

«Case reports are too rare in this journal and in the physical literature in general. There is no other way in which routine treatment can be described. How can any profession hope to generate a scientific basis if we do not have a common body of knowledge and a functional description of practice and practice behaviors?»(1).

Hvordan skrive og vurdere kasesrappporter?

Bente Hovmand, Fysioterapeutskolen i København

Hans Lund, Parker Instituttet, Frederiksberg Hospital

Hanne Albert, Ringe Rygcenter, Fyn

Annette Winkel, Fysioterapien, Hillerød Centralsygehus

Artikkelen er tidligere publisert i Danske Fysioterapeuters tidsskrift «Nyt om forskning» og er oversatt og omskrevet for Fysioterapeuten.

En av de viktigste forutsetningene for å oppnå kvalitet i fysioterapi er å dokumentere effekten av det vi gjør. Forutsetningen for dokumentasjon er relevant forskning, det vil si at vi forsker på de problemstillinger som fysioterapeuter møter i praksis. Dette krever imidlertid at praksis er beskrevet og kjent, og det er her kasesrappporter spiller en viktig rolle.

Å fortelle om praksis er en ting, men om vi ikke beskriver den, kan vi ikke dele våre erfaringer med andre. På kurs og møter utveksles erfaringer og opplevelser fra praksis, men i de aller fleste tilfeller er denne utvekslingen usystematisk, anekdotisk og har et begrenset innhold. Vi foreslår derfor at fysioterapeuter begynner å offentliggjøre sin praksis i større grad, og da gjerne gjennom å begynne med å beskrive den i en kasesrapport.

Hva er en kasesrapport?

Begrepet «kasesrapport» er en oversettelse av det engelske uttrykk «case report». Et annet lignende og mye brukt begrep er kasuistikk. Dette begrepet er imidlertid ofte brukt for å omtale en annen type praksisformidling

enn kasesrappporter. Vi foreslår derfor at man skiller mellom en kasesrapport og en kasuistikk.

En kasesrapport er en detaljert beskrivelse av praksis, som gjør det mulig for kolleger å forholde seg nyansert og konstruktivt til den beskrevne praksis. En kasuistikk derimot, er en kort beskrivelse av et kasus, det vil si en pasienthistorie, hvor noe usedvanlig eller spesielt har forekommet, og at det nettopp derfor er viktig å formidle dette så raskt som mulig. En kasesrapport kan selvfølgelig omhandle noe usedvanlig eller spesielt. Hovedformålet er ikke sensasjonen, men beskrivelsen av praksis. En kasesrapport anbefales å være en lengre og relativt detaljert beskrivelse av praksis, hvor nyhetskravet ikke nødvendigvis skal være oppfylt. En kasuistikk er derimot en kortere beskrivelse av noe som har stor nyhetsverdi.

Jan P. Vanderbroucke skriver i en leder i tidsskriftet «Journal of the Royal Society of Medicine»: «Now that medical practitioners all over the world are firmly convinced that 'evidence' should guide their actions, is there still a role for the age-old cornerstone of the medical literature, the case report? The answer is an emphatic yes: the case report is as necessary as ever for the progress of medical science and the practice of medicine.»(2). Vanderbroucke fortsetter i sin leder med å belyse hva en kasesrapport kan brukes til. Den kan brukes til å gjøre fysioterapeuter oppmerksomme på en ny lidelse, påpeke bivirkninger og mulige årsaker til lidelser, formulere hypoteser om årsak-virkningsmekanismer bak en lidelse, beskrive behandlingspraksis inngående og gjøre oppmerksom på mulig prognose. Slik sett er

en kasesrapport et godt pedagogisk redskap, som kan anvendes både i grunnutdanningen og i etter- og videreutdanning. I tillegg kan kasesrapporten brukes som et redskap i kvalitetsutviklingen.

Det er med andre ord sammenhengen mellom evidensbegrepet og kasesrapporten; at forutsetningen for evidens er forskning og forutsetningen for relevant forskning er kunnskap om praksis, som gjør kasesrapporten så relevant. Vanderbroucke viser til vitenskapsteoretikeren Popper som i sin kritikk av den hypotetisk-deduktive metode peker på at ideer til forskning ikke oppstår av seg selv. De må oppstå fra noe. Fysioterapi som fag springer ut i fra praksis. Forskning i fysioterapi må derfor ta utgangspunkt i praksis, men hvis den ikke er beskrevet, kan det være vanskelig å bli kjent med ideene som oppstår der. Erfaringene og ideene som springer ut fra den daglige fysioterapipraksis er altså viktige for å kunne formulere relevante forskningsspørsmål og for erfaringsutveksling som er nødvendig for optimal kvalitet i fysioterapi.

Å skrive om praksis har en rekke konsekvenser. Det innebærer at vi må vurdere vår praksis langt mer systematisk og strukturert. Vi fjerner oss fra solskinnshistoriene og vender oss mot fakta og data, og vi risikerer og bli kritisert for vår praksis. Men hvis kritikken gis på en positiv måte, vil den kunne være til hjelp for den som blir kritisert og for kritikeren selv. Kasesrapportens forfatter får på denne måten et annet forhold til egen praksis, og til begrepet evidens, når man er nødt til å forholde seg mer konkret til det andre har publisert. Kasesrapportens krav til systematikk i beskrivelsen kan gi forfatteren

Er du skrivelysten?

Delta i vår konkurranse om å skrive den beste kaserapporten og bli med i trekningen av premier inntil 7000 kroner. De beste kaserapportene publiseres i Fysioterapeuten.

I denne fagartikkelen belyser forfatterne hva en kaserapport er og hvordan du skriver den. La deg inspirere til å delta i vår konkurranse! Frist for å sende inn ditt bidrag er 1. september 2006.

Konkurransen er støttet av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter.

et mer konkret forhold til begrepet «klinisk resonnering», det vil si at han blir mer bevisst på undersøkelses- og behandlingsprosessen, og derfor begrunnelsen for at han nettopp valgte akkurat denne behandlingen.

Forskjellige typer design

Det finnes flere eksempler på artikler hvor en eller noen få pasienter beskrives. Det er viktig å kunne skjelle mellom ulike former for publikasjoner fordi det er stor forskjell på den ene eller andre. (Se oversikt i Figur 1).

I den klassiske kliniske studien er det en forutsetning at en inkluderer tilstrekkelig mange pasienter for at studien skal ha nok styrke til å kunne gi en troverdig konklusjon. Kravet bygger på at det er stor variasjon mellom de enkelte deltakere i studien, og at hver enkelt reagerer forskjellig på behandlingen. Ideelt sett bør antallet deltakere i en studie være høyt, men det er ikke alltid gjennomførbart. Det kan være både praktiske og økonomiske grunner til dette, eller det kan være vanskelig å stille en tilstrekkelig presis diagnose som gjør at en unngår for stor variasjon. En uspesifikk diagnose vil ofte gi undergruppe av pasienter som reagerer forskjellig på samme behandling.

En mulig løsning på disse problemene er å velge en «N-of-1 trial» (et studie med kun en eller kanskje to til tre deltakere) eller et «single-subject design». Både «N-of-1 trials» og «single-subject design» undersøker effekten av behandlingen: i en periode prøves behandlingen ut, etterpå gis placebo-behandling eller det opereres med en kontrollperiode. Videre prøves behandlingen igjen og etter det placebo eller kontroll igjen. Dette kalles et ABAB design.

Hvis en kan dokumentere at det er færre

smarter eller en forbedring av for eksempel gangfunksjonen etter behandlingsperioden, mens det skjer en forverring i placebo/kontrollperioden, kan effekten dokumenteres. Forskjellen på en «N-of-1 trial» og et «single-subject design» er blant annet at i en «N-of-1 trial» er det tilfeldig (randomisert) om en begynner med en behandlings eller placebo/kontrollperiode, både pasient og behandler er blindet, det vil si at behandleren ikke vet når pasienten får behandling og når pasienten får placebo/kontroll. Denne randomisering og blinding benyttes ikke i et «single-subject design».

«N-of-1 trial» og «single-subject design» er altså metoder som kan anvendes for å dokumentere effekt (3). En kaserapport derimot kan ikke brukes som dokumentasjon av effekt. I en kaserapport kan en for eksempel beskrive en undersøkelsesmetode for

og hvor håpløse andre behandlere er.

- Beskriver en velkjent behandling eller diagnose uten å gi leseren ny innsikt.
- Beskriver hvordan forfatteren tilfeldig, og ikke ved fagligbedømmelse, fant den rette behandling eller diagnose.
- Hvor hovedanliggende er å promotere et bestemt produkt (medisin, instrument, behandling).
- En kaserapport som har et skjult mål, for eksempel den skal brukes til å overtale eller påvirke faglige beslutninger i helsevesenet eller andre organisasjoner. Både valg av kasus og den skriftlige framstillingen skal være en tilføyelse eller en nyansering av nåværende faglig kunnskap.

Innhold

I resten av artikkelen ønsker vi å belyse en rekke forslag til hvordan du kan utforme en

Figur 1. Definisjoner. En oversikt over ulike design som inkluderer en eller noen få deltakere.

Kasustikk: en kortfattet beskrivelse av et unikt tilfelle for eksempel en enkelt eller noen få pasienters sykdomshistorie med bakgrunn i litteraturen.

Kaserapport: en detaljert praksisbeskrivelse.

N-of-1 trial: en klinisk studie av en eller noen få pasienter etter et ABAB design. Både behandler og pasient er blindet, og rekkefølgen for behandling/kontroll er randomisert.

Single-subject design: en klinisk studie av en eller noen få pasienter etter ABAB design.

en bestemt type pasienter, en kan beskrive en behandlingsform eller en metode som har til hensikt å måle effekt. Kaserapporten kan også brukes til å beskrive en administrativ praksis eller en typisk prosedyre på en avdeling. En kan også beskrive et pasientforløp som ikke går helt som forventet. Vi lærer ofte mer av de feilene vi gjør enn av de tilfellene som går som forventet.

Hvordan finne et kasus?

Gode kaserapporter beskriver faglig praksis og gir leseren ny faglig innsikt. De fleste kaserapporter har pasienter og pasientbehandling i fokus. Kravet om at kaserapporten skal gi leseren ny faglig kunnskap er ikke et absolutt krav. En kaserapport kan også brukes til å illustrere et problem som ennå ikke er velkjent, men som kan få allmenn betydning for behandling og forebygging. Det er ikke alltid det er usedvanlige tilfeller som egner seg best som publisering. Usedvanlige kombinasjoner av lidelser eller symptomer gir ikke alltid nyttig og meningsfull klinisk innsikt for andre, selv om de er unike. Det er viktig å være kritisk overfor en del type kaserapporter:

- En kaserapport som hovedsakelig forteller leseren hvor god en fysioterapeut er

kaserapport. Det er ikke noen entydig og «riktig» oppskrift på hvordan en kaserapport skal skrives. Følgende forslag til innhold og overskrifter er derfor veiledende (se oversikt i Figur 2). Utformingen bestemmes hovedsakelig ut i fra hva som er formålet med kaserapporten. Uavhengig av hvilken utforming som til slutt velges, bør alle kaserapporter inneholde:

- En bakgrunn for hvorfor kaserapporten skrives.
- En beskrivelse av pasienter/personer som inngår.

Figur 2. Disposisjon. Elementer som en kaserapport bør inneholde. Innhold i de ulike delene utformes av hvilket kasus og tema som tas opp i kaserapporten.

- Tittel
- Sammendrag
- Bakgrunn og hensikt
- Kasusbeskrivelsen
 - Materiale
 - Metode
 - Behandlingsforløp
 - Resultat
- Diskusjon og perspektivering

- En beskrivelse av metoder som brukes.
- En beskrivelse av behandlingsforløpet og hva en fikk ut av det.
- En diskusjon av kasusrapporten.

Tittel

En tittel har til hensikt å vekke leserens interesse og fortelle hva rapporten handler om. Det er en kunst, og en tidkrevende prosess, å finne en kort, men likevel beskrivende tittel. En god og fortellende tittel beskriver ofte «hva ble gjort med hvem». For å skape et bilde hos leseren må tittelen formidle konkret informasjon. For eksempel er tittelen «Kontinuerlig passiv bevegelse» bred og veldig vag og vil ikke kunne besvare leserens spørsmål om «Hvilken passiv bevegelse er utført og på hvem?» Hvis overskriften følges av en undertittel «Evaluering av et nytt og billig transportabelt apparat», hjelper det litt på leserens forståelse. Likevel mangler leseren svar på hvor på kroppen og på hvem dette handler om. Forfatteren kunne for eksempel velge den litt lengre, men mer beskrivende tittelen: «Vurdering av et apparat til kontinuerlig passiv bevegelse av kneet hos pasienter med totalprotese». Denne tittelen inneholder tilstrekkelig informasjon til å besvare leserens umiddelbare spørsmål.

Sammendrag

Sammendraget beskriver emnet for rapporten og gir argumenter for hvorfor denne praksissituasjonen er av interesse. De viktigste avsnittene i rapporten omtales kort. Normalt vil følgende avsnitt inngå i sammendraget: bakgrunn, hensikt, selve kasusbeskrivelsen og diskusjon. Sammendraget må ikke overskride mer enn 150 ord og bør følges av noen få nøkkelord (se Fysioterapeutens retningslinjer for kasusrapporter).

Bakgrunn

Det er helt avgjørende at en kasusrapport inneholder en gjennomgang av relevant litteratur. Litteratursøket trenger ikke være uttømmende, men kan henvisse til tilsvarende saker og oppsummere den viktigste faglige kunnskapen på fagområdet. Hvis litteraturen på emnet er svært omfattende, bør forfatteren begrense seg og velge litteratur som er relevant for det aktuelle perspektivet som er valgt for kasusrapporten. Så langt det er mulig bør litteraturen stamme fra tidsskrifter med «peer review», det vil si at artiklene er vurdert av uavhengige forskere og funnet gode nok til å bli publisert. Forfatteren bør i dette avsnittet argumentere for sitt valg av kasusbeskrivelse og hensikten med å skrive den.

Kasusbeskrivelsen

I en kasusrapport fortelles en historie. En god historie er kort og sammenhengende og har et poeng. Det skal gis nok informasjon til at leseren kan følge med i historien og forstå situasjonen. For omfattende og for detaljert informasjon vil gjøre det hele kjedelig selv for den mest interesserte leser. Forfatteren skal gi en grundig redegjørelse for materialet, enten det omhandler en pasient, en institusjon eller et instrument. Noen kasusrapporter bygger på flere kasusbeskrivelser. Det er mulig å bruke tabeller for å oppsummere og gjøre informasjonen oversiktlig. Undersøkellesmetoder og prosedyrer skal beskrives grundig, og forfatteren skal vurdere metodenes validitet og reliabilitet med bakgrunn i litteraturen (hvis mulig!). Normalverdier for tester bør oppgis, og forfatter skal kort beskrive den kliniske resoneringen bak valg av undersøkelse og behandling. Hvis kasusrapporten inkluderer diagnosesetting, skal dette redegjøres for. I tilfeller der det inngår pasienter skal det fremgå om pasient har gitt informert samtykke til å delta.

I metodeavsnittet skal behandlingsmetodene beskrives på en slik måte at en annen fagperson skal kunne forstå og danne seg et bilde av omfanget, tidsperspektivet og bruken av dem. Eventuelle avvik fra den planlagte behandlingen skal også beskrives. Deler av innholdet kan presenteres i grafer og tabeller, eller tekstrammer, som er lette å finne. Eventuelle fotografier av pasienter skal anonymiseres, og informert samtykke skal være innhentet. Metodeavsnittet kan med fordel avsluttes med et avsnitt kalt behandlingsforløpet som beskriver behandlingsforløpet i kronologisk rekkefølge med fokus på eventuelle endringer fra den opprinnelige planen (som beskrevet i metodeavsnittet). En slik forløpsbeskrivelse er ofte det som gir leseren best inntrykk av hva som egentlig har skjedd og hvorfor det gikk som det gjorde.

Redegjørelsen i resultatavsnittet skal bygge på de opplysningene som ble gitt i metode og avsnittet om behandlingsforløpet. I tilfeller hvor emnet ikke er en pasientbeskrivelse kan andre mer passende overskrifter brukes. Hensikten med å dele opp beskrivelsen i flere avsnitt er å hjelpe leseren til å få overblikk over den viktigste informasjonen. Derfor bør det være overensstemmelse mellom overskrifter og viktige momenter i forfatterens presentasjon.

Diskusjonen

Avsnittet bør begynne med at forfatteren bruker to til fire linjer til å belyse de viktigste

punktene ved kasusrapporten. Hensikten med diskusjonen er å belyse og utdype kasusbeskrivelsen. Den bør vise til og drøfte informasjon fra litteraturen som både støtter og går imot forfatterens synspunkter, og svakheter ved forfatterens synspunkter eller konklusjoner skal påpekes. Relevant teori kan trekkes inn for å belyse og diskutere ulike aspekter av kasusbeskrivelsen. Rapportens implikasjoner og relevans diskuteres. Spørsmålene som kasusrapporten genererer blir belyst. Spørsmål som andre former for forskning kan belyse, presiseres.

Det er viktig at forfatteren uttrykker hvilken klinisk relevans leseren skal tillegge kasusrapporten, og at forfatter er tydelig på at det bør tas hensyn til den relativt svake evidensen som en slik kasusrapport kan vise til. Det vil si at forfatteren bør være nøye med sine språklige formuleringer og ikke «ta munnen full» når det gjelder å trekke konklusjoner eller komme med anbefalinger. Diskusjonen kan avsluttes med en kort konklusjon hvis det er relevant. Det er mer vanlig at en kasusrapport avsluttes med en perspektivering, det vil si hva erfaringen fra denne kasusrapporten kan bety for framtidig praksis og forskning.

Skriv en kasusrapport

Vi vil oppmuntre alle fysioterapeuter til å prøve å beskrive egen praksis i en kasusrapport. Som fag står vi med et stort ansvar for å utvikle kunnskap om behandling/forebygging av muskel og skjelettlidelser. Her er kasusrapporten et viktig bidrag fordi det neppe finnes noe bedre måte å formidle erfaringer og ideer som framtidig praksis og forskning skal inspireres av.

Litteratur

1. Rothstein J. Phys Ther 1993;73(8): 492-493.
2. Vandenbroucke JP. JRS Med 1999;92(4): 159-163.
3. Harris SR, J Surg Oncol 2000;74(2):95-8.

La deg inspirere!

Frist for å sende inn **din** kasusrapport er 1. september 2006.

Se også www.fysioterapeuten.no/FAG