfaring. Kunnskaper og ferdigheter i å søke og vurdere artikler hos personalet kan komme pasientene til gode. Veiledende behandlingsplan, referanseliste og metoderapport ble godkjent av VBP Forvaltning, Avdeling for kunnskapsstøtte, SIHF før anvendelse i praksis. Forslag til en skriftlig pasientinformasjon er utarbeidet, men bør videreutvikles. En felles kvalitetssikret veiledende behandlingsplan for personer med Crohns sykdom og pasientinformasjon på landsbasis bør også utvikles. Viktig at alt personalet på landsbasis får tilgang til det som er utviklet, kvalitetssikret og revidert annet – tredje hvert år. Spredning av kvalitetssikret kunnskap innen sykepleien er helt nødvendig og gir forbedringsmuligheter. Dette handler om tverrfaglig samarbeid på tvers av sykehus og helseregioner. Et bedre samarbeid kan sikre bedre og samme kvalitet for pasientene, redusere tidsbruk for ansatte og være økonomisk besparende. (Jfr. Kunnskapsdepartementet 2011 – 2012).

Noe under halvparten av studentene var enig i at de likte måten underviserne på IT-rommet gjennomførte undervisningen på. To tredjedeler av de ansatte syntes organiseringen, gjennomføringen og oppfølgingen av undervisningen om kunnskapsbasert praksis var middels god. Det er tydelig forbedringsmuligheter. Av kommentarer fra studenter, ansatte og prosjektmedlemmene kom forslag til forbedringer. Et forslag fra en ansatt gikk på bedre forberedelse av personalet i forhold til deres deltagelse/rolle i prosjektet før undervisningen startet. Prosjektet til Graverholt, Nortvedt og Ruud (2007) viste også at ringlederne var enige om at informasjonen gitt på forhånd ideelt sett burde vært bedre. Ringlederne opplevde at det ble en heftig oppstart. Fra avgjørelsen om at prosjektet skulle i gang til oppstart var det knapt med tid. Det bør være en periode som kan brukes til forberedelse for alle parter (Graverholt, Nortvedt og Ruud 2007). Tidlig, skriftlig beskjed om tildeling av midler til prosjektet fra høgskolen er vesentlig, for å kunne planlegge og informere deltakerne i god tid før prosjektet starter. En bør i forkant av undervisningen få fram konkret hva som forventes av den enkelte.

Kommentarene, fra studentene, ansatte og prosjektgruppen, tyder på at undervisningen om kunnskapsbasert praksis lå på et for høyt nivå. Deltakerne hadde ulike erfaringer med søking av kunnskap via nettet. Mindre grupper gir større mulighet for å møte den enkeltes behov. Som Tveiten (2003) sier er det viktig å møte den som veiledes der denne er.

Tilbakemeldingene tyder på at deltakerne ønsker kort og instruktiv informasjon om søking og vurdering av artikler, mer tid til å søke selv og finne ut hva de kan og ikke kan. Dette samsvarer med det Repstad og Tallaksen (2006) sier: har jeg gjort det, har jeg lært det. Det er foreslått flere modeller for hvordan opplæring i kunnskapsbasert praksis kan foregå, men hvilke modell som er mest effektiv er uklart (Marshall 2006).

Kun en fjerdedel av de ansatte rangerte motivasjon til over fem. Dette samsvarer ikke med studien til Grete Helen Bratberg og Hege Selnes Haugdahl (2010), hvor samtlige deltakere rangerte sin motivasjon til å delta på kurset høyere enn fem (skala fra 1-10). I Bratbergs og Haugdahls (2010) opplæringsprogram fikk deltakerne tilbud om å være med på kurset, mens i dette prosjektet ble opplæring i kunnskapsbasert praksis gjennomført på obligatoriske undervisningsdager for personalet. Resultatene fra intervjuene tyder på at det er vesentlig å ha et eierforhold til det en skal søke kunnskap om. Pasienter med Crohns sykdom er relevant både i kirurgisk sengepost og på medisinsk poliklinikk, men interessen hos den enkelte deltaker kan selvsagt variere. Et annet spørsmål er om det er nødvendig at alle i en avdeling lærer å søke og vurdere artikler.

PICO-skjemaet var til god hjelp for å komme fram til konkrete og fokuserte spørsmål. For deltakerne var det nytt å tenke at ulike typer spørsmål gir ulike kunnskaper og hvilke studiedesign som er foretrukket for å besvare spørsmålene. Deltakerne har fått bedre kjennskap til hvilke databaser som egner seg best til ulike spørsmål, og de vet hvordan de kan søke i «kunnskapsegget» og i den enkelte database. Nesten alle studentene svarte at de forstår prinsippene for søking og vurdering av artikler. Tre fjerdedeler av de ansatte opplever de i høy eller noen grad kan finne fram til nyttig kunnskap gjennom internett, og i høy grad eller noen grad kan vurdere informasjonen og informasjonskildene. Medlemmene i prosjektgruppen forteller at de har lært mye om søking og vurdering av artikler. I artikkelen til Bratberg og Haugdahl (2010) oppga sykepleierne at de etter seks måneder med kombinasjon av opplæring og eget prosjektarbeid, hadde økte ferdigheter i både det å søke opp relevant litteratur, kritisk vurdere og anvende denne i praksis. Studien til Undheim, Wisløff og Rønning (2011) viser også at sykepleiere og sykepleierstudenter ble bedre til å finne og vurdere informasjon etter å ha fått opplæring. Resultatene i dette prosjektet tyder på at studentene og personalet har fått økte kunnskaper og ferdigheter i å finne den beste forskningsbaserte kunnskap etter opplæringen. En evalueringsstudie om vurdering av kliniske studier viser at både sykepleierstudenter og sykepleiere ser på vurdering av forskning og utviklingsarbeid som det minst viktige og vanskeligste området (Löfmark og Thorell-Ekstrand 2000). En svakhet ved denne studien kan imidlertid være at studentenes og personalets kunnskaper og ferdigheter i å søke og vurdere artikler, ikke ble registrert før samarbeidsprosjektet startet. Det kan være hensiktsmessig å gjøre målinger før og etter opplæringen (Halland 2004; Bratberg og Haugdahl 2010).

I dette prosjektet hadde nesten alle de ansatte i stor grad eller middels grad fått tid i arbeidstiden til å arbeide med kunnskapsbasert praksis. I følge Nilsson Kajermo (2004) er ressursene for å omsette forskningsresultater i praksis utilstrekkelige. Sykepleieren har blant annet ikke tid til å lese forskningsartikler. I dette prosjektet hadde deltakerne fått aksept fra avdelingslederen at de kunne bruke ledig tid til å arbeide med kunnskapsbasert praksis. Pallen og Timmins (2002) hevder at den organisatoriske prosessen har større betydning enn den individuelle prosessen for forskningsbasert praksis.

To tredjedeler av de ansatte i dette prosjektet svarte at engelsk var en barriere når det gjelder å lese litteratur. Engelske forskningsartikler er et hinder for å ta del i resultatene, den relevante litteraturen finnes ikke samlet på et sted, de statistiske analysene er vanskelige å forstå og

litteraturen rapporterer motstridende resultater. Dessuten kan sykepleieren være uvillig til å forandre eller prøve nye ideer. Flere studier viser at engelskspråklige artikler utgjør en barriere mot bruk av forskning i praksis (Oranta, Routasalo og Hupli 2002; McCleary og Brown 2003; Bratberg og Haugdahl 2010).

En studie som har undersøkt hvilke metoder som er mest effektive når det gjelder å integrere forskning i klinisk arbeid, har vist at mest læring skjer når læringsformene foregår i praksis (Khan og Coomarasamy 2006). Av praktiske grunner måtte vi ha et IT-rom på sykehuset til undervisningen, men søking og vurdering av artikler og framleggene har foregått i avdelingen.

Resultatene fra gruppeintervjuene tyder på at studentene og ansatte har oppnådd et styrket samarbeid gjennom prosjektet. Deltakerne har arbeidet sammen i grupper, søkt og vurdert artikler og på framleggene delt med hverandre og gitt hverandre tilbakemeldinger. En tankeprosess er satt i gang hos alle deltakerne. Noe av det studentene har utarbeidet brukes i avdelingen, og det er blitt mer glidende overganger mellom studenter og praksissted. Prosjektmedlemmene har hatt et veldig bra samarbeid. Gjennom samarbeid avdelinger imellom har de sett helheten rundt Crohns pasienten. Prosjektmedlemmene har fått lyst til å hospitere i hverandres avdelinger. Gjennom samarbeid har deltakerne lært å jobbe kunnskapsbasert, og resultatet av opplæringen ble en veiledende behandlingsplan ved Crohns sykdom. Avdelingslederne SIL har lagt til rette for frikjøp av sykepleiere, vært inspiratorer og gode samarbeidspartnere. Samarbeidet med bibliotekarer og ressurser fra SIL og SI har hatt stor betydning. Som Repstad og Tallaksen (2006) sier er samarbeidslæring et gruppearbeid med blant annet lik og jevnbyrdig deltakelse, individuelt ansvar og positiv felles avhengighet. Et enda tettere samarbeid gjennom hele prosjektprosessen ønskes, mellom medisin og kirurgen og mellom ulike yrkesgrupper, for bedre å få belyst og benyttet hverandres kompetanse. Det er svært positivt at medisinsk poliklinikk har startet opp med mestringsskole/kurs for personer med inflammatoriske tarmsykdommer som kan komme pasientene og deres pårørende til gode.

To tredjedeler av studentene var helt eller delvis enig i at de vil basere sitt arbeid som sykepleier på kunnskapsbasert praksis. Dette er i tråd med Wangensteens doktoravhandling (2010) hvor nyutdannede sykepleiere rapporterte en positiv holdning til forskning. To tredjedeler av ansatte opplever i høy grad eller i noen grad at forskning er nyttig for praksis.

Dokumentasjon på at kursing/opplæring i seg selv fører til en mer kunnskapsbasert praksis foreligger det lite dokumentasjon på (Thompson, Moore og Estabrooks 2008). I løpet av samarbeidsprosjektet har opplæringen og krav til bruk av forskningsbasert kunnskap blitt bedre i høgskolen.

Den kunnskapsbaserte veiledende behandlingsplanen er et verktøy ansatte kan bruke hos pasienter med Crohns sykdom i praksis. Ved implementering er det viktig å skape kultur og miljø for endring (Dopson 2007), tid og rom for diskusjon og et tett samarbeid på tvers av faggrupper (Strickland og O'Leary-Kelley 2009). En deltaker i dette prosjektet sier at erfaringsbasert kunnskap veier tyngst. For å lykkes med implementeringen kan det være viktig å velge strategier som vektlegger de ansattes egne preferanser. I følge Björkström (2005) kan et spesifikt interesseområde og delaktighet i utviklings- og forskningsarbeide, bidra til en positiv innstilling til forskning innen omsorg og til en økt grad av forskningsanvendelse.

5.2 Metodene

Utvalget av deltakerne omfattet alle studenter og ansatte som arbeidet i en kirurgisk sengepost, samt en fagsykepleier fra medisinsk poliklinikk i den aktuelle tidsperioden. For å finne artikler til kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan ble «Kunnskapsegget» og andre databaser benyttet. «Kunnskapsegget» ble publisert i 2009, og etter seks måneder i prosjektperioden ved årsskiftet 2010/2011 ble «kunnskapsegget» endret, videreutviklet og funksjoner forbedret. Endringer av «kunnskapsegget» kan tyde på at kvaliteten ikke var god nok, og at dette kan ha påvirket søkene og funnene av artikler. Men artikler fra databaser utenom «Kunnskapsegget» ble også benyttet. Det er viktig å ha et tett samarbeid og få hjelp fra bibliotekarer til å søke og vurdere artikler ved behov.

Evidensbasert praksis (EBP) og evidensbasert medisin (EBM) blir stort sett brukt som likelydende begreper. Den eneste forskjellen er at EBP er mer generelt og omfatter alle helseprofesjonene (Ekeli 2002, s. 8). Begrepene brukes om hverandre og på en inneforstått måte. Hvilke kunnskapsgrunnlag de bygger på, sammenhengen kunnskapen ble utviklet i, er ennå lite diskutert. Statistiske metoder som dataerkjennelse er ikke nok (Cuzzani 2003, s. 18). Den evidensbaserte medisin bygger på et kunnskapsgrunnlag fremkommet ut fra statistiske

metoder og randomiserte forsøk. Begrunnelser hentes fra et matematisk fundament og det som kan objektivt registreres gjennom målinger. Denne problematikk blir ikke mindre når helsefagene i stor utstrekning tar den evidensbaserte medisins arbeidsmåter og kunnskapsgrunnlag som fundament og ideal for sin forskning og praksis (Martinsen 2009). Martinsen (2009) hevder at evidens kan bli evidensialisme, det vil si en form for evidens, den medisinske, som er førende og bestemmende. Evidensialismen viser seg også i sykepleiefaget. En må hele tiden kritisk spørre om det som undersøkes faktisk lar seg undersøke på den måten som det gjøres, og der ulike kunnskaps- og evidensformer kan komme i konflikt med hverandre. Alt kan ikke gjøres gyldig på samme måten, eller underlegges en form for evidens (Martinsen 2009). En kan stille spørsmål om evidensbasert praksis kan hjelpe sykepleiere, hjelpepleiere og studenter til «gyldig og oppdatert» kunnskap, og derved gjøre dem til bedre praktikere. Evidensbasert praksis er et viktig supplement, men at en må drøfte kunnskapsbegrepet og klargjøre hvilke type kunnskap en har behov for innen sykepleien. Som Ekeli (2002) etterlyser så må en ta refleksjonen over forholdet mellom idealene som styrer forskningen, og de faglige utfordringene en møter i praksisfeltet.

For å kunne forbedre undervisningen og veiledningen i å arbeide kunnskapsbasert, og finne ut om studentene og personalet hadde blitt gitt kunnskaper og ferdigheter i å finne den beste forskningsbaserte kunnskap, ble spørreskjema anvendt. Evalueringen fra ni studenter og tolv ansatte er et relativt lite antall. Det var ni av ni mulige studenter (100 %) som svarte på evalueringsskjemaet med kun et bortfall på et spørsmål. Svarprosenten på under halvparten (48 %) var relativt liten blant ansatte i kirurgisk sengepost, men samtlige ansatte hadde svart på alle spørsmålene. Ved spørreskjema er lav svarfrekvens et vanlig forekommende problem. Den lave svarprosenten kan ha sammenheng med en noe svak motivasjon for deltakelse i samarbeidsprosjektet. Noen bortfallsanalyse har ikke vært mulig å utføre ettersom deltakerne var anonyme for prosjektgruppen.

Evalueringsskjemaet til studentene bygger i hovedsak på instrumentet til Jeffries og Rizzolo (2007). Content validity ble etablert ved gjennomgang av ti eksperter som hadde kompetanse i sykepleie, og instrumentet viser høy grad av reliabilitet (Jeffries og Rizzolo 2007). Content validity omhandler en bedømming av om instrumentet måler de variablene den er ment for å måle (Steiner og Norman 2008). Jo mindre variasjon et instrument produserer i gjentatte målinger, desto høyere er instrumentets reliabilitet (Polit og Beck 2008).

Evalueringsskjemaet til ansatte bygger på spørreskjemaet til Bratberg og Haugdahl (2010) som ble anvendt i et fagutviklingsprosjekt gjennomført av Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag. Opprinnelig var spørsmålene utarbeidet for Klinisk videreutdanning i diabetes sykepleie ved Høgskolen i Bergen (Graverholt, Nordvedt og Ruud 2007). Instrumentet til Bratberg og Haugdahl (2010) ble benyttet fordi dette var lett tilgjengelig, på norsk og ga muligheter til å sammenlikne egne resultater med resultatene i dette prosjektet. En type visuell analog skala fra 1 – 10 ble anvendt. For å få mest mulig realistiske svar ble svaralternativene 1, 2, 3, og 4 vurdert til lite motivert, svaralternativene 5, 6, og 7 til middels motivert og svaralternativene 8, 9 og 10 til svært motivert. En styrke kan være at deltakerne hadde anledning til å komme med utfyllende kommentarer.

I utgangspunktet var det planlagt å gjennomføre fokustrupointervju med de fire prosjektmedlemmene. I følge Wibeck (2000) regnes fire til seks deltakere tilstrekkelig for å gjennomføre fokusgruppintervju. Men det var vanskelig å samle alle de fire deltakerne samtidig, så derfor ble intervju med to respektive to valgt. For studien var det viktig å få kunnskaper om prosessen, og få et bredere og dypere innblikk i hvilke erfaringer medlemmene i prosjektgruppen hadde. Fem overgripende spørsmål med oppfølgingsspørsmål ble utformet. Noen av oppfølgingsspørsmålene kunne med fordel ha utgått, slik at en fikk mer fokus og dybde på de overgripende fem spørsmålene.

Graneheim og Lundman (2004, s. 109) bruker begrepene gyldighet (credibility), pålitelighet (dependability) og overførbarhet (transferability) om de ulike aspekter av det å vurdere troverdighet i en kvalitativ studie. Gyldighet handler om studien undersøker det den er ment å undersøke (Graneheim og Lundman 2004). Når et fenomen skal beskrives, bør en velge informanter ut i fra at fenomenet skal beskrives på en så variert måte som mulig. Informantene må ha kjennskap til det som beskrives (Polit og Beck 2008). De fire informantene har vært med i hele samarbeidsprosjektet. Det var en fagsykepleier fra medisinsk poliklinikk og en fra kirurgisk sengepost, samt to sykepleiere fra sistnevnte avdeling. Informantene var alle kvinner, men med forskjellig alder og med ulik yrkeserfaring. Alle som ble spurt om å delta i intervjuet var villige til å delta. En av hensiktene med intervjuene var å få fram ulike erfaringer med samarbeidsprosjektet. Så det hadde vært ønskelig med flere informanter for å få fram mangfoldet (Jfr. Polit og Beck 2008).

I følge Graneheim og Lundman (2004) bør meningsenheter trekkes ut fra den transkriberte teksten ut fra hva som er mest hensiktsmessig for studien. Meningsenheter ble trukket ut ved å granske teksten nøye og trekke ut utsagn knyttet til spørsmålene. Ved kondensering og kategorisering var det viktig å beholde så mange ord at meningen ble beholdt, samtidig som utsagn som bestod av flere meninger ble oppdelt. Meningsenheter som ikke svarte på spørsmålet ble tatt ut. Flere ganger gikk en tilbake til intervjueteksten for å sikre kategoriseringen av data. Graneheim og Lundman (2004) hevder at en nøye beskrivelse gjør det lettere å vurdere gyldigheten av funnene. Det var meningen at moderator skulle bistå i analysefasen av intervjuene, men dette lot seg dessverre ikke gjennomføre av helsemessige årsaker. En har gått igjennom datamaterialet flere ganger, og det er gjort endringer i underkategorier og kategorier. Veileder for prosjektet vurderte om koder og kategorier stemte overens med tekstens innhold, om benevningene virket rimelige og tolkningen troverdig (Jfr. Long og Johnson 2000). Sitater i teksten er benyttet for å vise leseren sammenhengen mellom beskrivelse i resultatet og den transkriberte teksten. I følge Graneheim og Lundman (2004) er dette med på å styrke studiens gyldighet.

Studiens pålitelighet handler om studiens holdbarhet og evne til å kunne kopieres av andre (Holloway og Wheeler 2010, Morse m.fl. 2002). Leseren skal kunne evaluere hvordan analysen er utført og følge beslutningene som er gjort. Dette gjelder alle ledd i forskningsprosessen. Spørsmålene ble formulert ut fra litteratur, diskusjon med moderator og veiledere og i tråd med studiens hensikt. Intervju ble vurdert som hensiktsmessig metode for innsamling av data. Moderator stilte oppklarende spørsmål i intervjuene for å sikre mest mulig gyldige svar. Dette for å unngå misforståelser og uklarheter.

Studiens overførbarhet handler om funn i en studie kan overføres til en tilsvarende kontekst eller tilsvarende gruppe informanter (Graneheim og Lundman 2004). Overførbarheten styrkes gjennom en tydelig beskrivelse av informanter, sammenheng, dataanalyse, samt tydelig beskrivelser av funn sammen med bruk av sitater. Dette er forsøkt ut fra de beskrivelsene som er gitt. Beskrivelsene er viktig for at funnene kan være nyttige for andre. Men det er leseren som vurderer om funnene er overførbare (Kvale 1997).

Et pilot intervju ble gjennomført i forkant av de to intervjuene. Under intervjuene fulgte moderator intervjuguiden tettere og anvendte flere oppfølgingsspørsmål i det første intervjuet enn i det andre. Moderator fikk ny innsikt i løpet av det første intervjuet. I følge Graneheim

og Lundman (2004) har dette med studiens pålitelighet å gjøre. Moderator var ukjent for informantene, mens observatør kjente alle informantene på forhånd. Informantene kan ha svart ut fra hva de forventet at to høghskolelektorer ønsket å høre. For øvrig tilstrebet vi å gjøre intervjusituasjonen så trygg som mulig for informantene. Både moderator og observatør opplevde stemningen/miljøet under gruppeintervjuene som svært god, og deltakerne snakket åpent sammen.

6.0 Konklusjon og veien videre

Oversikt over hva deltakerne sammen har oppnådd med samarbeidsprosjektet:

- Samarbeidsprosjektet hadde god kobling til praksisfeltet, og ble tilrettelagt for erfaringsdeling.
- Et undervisnings- og veiledningsopplegg for å arbeide kunnskapsbasert er utviklet med konkrete forslag til forbedringer fra studenter og ansatte.
- Studenter og ansatte er gitt kunnskaper og ferdigheter i å finne den beste forskningsbaserte kunnskap.
- Deltakerne har fått mer kunnskap om sykepleie til pasienter med Crohns sykdom.
- Samarbeidet mellom høgskolen og praksisstedene, medisin og kirurgen og med andre yrkesgrupper på SIL og SI er styrket.
- En kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan ved Crohns sykdom med linker til referanser er utviklet og godkjent.
- Forslag til pasientinformasjon er utarbeidet.
- Pådriver for mestringskurs/skole for pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer. Planlegging av mestringskurs/skole for pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer ble startet opp på medisinsk poliklinikk SIL januar 2012.
- Presentasjon av samarbeidsprosjektet for ungdomsgruppen Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (LMF) 10. februar 2012, Hafjell, Øyer.
- Presentasjon av samarbeidsprosjektet på Fag og forskningsdager for sykepleietjenesten i Helse Sør-Øst 8. og 9. mars 2012, Thon Hotell, Lillestrøm Arena.
- Samarbeidsprosjektet har overføringsverdi i forhold til å lære å jobbe kunnskapsbasert i praksis for kommende sykepleierstudenter.

Når den veiledende behandlingsplanen er implementert i praksis ønskes en evaluering av sykepleien til pasienter med Crohns sykdom. En kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan for pasienter på medisinsk poliklinikk bør utvikles. Dessuten bør det utvikles en felles kvalitetssikret veiledende behandlingsplan for personer med Crohns sykdom og pasientinformasjon på nasjonalt plan. Det finnes et behov for å søke kunnskap for å underbygge og dokumentere sykepleietiltak i praksis. Videre trengs det kvalitative og kvantitative studier som fokuserer på det psykososiale området for pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer, forskning innen fysisk, psykisk og sosial smertebehandling, samt ernæring. Ved kvalitativ forskning bør spesielt brukerkunnskap prioriteres.

Referanser:

Aamot, G., G. Bukholm, J. Jahnsen, B. Moum, M. H. Vatn & IBSEN study group (2008). The Association Between Water Supply and Inflammatory Bowel Disease Based on a 1990-1993 Cohort Study in Southeastern Norway. I: *American journal of epidemiology* [online], 168(9). URL: <http://aje.oxfordjournals.org/content/168/9/1065.full> (16.04.2012).

Aghdassi, E., B. E. Wendland, M. Stapleton, M. Roman & J. P. Alland (2007). Adequacy of nutritional intake in a Canadian population of patients with Crohn`s disease. I: *J Am Diet Assoc.*, 107(9), s. 1575-1580.

Andersson, M., P. Andersson, M. Bohe, L. Börjesson, W. Graf, B. Jeppsson, L. Törkvist, J-E. Åkerlund og J. D. Söderholm (2009). Kirurgi – omistligt complement till medisinsk behandling I: *Läkartidningen* [online], 45(106) URL: http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/13090/LKT0945s3003_3009.pdf (16.04.2012).

Barlow, J., C. Wright, J. Sheasby, A. Turner & J. Hainsworth (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. I: *Education and Counselling*, 48(2), s. 177-187.

Barlow, C., D. Cooke, K. Mulligan, E. Beck & S. Newman (2010). A critical review of self-management and educational interventions in inflammatory bowel disease. I: *Gastroenterology Nursing*, 33(1), s. 11-18.

Bèdard, D., M. A. Purden, N. Sauve-Larose, C. Certosini & C. Schein (2006). The pain experiences of post surgical patients following the implementation of an evidence-based approach. I: *Pain Management Nursing*, 7(3), s. 80-92.

Belling, R., S. McLarsen & L. Woods (2009). Specialist nursing interventions for inflammatory bowel disease (Review). I: *The Cochrane Collaboration* [online], URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006597.pub2/pdf> (19.04.2012).

Bernklev, T., J. Jahnsen, M. Henriksen, I. Lygren, E. Aadland, J. Sauar, T. Schulz, N. Stray, M. Vatn & B. Moum (2006). *Relationship between sick leave, unemployment, disability and*

health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease, [online], 12(5)
URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16670530> (15.02.2012).

Bie, K. (2010). *Refleksjonshåndboken*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bitton, A. & P. Belliveau (2010). *Perianal complications of Crohn`s disease* [online], URL:
<http://www.uptodate.com/contents/perianal-complications-of-crohns-disease?view=pr...>
(16.04.2012).

Bjerknes, M. S. og I. T. Bjørk (1994). *Praktiske studier. Perspektiver på refleksjon og læring*. Oslo: Tano.

Björkström, M. (2005). *Den professionella sjuksköterskan – i relation till den akademiska sjuksköterskeutbildningen*. Karlstad University Studies. Karlstad: Karlstads Universitet.

Bratberg, G. H. og H. S. Haugdahl (2010). Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det? I: *Sykepleien Forskning*, 3(5), s. 192-199.

Brian, G., M. D. Feagan, B. Mohan, Y. Songkai, A. Olson og S. Hanauer (2005). Unemployment and disability in patients with moderately to severely active Crohn`s disease. I: *J Clin Gastroenterol*, 39(5), 390-395.

Bruner, J. (1997). *Utdanningskultur og læring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Buenaver, L. F., R. R. Edwards & J. A. Haythornthwaite (2007). Pain-related catastrophizing and perceived social responses: Inter-relationships in the context of chronic pain. I: *Pain*, 127(3), s. 234-242.

Burrows, J. D. (2008). Managing Crohn`s disease in adults. I: *Clinical Nutrition*, 43(4), s. 152-159.

Cameron, C. A. & J-A. Sawatzky (2008). Postoperative Pain Management: The Challenges of the Patient with Crohn`s Disease. I: *MEDSURG Nursing*, 17(2), s. 85-91.

Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: The moderating role of pain duration. I: *Pain*, 110(3), s. 656-664.

Carrol, I., M. Angst & D. Clark (2004). Management of perioperative pain in patients chronically consuming opioids. I: *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 29(6), s. 579-591.

Casati, J., B. B. Toner, E. C. de Rooy, D.A. Drossman & R.G. Maunder (2000). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: a review of emerging themes. I: *Digestive Diseases and Sciences*, 45(1), s. 26-31.

Champion, V. L. & A. Leach (1989). Variables related to research utilization in nursing: an empirical investigation. I: *Journal of Advanced Nursing*, 14, s. 705-710.

Cohen, R. D. (2002). The quality of life in patients with Crohn`s disease. I: *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 16(9), s. 1603-1609.

- Cosnes, J., L. Beaugerie, F. Carbonnel & J. P. Gendre (2001). Smoking cessation and the course of Crohn`s disease: an intervention study. I: *Gastroenterology*, 120(5), s. 1093-1099.
- Crohn`s and Colitis Foundation of America (2008). *About Crohn`s disease*. [online], URL: <http://www.cffa.org/info/about/crohns> (06.03.2011).
- Crowe, L., A. Chang, J. A. Fraser, D. Gaskill, R. Nash & K. Wallace (2008). Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. I: *Int J Evid Based Healthcare*, 6(4), s. 396-430.
- Cutcliffe, J. R., T. Butterworth & B. Proctor (2001). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London og New York: Routledge.
- Cuzzani, P. (2003). *Å lese medisinen*. Oslo: Spartacus.
- Dajaco, C., M. Harrer, T. Waldhoer, W. Miehsler, H. Vogelsang & W. Reinisch (2003). Antibiotica og azathioprine for the treatment of perianal fistulas in Crohn`s disease. I: *Aliment Pharmacol Ther*, 18(11-12), s. 1113-1120.
- Dale, E. L. (1999). *Utdanning med pedagogisk profesjonalitet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Deter, H. C., W. Keller, J. von Wietersheim, G. Jantschek, R. Duchmann & M. Zeitz (2007). Psychological treatment may reduce the need for healthcare in patients with Crohn`s disease. I: *Inflammatory Bowel Diseases*, 13(6), s. 745-752.
- Dopson, S. (2007). A view from organizational Studies. I: *Nurs Res*, 56 (4 suppl.), s. 72-77.
- Doverly, M., A. A. Somogyi, J. M. White, F. Bochner, C. H. Beare, A. Menelaou & W. Ling (2001). Methadone maintenance patients are cross-tolerant to the antioiceptive effect of morfine. I: *Pain*, 93(2), s. 155-163.
- Driscoll, R. (2008). *The painful truth about colitis and crohn`s disease*. Results from the NACC survey of IBD symptoms including pain. [online]. National Association for Colitis and Crohn`s Disease. URL: [http://www.nacc.org.uk/downloads/media\(ccweek2004PainSurvey.pdf](http://www.nacc.org.uk/downloads/media(ccweek2004PainSurvey.pdf). (16.04.2012).
- Dybdahl, J. H. & T. Johannessen (2010). Crohns sykdom. I: *Norsk Elektronisk Legehåndbok* (online), URL: <http://legehandboka.no/mage-tarm/tilstander-og-sykdommer/tynntarm/crohns-sykdom-2287.html> (20.07.2012).
- Ekeli, B. G. (2002). *Evidensbasert praksis*. Tromsø: Eureka forlag, Høgskolen i Tromsø.
- Eriksson, K. (1986). *Introduktion till vårdvetenskap*. 2. utg. Stockholm: Almquist & Wiksell.
- Elo, S. & H. Kyngäs (2008). The qualitative content analysis process. I: *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107-115.
- European Crohn`s and Cloitis Organisation (ECCO) (2006a). European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn`s disease: current management. I: *Gut*, [online], 55(suppl. 1). URL: http://gut.bmj.com/content/55/suppl_1/i16.full (18.04.2012).

- European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) (2006b). European evidencebased consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease. Special situations. I: *Gut*, 55(suppl. 1), s. 36-58.
- Gagliese, L., N. Weizblit, W. Ellis & V. W. Chan (2005). The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. I: *Pain*, 117(3), s. 412-420.
- Gibson, P, H. Powell, J. Coughlan, A. Wilson, M. Abramson, P. Haywood, A. Bauman, M.J. Hensley & E. H. Walters. (2003). Self-management education and regular practitioner review of adults with asthma. [online], (3). URL: <http://www.thecochranelibrary.com/SpringboardWebApp/userfiles/ccoch/file/CD001117.pdf> (18.04.2012).
- Graneheim, U. H. & B. Lundman (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. I: *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112.
- Graverholt, B., M. Nordvedt og L. Ruud (2007). *Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis*. Evalueringsrapport. Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen, Helse Bergen.
- Guigoz, Y. (2006). The mini Nutritional – assessment (MNA). Review of the literature – what does it tell us? I: *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6), s. 466-487.
- Halland, G. O. (2004). *Læring gjennom stimulerende samspill. Veiledning, vurdering og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hellström, P. M. (2008). Mage-/tarmsykdommer. I: *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. [online], kap. 30, URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf> (18.04.2012).
- Helsedirektoratet (2010). *AntiTNF-behandling ved Ulcerøs colitt og Crohns sykdom*. [online]. URL: <http://demo.datakvalitet.no/egg/dok/dok29132.pdf> (17.04.2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *God forskning – bedre helse*. NOU 2005:1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heppell, J. (2009). Surgical management of inflammatory bowel disease. I: *UpToDate* [online], 17(3). URL: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-inflammatory-bowel-disease> (01.11.2011).
- Higgs, J., M. Jones og I. Edwards (2004). Clinical reasoning and practice knowledge. I: Abrandt Dahlgren, M., J. Higgs og B. Richardson (red.). *Developing practice knowledge for health professionals*. Oxford: Elsevier, s. 181-199.

- Holloway, T. & S. Wheeler (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Huehne, K., S. Leis, T. Muenster, A. Wehrfritz, S. Winter, C. Maihöfner, T. Foertsch, R. Croner, A. Reis, A. Winterpacht & B. Rautenstrauss (2009). High post surgical opioid requirements in Crohn`s disease are not due to a general change in pain sensitivity. I: *European Journal of Pain*, 13, s. 1036-1042.
- Huprich, J. E., R. L. Bree, W. D. Foley, S. B. Gay, S. N. Glick, J. P. Heiken, M. S. Levine, P. R. Ros, M. P. Rosen, W. P. Shuman, F. L. Greene & D. C. Rockey (2005). Crohn`s disease. I: *American College of Radiology*. [online], URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8585&nbr=4772&ss=6&x... (13.03.2010).
- Jakobsen, A. og P. Lauvås (2001). *Eksamen – eller hvad?: former for summativ evaluering i profesjonsuddannelser*. København: Samfundslitteratur.
- Jarzyna, D. (2005). Opioid tolerance: A perioperative nursing challenge. I: *MEDSURG Nursing*, 14(6), s. 371-176.
- Jeffries, P. R. & M. A. Rizzolo (2007). Appendix A. Final report of the NLN/Laerdal simulation study. I: Jeffries, P. R. (red.). *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation*. New York: Natl League for nursing.
- Johannessen, K. S. (1999). *Noen aspekter ved taus kunnskap*. PLF-rapport nr. 2/99. Bergen: Program for læringsforskning, Universitetet i Bergen.
- Johnson, G. J., J. Clones & J. C. Mansfield (2005). Review article: smoking cessation as primary therapy to modify the course of Crohn`s disease. I: *Aliment Pharmacol Ther.*, 21(8), s. 921-931.
- Jones, J. L. & E. V. Loftus (2005). Avoiding the vicious cycle of prolonged opioid use in Crohn`s disease. I: *American Journal of Gastroenterology*, 100(10), s. 2230-2232.
- Juell, E. (2003). *Refleksjon – innspill til nye utspill*. Oslo: Damm.
- Khan, K. S. & A. Coomarasamy (2006). A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. I: *BMC Med Educ.* [online], 6. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1770917/> (19.04.2012).
- Kajermo, K. N. (2004). *Research utilisation in nursing practice – barriers and facilitators*. Doktoravhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Kennedy, A., E. Nelson, D. Reervers, G. Richardson, C. Roberts, A. Rogers, M. Sculpher & D. Thompson (2003). A randomised controlled trial to assess the impact of a package comprising a patient-oriented, evidence-based self-help guidebook and patient-centred consultations on disease management and satisfaction in inflammatory bowel disease. I: *Health Technology Assessment*, 7(28), s. 1-113.
- Kitson, A., G. Harvey og B. McCormack (1998). Approaches to implementing research in practice. I: *Quality in Health Care*, 7, s. 149-159.

- Kodali, B.-S. & J. S. Oberoi (2011). *Management of postoperative pain*. [online], URL: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-postoperative-pain> (16.04.12).
- Kunnskapsdepartementet (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Meld. St. 13 (2011-2012). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lackner, J. M., B. M. Quigley & E. B. Blanchard (2004). Depression and abdominal pain in IBS patients: The mediating role of catastrophizing. I: *Psychosomatic Medicine*, 66(3), s. 435-441.
- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (LMF) (2009). *Inflammatoriske tarmsykdommer – Crohns sykdom og ulcerøs kolitt*. [online], URL: [http://www.kunnskapsegget.no/?q=Landsforeningen%20mot%20ford%C3%B8yelsessykdommer%20\(2011\).%20Crohns%20sykdom%20\[online\]](http://www.kunnskapsegget.no/?q=Landsforeningen%20mot%20ford%C3%B8yelsessykdommer%20(2011).%20Crohns%20sykdom%20[online]). (Nedlastet 15. februar 2012).
- Lauvås, P. og G. Handal (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. 2. utg. Oslo: Studentlitteratur.
- Lauvås, P., K. H. Lycke og G. Handal (2004). *Kollegaveiledning i skolen*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Lauvås P. og G. Handal (2004). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. 3. oppl. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Lerebours, E., C. Gower-Rousseau, V. Merle, F. Brazier, S. Debeugny, R. Marti, J. L. Salomez, M. F. Hellot, J. L. Dupas, J. F. Colombel, A. Cortot & J. Benichou (2007). Stressful life events as a risk factor for inflammatory bowel disease onset: a population-based case-control study. I: *Am J Gastroenterol*, [online], 102, URL: <http://www.nature.com/ajg/journal/v102/n1/abs/ajg200721a.html> (16.04.2012).
- Lichtenstein, G.R., S. B. Hanauer, W. J. Sandborn & The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology (2009). Management of Crohn's disease in adults. I: *Am J Gastroenterol*, [online], 104. URL: <http://www.nature.com/ajg/journal/v104/n2/full/ajg2008168a.html> (16.04.2012).
- Long, T. & M. Johnson (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. I: *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(1), s. 30-37.
- Lundman, B. og U. H. Graneheim (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & B. Höglund-Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfmark, A. & I. Thorell-Ekstrand (2000). Evaluation by nurses and students of a new assessment form for clinical nursing education. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), s. 89-96.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. I: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122, s 2468-2472.

- Marchand, F., M. Perretti & S. B. McMahon (2005). Role of the immune system in chronic pain. I: *Nature Reviews Neuroscience*, 6, s. 521-532.
- Marshall, M. L. (2006). Strategies for success: bringing evidence-based practice to the bedside. I: *Clin Nurse Spec*, 20(3), s. 124-127.
- Martinsen, K. (2009). Evidens – begrensende eller opplysende? I: *Ergoterapeuten*, 11, s. 24-29.
- Mason, J. B. & V. Milovic (2010). Clinical features and diagnosis of malabsorption. [online], URL: http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-malabsorption?source=search_result&search=Clinical+features+and+diagnosis+of+malabsorption%24&selectedTitle=1%7E150 (18.04.2012).
- May, G. G. (1993). *The Awakened Heart: Opening Yourself to the Love you Need*. New York: First Harper Collins Paperback edition.
- McCance, K. L. & S. E. Huether (2006). *Pathophysiology: The biological basis for disease in adults and children*. 5. utg. St. Louis: Elsevier Mosby.
- McCleary, L. & G. T. Brown (2003). Association between nurses' education about research and their research use. I: *Nurse Education Today*, 23(8), s. 556-565.
- McClave, S. (2007). Nutritional assessment in inflammatory bowel disease: application of nutrition strategies to the management of the difficult Crohn's patient. I: *Am J Gastroenterol*, 102, s. 88-93.
- Merskey, H. & N. Bogduk (1994). *Classification of chronic pain*. 2. utg. Seattle: IASP Press.
- Mills, S. C., A. C. von Roon, T. R. Orchard & P. P. Tekkis (2010). Crohn's disease. I: *Clinical Evidence* [online], 11. URL: http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/conditions/dsd/0416/0416_110.jsp (01.12.2010).
- Mitra, S., & R. S. Sinatra (2004). Perioperative management of acute pain in the opioid dependent patient. I: *Anesthesiology*, 101(1), s. 212-227.
- Moorthy, D., K. L. Cappellano & I. H. Rosenberg (2008). Nutrition and Crohn's disease: an update of print and Web-based guidance. I: *Nutrition Review*, 66, s. 387-397.
- Morse, J. M., M. Barrett, M. Mayan, K. Olson & J. Spiers (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. I: *International Journal of Qualitative Methods* [online], 1(2). URL: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/morseetal.pdf (19.04.2012).
- Ng, V., W. Millard, C. Lebrun & J. Howard (2007). Low-intensity exercise improves quality of life in patients with Crohn's disease. I: *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17(5), s. 384-388.
- Normann, L. (2011). Utdanning så det holder. I: *Sykepleien*, 4, s. 62.
- Norsk legemiddelhåndbok (2010). T12.6 Inflammatorisk tarmsykdom [online], URL: <http://legemiddelhandboka.no/søkeresultat/?q=T12.6+Inflammatorisk+tarmsykdom%3F> (16.04.2012).

Nortvedt, M. W., G. Jamtvedt, B. Graverholt og L. M. Reinart (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nylenna, M. (2004). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Olendzki, B. (2009). *Dietary and nutritional assessment in adults*. [online], URL: <http://www.uptodate.com/contents/dietary-and-nutritional-assessment-in-adults> (15.02.11).

Olsson, H. og S. Sørensen (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ong, C. K-S., P. Lirk, R. A. Seymour & B. J. Jenkins (2005). The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: a meta-analysis. I: *Anesthesia & Analgesia* [online], 100. URL: <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/100/3/757.full.pdf+html> (17.04.2012).

Oranta, O., P. Routasalo & M. Hupli (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. I: *J Clin Nurs*, 11(2), s. 205-213.

Pallen, N., & F. Timmins (2002). Research-based practice: myth or reality? A review of the barriers affecting research utilization in practice. I: *Nurse Educ Pract*, 2(2), s. 99-108.

Peppercorn, M. A. (2008). Patient information: Crohn's disease (Beyond the Basics). I: UpToDate [online], URL: http://www.uptodate.com/contents/patient-information-crohns-disease-beyond-the-basics?source=search_result&search=Patient-information-crohns-disease-the+basic&selectedTitle=4%7E150 (16.04.2012).

Peppercorn, M. A. (2009). Clinical manifestations, diagnosis and prognosis of Crohn's disease in adults. I: *UpToDate* [online], 17(3) URL: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohns-disease-in-adults> (01.11.2011).

Peppercorn, M. A., (2010). Definition of and risk factors for inflammatory bowel disease. I: *UpToDate* [online], URL: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?Key=inflambd/4555&vie...> (25.10.2010).

Polit, D. & C. Bech (2008). *Nursing Research*. 8. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Puntillo, K., C. Miaskowski & G. Summer (2003). Pain. I: *Pathophysiological phenomenon in nursing: Human responses to illness*, 3, s. 235-254.

Razack, R. & D. L. Seidner (2007). Nutrition in inflammatory bowel disease. I: *Curr Opin Gastroenterol*. 28(4), s. 400-405.

Rammeplan for sykepleierutdanning (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet. [online], URL: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (13.04.12).

Repstad, K. og I. M. Tallaksen (2006). *Variert undervisning – mer læring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Reuben, S. S. (2007). Update on the role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and coxibs in the management of acute pain. I: *Current Opinion Anaesthesiology*, 20(5), s. 440-450.

Ringerike, T. I-KØ Elvsaa, P. Coll, J. Jahnsen, K. E. A. Lundin, E. Movik, M. K. Gjertsen (2008). TNFa-hemmere ved inflammatorisk tarmsykdom. [online], rapport fra Kunnskapssenteret nr 32. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/TNF%CE%B1-hemmere+ved+inflammatorisk+tarmsykdom.4792.cms> (19.11.2010).

Robinson, A. (2004). Review article: Inflammatory bowel disease. Empowering the patient and improving outcome. I: *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 20(suppl. 4), s. 84-87.

Rogers, A., A. Kennedy, E. Nelson & A. Robinson (2005). Uncovering the limits of patient-centredness: Implementing a selfmanagement trial for chronic illness. I: *Qualitative Hhealth Research*, 15(2), s. 224-239.

Rørvik, H. (1994). *Læring og utvikling: det pedagogiske oppdraget*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sartor, R. B. (2009). *Probiotica for gastrointestinal disease*. [online], URL http://www.uptodate.com/contents/probiotics-for-gastrointestinal-diseases?source=search_result&search=Sartor%2C+R.+B.+%282009%29.+Probiotica+for+gastrointestinal+disease%24&selectedTitle=23%7E150 (15.02.2011).

Singh, S., L. A. Graff & C. N. Bernstein (2009). Do NSAIDs, antibiotica, infections or stress trigger flares in IBD? I: *Am J Gastroenterology*, 104(5), s. 1298-12313.

Schneider, M. A. & P. C. Fletcher (2008). I feel as if my IBS is keeping me hostage! Exploring the negative impact of irritable bowel syndrome (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD) upon university-aged women. I: *International Journal of Nursing Practice*, 14, s. 135-148.

Solberg, I. C., M. H. Vatn, O. Høie, N. S. tray, J. Sauar, J. Jahnsen, B. Moum, I. Lygren & The IBSEN Study Group (2007). Clinical course in crohn`s disease. Result of a norwegian population-based ten-year follow-up study. I: *Clinical Gastroenterology and hepatology*, 5(12), s. 1430- 1438.

Straus, S. E., W. S. Richardson, P. Glasziou & B. Haynes (2005). *Evidence Based Medisine – How to practice and teach EBM*. 3. utg. London: Churchill Livingstone.

Streiner, D. L. & G. R. Norman (2008). *Health measurement scale: a practical guide to their developement and use*. Oxford: Oxford University Press.

Strickland, R. J. & C. O`Leary-Kelley (2009). Clinical nurse educators` perceptions of research utilization: barriers and facilitators to change. I: *J Nurses Staff Dev*, 25(4), s. 164-171.

Strigo, I. A., G. H. Duncan, M. C. Bushnell, M. Boivin, I. Wainer, M. E. Rodriguez Rosas & J. Persson (2005). The effects of racemic Ketamine on painful stimulation of skin and viscera in human subjects. I: *Pain*, 13(3), s. 255-264.

- Strøm, A. (2010). *Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt*. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Referenceprogram for kroniske inflammatoriske tarmsygdomme*. [online], URL: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/Refprg_IBD.pdf (03.02.2012).
- Sykehuset Innlandet HF (2001). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). I: Sykehuset Innlandet HF intranett (12.03.2011).
- Sykehuset Innlandet HF (2010). *Veiledende behandlingsplan*. Sykehuset Innlandet HF intranett (10.08.2010).
- Sykehuset Innlandet HF (2011) *Kunnskapsegget*. [online]. URL: <http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/avdeling-for-kunnskapsstotte/fagressursportalen/Sider/kunnskapsegget.aspx> (12.03.11).
- Sykepleiernes samarbeid I Norden (2003). Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. I. *Vård i Norden*, 23(4), s. 2-19 (appendix).
- Teitelbaum, J. E. (2010). Nutrient deficiencies in inflammatory bowel disease. [online], URL: http://www.uptodate.com/contents/nutrient-deficiencies-in-inflammatory-bowel-disease?source=search_result&search=Teitelbaum%2C+J.+E.+%282010%29.+Nutrient+deficiencies+in+inflammatory+bowel+disease&selectedTitle=1%7E150 (18.04.2012).
- Thompson, D. S., K. W. Moore & C. A. Estabrooks (2008). Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. I: *Evid Based Nursing* 11(2). [online], URL: <http://ebn.bmj.com/content/11/2/35.full> (19.04.2012).
- Thyness, P. (1982). *Innføring i prosjektarbeid for sykepleierhøgskolen*. Oslo: NKSH.
- Torp, R. (2008). Inflammatorisk tarmsykdom – Crohn, Ulcerøs colitt. I: Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Elverum – Hamar.
- Torp, R. (2010). *AntiTNF-behandling ved Ulcerøs colitt og Crohns sykdom*. [online], URL: <http://demo.datakvalitet.no/egg/dok/dok29132.pdf> (15.02.2012).
- Tveiten, S. (2003). *Veiledning – mer enn ord... 2. utg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Undheim, L. T., E. M. S. Wisløff & E. R. Rønning (2011). Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter. I: *Sykepleien Forskning*, 6(1), s.54-60.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Vilje til forskning*. St.meld. nr. 20 (2005). Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Vestergaard, P. (2004). Prevalens and pathogenesis of osteoporosis in patient with inflammatory bowel disease. I: *Minerva Med*, 95(6), s. 469-480.
- Vitton, V., M. Gasmi, M. Barthet, A. Desjeux, P. Orsoni & J. C. Grimaud (2005). Long-term healing of Crohn`s anal fistulas with fibrin glue injection. I: *Aliment Pharmacol Ther.*, 21(12), s. 1453-1457.

Wallin, L., A-M. Boström, K. Wikblad & U. Ewald (2003). Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. I: *Journal of Advanced Nursing*, 41, s. 509-518.

Wangenstein, S. (2010). Newly graduated nurses` perception of competence, critical thinking and research utilization. Doktoravhandling, Karlstad universitet.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppeintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Williamson, A. & B. Hoggart (2005). Pain: A review of three commonly used pain rating scales. I: *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), s. 798-804.

Willman, A., P. Stolz og C. Bahtsevani (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Wood, J. D. & J. Galligan (2004). Function and opioids in the enteric nervous system. I: *Neurogastroenterology and Motility*, 16(suppl. 2), s. 17-28.

Yamamoto, T. & M. R. Keighley (2000). Smoking and disease recurrence after operation for Crohn`s disease. I: *Br J Surg.*, 87(4), s 398-404.

Zarate, C.A., J. B. Singh, P. J. Carlson, N. E. Brutsche, R. Ameli, D. A. Luckenbaugh, D. S. Chamey & H. K. Manji (2006). A randomized trial of an N-Methyl-D-Asparate antagonist in treatment major depression. I: *Archives of General Psychiatry*, 63(8), s. 856-864.

<p>Prosjektansvarlig Randi Slåsletten</p>	<p>Har ansvar for framdrift og gjennomføring av prosjektet. Har ansvar for gjennomføring av undervisning og veiledning i kunnskapsbasert praksis. Har medansvar for godkjent veiledende behandlingsplan. Har ansvar for evalueringen av læringsutbytte for studenter, prosjektdeltakere og styringsgruppen. Har ansvar for innlevering av rapport. Har ansvar for regnskap. Har ansvar for innkalling til møter. Har ansvar for å motivere og samarbeide.</p>
<p>Prosjektgruppe Anne Vigdis Granbu, Gunn Haugstulen, Linda Bergestuen, Vibeke Lunde og Randi Slåsletten</p>	<p>Har ansvar for å ta overordnede avgjørelser. Har ansvar for gjennomføring av undervisning og veiledning i kunnskapsbasert praksis (studenter) Har ansvar for godkjent veiledende behandlingsplan. Har ansvar for innlevering av rapport. Har ansvar for å motivere og samarbeide med alle deltakerne. Frivillig evaluerer læringsutbyttet.</p>
<p>Prosjektdeltakere Studenter</p>	<p>Har ansvar for å delta i undervisningen om kunnskapsbasert praksis en dag. (for alle studentene). Har ansvar for å delta 3 timer på refleksjonsdag . Har ansvar for å bruke ledig tid i arbeidstiden til søking og vurdering av artikler. Interesserte og villige har ansvar for å delta en dag på søking og vurdering av artikler på slutten av praksisperioden. Alle har ansvar for å levere artikler. Frivillig evaluerer læringsutbyttet.</p>
<p>Prosjektdeltakere Ansatte</p>	<p>Har ansvar for å delta i undervisningen om kunnskapsbasert praksis en dag. Har ansvar for å bruke ledig tid i arbeidstiden til søking og vurdering av artikler. Alle har ansvar for å levere artikler til styringsgruppa. Frivillig evaluerer læringsutbyttet.</p>
<p>Hovedveileder for studentene Anette Nymoen (august – oktober 2010) Mona Frikstad (oktober-desember 2010)</p>	<p>Har medansvar for veiledning i søking og vurdering av artikler tre timer x 2 på refleksjonsdag. Har ansvar for søking og vurdering av artikler en dag x 2 sammen med studenter. Tiden tas av hovedveiledertiden.</p>

Handlingsplan for høsten 2010 og våren 2011
Vedlegg 2

Beslutningspunkter	Godkjenner	Ansvar	Endelig termin
Undervisning og veiledning til deltakerne (studenter og ansatte)	Prosjektgruppen	Anne Vigdis Granbu, Linda Bergestuen og Randi Slåsletten Ann-Karin Norman og Tone Haugom	18.08.10 25.08.10
Veiledning til studenter på refleksjonsdag	Prosjektgruppen	Randi Slåsletten Anette Nymoen/ Mona Frikstad	24.09.10 09.11.10
Søking og granskning av artikler en dag 2 studenter	Prosjektgruppen	Anne Vigdis Granbu	06.10.10
Evaluering av læringsutbyttet studenter	Prosjektgruppen	Randi Slåsletten	14.10.10 16.12.10
Undervisning og veiledning til nye studenter	Prosjektgruppen	Anne Vigdis Granbu, Linda Bergestuen og Randi Slåsletten	01.11.10
Søking og vurdering av artikler prosjektgruppen Møter	Prosjektgruppen Avdelings- sykepleiere	Anne Vigdis Granbu Gunn Haugstulen Linda Bergestuen	13.10.10 25.10.10/03.11.10. 23.11.10 08.12.10
Søking og vurdering av artikler en ansatt	Prosjektgruppen Avdelings- sykepleier	Vibeke Lunde	20.10.10 04.11.10 01.12.10 (1/2 dag)
Søking og vurdering av artikler en dag 6 studenter	Prosjektgruppen	Sammen med prosjektgruppen	08.12.10
Framlegg	Avdelingsleder	Studenter og ansatte	½ time torsdager

Beslutningspunkter	Godkjenner	Ansvar	Endelig termin
Evaluering læringsutbytte for ansatte	Prosjektgruppen Avdelingsleder	Randi Slåsletten Prosjektgruppen	10.01 – 21.01.11.
Undervisning om "kunnskaps-egget" for med. undersøkelsesenhet		Gunn Haugstulen	Januar – feb. 2011.
Søking og vurdering av artikler og møter. Veiledende behandlingsplan.	Prosjektgruppen Avdelingsledere	Anne Vigdis Granbu Gunn Haugstulen Linda Bergestuen Randi Slåsletten Vibeke Lunde	31.01, 01.02, og 22.02, 23.02.11. Vibeke: 31.01 og 15.02.11.
Fag- og forskningsdager Langesund		Anne Vigdis Granbu, Linda Bergestuen,	15 – 16.03.11
Framlegg av forslag til veiledende behandlingsplan	Prosjektgruppen Avdelingsledere	Anne Vigdis Granbu Gunn Haugstulen Linda Bergestuen Randi Slåsletten Vibeke Lunde	Mars 2011. Mari snakker med Bjørnhild Flittie
Forslag til veiledende behandlingsplan som sendes til godkjenning. Revideringer	Prosjektgruppen	Anne Vigdis Granbu Gunn Haugstulen Linda Bergestuen Randi Slåsletten Vibeke Lunde	31.03.11. 30.06.11.
Prosjektrapport HIG	Prosjektgruppen	Randi Slåsletten AnneVigdis Granbu Gunn Haugstulen Linda Bergestuen	30.06.11.
Artikkel i Tidsskrift	Prosjektgruppen	Randi Slåsletten AnneVigdis Granbu Gunn Haugstulen Linda Bergestuen	30.06.11.
Fokusgruppeintervju med prosjektgruppen	Prosjektgruppen	Randi Slåsletten Leena Heinonen HIG	April 2011.

Program for undervisning ansatte og studenter 18. og 25.08.10 Vedlegg 3

Sted: IT rommet, SIL. Tid: 08.00 – 15.30.

Deltakere 18.08: 3 studenter, 8 ansatte 6B gastro, 1 fagsykepleier medisinsk poliklinikk og prosjektleder Randi Slåsletten.

Deltakere 25.08: 3 studenter, 8 ansatte 6B gastro, og prosjektleder Randi Slåsletten.

- Kl. 08.00 – 08.15: Velkommen og informasjon v/ass. prosjektleder Anne Vigdis Granbu og prosjektleder Randi Slåsletten.
- Kl. 08.15 – 08.45: Kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan v/ass. prosjektleder og fagsykepleier Anne Vigdis Granbu og sykepleier Linda Bergestuen. Fordeling av forskningsspørsmål til deltakerne i gruppene.
- KL. 08.45 - 09.00: Pause med kaffe, te og frukt.
- Kl. 09.00 – 10.30: Hva innebærer det å arbeide kunnskapsbasert i praksis v/prosjektleder stab helse SI og medisin Gjøvik Tone Haugom. Pause legges inn.
- Kl. 10.30 – 11.15: Lunsj.
- Kl. 11.15 – 13.45: Det praktiske om søking v/bibliotekar SIL Ann-Karin Norman. Finne artikler i forhold til forskningsspørsmålene våre. Pauser legges inn.
- Kl. 13.45 – 14.00: Pause med kaffe, te og frukt.
- Kl. 14.00 – 15.20: Kritisk granskning av artikler med øvelse v/prosjektleder stab helse SI og medisin Gjøvik, Tone Haugom.
- Kl. 15.20 – 15.30: Veien videre ved Anne Vigdis Granbu og Randi Slåsletten.

Hjertlig velkommen. Hilsen Anne Vigdis Granbu og Randi Slåsletten

Program for undervisning studenter 01.11.10

Sted: IT rommet i fyrhuset, SIL. Tid: 08.00 – 15.30.

Deltakere: Seks studenter i første veiledet praksis på sykehus.

- Kl. 08.00 – 08.15: Velkommen og informasjon v/ Randi Slåsletten.
- Kl. 08.15 – 08.45: Kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan v/ Anne Vigdis Granbu. Forskningsspørsmålene til deltakerne.
- KL. 08.45 - 09.00: Pause med kaffe, te og frukt.
- Kl. 09.00 – 10.30: Hva innebærer det å arbeide kunnskapsbasert i praksis v/Anne Vigdis Granbu. Pause legges inn.
- Kl. 10.30 – 11.15: Lunsj.
- Kl. 11.15 – 13.45: Det praktiske om søking v/Linda Bergestuen. Finne artikler i forhold til forskningsspørsmålene våre. Pauser legges inn.
- Kl. 13.45 – 14.00: Pause med kaffe, te og frukt.
- Kl. 14.00 – 15.20: Kritisk granskning av artikler med øvelse v/Randi Slåsletten.
- Kl. 15.20 – 15.30: Veien videre ved Randi Slåsletten.

Hjertlig velkommen.

Hilsen Lind Bergestuen, Anne Vigdis Granbu og Randi Slåsletten

Program for undervisning ansatte 03., 10. og 17.11.10

KL. 08.00 -11.00: SØKING AV LITTERATUR PÅ

KUNNSKAPSEGGET .

Fokus : pas. m/ morbus crohn.

Vi søker selv med hjelp av Ann-Karin Normann

KL. 11.00 -11.45: LUNSJ

KL. 11.45 - 12.25: FISTELPROBLEMATIKK I FORHOLD TIL

PAS. M /MORBUS CROHN

v / Torstein Valset

KL. 12.30 - 13.15: MEDISINSK BEHANDLING TIL PAS.

M/ MORBUS CROHN

v / Tone Sjøberg

KL. 13.20 – 14.10: POSTOPERATIVE SMERTER, KRONISKE og

AKUTTE SMERTER

v / Britt Ringen

KL. 14.15 – 15.00: ERNÆRING TIL PAS. M /MORBUS CROHN

v / Eli Nyhagen

All undervisning blir på fyrhuset i 3. etg. Inngang til høyre for hovedinngangen ved patologen. Velkommen.

Anne Vigdis Granbu

Fagsykepleier på 6b

Resultat av litteratursøk i databaser

Database	Søkeord	Antall treff	Utvalg 3 Antall inkludert
UpToDate	Crohns disease AND effective pain management,	150	2
	Crohns disease	70	1
	Morbus Crohn disease	150	5
	Crohns disease AND postoperative care	150	2
	Crohns disease and risk factors	120	1
The Cochrane Library	Crohns disease OR inflammatory bowel disease	1	1
	Crohns disease AND pain	1	0
Clinical Evidence	Crohns disease AND appropriateness criteria	1	1
	Crohns disease	2	2
Johanna Briggs	Crohns disease AND Nursing	1	1

	intervention		
Cinahl	Crohns disease AND quality of life	65	3
	Crohns disease AND nutrition NOT childhood	55	3
	Crohns disease AND pain	27	2
Helsebiblioteket.no	Crohns disease AND pain AND experience	13	0
	Crohns disease	431	1
Helsebiblioteket retningslinjer	Crohns disease AND qualitative study	2	1
	Crohns disease AND pain AND experience	13	1
Ovid Nursing	Crohns disease AND qualitative study	34	1
	Crohns disease AND postoperative pain	3	1
Legemiddelhåndboka	Crohns	19	2
LMF Landsforeningen mot fordøyelsesykdommer	Crohns sykdom	1	1

Kunnskapsenteret	Crohns disease	10	1
Sykehuset Innlandet HF	Crohns sykdom	1	1

Evaluering av kunnskapsbasert praksis for studenter

Bakgrunnsdata:

Alder: _____ år.

Sett kryss for det som passer:

Jeg er i VPK2002 Jeg er i VPK2012 Jeg er i VPK3002

Sett kryss for det som passer:

	Ja	Nei
Jeg deltok på undervisningsdagen på IT-rommet om kunnskapsbasert praksis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deltok på søking og vurdering av artikkel på refleksjonsdagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deltok på søking og vurdering av artikkel en dag med lærer/fagsykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instruks: Denne spørreundersøkelsen inneholder utsagn om undervisningen og veiledningen du fikk om kunnskapsbasert praksis. Hvert punkt representerer et utsagn om din holdning i forhold til læring. Undersøkelsen er anonym. Resultatene blir fremstilt som gruppe, ikke individuelt.

Skala:

- 1 – Svært uenig i utsagnet
- 2 – Uenig i utsagnet
- 3 – Usikker – er verken enig eller uenig i utsagnet
- 4 – Enig i utsagnet
- 5 – Svært enig i utsagnet

Kryss av i ringen for det som passer.

	SU	U	US	E	SE
1a. Undervisningen på IT-rommet ga meg varierte aktiviteter og lærestoff som fremmet min læring i forhold til kunnskapsbasert praksis.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

	SU	U	US	E	SE
1b. Veiledningen på søking og vurdering av artikkel på refleksjonsdagen fremmet min læring i forhold til kunnskapsbasert praksis.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
1c. Veiledningen på søking og vurdering av artikkel en dag på sykehuset fremmet min læring i forhold til kunnskapsbasert praksis.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2a. Jeg likte måten underviserne på IT-rommet gjennomførte undervisningen på.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2b. Jeg likte måten veilederen på refleksjonsdagen gjennomførte veiledningen på.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2c. Jeg likte måten veilederne gjennomførte veiledningen en dag på sykehuset.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
3. Undervisningsmaterialet og hjelpemidlene som ble brukt i undervisningen og veiledningen om kunnskapsbasert praksis var motiverende og hjalp meg til å lære.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4a. Jeg forstår prinsippene for søking av artikler.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4b. Jeg forstår prinsippene for vurdering av artikler.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
5. Jeg har bidratt med artikkel/artikler til veiledende behandlingsplan.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
6. Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger om kunnskapsbasert praksis.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
7. Jeg vet hvordan jeg kan få hjelp hvis jeg ikke forstår prinsippene for søking og vurdering av artikler.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

	SU	U	US	E	SE
8. Under veiledningen hadde jeg mulighet til å diskutere med veilederen og medstudenter ideer og prinsipper vi hadde lært.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

Kryss av i ringen for det svaralternativet som stemmer best for påstanden nedenfor:

	Helt uenig	Delvis uenig	Vet ikke	Delvis enig	Helt enig
9. Jeg vil basere mitt arbeid som sykepleier på kunnskapsbasert praksis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

Tusen takk for hjelpen til å forbedre undervisningen og veiledningen om kunnskapsbasert praksis.

Vennlig hilsen

For prosjektgruppa

Randi Slåsletten

Evaluering av kunnskapsbasert praksis for ansatte

1. Hvor lang praksis har du som ansatt i sykehus : _____

2. Hvilken stillingsprosent har du nå? _____

3. Hvor lenge har du arbeidet ved din nåværende avdeling? _____

4. På en skala fra 1 til 10, der 1 er ”overhode ikke motivert”, og 10 er ”svært motivert”, hvor **motivert** var du for deltakelse i samarbeidsprosjektet om kunnskapsbasert praksis (sett ring rundt et tall)?

Overhode ikke motivert 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Svært motivert

5. I hvilken grad mener du prinsippene for kunnskapsbasert praksis (forskningsbasert-, erfaringsbasert-, brukerkunnskap og brukermedvirkning) **egner seg** som metode for fagutvikling blant ansatte (sett ring rundt et tall)?

Uegnet 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Svært velegnet

Eventuelt kan du kommentere utfyllende her

6. Har du fått **tid i arbeidstiden** til å arbeide med kunnskapsbasert praksis utenom undervisnings dagen?

I høy grad 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Ikke i det hele tatt

Eventuelt kan du kommentere utfyllende her

7. Hvordan vurderer du din **egen arbeidsinnsats** i forhold til kunnskapsbasert praksis de siste 6 månedene?

Svært liten 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Svært stor

Eventuelt kan du kommentere utfyllende her

8. Hvordan synes du **organiseringen, gjennomføringen og oppfølgingen** av undervisningen om kunnskapsbasert praksis har vært?

Svært dårlig 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Svært god

Eventuelt kan du kommentere utfyllende her

9. Hvordan vurderer du den **faglige kvaliteten** på undervisningen om kunnskapsbasert praksis?

Svært dårlig 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Svært god

Eventuelt kan du kommentere utfyllende her

10. Hvor ofte har du søkt i en **medisinsk eller sykepleiefaglig database de siste 6 måneder?**

Daglig 2 – 5 ganger i uken 1 gang i uken 1 – 2 ganger i måneden eller sjeldnere

Eventuelt kan du kommentere utfyllende her

11. I hvilken grad opplever du at du kan **finne fram** til nyttig faglig kunnskap gjennom Internett (for eksempel artikler eller annet fagstoff) (sett ett kryss)?

I høy grad Til en viss grad I liten grad Ikke i det hele tatt

12. I hvilken grad opplever du at du **kritisk kan vurdere informasjonen og informasjonskildene** (for eksempel artikler eller annet fagstoff) for egen læring (sett ett kryss)?

I høy grad Til en viss grad I liten grad Ikke i det hele tatt

13. I hvilken grad opplever du at **din praksis endres eller justeres** på grunnlag av ny kunnskap fra forskning (for eksempel artikler eller annet fagstoff) (sett ett kryss)?

I høy grad Til en viss grad I liten grad Ikke i det hele tatt

14. I hvilken grad opplever du at **engelsk** er en barriere når det gjelder å lese litteratur?

I høy grad I noen grad I liten grad Ikke i det hele tatt

15. I hvilken grad opplever du at **forskning er nyttig for praksis?**

I stor grad Til en viss grad I liten grad Ikke i det hele tatt

16. Kan du gi **konkrete forslag til forbedringer** angående kvalitet, organisering, gjennomføring eller oppfølging av undervisningen om kunnskapsbasert praksis?

Veiledende behandlingsplan: VBP Crohns sykdom – sykepleie

FO	Nanda nr	Sykepleiediagnoser	
8	00132	Akutt smerte - relatert til: (spesifiser)	
8	00133	Kronisk smerte - relatert til: (spesifiser)	
2	00148	Frykt - relatert til: (spesifiser)	
4	00002	Ubalanse i ernæring: Mindre enn kroppsbehovet - relatert til: (spesifiser)	
4	00134	Kvalme - relatert til: (spesifiser)	
5	00015	Risiko for obstipasjon - relatert til: (spesifiser: stenoser/fistler/ subileustilstander)	
5	00013	Diare - relatert til: (spesifiser)	
2	00118	Forstyrret kroppsbilde - relatert til å ha fått stomi	
6	00047	Risiko for svekket hudkvalitet - relatert til: (spesifiser: fistel/ abcess/ bivirkning av medikamenter)	
8	00093	Utmattelse (Fatigue) - relatert til: (spesifiser)	
10	00052	Forstyrret sosial samhandling - relatert til: (spesifiser)	
2	00126	Mangelfulle kunnskaper - relatert til Crohns sykdom	
FO	Mål		
2	Oppløve økt mestring		
2	Er informert om sykdommen, føler seg trygg og ivaretatt		
8	Er optimalt smertelindret		
4	Har kunnskap om riktig ernæring		
4	Er fri for kvalme		
4	Er optimalt ernært		
4	Har optimal vekt: (spesifiser)		
5	Har optimal tarmfunksjon		
6	Har hel hud		
10	Unngår sosial isolasjon		
10	Er informert om trygderettigheter ved kronisk sykdom		
FO	NIC nr	Sykepleietiltak og forordninger	Frekvens/tid
3	6680	Overvåke vitale tegn	
		- Overvåke respirasjon	S forordn.
		- Måle SpO2	S forordn
		- Måle BT, Puls	S forordn
		- Måle temperatur	S forordn
8	1400	Behandling ved smerte (1,2,3,4)	
		- Kartlegge smertene (spesifiser; lokalitet, type)	
		- Anvende visuell analog skala (VAS)	

		- Registrere ESAS med overføring til grafisk oversikt	
		- Gi rom for mestringsteknikker: (spesifiser)	
12	2300	Administrere legemidler (5,6,7,8,9)	
		- Adm. medisiner, observere virkning/bivirkning	Som forordn
		- Benytte pasientkontrollert analgesi (PCA). Observere virkning/bivirkning	Som forordn
4	1100	Håndtering av ernæring (3,7,9,10,11,12,13)	
		- Kartlegge matpreferanser: (spesifiser)	
		- Tilby ønskekost: (spesifiser)	
		- Tilby ernæringsdrikker: (spesifiser smakspreferanser)	
		- Tilby små, hyppige måltider: (spesifiser)	
		- Føre kostliste	
		- Måle vekt	(Tid/frekvens)
		- Måle Body Mass Index (BMI); $vekt / (høyde \times høyde)$	
		- Påse at klinisk ernæringsfysiolog blir kontaktet	Som forordn
		- Informere om kost: (rikelig drikke, lavt fiberinnhold, mindre gassdannende kost som sorbitol, kullsyre, bønner, erter og lignende)	
4	1450	Behandling ved kvalme - se veiledende behandlingsplan: Kvalme	
4	4130	Overvåke væskebalanse	
		- Måle drikke/diurese	Som forordn
4	2080	Væske-/elektrolyttbehandling	
		- Adm. intravenøs tilførsel	Som forordn
12	6650	Overvåkning	
		- Følge avdelingens prosedyre for stell og observasjon av epiduralkateter	Som forordn
		- Følge avdelingens prosedyre for fjerning av epiduralkateter	Som forordn
3	2440	Vedlikehold av venøs tilgang	
		- Følge SI overordnede prosedyre: Perifert venekateter - observasjon og stell	
		- Følge SI overordnede prosedyre: Perifert venekateter - fjerning	
3	4220	Behandling av perifert innsatt sentralt kateter	
		- Følge SI overordnet prosedyre: Sentralt venekateter- Observasjoner og stell : (spesifiser)	
		- Følge SI overordnet prosedyre: Sentralt venekateter - fjerning : (spesifiser)	Som forodn
		- Stell og observasjon av veneos access port (VAP) etter avdelingens prosedyre	
4	1200	Administrering av total parenteral ernæring	
		- Adm. total parenteral ernæring (TPN), observere virkning/bivirkning	Som forordn

3	4030	Administrering av blodprodukter (2) - Følge overordnet prosedyre SI: Rekvirering av blodtype / antistofscreening. Blodbestilling	Som forordn
		- Følge overordnet prosedyre SI: Transfusjon av blodprodukter	Som forordn
5	0430	Behandling av tarmfunksjon (3,4,14) - Kartlegge fistler: Observere urin, sekresjon vaginalt, avføring og huden - Legge fistelpose over fistel: (spesifiser) - Ta avføringsprøve: (spesifiser: eks. Hemofec, Calprotectin, bactus)	Som forordn
5	0460	Behandling ved diarè (10,15,16,17) - Registrere antall avføringer - Observere diarè (farge, volum og konsistens) - Informere om viktigheten av anbefalt væskeinntak: (spesifiser) - Tilby fettreduert kost - se overordnet dokument: FETTREDUSERT KOST - Tilby lettfordøyelig kost - se overordnet dokument: LETTFORDØYELIG KOST	Som forordn Som forordn Som forordn
5	0480	Behandling ved stomi - se veiledende behandlingsplan: VBP Stomioperasjon, ileo/colo - postoperativ sykepleie	
6	3590	Overvåkning av hud (3,4,14) - Inspisere hud og slimhinner - Se veiledende behandlingsplan: Abscess, hud/perineum - postoperativ sykepleie	
2	5618	Undervisning: Prosedyre/behandling - Informere/forberede til undersøkelse/behandling	Som forordn
2	5602	Undervisning: Sykdomsprosess (1,3,9,16,18,19) - Gi tilpasset informasjon i samarbeid med lege: (spesifiser) - Gjenta informasjon - Informere om interesseorganisasjon LMF, tilbud om brosjyre/konvolutt - Undervise i administrering/bivirkninger av legemidler - Støtte ved røykeavvenning – se veiledende behandlingsplan: VBP Røykeavvenning	Som forordn
8	0200	Fremme trening (20) - Følge opp rekvirert trening fra fysioterapeut	Som forordn
10	8020	Tverrfaglig samarbeidsmøte - Samarbeide med familiemedlemmer/pårørende - Koordinere tverrfaglig samarbeidsmøte	

		- Påse at rehabiliteringsteamet er kontaktet (sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier)	Som forordn
10	7370	Planlegge utskrivelse – se veiledende behandlingsplan: VBP Utskrivelse - planlegging	
		- Dele ut ”Dokort” fra Landsforeningen Mot Fordøyelsessykdommer (LMF)	
		- Informere om Poliklinisk oppfølging	Som forordn

Referanser

SI/15.01.01-16	NANDA- diagnoser med definisjoner sortert på funksjonsområder
SI/15.01.01-17	NIC- tiltak sortert på funksjonsområder
SI/15.01.02-01	VBP Abcess, hud/perineum - postoperativ sykepleie
SI/15.01.02-68	VBP Kvalme - sykepleie
SI/15.01.02-94	VBP Røykeavvenning
SI/15.01.02-97	VBP Stomioperasjon, ileo/colo - postoperativ sykepleie
SI/15.01.02-112	VBP Utskrivelse - planlegging
SI/15.01.04-10	Metoderapport VBP: Crohns sykdom - sykepleie
SI/15.01.05-06	Referanseliste: VBP Crohns sykdom - sykepleie
SI/22.07.04-02	Perifert venekateter - observasjon og stell
SI/22.07.04-03	Perifert venekateter - fjerning
SI/22.07.04-05	Sentralt venekateter (CVK) - observasjon og stell
SI/22.07.04-06	Sentralt venekateter (CVK) - fjerning.
MeS04.02.03.01.01-01	Rekvirering av blodtype / antistofscreening. Blodbestilling
MeS04.02.03.03-05	Transfusjon av blodprodukter
EiS06/27.06-07	FETTRREDUSERT KOST
EiS06/27.06-13	LETTFORDØYELIG KOST

Referanseliste: VBP Crohns sykdom - sykepleie

- (1) Cameron, C.A. and Sawatzky J.A. (17.April 2008) *Postoperative pain management: the challenges of the patient with Crohn's disease*. Ovid nursing [Internett] Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/230527296/134A7C773A378BC8D5F/4?accountid=32267> [Nedlastet 3.februar 2012]
- (2) Crowe, L. mfl. (2008). *Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631835> *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 6(4), s.396-430. [Nedlastet 03.februar 2012]
- (3) Heppell, J. mfl. (25.august 2011) *Surgical management of inflammatory bowel disease* UpToDate [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-inflammatory-bowel-disease> [Nedlastet 1. november. 2011]
- (4) Peppercorn, M.A. (29.April 2011) *Clinical manifestations, diagnosis and prognosis of Crohn`s disease in adults* UpToDate [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohns-disease-in-adults> [Nedlastet 1. november. 2011]
- (5) Bajwa, Z.H. & Smith, H.S. (12.September 2011) *Overview of the treatment of chronic pain* UpToDate. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-chronic-pain> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (6) Kodali, B-S. & Oberoi, J.S. (20. Oktober 2011). *Management of postoperative pain*. UpToDate. [Internett]Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-postoperative-pain> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (7) Hauge, T. mfl. (20.Juni 2010) *T12.6.3 Crohns sykdom*. Norsk legemiddelhåndbok. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/17490> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (8) Ringerike, T. mfl. (15. Desember 2008) *TNF α -hemmere ved inflammatorisk tarmsykdom*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/TNF%CE%B1-hemmere+ved+inflammatorisk+tarmsykdom.4792.cms> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (9) Sundhedsstyrelsen (Mars 2007) *Referenceprogram for kroniske inflammatoriske tarmsygdomme*. Helsebiblioteket [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/Refprg_IBD.pdf [Nedlastet 3. februar 2012]

- (10) Mason, J.B. & Milovic, V. (10.Juni 2011) *Clinical features and diagnosis of malabsorption* UpToDate. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-malabsorption> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (11) Olendzki, B. (1.Mars 2011) *Dietary and nutritional assessment in adults*. UpToDate [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/dietary-and-nutritional-assessment-in-adults> [Nedlastet 3.februar 2012]
- (12) Teitelbaum, J.E. (12. Oktober 2011) *Nutrient deficiencies in inflammatory bowel disease* UpToDate [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/nutrient-deficiencies-in-inflammatory-bowel-disease> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (13) Roon, A.C.Von m.fl. (27.April 2011) *Crohn`s disease*. Clinical Evidence [Internett] Tilgjengelig fra: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/0416/overview.html> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (14) Bitton, A. & Belliveau P. (16. November 2010) *Perianal complications of Crohn`s disease* UpToDate. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/perianal-complications-of-crohns-disease> [Nedlastet 3. februar 2012]
- (15) Driscoll, Richard (2008). *Results from the NACC Survey of IBD Symptoms including Pain (survey May 2004) (report revised 2008*National Association for Colitis and Crohn`s Disease (2011-11-01). [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.nacc.org.uk/downloads/research/NACC_Survey_Results_Updated_2008.pdf [Nedlastet 15.02.12]
- (16) Landsforneingen mot fordøyelsessykdommer, Myhren, Johannes & Jansen, J. (Rev. 2009) *Inflammatoriske tarmsykdommer- Crohns sykdom og ulcerøs kolitt* Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer. [Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.kunnskapsegget.no/?q=Landsforeningen%20mot%20ford%c3%b8yelsessykdommer%20\(2011\).%20Crohns%20sykdom%20\[online\].](http://www.kunnskapsegget.no/?q=Landsforeningen%20mot%20ford%c3%b8yelsessykdommer%20(2011).%20Crohns%20sykdom%20[online].) [Nedlastet 15. februar 2012]
- (17) Hauge, T. mfl. (20.juni 2010). T12.6.3 *Mage-tarmsykdommer*. Norsk legemiddelhandbok. [Internet] Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/17490> [Nedlastet 15. februar 2012]
- (18) Barlow, C.mfl.(7.Juli 2010). *A Critical Review of Self-Management and Educational Interventions in Inflammatory Bowel Disease*. Ovid.[Internett] Tilgjengelig fra: <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=FDDCPDOFDEHFEMPIFNALAEEGECLGA A00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3> [Nedlastet 15. februar 2012]

(19) Feagan, B.G mfl. (Juni 2005). *Unemployment and Disability in Patients With Moderately to Severely Active Crohn's Disease*. Ovid.[Internett] Tilgjengelig fra:

[http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HDPOPDEFHOHFEMAPFNALHHPFCANA)

[3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HDPOPDEFHOHFEMAPFNALHHPFCANA](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HDPOPDEFHOHFEMAPFNALHHPFCANA)
[AA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3dS.sh.15.16.20.24%257c10%257c50%26FOR](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HDPOPDEFHOHFEMAPFNALHHPFCANA)
[MAT%3dto%26FIELDS%3dTOC%26S%3dHDPOPDEFHOHFEMAPFNALHHPFCANA](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HDPOPDEFHOHFEMAPFNALHHPFCANA)
[AA00&directlink=http%3a%2f%2f">AA00&directlink=http%3a%2f%2f](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HDPOPDEFHOHFEMAPFNALHHPFCANA) [Nedlastet 15. februar 2012]

(20) Hellström, PM. (2008). Mage-/tarmsykdommer. *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.[Internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling.pdf> [Nedlastet 15. februar 2012]

Andre referanser :

Aamodt, G. mfl. (23. Juni 2008). *The Association Between Water Supply and Inflammatory Bowel Disease Based on a 1990-1993 Cohort Study in Southeastern Norway*. PubMed.

[Internett] Tilgjengelig fra: <http://aje.oxfordjournals.org/content/168/9/1065.full.pdf+html>
[Nedlastet 22. februar 2012]

Belling, R. mfl. (Nr. 4, 2009). *Specialist nursing interventions for inflammatory bowel disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internett] Tilgjengelighet fra:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006597.pub2/abstract> [Nedlastet 22. februar 2012]

Bernklev, T. mfl.(12. Mai 2006). *Relationship between sick leave, unemployment, disability, and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease*. Pub Med.

[Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16670530> [Nedlastet 15. februar 2012]

Burrowes, Jerrilynn D. (Juli/August 2008). *Managing Crohn's Disease in Adults*. Ovid.

[Internett] Tilgjengelig fra: [http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c4c7d6b65ba1a76f1a24702f4e559a3ecfb4586d42)

[3.5.1a/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c4c7d6b65ba1a76f1a24702f4e559a3ecfb4586d42](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c4c7d6b65ba1a76f1a24702f4e559a3ecfb4586d42)
[969e75482745c66f69156139b3d05565b6d1a5e1f86ccca4c8cb9e4ddd5a2b16b74c87012a39d](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c4c7d6b65ba1a76f1a24702f4e559a3ecfb4586d42)
[e6062e0821c7870b081ac5d526ae90c2e9a52583a9b73553130e46cba144037fe0ef3d](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c4c7d6b65ba1a76f1a24702f4e559a3ecfb4586d42)

[Nedlastet 15. februar 2012]

Huehne, K. mfl. (22. Januar 2009). *High post surgical opioid requirements in Crohn's disease are not due to a general change in pain sensitivity*. Pub Med. [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19167252> [Nedlastet 15. februar 2012]

Mills, Sarah C. mfl. (27. April 2009). *Crohn's disease: Lifestyle interventions to maintain remission in adults: Smoking cessation* BestPractice. [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/evidence/intervention/0416/5/sr-0416-i10.html>

[Nedlastet 15. februar 2012]

Mills, Sarah C. mfl. (27. April 2011). *Crohn's disease*. Clinical Evidence. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/conditions/dsd/0416/0416-get.pdf>

[Nedlastet 15. februar 2012]

Sartor, R. Balfour (Januar 2011). *Probiotics for gastrointestinal diseases*. UpToDate. [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.uptodate.com/contents/probiotics-for-gastrointestinal-diseases?source=search_result&search=Probiotics+for+gastrointestinal+diseases.&selectedTitle=1%7E150 [Nedlastet 15. februar 2012]

Schneider, M.A. og Fletcher P.C. (April 2008). *'I feel as if my IBS is keeping me hostage!' Exploring the negative impact of irritable bowel syndrome (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD) upon university-aged women*. PubMed. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18315827> [Nedlastet 15. februar 2012]

Snapper, S.B. og Podolsky D.K. (Januar 2011). *Genetic factors in inflammatory bowel disease*. UpToDate. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/genetic-factors-in-inflammatory-bowel-disease> [Nedlastet 15. februar 2012]

Solberg, I.Camilla mfl. (Desember 2007). *Clinical Course in Crohn's Disease*. PubMed. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18054751> [Nedlastet 15. februar 2012]

Torp, Roald (15. Desember 2010). *AntiTNF-behandling ved Ulcerøs colitt og Crohns sykdom*. Fagprosedyrer. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://demo.datakvalitet.no/egg/dok/dok29132.pdf> [Nedlastet 15. februar 2012]

[Om referanser i Vancouver-stil](#)

Metoderapport VBP: Crohns sykdom - sykepleie

1. Fins det i den veiledende behandlingsplanen tydelige mål for sykepleien til den pasientgruppen som omfattes av VBPen?

Ja. Målene er:

- Oppleve økt mestring
- Er informert om sykdommen, føler seg trygg og ivaretatt
- Er optimalt smertelindret
- Har kunnskap om riktig ernæring
- Er fri for kvalme
- Er optimalt ernært
- Har optimal vekt: (spesifiser)
- Har optimal tarmfunksjon
- Har hel hud
- Unngår sosial isolasjon
- Er informert om trygderettigheter ved kronisk sykdom

2. Hvilke spørsmål om sykepleie har du eller bibliotekaren forsøkt å finne svar på i relevante kunnskapskilder?

Hvordan utøve best mulig sykepleie til pasienter med Crohns sykdom innlagt på sykehus?

3. Hvilken pasientgruppe gjelder VBPen for?

VBPen gjelder pasienter innlagt i Sykehuset Innlandet HF som har Crohns sykdom.

4. Har ressursgruppa hatt en bred faglig sammensetning?

Ja

Hvem var med og hvilken kompetanse har medlemmene? Hvor jobber de og hvilket yrke?

Ressursgruppa har bestått av følgende faglig sammensetning:

- Anne Vigdis Granbu, fagutviklingssykepleier, kirurgisk sengepost plan 6, SIL
- Linda Bergestuen, sykepleier, kirurgisk sengepost plan 6, SIL
- Vibeke Lunde Moen, sykepleier, kirurgisk sengepost plan 6, SIL
- Gunn Haugstulen, fagutviklingssykepleier gastroenterologi, medisinsk poliklinikk, SIL
- Randi Slåsletten, sykepleier og høyskolelektor, avdeling for helse, omsorg og sykepleie HIG

I tillegg har disse bidratt: Hilde Skøien, Spesialsykepleier intensiv og rådgiver i AKS, SIL og Hanne

Rustli, Bibliotekar SI, Ann - Karin Norman, Bibliotekar SIL.

5. Har ressursgruppa forsøkt å finne ut hva som er viktig for pasienter som er berørt av VBPen? På hvilken måte ble dette gjort? Hva fant dere ut, som dere har forsøkt å ta hensyn til?

Ressursgruppa har innhentet kommentarer på VBP'en fra Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (LMF). Fra LMF kom det positive tilbakemeldinger ifht. at de hadde fått med relevante tiltak i VBP'en. Videre har prosjektgruppa hentet inn pasienterfaringer via artikler, samt brukt egne erfaringer med pasientgruppen som grunnlag for VBP'en.

6. Er VBpens målgruppe klart definert?

Alle ansatte i spesialisthelsetjenesten som er autorisert sykepleier eller som har fått sykepleieoppgaver delegert, kan bruke VBPen.

7. Søkte en etter kunnskap på en systematisk måte?

Prosjektgruppa søkte etter kunnskap i Kunnskapsegget (Haynes pyramiden), hvor vi har systematisk jobbet oss gjennom nivå 1, 2 og 4, til vi fant relevante data. (Egget har endret seg prosessen) Søkeord benyttet i Kunnskapsegget er: "Crohns disease", med underliggende emneord brukt i den enkelte database. Databasen Cinahl ble og benyttet. Har også brukt veiledere for kritisk vurdering av enkeltstudier fra Kunnskapscenteret.- Fått hjelp av bibliotekar på SIL Ann-Karin Norman til søk.

Database: Up to date

Søkeord: Effective pain management

Søkeord: Morbus Crohn disease

Søkeord: Crohns disease and postoperative care

Database: Cinahl

Søkeord: Crohns disease AND quality of life

Søkeord: Crohns disease AND nutrition NOT childhood

Database: Ovid Nursing

Søkeord: Crohns disease and postoperative pain

Database: Johanna Briggs

Søkeord: Nursing interventions

Database: Helsebiblioteket

Søkeord: Crohns disease and qualitative study

Søkeord: Crohn disease, pain, experience

Database: Clinical Evidense

Søkeord: Crohns disease and appropriateness criteria.

Database Pub Med	Søkeord: Crohns disease
Database Cochrane	Søkeord: Crohns disease OR inflammatory bowel disease
Database : Best Practice	Søkeord: Crohns disease
Har for øvrig brukt: Norsk legemiddelhåndbok: Crohns	
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester: Søkeord: Crohns disease	
Helsebiblioteket: Søkeord: Crohns disease	
Helsebibliotekets retningslinjer: Søkeord: Crohns disease AND qualitative study	
Hesledirektoratets retningslinjer: Søkeord: Crohns disease	
SIHF Fagprosedyrer på Intranettet: Søkeord: Crohns disease	

8. Ble det på forhånd laget regler for hvilken kunnskap en skulle lete etter i kildene, og hvilken kunnskap en ikke skulle lete etter?

MeSH-termer ble formulert og PICO-skjema ble anvendt, som utgangspunkt for litteratursøk.

Ressursgruppa fikk opplæring av bibliotekar om systematisk søking av kunnskap i Kunnskapsegget. Hun har veiledet i søkeprosessen (program for referanser omgjort til Vancouver). Prosjektgruppa har søkt høsten 2010 og våren 2011. Databasen Cinahl ble også benyttet, samt Kunnskapssenteret.

Begrensninger i søk: Vi har begrenset søk til voksne pasienter over 18 år. Vi benyttet ikke litteratur eldre enn 5 år, som var krav da vi startet med VBP'en. Noen artikler ligger ikke ute på internett i full tekst, men HIG har tilgang. Noen søkebaser krever passord.

[Referanseliste: VBP Crohns sykdom - sykepleie](#)

9. Har ressursgruppa eller andre vurdert styrker og svakheter ved kunnskapen som er funnet? Hva var styrkene og svakheterne?

Styrken ligger i at vi har fått anvendte erfaringskunnskap fra helsepersonell på kirurgen, medisin og medisinsk poliklinikk. På den måten har man fått benyttet bredest mulig erfaringsgrunnlag.

Vi har også fått positive tilbakemeldinger fra *brukerråd* (LMF) på kunnskap om sider som ofte ble glemt ved pasientbehandlingen.

Svakheten er at det er lite dokumentasjon å finne på pasientopplevelser/erfaringer. Pr juni 2011 er det lite treff i Kunnskapsegget. Prosjektgruppa ser at ved revidering kan det med fordel gjøres nye og utvidete søk ifht dette.

10. Hvordan bestemte ressursgruppa seg for de forordningene som er lagt inn i VBPen? Hvis noen var uenige, hvordan løste dere uenigheten?

Forordningene ble utarbeidet av prosjektgruppa i idédugnad, og kvalitetssikret ved kodeverkene NANDA og NIC. Forordningene ble redigert gjennom diskusjon inntil alle var enige. Innhentet kunnskapsgrunnlag/referanser ble tatt hensyn til ved formuleringene.

11. Har ressursgruppa vurdert helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer ved de viktigste forordningene? Hvilke valg ble tatt? Ble alle forordninger beholdt?

Forordninger som bestemmes av lege ble ikke vurdert av ressursgruppa. Mange av sykepleieforordningene ble vurdert til å være åpenbart riktige – basert på erfaring og i tråd med kunnskapsgrunnlaget. Det er konsensus mellom funn fra artikler og ungdomsgruppa LMF.

Enkelte forordninger ble vurdert og forkastet, på bakgrunn av liten relevans.

12. Har ressursgruppa basert enkelte av forordningene på et helt bestemt kunnskapgrunnlag? Er det markert med fotnoter i VBPen for hvilke forordninger en har benyttet et bestemt kunnskapsgrunnlag? Er det mulig for de som bruker VBPen enkelt å finne dette kunnskapsgrunnlaget?

Ja, forordningene bygger på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov. Det er brukt Vancouverstil, med direkte link til referansene.

13. Har representanter for andre, aktuelle faggrupper gitt innspill til VBPen? Har kompetente fagpersoner utenom ressursgruppa vurdert VBPen? Hvem?

Kirurgisk sengepost, gastro, og medisinsk poliklinikk, gastroenterologi, i SIHF har bidratt med synspunkter.

Gastroenterolog Tone Sjøberg, ved SIL

Seksjonsoverlege ved gastrokirurgi Tomas Moger, ved SIL

Lokal EDS rådgiver

VBP Forvaltning

14. Fins det en prosedyre for å oppdatere VBPen? Innen hvilken dato skal VBPen oppdateres? Hvem vil bli kontaktet av VBP forvaltning for å oppdatere planen?

Revideres i henhold til egen overordnet prosedyre for SI: [Brukerveileder for SI ved utarbeidelse av veiledende behandlingsplaner i DIPS](#)

VBP Forvaltning og lokal EDS rådgiver har ansvar for å kontakte utarbeidende enhet for revidering innen **05.03.2014**.

15. Har ressursgruppa vurdert om hver enkelt forordning er tydelig og ikke til å misforstå?

Målgruppa har i plenum vurdert forordningene, hvor det kom fram kommentarer som førte til endringer i planen.

Samtlige punkter er gjennomgått med nyansatt sykepleier Julianne Plassen, som ikke deltok i prosjektgruppa. VBPen ble funnet punktlig og oversiktlig, uten behov for endringer.

16. Har VBPen med alle relevante forordninger for den aktuelle pasientgruppa? Har VBPen tydeliggjort hvilke valg sykepleieren/miljøpersonell må ta?

Alternativene er klart beskrevet i form av de ulike forordningene, men det er ikke klart beskrevet i hvilke situasjoner man skal velge de ulike alternativene (tiltak/forordning). Det velges tiltak ut fra kunnskap, erfaring og i tråd med pasientens behov. Man har utelatt enkelte forordninger pga VBP'ens lengde.

17. Er noen av forordningene i VBPen særlig viktige for den aktuelle pasientgruppen? Hvilke? Bør disse forordningene fremheves? Hvordan?

NICene med underliggende forordninger er satt opp i foreslått prioritert rekkefølge ut fra viktighet i forhold til aktuell problemstilling.

18. Har ressursgruppa tenkt gjennom om det er forhold som vil kunne hemme eller fremme innføringen av den aktuelle VBPen? Hvis det fins hemmere, hvordan tenker en å møte disse slik at VBPen blir innført?

Bruk av denne VBPen forutsetter grunnleggende kompetanse innenfor EDS. Ressursgruppa har tilstrebet at den skal være ett så godt tilpasset verktøy som mulig. VBPen er etterspurt av målgruppen.

Når VBPen er ferdigstilt, vil de aktuelle avdelinger bli informert. Ytterligere strategi for å møte hemmere vurderes ikke å være nødvendig.

<p>19. Er VBPen støttet med verktøy som skal bidra til at den blir satt ut i praksis og i så fall hvilke?</p> <p>Den er støttet med DIPS og linket i EK, og forhåpentligvis etter hvert EK viewer.</p>
<p>20. Innebærer bruk av VBPen økte kostnader for Sykehuset Innlandet?</p> <p>Nei</p>
<p>21. Hvordan skal bruken av VBP måles?</p> <p>Per i dag finnes ingen verktøy for å måle bruken av VBPen.</p>
<p>22. Har andre enn Sykehuset Innlandet vært med på å finansiere utviklingen av VBPen?</p> <p>Det har vært et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Gjøvik og praksisfeltet; Kirurgen plan 6 og medisinsk poliklinikk og studenter. Vi har fått økonomisk støtte fra Høgskolen i Gjøvik til samarbeidsprosjektet. Et blant flere mål var å få til en VBP for pasienter med Crohns sykdom.</p>
<p>23. Har noen av medlemmene i ressursgruppa økonomiske interesser i VBPen som er utviklet?</p> <p>Ingen i ressursgruppen har økonomiske interesser i VBPen.</p>