

Tuva Fæste  
Lone Emilie Jordan Jevne

# Forebygging av ernæringssvikt hos pasienter som mottar hemodialyse

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Bente Thyli  
Juni 2020

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Tuva Fæste  
Lone Emilie Jordan Jevne

# **Forebygging av ernæringssvikt hos pasienter som mottar hemodialyse**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Bente Thyli  
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere i dialyseavdeling forebygge ernæringssvikt hos pasienter i hemodialyse?	Dato: 25.05.20
Forfattere:	Tuva Fæste Lone Emilie Jordan Jevne	
Veileder(e):	Bente Thyli	
Nøkkelord:	Hemodialyse, Underernæring, Sykepleier, Forebygging	
Antall sider: 40	Antall ord: 10 453	Antall vedlegg: 0
<p><b>Innledning:</b> Underernæring er et hyppig og utbredt problem blant pasienter som mottar hemodialyse, hvor opptil 60 % er underernært. Det vil være behov for økt fokus på forebygging for å kunne fremme en positiv utvikling hos denne pasientgruppen. I Norge er det omlag 10 % av befolkningen som lever med kronisk nyresykdom, hvorav ca. 1600 pasienter mottar hemodialyse. Intervensjonens hovedfokus er å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge underernæring ved å bruke kartleggingsverktøy og ulike strategier for å møte pasientens behov for sykepleie.</p> <p><b>Hensikt:</b> Finne frem til forskningsbasert kunnskap som grunnlag for tiltak i sykepleieutøvelse for å forebygge ernæringssvikt hos pasienter i hemodialyse.</p> <p><b>Metode:</b> Litteraturstudie. Strukturerde søk er gjennomført for å finne resultater relatert til problemstillingen. Det ble benyttet ulike databaser, hvor seks vitenskapelige artikler er inkludert i litteraturstudien.</p> <p><b>Resultat:</b> Med bakgrunn i de inkluderte resultatartiklene blir følgende temaer vektlagt: sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy, pasientens behov for informasjon og veiledning, brukermedvirkning og en individuell tilnærming.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Det er essensielt med et forebyggende perspektiv i sykepleie til pasienter som mottar hemodialyse. Sykepleier bør sikre regelmessig bruk av kartleggingsverktøy for tidlig identifisering av underernæring, slik at tiltak kan iverksettes. Ivaretagelse av pasientens behov for informasjon, samt en individuell tilnærming vil være viktig for å forebygge ernæringssvikt. I tillegg bør sykepleier motivere pasienten til endring ved å benytte seg av brukermedvirkning og vise fysisk og psykisk støtte etter pasientens behov.</p>		

## Abstract

Title:	How can nurses in a dialysis unit prevent malnutrition in patients undergoing hemodialysis?	Date: 25.05.20
Authors:	Tuva Fæste Lone Emilie Jordan Jevne	
Supervisor(s):	Bente Thyli	
Keywords:	Hemodialysis, Malnutrition, Nurse and Prevention	
Number of pages: 40	Number of words: 10 453	Number of appendix: 0
<p><b>Introduction:</b> Malnutrition is a frequent problem among patients receiving hemodialysis, with 60% being malnourished. Focus on prevention will be necessary in order to be able to offer a positive development for this patient group. In Norway, about 10% of the population lives with chronic kidney disease, in which approximately 1,600 patients receive hemodialysis. The intervention's main focus will be to examine how nurses can prevent malnutrition by using tools for detecting nutritional status and different strategies to meet the patient's need for nursing.</p> <p><b>Aim:</b> To identify research-based knowledge as a basis for nursing practice to prevent malnutrition in patients undergoing hemodialysis.</p> <p><b>Method:</b> Literature study. Structural searches have been carried out to find results related to the problem. Various databases were used, and six scientific articles were included in the study.</p> <p><b>Results:</b> Based on the included result articles, the following topics will be emphasized; the nurse's use of mapping tools, the patient's need for information and guidance, user participation and an individual approach.</p> <p><b>Conclusion:</b> A preventive perspective in nursing for patients undergoing hemodialysis is essential. Nurses should ensure regular use of mapping tools for early identification of malnutrition so interventions can be implemented. Addressing the patient's need for information, as well as an individual approach, will be important in preventing malnutrition. In addition, the nurse should motivate the patient to change, by using empowerment and showing physical and mental support according to the patient's needs.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	1
<b>2.0</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	2
2.1	Sykepleie i hemodialyseavdeling .....	2
2.2	Hemodialyse .....	3
2.3	Ernæring ved hemodialyse .....	4
2.4	Bacheloroppgavens hensikt .....	5
2.5	Bacheloroppgavens problemstilling .....	5
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	6
3.1	Litteraturstudie som metode .....	6
3.2	Søkestrategi .....	6
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	7
3.4	Søkehistorikk .....	8
3.5	Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode .....	9
3.6	Kritisk vurdering av artikler .....	9
3.7	Analyse av resultat .....	10
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	11
4.1	Oversikt over inkluderte artikler .....	11
4.2	Sammenfattet resultat .....	17
4.2.1	<i>Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy</i> .....	17
4.2.2	<i>Pasientens utfordringer og behov tilknyttet overholdelse av kostholdrestriksjoner</i> .....	18
4.2.3	<i>Sykepleie for å fremme en aktiv pasientdeltakelse</i> .....	18
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	20
5.1	Bruk av kartleggingsverktøy i sykepleie til pasienter med ernæringsmessig risiko ved hemodialyse .....	20
5.2	Hvordan kan pasientsentrert sykepleie anvendes ved kostholdrestriksjoner i dialyseavdeling? .....	22
5.2.1	<i>Undervisning og veiledning</i> .....	22
5.2.2	<i>Individualisert sykepleie</i> .....	25
5.2.3	<i>Sykepleietiltak tilknyttet undervisning, veiledning og individualisert sykepleie</i> .....	26
5.3	Hvordan kan sykepleier bidra til en mer aktiv pasientrolle? .....	27
5.3.1	<i>Strategier for å fremme pasientdeltakelse</i> .....	27
5.3.2	<i>Brukermedvirkning</i> .....	28
5.3.3	<i>Sykepleietiltak tilknyttet aktiv pasientdeltakelse og brukermidvirkning</i> .....	29
5.4	Kritisk vurdering .....	30
5.4.1	<i>Forskningsetiske overveielser</i> .....	30
5.4.2	<i>Kritisk vurdering av litteratur og litteraturstudiens metode</i> .....	30
5.4.3	<i>Innovasjon tilknyttet forebygging av ernæringssvikt ved hemodialyse</i> .....	31
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	33
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	34

## 1.0 Innledning

Om lag 10 % av Norges befolkning har kronisk nyresykdom. Sykdommen deles inn i ulike stadier som definerer alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2011). Stadium 4 og 5 har høyest alvorlighetsgrad. I disse stadiene er det omlag 1600 pasienter som mottar hemodialysebehandling på dialyseavdeling (Åsberg *et al*, 2018)

Underernæring er et hyppig og utbredt problem blant pasienter som mottar hemodialyse. Opp mot 60% av pasientene er underernært. Ernæringssvikt forekommer som en konsekvens av nyreerstattende behandling i form av blant annet nedsatt matlyst. Flere studier belyser at underernæring leder til økt sykkelighet og dødelighet for dialysepasienter. Lamichhane *et al* (2018) og Beer, Mountford og Boudville (2018) viser til pasientgruppens risiko for ernæringssvikt og peker på at et større fokus på forebygging kan gi en positiv utvikling. I dialyseavdeling har sykepleiere tett kontakt med pasientene. Dette gjør sykepleier i stand til å registrere tidlig nedgang i vekt (Queiroz *et al*, 2014). Kunnskap blant sykepleiere om hvilke kartleggingsverktøy og andre strategier som kan tas i bruk i møte med denne pasientgruppen er en nødvendig del i forebyggingen av ernæringssvikt. Denne litteraturstudien undersøker hvordan sykepleiere kan forebygge ernæringssvikt hos pasienter som mottar hemodialyse.



## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Sykepleie i hemodialyseavdeling

Sykepleie er et praktisk yrke som har et bredt funksjons- og ansvarsområde. To av disse funksjonsområdene er helsefremming/forebygging og undervisning/veiledning. Forebygging tar utgangspunkt i å identifisere potensielle og reelle problemer (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Ikizler (2013) belyser at pasienter med kronisk nyresykdom som mottar hemodialyse er å regne som en sårbar gruppe for utvikling av underernæring. Forebygging av ernæringssvikt er en viktig arbeidsoppgave for sykepleiere både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). I dialyseavdeling er det sykepleier som står nærmest pasienten i den daglige behandlingen (Bennet *et al*, 2012). Med bakgrunn i dette har sykepleiere en viktig funksjon i å identifisere pasientens individuelle ernæringsbehov og iverksette nødvendige tiltak.

Ved hemodialyse anbefales pasientene å ikke innta mat som inneholder enkelte næringsstoffer, da pasienter med kronisk nyresykdom har redusert kapasitet til å skille ut avfallsstoffer (Baraz *et al*, 2009). Videre belyser Baraz *et al* (2009) at en del pasienter opplever det som utfordrende å overholde disse anbefalingene. Et viktig ansvarsområde for sykepleier er å gi pasienten informasjon og veiledning i forhold til bivirkninger og komplikasjoner i henhold til ernæringsproblematikk (Sortland, 2015). Düzalan og Pakyüz (2018) undersøkte effekten av undervisning gitt av sykepleier og hvordan dette påvirket kunnskapsnivået om ernæring hos hemodialysepasienter. Düzalan og Pakyüz (2018) konkluderer med at undervisning gitt av sykepleier hadde positiv effekt på kunnskapsnivået til pasientene. Økt forståelse av ernæring og væskeinntak ved hemodialyse, resulterte i at pasientene i større grad overholdt væske- og kostrestriksjonene. ten Cate *et al* (2019) belyser at sykepleiers veiledende og undervisende funksjon handler om å bidra til læring, utvikling, mestring, skape kunnskap og gi en forståelse av egen sykdom. For sykepleiere vil det være nødvendig å tilegne seg kunnskap om hvordan de best mulig kan møte pasientens behov. Ved å søke etter denne kunnskapen kan sykepleier samhandle med pasient og inkludere pasienten i valg som angår ivaretagelse av egen helse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

Hovedfokus i sykepleie er å forebygge og/eller identifisere helseproblemer og understøtte en så god og normal utvikling som mulig (Alvsvåg, 2018). Sykepleierens hovedoppgaver i slike situasjoner vil være å vurdere pasientens helsemessige status. God sykepleie karakteriseres blant annet ved sykepleierens evne til å foreta systematiske vurderinger av pasientens grunnleggende behov. Queiroz *et al* (2014) belyser viktigheten av at sykepleier forstår pasientens opplevelse av å være syk og leve med en kronisk sykdom. For å oppnå dette er man avhengig av god kommunikasjon og å opparbeide en god relasjon mellom pasient og sykepleier. En slik relasjon kan legge grunnlaget for et godt terapeutisk miljø. Imogene Martina King (King, 2007), en anerkjent sykepleieteoretiker, belyser viktigheten av involvering av pasienter i samspill med sykepleier. Kings teori fokuserer på prosessen med å veilede sykepleiere i sykepleier-pasientforholdet, samt ha fokus på samhandling for å oppfylle målene for god helse. Teorien forklarer at sykepleier og pasient har et like stort ansvar for å formidle informasjon, sette felles mål og deretter gjennomføre tiltak for å oppnå disse målene. Teori om måloppnåelse sier at sykepleie er en prosess med handling, reaksjon og interaksjon der sykepleier og pasient deler informasjon om deres oppfatning i en sykepleiesituasjon (King, 2007). Dette kan ses i sammenheng med forskningen til Andersen-Hollekim *et al* (2020), som belyser viktigheten av brukermedvirkning i hemodialysebehandling. Dialog og anerkjennelse av pasientens opplevelser og livsstil kan styrke samhandlingen mellom pasient og sykepleier.

## **2.2 Hemodialyse**

Nyreerstattende behandling er et begrep som omfatter dialysebehandling og nyretransplantasjon (Gøransson og Larsen, 2017). Oppgavens fokus er dialyse i form av hemodialyse, hvor nyretransplantasjon og peritonealdialyse ikke blir inkludert. Videre vil fokusområdet være hemodialyse inne på sykehus, da hovedtyngden pasienter som mottar hemodialyse befinner seg på dialyseavdelinger.

Utskillelse av avfallsstoffer skjer kontinuerlig i kroppens fysiologiske prosesser (National Kidney Foundation, 2006-2007). For pasienter med kronisk nyresykdom i endestadium vil det oppstå en opphopning av avfallsstoffer dersom pasienten ikke mottar hemodialyse.

Hemodialyse er en av de viktigste og mest effektive behandlingsmåtene for pasienter med kronisk nyresykdom i endestadium (Baraz *et al*, 2009). Derfor vil dialyse for mange pasienter

være livsforlengende behandling. Pasienten starter opp med dialysebehandling når nyrefunksjonen forverres. Nyrefunksjonen beregnes ut fra glomerulær filtrasjonsrate (GFR) (Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte, u.å.). Normalt starter man med dialyse i god tid før nyrene har helt utslukket nyrefunksjon. Ved hemodialysebehandling ledes blodet fra pasientens blodbane gjennom et kateter til et filter i maskinen som skal etterligne nyrenes funksjon (National Kidney Foundation, 2006-2007). Filteret består av en semipermeabel membran i et kunstig kapillærnett som blodet går gjennom. Denne membranen slipper igjennom små eller mellomstore molekyler som vann, elektrolytter, urinstoff og kreatinin. Store molekyler som proteiner og blodceller slipper ikke igjennom (National Kidney Foundation, 2006-2007). Hemodialysebehandling utføres vanligvis tre ganger per uke, hvor hver behandling har en varighet på ca. fire timer (Gøransson og Larsen, 2017). Galland *et al* (2001) belyser at den optimale hemodialyse-frekvensen burde være fem til seks ganger per uke. Hyppigere hemodialyse kan være med på å forbedre ernæringsstatus, da kvalme og appetittløshet ofte oppstår ved økt nivå av avfallsstoffer i kroppen. Daglig hemodialyse vil være et mer logisk og effektivt tiltak enn andre ernæringsstiltak som for eksempel enteral ernæring, da hemodialyse erstatter nyrenes funksjonsevne.

### ***2.3 Ernæring ved hemodialyse***

Nasjonalt råd for ernæring (2017, s. 8) hevder i sin rapport at underernæring er en stor utfordring i helse- og omsorgssektoren. Den epidemiologiske og demografiske utviklingen er et resultat av den medisinske, sosiale og økonomiske utviklingen de siste tiårene. Disse økningene tilsier at flere pasienter vil være i risiko for sykdomsrelatert underernæring. Guttormsen *et al* (2010) definerer underernæring som “en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning, funksjon og kliniske utfall” (Guttormsen *et al*, 2010, s. 39). Sykdomsrelatert underernæring inndeles i undergrupper avhengig av inflammasjon. Den vanligste inndelingen er; ingen, kronisk eller akutt inflammasjon (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Utgangspunktet for oppgaven vil være den kroniske undergruppen, herunder kronisk nyresykdom i stadium 4 og 5.

Underernæring kan være et helseproblem hos hemodialysepasienter som tiltar med dialysebehandlingens varighet (Sortland, 2015). Pasienter med kronisk nyresykdom har høy

forekomst av underernæring i form av mangelfullt proteininntak via kosthold og/eller mangel på energi (Ikizler, 2013). De viktigste årsakene til underernæring er forandringer i energistoffskiftet og kaloriinnhold, hormonelle forstyrrelser, dårlig matinntak, anoreksi, kvalme og oppkast (Piratelli og Junior, 2012). Videre hevdes det at årsakene til underernæring er relatert til en kronisk betennelsestilstand og uremisk toksisitet, samt forekomst av tilleggsmisfeksjoner og betennelser. Underernæring anses derfor for å være en negativ markør for prognosen. Forekomsten av underernæring blant hemodialysepasienter varierer fra 10-70 %. Underernæring hos denne pasientgruppen ses ofte ved reduksjon av underhudsfett og tap av muskelmasse (Piratelli og Junior, 2012).

De kliniske utfordringene knyttet til ernæring hos pasienter som mottar hemodialyse er at mat- og væskeanbefalingene som blir gitt, ikke opprettholdes. Utilstrekkelig mat- og væskeinntak eller overdrevent væskeinntak kan føre til uheldige effekter som kompliserer tilstanden deres (Baraz *et al*, 2009).

Dødeligheten hos pasienter med kronisk nyresykdom er høy sammenlignet med befolkningen generelt av flere årsaker (Ghorbani *et al*, 2020). Viktige risikofaktorer for hemodialysepasienter er blant annet hjerte- og karsykdommer og underernæring. Mangelfullt inntak av næringsstoffer, anorexi, næringstap under hemodialyse og forhøyet nedbrytning av protein kan bidra til ernæringsunderskudd. Msaad *et al* (2019) belyser viktigheten av at en tidlig og gjentakende evaluering av ernæringsstatus hos kronisk nyresyke kan være essensielt i oppfølgingen av dialysepasienter. Enkle tiltak i behandlingen av disse pasientene, som for eksempel optimalisering av dialysedosen, vil kunne forbedre ernæringsparameterne ved å redusere kronisk betennelse og dermed redusere risikoen for dødelighet.

## ***2.4 Bacheloroppgavens hensikt***

Bacheloroppgavens hensikt er å finne frem til forskningsbasert kunnskap som grunnlag for tiltak i sykepleieutøvelse for å forebygge ernæringsvikt hos pasienter i hemodialyse.

## ***2.5 Bacheloroppgavens problemstilling***

Hvordan kan sykepleiere i dialyseavdeling forebygge ernæringsvikt hos pasienter i hemodialyse?

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven i sykepleie ved NTNU Gjøvik er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en omfattende studie hvor tolkning av litteratur kobles opp mot et selvvalgt tema. Ved en litteraturstudie skal man finne en problemstilling som skal besvares ved å søke etter og analysere relevant litteratur (Aveyard, 2019). Resultatene av søkene skal deretter systematisk analyseres. Gjennom søk og analyse kan informasjon fra kildene settes opp mot hverandre og til slutt legges frem i litteraturstudien. Oppgaven skal følge Aveyard (2019, s. 3-4) sin struktur for en litteraturstudie som presenteres ved fire punkter. Først formuleres en problemstilling som deretter blir presentert i introduksjonen av oppgaven. Videre blir søkestrategi, metode for analyse og vurdering av søkene presentert i metoddelen. Resultatene av søkene legges fram. Avslutningsvis vil litteraturstudien inneholde en drøftingsdel hvor resultatene drøftes og det legges frem forslag til tiltak som kan utføres i praksis, samt en kritisk vurdering av de inkluderte studiene og annen litteratur som er benyttet (Aveyard, 2019).

### 3.2 Søkestrategi

Det er gjennomført et innledende strukturelt artikkelsøk i databasene Embase, PubMed og CINAHL for å få en oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur relatert til pasientens behov for sykepleie innen ernæring. Hovedsøkeordene som er anvendt for finne frem til forskning og som kan gi svar på aktuell problemstilling er; *“Nutrition”*, *“Malnutrition”*, *“Hemodialysis”*, *“Nurse”*, *“Dialysis”* og *“Patient”*. Studiens resultatartikler ble innhentet på bakgrunn av valgte søkeord, og er kombinert ved å bruke operatoren AND. I tillegg til hovedsøkeordene er det brukt andre søkeord for å begrense søket, blant annet; *“Fluid restriction”*, *“Screening”*, *“Education”* og *“Self care”*. For å inkludere pasientperspektivet, ble søkeordet *“patient perception”* anvendt. Fullstendig søkedokumentasjon og oversikt over studiens inkluderte artikler blir nærmere presentert under punkt 3.4.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å kunne gjennomføre strukturerte søk ble det satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Aveyard (2019, s. 75) beskriver inklusjons- og eksklusjonskriterier som en hjelp til å avgrense og systematisere søket. De valgte kriteriene ble bestemt ut fra valgt problemstilling. Kriteriene vil være til nytte i søket etter forskningsartikler ved å si noe om hva som er relevant for litteraturstudien. For å strukturere søket ble følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier brukt:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Engelsk eller nordisk språk</li><li>• Fagfellevurderte vitenskapelige forskningsartikler</li><li>• Voksne deltakere over 18 år</li><li>• Artikler som omhandler sykepleie ved hemodialyse, ernæring og kronisk nyresvikt, nyresvikt og underernæring og forebyggende arbeid</li><li>• Kvantitative og kvalitative studier</li><li>• Tidsskriftet til forskningsartikkelen skal vise til et vitenskapelig nivå, helst nivå 2 i NSD.</li><li>• Pasientperspektivet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fagartikler</li><li>• Ikke eldre enn 2010</li><li>• Vitenskapelige artikler som ikke kan sammenlignes med norsk helsevesen.</li><li>• Artikler som omhandler nyretransplantasjon og peritonealdialyse</li></ul>

### 3.4 Søkehistorikk

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Inkludert artikkel
Embase	1. Nurse 2. Nutrition 3. Hemodialysis 4. Self care	#1 AND #2 AND #3 AND #4	10	Perspectives of healthcare providers on the nutritional management of patient on haemodialysis in Australia: An interview study
Embase	1. Malnutrition 2. Hemodialysis 3. Nutrition 4. Screening	#1 AND #2 AND #3 AND #4	28	The screening score of Mini nutritional assessment (MNA) is a useful routine screening tool for malnutrition risk in patient son maintenance dialysis
CINAHL Complete	1. Patient 2. Diet 3. Renal Disease 4. Dialysis 5. Kidney failure	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5  Avgrensning: år 2010-2020	37	An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease
CINAHL Complete	1. Hemodialysis 2. Education 3. Fluid restriction	#1 AND #2 AND #3	11	Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study
Pubmed	1. Hemodialysis 2. Patient participatin 3. Nurses	#1 AND #2 AND #3  Avgrensning: år 2010-2020	32	Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment
Pubmed	1 Hemodialysis 2 Nurse 3 Nutrition 4 Screening	#1 AND #2 AND #3 AND #4	15	Nutrition screening by nurses in dialysis

### ***3.5 Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode***

Artiklene som er inkludert i denne oppgaven består av både kvantitative og kvalitative studier. Det anses derfor som fordelaktig å belyse hvordan disse studiene gjennomføres. Ved bruk av begge metodene kan man gi oppgaven en bredde hvor kvalitativ dybde og innsikt underbygges av funn fra kvantitative studier.

Aveyard (2019, s. 49) belyser at kvantitativ tilnærming er en forskningsmetode som bruker eksperimentelle metoder eller inkluderer tall i innsamlingen av data. I slike studier er det vanligvis mange deltakere og funnene kan anvendes i andre kontekster. Resultatene i slike studier er faktabasert og blir ofte presentert i tabellform. Ved kvantitative studier blir data samlet inn ved bruk av spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment.

Studier med kvalitativ tilnærming har som formål å undersøke meninger og fenomener i deres naturlige omgivelser. Forskere forsøker å forstå helheten i en opplevelse og det handler ofte om å finne meningssammenhenger. I motsetning til kvantitative studier blir ikke resultatene fremstilt ved bruk av tall. Denne metoden kjennetegnes med dybdekunnskap, der resultatene hovedsakelig blir fremstilt gjennom dybdeintervju (Aveyard, 2019, s. 60-61).

### ***3.6 Kritisk vurdering av artikler***

Ved kritisk vurdering av artikler, ble det først undersøkt om artikkelen var relevant for temaet. Dette ble gjort ved å lese gjennom artikkelens sammendrag og overskrifter. Det var også viktig å vurdere om årstallet og om landet studien ble gjennomført i kunne relateres til valgt problemstilling og det norske helsevesenet. Thidemann (2019) belyser at artiklene skal inneholde en introduksjon til tema, beskrive hvilken metode de har brukt, eksempelvis hvor mange individer som er inkludert i studiet og hvilken forskningsmetode som er brukt. Deretter skal artikkelen beskrive funn i et resultatkapittel og ha en diskusjonsdel. Denne oppbygningen er en mal for elementer som skal inngå i en vitenskapelig artikkel og forkortes IMRaD (Aveyard, 2019).



For videre å kunne vurdere om artiklene er vitenskapelige ble det undersøkt om artiklene er fagfelleverdert. Dette ble gjort ved å kontrollere hvilket tidsskrift artikkelen er publisert i. Norsk senter for forskningsdata (Norsk senter for forskningsdata (NSD), 2019) ble benyttet i vurderingen om tidsskriftet var kvalitetssikkert. NSD er en database for publiseringskanaler hvor tidsskrift blir vurdert til nivå 1 eller 2. Dette gir en indikasjon på om tidsskriftet er vitenskapelig og fagfelleverdert. Nivå 2 viser til de kanalene med høyest internasjonal prestisje (NSD, 2019). Fire av de inkluderte resultatartiklene er kategorisert til nivå 2 av NSD (2019). Avslutningsvis ble sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler fra helsebiblioteket (2016) anvendt.

### ***3.7 Analyse av resultat***

Analyse gjennomføres ved at hovedfunn identifiseres i hver resultatartikkel. Når alle funn er identifisert, sammenfattes identiske funn fra resultatartiklene til en oppsummering av hvordan sykepleiere kan forebygge ernæringsvikt til pasienter som mottar hemodialysebehandling (Aveyard, 2019). Temaene er foreløpige i første omgang, og det kan være nødvendig med fortløpende vurderinger. Videre granskes temaene for likheter og ulikheter i materialet og felles tema blir analysert. I denne delen vurderes studiens kvalitet. Etter granskning, vurdering og eventuelle endringer fremstår de endelige temaene. Det enkelte tema gis tittel som dekker meningsinnholdet. Et godt hjelpemiddel i analysen av kilder er å utarbeide en litteratormatrise hvor artiklene sammenstilles. Viktig informasjon fra hver av de inkluderte artiklene noteres (Thidemann, 2019).

## 4.0 Resultat

For å gi en oversikt over artikler inkludert i denne litteraturstudien, sammenfattes artiklernes hovedkomponenter i en skjematisk fremstilling. Litteraturmatrisens utforming er inspirert av Aveyard (2019, s. 136) og Thidemann (2019, s. 95) sine eksempler. Sammenfattet resultat som er relevant for litteraturstudiets problemstilling presenteres avslutningsvis.

### 4.1 Oversikt over inkluderte artikler

Referanse artikkel 1	Aasen, E. M., Kvangarsnes, M. og Heggen, K. (2012) Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment, <i>Nursing ethics</i> , 19(3), s. 419-430. doi: 10.1177/0969733011429015
Hensikt	Utforske hvordan sykepleiere oppfatter pasientdeltakelse for pasienter over 75 år som mottar hemodialyse i dialyseenheter og deres pårørende.
Metode	<b>Design:</b> Studien tar i bruk en utforskende kvalitativ tilnærming ved hjelp av sykepleierhistorier og diskursanalyse skissert av Fairclough. <b>Utvalg:</b> Studien ble gjennomført i Norge. Den inkluderte 188 pasienter hvor 10 sykepleiere fordelt på fem ulike sykehus fortalte historier om hva som skjedde på dialyseenhetene. <b>Datainnsamlingsmetode:</b> Kritisk diskursanalyse ble brukt for å beskrive, tolke og forklare dataene. Analysen ble gjennomført i en tretrinnsprosess: beskrivelse av prosessen, tolkning av diskursiv praksis og beskrivelse av samtalen som sosial praksis.
Resultat	Datainnsamlingen resulterte i tre hovedfunn fra perspektivet om deltakelse: sykepleiers makt og kontroll, fordele makt med pasienten, og overføring av makt til pårørende.
Konklusjon	Sykepleierne i studien viser at støtte inn mot pasient i forhold til oppmuntring til deltakelse, dialog og beslutningstaking er sentralt. Dette kan bidra til økt deltakelse fra pasientens side. På denne måten vil også den eldre pasienten være mer deltakende i egen behandling.
Etiske overveielser	Studien ble gjennomført i samsvar med reglene satt av "The Helsinki Declaration of 2002". Tillatelse til gjennomføringen av studien ble innvilget av "the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics of Mid-Norway" og av de deltakende sykehusene. Sykepleierne ga skriftlig samtykke til deltakelse og aksepterte at intervjuene ble innspilt.
Relevans	Studien beskriver verken underernæring til pasienter som mottar hemodialyse eller sykepleiers undervisende og veiledende rolle. Den omhandler hvordan sykepleier i størst mulig grad kan oppmuntre pasientene til deltakelse i egen sykdom og behandling. Derfor ses studien som relevant for litteraturstudien da sykepleier er avhengig av pasientens aktive deltakelse i forebygging av ernæringssvikt.

Referanse artikkel 2	Bennet, P. N., Miller, M. D., Woodman, R. J., Hill, K., Murray, S. og Gleadle, J. M. (2012) Nutrition screening by nurses in dialysis, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22(5-6), s. 723-732. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04286.x
Hensikt	Undersøke om screeningverktøy for ernæring i dialyse gjennomført av sykepleiere øker behovet for henvisning til ernæringsstøtte, forbedrer ernæringsfølsomme biokjemiske indikasjoner, reduserer dødelighet og øker livskvalitet hos pasientene.
Metode	<b>Design:</b> Kvantitativ metode, RCT. <b>Utvalg:</b> Studien er gjennomført i Australia. Totalt var det 81 deltakere hvorav 41 var i kontrollgruppen. Deltakerne som ble rekruttert mottok hemodialyse ved fire satelittenheter i Australia. Deltakerne som ble inkludert var over 18 år, hadde nyresykdom stadium 5 og måtte ha vært i hemodialyse i mer enn tre måneder. <b>Datainnsamlingsmetode:</b> I intervensjonsgruppen gjennomførte sykepleiere ernæringsundersøkelse ved bruk av "Geriatric Nutritional Risk Index" månedlig over en seks måneders-periode. Gjennom screeningverktøyet blir fire temaer identifisert; Forandringer i vekt (%), serum-fosfat, serum-kalium og appetitt. Datainnsamlingene om appetitt ble gjennomført ved direkte spørsmål til pasienten, mens de tre andre indikatorene ble samlet inn via dialyseregister og rutinemessige blodprøver. Data ble samlet inn ved seks og ni måneder.
Resultat	Det var tre ganger så mange henvisninger til ernæringsfysiolog i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Serum-fosfat økte betydelig mer hos de henviste pasientene enn ikke-henviste pasienter. Det var ingen store kliniske forandringer mellom gruppene i livskvalitet, blodtrykk, dødelighet eller andre biokjemiske indikasjoner etter seks eller ni måneder.
Konklusjon	Månedlig systematisk screening utført av sykepleiere kan øke henvisningene til ernæringsfysiolog og på den måten øke den ernæringsmessige oppfølgingen til pasienter ved satelittenheter. Denne studien har vist at en intervensjon ledet av sykepleiere kan hjelpe til med å identifisere pasienter som er i risiko for utvikling av underernæring.
Etiske overveielser	Godkjennelse fra de fire separate etikkomiteene som var ansvarlige for hvert sitt hemodialysesenter ble mottatt. Pasientrekruttering ble gjennomført etter gitt deltakerinformasjon og samtykke.
Relevans	Studien er gjennomført ved satelittenheter, men likevel relevant for litteraturstudien fordi det kan overføres til dialyseavdeling på sykehus. Ernæringsmessig screening kan legge til rette for hensiktsmessige henvisninger til ernæringsfysiolog. Dette kan styrke oppfølgingen av ernæringsstatus hos pasienter som mottar hemodialyse.

Referanse artikkel 3	Stevenson, J., Tong, A., Campell, K. L., Craig, J. C. og Lee, V. W. (2018) Perspectives of healthcare providers on the nutritional management of patients on haemodialysis in Australia: an interview study, <i>BMJ Open</i> , 8(3), s. 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020023
Hensikt	Beskrive helsepersonells perspektiver inn mot ernæringsmessig håndtering av pasienter som mottar hemodialyse, som kan gi strategier for en mer pasientsentrert tilnærming.
Metode	<b>Design:</b> Kvalitativ forskningsmetode. <b>Utvalg:</b> Studien foregikk ved 21 hemodialyseenheter i Australia. 12 sykepleiere, 15 ernæringsfysiologer, 15 nyrespesialister og lærlinger innen nefrologi ble intervjuet i kartleggingen av demografiske forskjeller og kliniske erfaringer. <b>Datainnsamlingsmetode:</b> Data ble samlet inn via individuelle intervjuer. Gjennom en intervjuguide ble det inkludert spørsmål om klinisk beslutningstaking og tilnærminger ved håndtering av ernæring. Det ble gjennomført personlige semistrukturerte intervjuer ved sykehus, konferanser, arenaer eller via telefon fra april 2016 til november 2016. Alle intervjuene ble spilt inn digitalt og transkribert ordrett.
Resultat	Studien identifiserer seks temaer som kan forbedre pasientsentrert oppfølging av ernæringsstatus: reaksjon på endret klinisk tilstand, integrering av pasientforhold, avgrensning av spesialitetsroller ved samarbeid, brukermedvirkning for å oppnå atferdsendring, initiering og opprettholdelse av motivasjon og organisasjons- og bemanningsbarrierer.
Konklusjon	Organisatorisk støtte sammen med et tverrfaglig team og et individualisert pasientprogram ble sett på som nødvendig for oppnåelse av et godt samarbeid mellom pasient og helsepersonell. Formidling av ernæringsmessige råd og ivaretagelse av pasientens motivasjon ble sett på som avgjørende for å muliggjøre en endring i kostholdsadferd.
Etiske overveielser	Etisk godkjenning ble gitt av «The University of Sydney Ethics Committee». Deltakelse i studien var frivillig. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra hver deltaker.
Relevans	Artikkelen omhandler ikke sykepleierrollen spesifikt. Den viser til det tverrfaglige teamet rundt pasientene som mottar hemodialyse og som er i risikogruppen for ernæringssvikt, samt strategier for å imøtekomme en mer pasientsentrert tilnærming. I forebyggende arbeid vil denne tverrfaglige pasientsenterte omsorgen være sentral, og artikkelen blir derfor vurdert som relevant for vår oppgave.

Referanse artikkel 4	Holvoet, E., Wyngaert, K. V., Craenenbroeck, A. H. V., Biesen, W. V. og Eloit, S. (2020) The screening score of Mini nutritional assessment (MNA) is a useful routine screening tool for malnutrition risk in patients on maintenance dialysis, <i>PLOS ONE</i> , 15(3), s. 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0229722
Hensikt	Undersøke om Mini Nutritional Assessment er et optimalt kartleggingsverktøy for å identifisere ernæringsproblematikk hos dialysepasienter.
Metode	<p><b>Design:</b> Kvantitativ studie som følger hemodialyse- og peritonealpasienter ved langvarig oppfølging over 2 år, sett i sammenheng med dødelighet.</p> <p><b>Utvalg:</b> Studien er gjennomført ved to sykehus i Belgia, samt tre satelittenheter ut fra hovedsykehusene. Studien hadde 216 deltakere, alle voksne over 18 år. De aktuelle deltakerne ble inkludert i ulike livsstadier fra november 2015 til januar 2019.</p> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Data ble innhentet ved bruk av <i>The Mini Nutritional Assessment (MNA)</i>, <i>Davies stoke score</i> og <i>Biomarkører</i>. MNA består av 18 emner og evaluerer 4 forskjellige aspekter; antropometri-vurdering, generell vurdering, kort kostholdsvurdering og subjektiv vurdering. MNA ble benyttet i både kortversjon (6 emner) og langversjon (18 emner). Davies stoke score ble benyttet for å vurdere komorbiditeten til deltakerne. Data om biomarkører ble hentet inn via elektroniske medisinske journaler.</p>
Resultat	Resultatene indikerer at MNA har høy sammenheng med dødelighet hos pasienter som mottar hemodialyse. MNA kan bli sett på som et optimalt vurderingsverktøy av ernæringsproblematikk hos denne pasientgruppen. Studien indikerte en dødelighet på 27,3 %. 59,3% var i risiko for utvikling av underernæring, mens 10,6 % var betydelig underernært.
Konklusjon	MNA kortversjon (MNA-SF) er assosiert med 2 års dødelighet hos dialysepasienter. Den har en høy negativ fremtidig verdi for å kunne ekskludere om en er i risiko eller har utviklet underernæring. Ved å benytte overlevelsesanalysen indikerer denne studien at MNA-SF er et optimalt vurderingsverktøy for å identifisere ernæringsproblematikk hos dialysepasienter. I tillegg gjør verktøyets gjennomførbarhet det enkelt å inkludere vurderingsverktøyet i rutinemessig pleie.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av den etiske komiteen ved Ghent Universitetssykehus og den etiske komiteen ved Antwerp Universitetssykehus. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra hver deltaker.
Relevans	For sykepleiere vil kunnskap om forskjellige kartleggingsverktøy være essensielt for å kunne forebygge ernæringssvikt. Studien blir vurdert som relevant for litteraturstudiens problemstilling, da den beskriver effekten av et screeningverktøy som er enkelt å gjennomføre i sykepleiers daglige arbeid i møte med hemodialysepasienter i sykehus.

Referanse artikkel 5	Walsh, E. og Lehane, E. (2011) An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(3-4), s. 331-340. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03348.x
Hensikt	Kartlegge overholdelse av ernæringsmessige restriksjoner hos irske pasienter med nyresykdom i endestadiet som mottar hemodialyse. Videre undersøkes sammenhengen mellom overholdelse av natriumrestriksjoner gjennom kosthold og helseforståelse ved oppfølging av disse restriksjonene.
Metode	<b>Design:</b> Kvantitativ metode. Studiets struktur følger et beskrivende korrelasjonsdesign, hvor Health Belief-modellen ble brukt som teoretisk ramme. <b>Utvalg:</b> Studien inkluderte 79 pasienter som hadde nyresykdom i endestadium (ESRD) som mottok hemodialyse ved dialyseenhetene på et akuttssykehus i Irland. Deltakerne i studien var voksne over 18 år diagnostisert med ESRD, som hadde mottatt hemodialyse ved en irsk enhet i minst tre måneder. <b>Datainnsamlingsmetode:</b> For innsamling av data ble det benyttet selvadministrert spørreundersøkelse bestående av tre deler; demografisk spørreskjema, spørreskjema som målte overholdelse av kostholdrestriksjoner og spørreskjema om pasientens tro på overholdelse av kostholdsplan. Innsamlet data ble analysert ved bruk av <i>“The Statistical Package for Social Sciences”</i> .
Resultat	Overholdelse av kostholdrestriksjoner var et problem blant deltakerne i studien. En andel av deltakerne hadde utfordringer med å følge disse restriksjonene. Økt overholdelsesnivå ble sett når deltakerne opplevde at fordelene var større enn ulempene.
Konklusjon	Overholdelse av kosthold- og væskerestriksjoner viste seg å være en utfordring for pasienter med ESRD. Studien viste at det å øke pasientens oppfatning av fordeler og redusere ulempene ved å følge væske- og kostholdrestriksjonene, økte sannsynligheten for at pasientens adferd endret seg.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av Den kliniske forskningsetiske komité og fikk tillatelse fra aktuelt studiested. Deretter ble potensielle deltakere identifisert. Brosjyrer om pasientinformasjon ble distribuert. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra hver deltaker og deretter ble spørreskjemaet distribuert og fullført.
Relevans	Sykepleier i dialyseavdeling er i en ideell posisjon i oppfølgingen av kosthold til pasientene. Veiledning og undervisning i møte med denne pasientgruppen kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av fordeler og redusere opplevde ulemper. Studien viser til en terapeutisk tilnærming som kan dra paralleller til Kings teori som vektlegges i litteraturstudien.

Referanse artikkel 6	Hong, L. I., Wang, W., Chan, E. Y., Mohamed, F. og Chen, H. C. (2017) Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26(21-22), s. 3664-3676. doi: 10.1111/jocn.13739
Hensikt	Studien har som hensikt å utforske og forstå perspektivene til pasienter som mottar hemodialyse i møte med anbefalte kosthold- og væskerestriksjoner.
Metode	<b>Design:</b> Studien følger et hermeneutisk og fenomenologisk forskningsperspektiv med en utforskende kvalitativ tilnærming. <b>Utvalg:</b> Et utvalg på 14 deltakere som mottok hemodialyse ble inkludert fra en nyreavdeling ved et sykehus i Singapore. Inkluderte deltakere er pasienter over 21 år som har gjennomgått minst en hemodialysebehandling. <b>Datainnsamlingsmetode:</b> Innsamling av data ble gjennomført ved semistrukturerte intervjuer. Det ble benyttet et fenomenologisk perspektiv under intervjuene med fokus på deltakernes synspunkter angående væske- og kostholdrestriksjoner. Intervjuene ble spilt inn og nøyaktig transkribert for videre dataanalyse. Til analysen ble det brukt beskrivende statistikk og en hermeneutisk tilnærming for å presentere både sosiodemografiske og kliniske data fra hemodialysepasientene.
Resultat	Datainnsamlingen resulterte i fire hovedfunn angående pasientens perspektiver ovenfor kosthold- og væskerestriksjoner: pessimisme, underliggende utfordringer, kvalitet på støtten og selvdisiplin.
Konklusjon	De pålagte restriksjonene har blitt oppfattet til å forårsake mye lidelse hos pasienter med nyresykdom. Derfor er det viktig at sykepleier formidler kunnskap om fordelene ved å følge anbefalte væske- og kostholdrestriksjoner. Ved en bedre forståelse av perspektivene til hemodialysepasienter rundt dette temaet, kan man gi økt støtte og motivasjon for å bedre helsetilstanden.
Etiske overveielser	Tillatelse til å gjennomføre studien ble innhentet fra National Healthcare Group Domain Specific Research Board, samt det tilknyttede sykehuset. Før studien begynte ble deltakerne pålagt å signere et samtykkeskjema som sikret deltakerne at deres personvern, fortrolighet og anonymitet ble ivaretatt.
Relevans	Studien er gjennomført i Singapore og det kan tenkes at resultatet er forskjellig fra hva det ville vært i Norge. Med bakgrunn i at funnene i studien har likhetstrekk med andre resultatartikler fra Europa, ble den likevel inkludert i litteraturstudien. Studien tar ikke for seg sykepleiere, men beskriver perspektivene til pasientene som mottok hemodialyse og deres forhold til restriksjoner. For sykepleiere er det viktig å ha kjennskap til hvilke holdninger pasientene har til behandlingen. Dette kan hjelpe sykepleier til å gi pasienten kunnskap og selvtillit til å overholde væskebehov og kostholdskrav.

## 4.2 Sammenfattet resultat

### 4.2.1 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy

Studien gjort av Bennet *et al* (2012) viser til hvordan sykepleiere har en viktig funksjon i kartleggingen av ernæringsvikt til pasienter som mottar hemodialyse. Månedlig screening av ernæringsstatus for å identifisere hemodialysepasienters risiko for underernæring ses på som gunstig i forebygging av ernæringsvikt. Kartleggingsverktøyet som ble anvendt i studien var “Geriatric Nutritional Risk Index”, forkortet GNRI. GNRI er et verktøy som gir sykepleiere innsikt i hvilke pasienter som er i ernæringsmessig risiko. Studien viser at en månedlig kartlegging av pasienters ernæringsstatus er viktig, slik at pasientene kan bli henvist til ernæringsfysiolog for videre oppfølging av ernæringsstatus. Resultatet av studien viste at etter ni måneder hadde 10 pasienter i intervensjonsgruppen blitt henvist til ernæringsfysiolog, mens kun 4 pasienter i kontrollgruppen ble henvist. For sykepleiere ble GNRI pekt på som et enklere og et mer gjennomførbart kartleggingsverktøy enn de andre verktøyene som ble vurdert i studien (Bennet *et al*, 2012).

I studien til Holvoet *et al* (2020) viste resultatene at “Mini Nutritional Assessment” (MNA) er et brukbart rutineverktøy for å kartlegge risikoen for underernæring hos hemodialysepasienter. Resultatene indikerer at MNA er sterkt knyttet opp mot redusert dødelighet hos pasienter som mottar hemodialyse, og blir ansett som et godkjent hjelpemiddel i å avdekke ernæringsproblematikk til denne pasientgruppen. Det kommer frem i studien at kortversjonen av MNA i større grad er mer gjennomførbart hos hemodialysepasienter enn langversjonen. Den er lite tidkrevende og kan enkelt gjennomføres regelmessig. Kartleggingsverktøyet “Geriatric Nutritional Risk Index” som belyses i Bennet *et al* (2012) vil i motsetning til MNA være et mer grundig screeningsverktøy, da blodprøver også blir inkludert i vurderingen. Resultatene fra Holvoet *et al* (2020) viser likevel at MNA vil gi en tilstrekkelig oversikt om pasientene står i risiko for underernæring, slik at eventuelle tiltak kan iverksettes.



#### 4.2.2 *Pasientens utfordringer og behov tilknyttet overholdelse av kostholdrestriksjoner*

Resultatene i Hong *et al* (2017) belyser fire hovedpunkter som beskriver pasientens opplevelse av å overholde væske- og kostholdrestriksjoner. Pasientenes pessimisme, underliggende utfordringer, behov for støtte og omfanget av selvdisiplin blir problematisert i studien. Deltakerne uttrykker frustrasjon over ikke å kunne ha et kosthold som den generelle befolkningen, da de må begrense inntak av væske og enkelte matvarer. Resultatet viser at væskerestriksjoner i stor grad blir overholdt, da det ofte fører til merkbare konsekvenser for pasienten. Kostholdrestriksjoner blir i større grad bagatellisert og forsømt. Studien belyser i resultatdelen at selv med kostholdsrådgivning gitt av sykepleiere, leger og ernæringsfysiologer var mange av deltakerne utilfreds med rådene og anbefalingene som ble gitt. Enkelte deltakere uttrykte at anbefalingene ikke var realistiske, samtidig som andre uttrykte usikkerhet i selvdisiplin etter utskrivelse fra sykehus (Hong *et al*, 2017).

Deltakerne i studien til Walsh og Lehane (2011) uttrykker noe av den samme frustrasjonen som deltakerne i studien til Hong *et al* (2017). Walsh og Lehane (2011) beskriver i resultatet at deltakernes opplevelse av fordeler må være større enn opplevelse av ulemper for å overholde kostholdrestriksjoner. Opplevelse av fordeler blir eksemplifisert ved utsagn fra pasientene om at overholdelse av lavt saltinnhold i kostholdet hjelper for å opprettholde et friskt hjerte og at det hjelper lungene å puste bedre. Ulempene som blir presentert i resultatet er utfordringene rundt det å gå ut å spise og at maten smaker mindre ved lavt saltinnhold. Studien viser til at pasientene har behov for tilstrekkelig informasjon, slik at fordelene oppleves større enn ulempene ved å følge kostholdrestriksjonene. Stevenson *et al* (2018) belyser viktigheten av å gi tilstrekkelig med informasjon i møte med pasientene for å kunne skape en holdningsendring rundt kostholdrestriksjoner og vektlegger en individualisert tilnærming.

#### 4.2.3 *Sykepleie for å fremme en aktiv pasientdeltakelse*

Studien til Aasen, Kvangarsnes og Heggen (2012) viser hvordan sykepleier oppfatter deltakelse fra pasient og deres pårørende. Tre praksiser blir presisert, hvor viktigheten av å utjevne maktforholdet mellom sykepleier, pasient og pårørende var sentralt. Resultatet i studien viser til hvordan enkelte sykepleiere tok kontroll over behandlingen, hvor det hendte

at sykepleiere overkjørte pasientens ønsker. Sykepleiere som derimot lot pasientene være aktivt deltakende i behandlingen kommenterte hvordan de fikk dem til å delta. Ved å oppmuntre pasientene til å dele egen kunnskap og egne følelser, kunne sykepleier i større grad stole på pasientene. På denne måten kunne sykepleier få økt tillit til at pasienten har kjennskap til egen kropp, samtidig som pasientens autonomi ble bevart. Videre viser studien at deltakelse fra pasientene er essensielt for at de skal få en forståelse av behandlingen (Aasen, Kvangarsnes og Heggen, 2012). Hong *et al* (2017) viste i sin studie at deltakerne i stor grad var avhengig av helsepersonell i håndteringen av restriksjoner. I intervjuene ble fraser som; “just follow” og “have to listen” brukt av deltakerne, noe som viser at deltakerne hadde manglende kunnskap om de anbefalte restriksjonene.

Studien til Stevenson *et al* (2018) identifiserer strategier for å optimalisere pasientsentrert omsorg i håndteringen av ernæringsstatus hos hemodialysepasienter. Disse seks strategiene som blir beskrevet illustrerer både en sykepleier-pasient-tilnærming samt en pasient-sykepleier-tilnærming. Kostholdrestriksjoner blir, for pasienter i hemodialyse, sett på som utfordrende. Individuelle tilnærminger for å møte pasientenes behov er sentralt. Resultatet viser at helsepersonell ser på ernæring som en kritisk del av pasientbehandlingen. Å støtte pasienter til å ta kontroll over egen sykdom og effektivt kunne håndtere kostholdrestriksjoner blir sett på som avgjørende for å forbedre omsorgen. Utvikling av motivasjon og engasjement hos pasient og pårørende er spesielt viktig ved væske- og kostholdrestriksjoner i hemodialysebehandling. Helsepersonell i studien opplevde at rådgiving med en ernæringsfysiolog i det tverrfaglige samarbeidet var et viktig element i pasientomsorgen. Studien viste at tverrfaglig samarbeid hjalp pasientene til å bli mer motiverte for å gjøre endringer i kostholdet. Likeledes er det å etablere gjensidig respekt og tillitsfulle forhold til pasient viktig, da det hjelper pasientene å bli engasjert i håndteringen av egen sykdom. Deltakerne i studien formidlet at de opplevde at pasientene hadde blitt institusjonalisert, og det var et ønske om en mer aktiv pasientrolle. Strategier og mål for behandlingen burde i større grad være pasientdrevet, hvorav sykepleiere, ernæringsfysiologer og nyrespesialister støtter og informerer pasientene slik at de er kapable til å ta kunnskapsbaserte valg (Stevenson *et al*, 2018).

## 5.0 Drøfting

For å gi et mulig svar på problemstillingen vil litteraturstudiets resultat drøftes i forhold til sykepleiers undervisende og veiledende funksjon slik den fremstilles av King (2007).

Diskusjonen vil bygge på relevant teori og forskningsbasert kunnskap. Resultatets betydning for klinisk sykepleie vil bli vektlagt. Avslutningsvis drøftes metodiske og etiske overveielser, samt en kritisk vurdering av valgte artikler og annen litteratur.

### ***5.1 Bruk av kartleggingsverktøy i sykepleie til pasienter med ernæringsmessig risiko ved hemodialyse***

I handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom presiseres det at ernæringsintervensjoner vil være aktuelt i alle faser i forløpet av kronisk nyresykdom (Helsedirektoratet, 2011). Guttormsen *et al* (2010) belyser at tidlig identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette adekvate forebyggende tiltak før underernæring oppstår. For å lykkes i ernæringsarbeid bør ernæringscreening gjennomføres regelmessig. Bennet *et al* (2012) anbefaler månedlig screening for best oppfølging. Som en del av screeningen inngår bruk av ulike kartleggingsverktøy. Slik kan sykepleier innhente data om faktorer som negativt kan påvirke pasienters ernæringsstatus. Data innhentet ved bruk av kartleggingsverktøy kan legge grunnlaget for å iverksette forebyggende tiltak ved en ernæringsvikt. Dette forutsetter at sykepleier innehar nødvendig kompetanse for å best mulig kartlegge pasientens ernæringsstatus. I rapporten til Helsedirektoratet (2017) presiserer WHO at det i dagens praksis er usikkerhet knyttet til ernæringskompetanse hos sykepleiere. I Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) fremkommer det at sykepleiere etter endt utdanning skal ha bred kunnskap om pasientens grunnleggende behov, herunder inngår også kunnskap og kompetanse om ernæring. Det kan tenkes at sykepleiere har overordnede kunnskaper om ernæring, men at de har varierende dybdekunnskap. Derfor vil det være ønskelig med økt fokus på ernæringsarbeid i sykepleierutdanningen (Helsedirektoratet, 2017).

Holvoet *et al* (2020) har i sin studie undersøkt bruken av Mini Nutritional Assessment (MNA) i møte med hemodialysepasienter. Herunder blir MNA presentert som to versjoner, en kort og

en lang. MNA-kortversjon tar for seg spørsmål angående pasientens matsituasjon, mobilitet, sykdom og kroppsmasseindeks og gir en indikasjon på om pasienten står i risiko for underernæring. MNA assosieres med en redusert forekomst av sykdom og dødelighet og anbefales derfor til bruk i dialyseavdeling (Holvoet *et al*, 2020). Forskningen til Holvoet *et al* (2020) viste med hensyn til dette at det i dialyseavdeling er MNA-kortversjon som er best egnet til bruk. Dette med bakgrunn i at denne versjonen ikke gir poeng basert på væskeinntak. Pasienter i hemodialyse skal ofte begrense inntaket av væske, og langversjonen av MNA vil derfor gi en feil score inn mot denne pasientgruppen.

Sortland (2015) belyser at sykepleiere i dialyseavdeling er avhengig av et kartleggingsverktøy som kan gjennomføres raskt og enkelt, da pasientens ernæringstilstand kan forandre seg raskt. Det vurderes til at MNA-kortversjon er et enkelt kartleggingsverktøy - den krever kun svar på seks spørsmål og kan enkelt besvares av sykepleier eller pasienten selv (Holvoet *et al*, 2020). Dermed kan MNA sin brukervennlighet tilsi at den er lite tid- og ressurskrevende. Dette gjør sykepleier i stand til å gjennomføre screeningen regelmessig. MNA kan derfor lett kunne innføres i en dialyseavdeling og være et kartleggingsverktøy som kan anvendes av sykepleiere uten særskilt opplæring i forkant. Likevel kan MNA-kortversjon kritiseres da den ikke gir en gradering av underernæringstilstand, men kun sier noe om at risikoen for underernæring er tilstede (Nestle Nutrition Institute, u.å). For å få gradering av underernæringstilstand må man gå videre til langversjonen, noe som tidligere nevnt ikke vil være anbefalt inn mot hemodialysepasienter. Holvoet *et al* (2020) hevder at det vil være behov for mer forskning for å kunne validere effekten av MNA for pasienter i hemodialyse, da den i utgangspunktet er utarbeidet for eldre pasienter med generell risiko for underernæring, uavhengig av sykdomstilstander. Nytteverdien til MNA i dialyseavdeling, er at den kan øke bevissthet rundt pasientens ernæringstilstand, noe som kan bidra til at videre tiltak iverksettes. For å få en mer nøyaktig kartlegging, anbefales Geriatric Nutritional Risk Index (Bennet *et al*, 2012).

I motsetning til Holvoet *et al* (2020) har studien til Bennet *et al* (2012) undersøkt effekten av Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI). Bennet *et al* (2012) antyder ut fra studiens resultat at GNRI vil være et mer nøyaktig kartleggingsverktøy for pasienter som mottar hemodialyse. Dette kan underbygges ved at biokjemiske markører som fosfat, kalium og albumin inkluderes, i tillegg til vekt og et subjektivt spørsmål om pasientens matlyst. Ved å inkludere biokjemiske markører vil det gi en mer presis indikasjon på hvor stor underernæringstilstanden er, da den vurderer underernæring i form av protein-energi mangel

(Bennet *et al*, 2012). Med bakgrunn i dette kan man stille spørsmål om GNRI vil være mer tid- og ressurskrevende enn andre screeningsverktøy. I dialyseavdeling tas det derimot blodprøver av pasientene regelmessig og GNRI kan ikke kritiseres med bakgrunn i dette (Storesund, 2007). I praksis kan det være vanskelig for sykepleiere å beregne hvorvidt en pasient er i risiko for underernæring ved bruk av GNRI. En mulig forklaring på dette kan være at man ikke umiddelbart kan bekrefte eller avkrefte et avvik i pasientens ernæringstilstand. Beregning av ernæringsmessig risiko ved bruk av GNRI krever en utregning som er satt i en bestemt formel (Gjerlaug *et al*, 2016). Forutsatt av at sykepleiere får tilstrekkelig og nødvendig opplæring, kan GNRI anses som et nyttig kartleggingsverktøy i dialyseavdeling. Dette med bakgrunn i at GNRI gir en mer presis indikator på graden av underernæring sammenlignet med MNA.

I en vurdering av tiltak når det er konstatert risiko for underernæring, bør sykepleier i følge Bennet *et al* (2012) henvise pasientene til ernæringsfysiolog slik at de får tilpasset ernæringsstøtte. Dette er et viktig tiltak da kosthold ved kronisk nyresykdom kan kreve spesialkompetanse (Helsedirektoratet, 2012). Av erfaring er det ofte en del ventetid på å få time hos ernæringsfysiolog på sykehus. Imidlertid kan sykepleier gi råd om hvordan næringsinntaket kan forbedres mens pasienten venter på time hos ernæringsfysiolog. Viktige kostholdsråd som hemodialysepasienter trenger informasjon om, innebærer at kostholdet burde være fiberrikt, fosfat- og kaliumfattig og at det kan være nødvendig med tilskudd av vannløselige vitaminer (Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte, u.å). Videre kan det være nødvendig med protein- og energirik kost for pasienter som har problemer med å holde vekten oppe (Holvoet *et al*, 2020). Erfaringsmessig kan det tenkes at kostregistrering er et viktig tiltak å iverksette for de pasientene som har fått konstatert underernæring. Slik kan sykepleier kartlegge videre risiko og få en oversikt over pasientens ernæringsinntak.

## ***5.2 Hvordan kan pasientsentrert sykepleie anvendes ved kostholdrestriksjoner i dialyseavdeling?***

### ***5.2.1 Undervisning og veiledning***

King (2007) presiserer i sin teori at pasienter og deres pårørende har rett på informasjon som angår deres helse. De har rett til å akseptere eller nekte helsehjelp og til å delta i beslutninger

som har betydning for deres liv og helse. Herunder er det sykepleiers oppgave å formidle informasjon slik at pasientene er i stand til å ta informerte valg. I tillegg har sykepleiere et ansvar for å innhente informasjon om pasientens opplevelse av egen helsetilstand (King, 2007).

Pasienter med kronisk nyresykdom er ofte godt informert om egen sykdom og kan ta vare på seg selv når det gjelder ernæring. Sykepleien blir derfor mest støttende, veiledende og undervisende (Paulsen, 2001). I dialyseavdeling kan det være nyttig for sykepleiere å benytte seg av helseoppfatningsmodellen (Walsh og Lehane, 2011). Denne modellen belyser viktigheten med at én fordel skal oppleves større enn én barriere for å kunne oppnå endring. Derfor må sykepleier kartlegge pasientens subjektive opplevelse av situasjonen, da det er den som styrer videre valg og handlinger. Sykepleier må også hjelpe pasienten til selv å oppdage de positive mulighetene ved helsefremmende atferd. Ved undervisning og veiledning må sykepleier derfor ha fokuset på hva som er til hinder for den helsefremmende atferden (Kristoffersen, 2011). Å støtte og oppmuntre pasienten slik at vedkommende opplever mestring er derfor en viktig sykepleiefunksjon (Hong *et al*, 2017).

Basert på pasientens subjektive opplevelse, presiserer Hong *et al* (2017) at pasienter som mottar hemodialyse i stor grad overholder væskerestriksjoner, men at kostholdrestriksjonene ofte blir forsømt. En mulig forklaring kan være at mange pasienter opplever at restriksjonene begrenser deres sosiale liv. Kaba *et al* (2007, som sitert i Gulbrandsen 2017) belyser at mange forbinder et godt måltid med et sosialt fellesskap med venner og familie, og er en viktig faktor for pasientens livskvalitet. Dermed kan mange pasienter miste motivasjon til å følge en gitt diett. Sosialt samvær kan ha positiv innvirkning på appetitten og derfor kan det gå utover pasientens matlyst (St.meld. 15 (2017-2018)). Imidlertid kan det tenkes at sykepleier må formidle kunnskap om at det sjelden finnes “nei-mat”, men at enkelte matvarer burde begrenses. Oppmuntring til dialog kan også bidra til at pasienten får satt ord på hva som er utfordrende slik at sykepleier og pasient kan komme frem til gode løsninger gjennom felles mål. Å utarbeide felles mål kan for øvrig bidra til økt motivasjon hos pasienten, slik at sykepleier har mulighet til å tilrettelegge for individuell undervisning. Individuell undervisning kan i denne forbindelse bidra til at pasienten ikke opplever situasjonen uoverkommelig og lettere kan tilstrebe et optimalt kosthold (Walsh og Lehane, 2011).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 belyser pasientens rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Behovet for informasjon kan være avgjørende for at pasienten i større grad kan opprettholde motivasjon til å følge en gitt diett slik at ernæringsstatusen ikke forverres (Walsh og Lehane, 2011). Undervisning og veiledning egner seg godt for å få pasienten til å tilegne seg kunnskaper om, få større forståelse for og fremme innsikt i de konsekvensene et valg kan få (Kristoffersen, 2011). Erfaringsmessig vil pasienter i dialyseavdeling ha behov for individuell tilnærming. Dermed må sykepleier tilpasse informasjonen ut fra pasientens behov og situasjon, samtidig som det ikke gis mer informasjon enn hva pasienten klarer å forholde seg til (Eide og Eide, 2017). Hva den enkelte pasient oppfatter som problematisk i henhold til ernæring vil variere, dermed må forebyggende tiltak for å hindre underernæring ta utgangspunkt i dette. En forklaring på dette kan være at pasienter som mottar hemodialyse er i ulik livssituasjon og har forskjellig syn på hva som er utfordrende med behandlingen. Derav vil informasjonsbehovet kunne variere fra pasient til pasient.

I studien til Hong *et al* (2017) belyses det at sykepleier bør ha økt forståelse av pasientens holdninger til væske- og kostholdrestriksjoner i dialyseavdeling for å kunne fremme pasientens motivasjon. I dialyseavdeling er det av erfaring tilrettelagt for at hver pasient har en primærsykepleier. Det kan tenkes at dette i stor grad tilrettelegger for at pasientene får en mer tilpasset og individuell tilnærming. Hovedsakelig vil det være primærsykepleier som har hovedansvaret for å undervise og veilede pasient. Likevel vil det være flere sykepleiere som forholder seg til samme pasient, hvor informasjon og råd blir gitt. Dette kan i følge Hollingdale, Sutton og Hart (2008) medføre økt pasientforvirring, da informasjonen som blir gitt ikke nødvendigvis er samstemt. Helsedirektoratet (2011) belyser at ernæringskurs tilknyttet kronisk nyresykdom kan være viktig for at sykepleiere skal få tilstrekkelig kompetanse. I denne sammenheng blir det anbefalt av Hollingdale, Sutton og Hart (2008) å foreta felles kurs om kostholdsveiledning for sykepleiere i dialyseavdeling. På denne måten kan sykepleier sikre at informasjonen videreformidles tilnærmet likt. Kunnskaper om ernæring og hvordan spesielle ernæringsmessige behov skal og kan imøtekommes vil være essensielt i det forebyggende arbeidet.

### 5.2.2 Individualisert sykepleie

Pasientsentrert omsorg tar utgangspunkt i individet, livssituasjon, behov og helseutfordringer (Eriksen, 2016). I dialyseavdeling er det pasienter i ulik alder og livssituasjon som dermed vil ha ulike behov. Likeledes vil behovet for ernæring være forskjellig fra pasient til pasient, samt hvilket forhold den enkelte har til ernæring (Helsedirektoratet, 2012). For at sykepleier skal kunne møte pasientgruppen på en god måte, er det nødvendig at sykepleien individualiseres (Aasen, Kvangarsnes og Heggen, 2020). I lys av forskningen til Hollingdale, Sutton og Hart (2008) som har undersøkt individualisert sykepleie, er det kommet frem til at en-til-en sykepleie har god effekt for pasienter i dialyse. Individualisert sykepleie kan bidra til at pasienter i større grad opplever kontroll over egen ernæringstilstand. Av erfaring vil det være gjennomførbart å innføre individualisert sykepleie i en dialyseavdeling, med bakgrunn i at man som sykepleier i utgangspunktet har hovedansvar for to til tre pasienter. Dermed kan sykepleier få mer tid sammen med pasienten, slik at sykepleien blir tilrettelagt for hver enkelt pasient.

Stevenson *et al* (2018) påpeker at håndtering av ernæring er en viktig faktor for sykepleie i hemodialyse. Dette krever individualiserte strategier gjennom å integrere personlig, sosial og kulturelle sider av pasienten og kan eksempelvis innebære at sykepleiere tar hensyn til religiøs tilknytning, alder, bosituasjon og preferanser tilknyttet kosthold. Samtidig vektla sykepleiere behovet for å støtte pasienten i utvikling av mestringsfølelse for å fremme pasientens autonomi og ta eierskap av ernæringsmessig håndtering (Stevenson *et al*, 2018). Sykepleiers etiske ansvar kommer frem av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Herunder inngår sykepleiers respekt for pasientens grunnleggende autonomi (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8). Respekt for menneskers autonomi kan ses i lys av Imogene M. Kings sykepleieteori. King (2007) vektlegger å inkludere pasientens ytringer i henhold til egen livssituasjon og gjennom pasientsentrert sykepleie sette felles mål som anses som oppnåelige for pasienten. For å lykkes må pasienten være motivert for å foreta en endring. Aasen, Kvangarsnes og Heggen (2020) påpeker viktigheten av at sykepleier innfører individualiserte mål slik at pasienten inntar tilstrekkelig mengde næring samtidig som kostholdet er tilpasset livssituasjon. Det kan derfor tenkes at sykepleier bør tilrettelegge for små realistiske mål som tar utgangspunkt i det som er viktig for pasienten slik at kostholdrestriksjonene ikke oppleves uopnåelig.



I dialyseavdeling er det travle perioder som kan påvirke pasientens behov for individuell sykepleie (Holvoet *et al*, 2020). Funnene til Stevenson *et al* (2018) demonstrerer dette ved å legge frem ulike faktorer som kan være til hinder for individualisert sykepleie. Ineffektivt tverrfaglig samarbeid, utilstrekkelig bemanning og mangel på ressurser anses som betydningsfulle. I klinisk praksis vil ineffektivt tverrfaglig samarbeid ha stor påvirkning for individualisert sykepleie. Tverrfaglig samarbeid i dialyseavdeling er av betydning for at sykepleier skal kunne forebygge ernæringssvikt. Leger og ernæringsfysiologer blir ansett som viktige samarbeidspartnere. Særlig samarbeid med ernæringsfysiolog ses på som aktuelt, da de har spesialisert kunnskap inn mot ernæring. Med bakgrunn i at sykepleier har tilgang til ernæringsfysiolog kan pasienten på den måten få tilpasset kostholdet ut fra individuelle behov (Bennet *et al*, 2012; Stevenson *et al*, 2018).

### *5.2.3 Sykepleietiltak tilknyttet undervisning, veiledning og individualisert sykepleie*

For å tydeliggjøre tiltak som kan gjennomføres i forhold til punkt 5.2.1 og 5.2.2 er det valgt å presentere noen konkrete eksempler.

I vurderingen av tiltak for å forebygge ernæringssvikt er det viktig at pasienten får tilstrekkelig med informasjon og individualisert sykepleie. For å sikre pasientens behov for informasjon kan sykepleier henvise pasientene til hjemmesiden Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (LNT, u.å). Her vil pasienten kunne finne nyttig informasjon knyttet til egen sykdom og hvordan det er å leve med kronisk nyresykdom. Av erfaring kan det være nødvendig med skriftlig informasjon i tillegg til muntlig informasjon, og det finnes derfor en rekke brosjyrer som sykepleier kan gi ut. Pasientene kan få god informasjon om hvordan opprettholde god ernæringsstatus ved hemodialyse ved hjelp av brosjyrene. I tillegg kan sykepleier opprette støttegrupper slik at pasienter i lik situasjon kan snakke med hverandre og dele av sine opplevelser og utfordringer (Hong *et al*, 2017). Dersom dette ikke er tilstrekkelig kan det være nyttig for sykepleier å legge til rette for en individuell samtale hvor fokuset bør være “hva er viktig for deg?”.

## 5.3 *Hvordan kan sykepleier bidra til en mer aktiv pasientrolle?*

### 5.3.1 *Strategier for å fremme pasientdeltakelse*

Paulsen og Flakne (2001) beskriver at en aktiv pasientrolle fremmes av sykepleiers støtte, hjelp og tilrettelegging for at pasientene skal kunne ta i bruk sine ressurser. Et samarbeid er alltid tosidig og må bygge på et tillitsforhold, der også sykepleier er åpen for å utvide sitt erfaringsområde og lære av pasienten. Ved å kombinere styrker i et likeverdig samarbeid, kan pasientsentrert sykepleie fremmes (Tveiten, 2018; Stevenson *et al*, 2018). Det vil være viktig at sykepleier søker og imøtekommer pasientens ønsker, slik at maktforholdet mellom sykepleier og pasient utjevnes. Dette forutsetter at sykepleier aksepterer pasientens ønsker og ressurser. Stevenson *et al* (2018) identifiserer flere temaer som kan bistå sykepleier i forebygging av underernæring, blant annet samhandling i tverrfaglig team og individualisert pasientomsorg. I tillegg blir formidling av ernæringsråd og opprettholdelse av pasientens motivasjon ansett som sentralt for at pasient skal kunne foreta en endring i kostholdet. Hovedtyngden av det Stevenson *et al* (2018) belyser, viser viktigheten av at pasienten selv tar del i egen behandling.

For å realisere ønsket om en mer aktiv pasientrolle kreves det bedre utnyttelse av pasientens ressurser. Dette forutsetter imidlertid at pasientene tar mer ansvar gjennom deltakelse i diskusjon og beslutninger angående egen helse (King, 2007). Dette innebærer at sykepleier bør være bevisst hvordan man kan bidra til at pasientene i størst mulig grad mestrer eget liv. Pasientens opplevelse av mestring vil være viktig da sykepleier ikke kan foreta endringene for pasienten. Det er kun pasienten selv som kan foreta endringer som har betydning for egen helse. I denne sammenhengen viser flere av de inkluderte studiene at pasientene hadde behov for å involvere pårørende for å kunne oppleve mestring (Stevenson *et al*, 2018; Aasen, Kvangarsnes og Heggen, 2020).

Pårørende er av stor betydning i pasientens liv og vil være viktige ressurspersoner for at pasienten skal kunne foreta anbefalte endringer i kostholdet (Hong *et al*, 2017). Pasienter som mottar hemodialyse er ofte kun i behandling på sykehuset i noen timer, for så å reise hjem. Dermed må endringene i kostholdet skje i pasientens hjem. Hong *et al* (2017) undersøkte hvordan pasientene opplevde å overholde kostholdrestriksjoner, hvor funnene viste at

pasientene opplevde det som enklere å ta del i egen behandling dersom pårørende var involvert. Med lys av dette bør sykepleier også videreformidle informasjon og kunnskap om ernæring til pårørende, slik at de kan være støttespillere når pasienten kommer hjem. Det er viktig å “normalisere” kostholdrestriksjonene slik at endringene kan gjennomføres innad i familien (Stevenson *et al*, 2018). På den annen side, kan det være utfordrende å inkludere pårørende til pasienter i dialyseavdeling - pasientene har sjelden med seg pårørende ved behandling. Med hensyn til forskningen utført av Aasen, Kvangarsnes og Heggen (2020) kan det derfor tenkes at sykepleiere i større grad må ta kontakt med pårørende via pasienten.

### 5.3.2 Brukermedvirkning

Aasen, Kvangarsnes og Heggen (2020) belyser at norsk helsevesen har vært preget av en paternalistisk ideologi, der pasientene skulle vise en passiv og minimal rolle i møte med helsetjenesten. Det fremkommer i studien til Aasen, Kvangarsnes og Heggen (2020) at for å ta avstand fra en paternalistisk ideologi må sykepleiere oppmuntre til økt delaktighet hos pasientene. Økt fokus på delaktighet og brukermedvirkning vil være viktig for at sykepleiere skal kunne jobbe pasientsentrert. Likevel antyder Stevenson *et al* (2018) i sin studie at flere pasienter opplevde å bli institusjonalisert i helsevesenet og hadde liten mulighet til å være aktivt deltakende i beslutninger angående egen helse. Det kan dermed tenkes at paternalisme kan true pasientens rett til brukermedvirkning. En mulig forklaring på dette kan være at det reduserer pasientens mulighet til å delta i egen behandling. Pasientens rett til brukermedvirkning er lovfestet i Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999) § 3-1. Loven verner om pasientene uansett situasjon og kontekst. Sykepleier i dialyseavdeling kan sørge for brukermedvirkning ved å sette pasienten i sentrum og lytte til pasienten. Herunder presiserer St.meld. 7 (2019-2020) at sykepleiere må ta hensyn til pasientens helsekompetanse. Det vil si pasientens evne til å forstå, vurdere og bruke kunnskapsbasert helseinformasjon til å ta beslutninger om egen helse. Med hensyn til dette burde sykepleier i dialyseavdeling oppmuntre til dialog hvor informasjon, kunnskap og gjensidig engasjement er tilstedeværende.

I studien til Aasen, Kvangarsnes og Heggen (2020) beskrives det at sykepleier kan benytte seg av ulike strategier for å oppmuntre til pasientdeltakelse for pasienter som mottar hemodialyse. Herunder presiseres det at sykepleier bør tilstrebe et godt samarbeid med

pasienten og lære pasienten å kjenne på et individuelt nivå. Slik kan pasientens egenomsorgsevne styrkes. Viktige intervensjoner for å inkludere pasientene i egen behandling vil være å oppmuntre til selveffektivitet, gi positive tilbakemeldinger og gi helseveiledning (Stevenson *et al*, 2018). Det kan tenkes at sykepleier i dialyseavdeling bør gi ernæringsråd regelmessig for å kunne styrke pasientens motivasjon og deltakelse. Dette kan ses i lys av Nasjonalt råd for ernæring (2017) sin rapport, hvor det fremkommer at økt brukermedvirkning kan være en mulighet for å styrke ernæringsarbeidet i helsetjenesten. I denne sammenheng kan sykepleiers råd og veiledning bidra til økt helsekompetanse blant pasientene, noe som kan legge til rette for at pasientene i større grad tar ansvar i spørsmål som angår deres ernæringstilstand. Imidlertid er det viktig at sykepleiere tilrettelegger for at pasienter enkelt kan finne frem til riktig informasjon, samt at tilbudet er tilpasset den enkeltes forutsetninger og livssituasjon (St.meld. 7 (2019-2020)). Dermed kan det tenkes at økt helsekompetanse vil kunne bidra til økt brukermedvirkning.

### *5.3.3 Sykepleietiltak tilknyttet aktiv pasientdeltakelse og brukermedvirkning*

For å tydeliggjøre tiltak som kan gjennomføres i forhold til punkt 5.3.1 og 5.3.2 er det valgt å presentere noen konkrete eksempler.

Med tanke på at store deler av forebyggingen foregår utenfor sykehus bør sykepleier i større grad ha fokus på inkludering av pasientens nærmeste pårørende (Hong *et al*, 2017). Dette kan eksempelvis gjøres ved å invitere til en pårørendesamtale, hvor det informeres om anbefalte hensyn knyttet til pasientens sykdomstilstand. Ved risiko for ernæringssvikt vil det også være nødvendig med tettere oppfølging i hjemmet. Et sykepleietiltak kan være å inngå et samarbeid med hjemmesykepleien for de pasientene som får hjemmebaserte tjenester. Slik kan sykepleier følge opp pasientens ernæringstilstand utenfor sykehus. Likeledes kan det også være viktig å involvere hjemmesykepleien til de som ikke mottar hjemmebaserte tjenester fra før. For å sikre brukermedvirkning kan sykepleier utarbeide en individuell plan i samråd med pasienten, der pasientens ressurser og behov er i fokus (Stevenson *et al*, 2018). I tillegg vil sykepleier kunne medvirke til økt brukermedvirkning ved å være imøtekommende, bruke tid, lytte til det pasienten har å si og ta dem på alvor.

## 5.4 Kritisk vurdering

### 5.4.1 Forskningsetiske overveielser

Medisinsk og helsefaglig forskning er underlagt Helseforskningsloven (2008) og gjelder kun i Norge. Loven tar sikte på å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008). Kun én av de inkluderte artiklene er utført i Norge der denne loven gjøre seg gjeldende. Med bakgrunn i at de resterende artiklene ikke er utført i Norge, vil ikke denne loven omfatte disse studiene. Alle de inkluderte studiene er godkjent i forskningsetiske komitéer og det antas derfor at forskningsetikken blir overholdt. I § 13 i Helseforskningsloven (2008) beskrives hovedregelen om samtykke. Deltakelse i medisinske og helsefaglige studier krever et informert, frivillig og dokumentert samtykke. De inkluderte artiklene legger vekt på å ha gitt informasjon til deltakerne i forkant av studien og skriftlig samtykke ble innhentet.

### 5.4.2 Kritisk vurdering av litteratur og litteraturstudiens metode

Hovedtyngden litteratur som er blitt anvendt i litteraturstudien, er primærkilder. Dette var et bevisst valg da ingen har tolket teksten tidligere, noe som reduserer graden av feiltolkning. Alle de inkluderte artiklene er publisert med engelskspråklig tekst, som kan ha medført misforståelse ved analyse av artiklene. Videre var det ingen av resultatartiklene som ga et konkret svar på problemstillingen, som sammen med det ovennevnte kan ses på som svakheter ved litteraturstudien. To av studiene belyser både pasient- og sykepleieperspektivet. Dette sees som en styrke og gir studien en bredde ettersom man ser to perspektiver av en felles utfordring.

De utvalgte artiklene ble kontrollert i NSD (2019) som bekreftet at artiklene var publisert i tidsskrift som var fagfelleverdert. Alle inkluderte forskningsartikler er gradert til nivå 1 eller 2 - kun to av disse er nivå 1.

Litteraturstudiens metode ble vurdert i etterkant av artikkelsøkene. I vurderingen kan noen av litteratursøkene kritiseres, da visse søk resulterte i mange treff. Dette medførte økt tidsbruk ved utvelgelse av artikler. Det kunne med fordel blitt tatt i bruk flere eller andre søkeord for å innskrenke søket. Videre kan særlig to av artiklene kritiseres i form av lavt deltakerantall, noe

som gir et fåtall av synspunkter. Dette gjelder studien til Hong *et al* (2017) og Aasen, Kvangarsnes og Heggen (2012) som hadde henholdsvis 14 og 10 deltakere. Studiene ble inkludert på tross av dette da funnene gir en faglig forankring til litteraturstudien i samspill med de andre inkluderte studiene. Samtidig har begge studiene et kvalitativt design, hvor det ikke er nødvendig med mange deltakere så lenge det gir et tilstrekkelig grunnlag for dataanalyse (Aveyard, 2019).

Studien har ikke hatt spesielle restriksjoner i forhold til utvelgelse av land studien er utført i, men det er forsøkt å begrense søket til land i Europa. På tross av dette ble tre studier fra Australia og Singapore inkludert, noe som kan være en svakhet ved studien. De anses likevel som aktuelle for litteraturstudien da de er sammenlignbare med europeiske og nordiske studier. Videre viser denne variasjonen av land at sykepleie for pasienter som mottar hemodialyse i risiko for underernæring er aktuelt på tvers av verdensdeler. En usikkerhet er om studien til Hong *et al* (2017) kan sammenlignes med norsk praksis. Det kan tenkes at det er ulikheter mellom landenes helsevesen. Studien ble likevel inkludert da den omhandler pasientperspektivet, som kan tenkes å være likt for norske pasienter. Et annet kritikkverdig moment ved litteraturstudien er inkludering av studien til Bennet *et al* (2012). Etter søk i litteratur finnes det lite informasjon om kartleggingsverktøyet "Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI). Det kan derfor settes spørsmålsteget om GNRI er så anvendelig som påstått.

#### *5.4.3 Innovasjon tilknyttet forebygging av ernæringssvikt ved hemodialyse*

Innovasjon er en viktig del av sykepleie da helseteknologi er i kontinuerlig utvikling. I møte med den enkelte pasient, anser litteraturstudiens forfattere det som sentralt å vende blikket tilbake til sykepleieprofesjonens pionérer. Fokus på grunnleggende behov skal ikke bli forsømt bak teknologiske intervensjoner, men bidra til effektive og gode løsninger for pasient og dere pårørende. Sykepleier skal se mennesket bak teknologien. I årene fremover vil det være viktig med pasientdeltakelse og tverrfaglig samarbeid for å lykkes i det forebyggende arbeidet.

Studien til Stevenson *et al* (2018) belyser behovet for innovasjon og utvikling i arbeidet med pasienter med nyresykdom i endestadium. For at sykepleiere skal kunne støtte pasienter i en slik fase er det behov for ressurseffektive intervensjoner. Ulike teknologibaserte

intervensjoner har fått økende oppmerksomhet og kan gi ny mulighet til samhandling med pasientene. Det er likevel lite forskning som rapporterer bruk av teknologi for å bedre ernæringsstatusen til pasientene. På bakgrunn av dette vil det være behov for mer forskning av høyere kvalitet for å kunne stadfeste effektiviteten av slike tiltak. Bruk av teknologi som mobiltelefon og telehelse i sykepleiepraksis kan være kostnads- og tidseffektivt. I tillegg vil det kunne redusere barrierer som tidsbegrensninger og geografisk beliggenhet. Med bakgrunn i dette ser litteraturstudiens forfattere det som hensiktsmessig med videre forskning på det aktuelle temaet.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere i dialyseavdeling kan forebygge ernæringssvikt hos pasienter som mottar hemodialyse.

Funn i resultatartiklene tydeliggjør viktigheten med et forebyggende perspektiv i sykepleie for pasienter i hemodialyse og tidlig igangsetting av intervensjoner. Herunder er det fire forhold som blir trukket frem som sentrale i forebygging av ernæringssvikt; bruk av kartleggingsverktøy, individualisert sykepleie, å fremme en aktiv pasientrolle og undervisning og veiledning. Det kan være utfordrende å se hvilke pasienter som er underernært - derfor burde alle pasienter screenes for ernæringsmessig risiko. På tross av at det er mye usikkerhet i hvilke kartleggingsverktøy som er best tilpasset i dialyseavdeling, bør det likevel implementeres som en rutinemessig arbeidsoppgave dersom dette ikke allerede er innført. Ernæringscreening muliggjør tidlig identifisering av pasienter i risiko, slik at tiltak kan iverksettes på et tidlig stadium.

I forebygging av ernæringssvikt, vil brukermedvirkning bidra til at sykepleie sentrerer rundt pasientens behovsområder. Pasientene vil kunne være mer delaktige i beslutninger som angår deres helse, forutsatt at de har nødvendig kunnskap. Ved manglende kunnskaper bør sykepleier undervise og veilede pasienten, slik at pasienten selv kan ta gode avgjørelser relatert til egen helse. På denne måten kan sykepleier ivareta pasientens behov for informasjon, grunnleggende behov og autonomi.

Sykepleier i dialyseavdeling har god mulighet til å lære pasientene å kjenne. Dette danner et godt utgangspunkt for en individuell tilnærming og gir sykepleier en arena hvor underliggende årsak til ernæringssvikt kan identifiseres. Ved å se det hele mennesket, kombinasjonen psyke og somatikk, kan sykepleier bidra til at forebygging av ernæringsstatus tilrettelegges ut ifra den enkeltes behov. Det kan stimulere til eierskap hos pasienten, hvor pasienten tar større del i og mer ansvar for eget liv og helse.



## 7.0 Litteraturliste

Aasen, E. M., Kvangarsnes, M. og Heggen, K. (2012) Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment, *Nursing ethics*, 19(3), s. 419-430. doi: 10.1177/0969733011429015

Alsvåg, H. (2018) Helsefremming og sykdomsforebygging - et historisk og sykepleiefaglig perspektiv, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 50-70.

Andersen-Hollekim, T. *et al* (2020) Narratives of patient participation in haemodialysis, *Journal of clinical nursing*, early view, s. 1-13. doi: 10.1111/JOCN.15238

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care - a practical guide*. 4. utg. London: McGraw-Hill/Open University Press.

Baraz, S. *et al*. (2009) Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis, *Journal of advanced nursing*, 66(1), s. 60-68. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05142.x

Beer, J., Mountford, E. og Boudville, N. (2018) Dietetic intervention in haemodialysis patients improves malnutrition, *Renal Society of Australasia Journal*, 14(1), s. 14-20.

Tilgjengelig fra:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=020db5b8-daf7-46de-9b3a-c181c2ce720e%40sessionmgr4008> (Hentet: 16. Mars 2020).

Bennet, P. N. *et al*. (2012) Nutrition screening by nurses in dialysis, *Journal of clinical nursing*, 22(5-6), s. 723-732. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04286.x

Düzalan, Ö. B. og Pakyüz, S. C. (2018) Educational interventions for improved diet and fluid management in haemodialysis patients: An interventional study, *Journal of the Pakistan medical association*, 68(4), s. 532-537. Tilgjengelig fra:

<https://jpma.org.pk/PdfDownload/8639> (Hentet: 21. Februar 2020).

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, S. (2016) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 887-907.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (Hentet: 11. Mai 2020).

Galland, R. *et al.* (2001) Short daily hemodialysis rapidly improves nutritional status in hemodialysis patients, *Kidney international*, 60(4), s. 1555-1560. doi: 10.1046/j.1523-1755.2001.00959.x

Ghorbani, A. *et al.* (2020) The prevalence of malnutrition in hemodialysis patients, *Journal of renal injury prevention*, 9(2), s. 1-6. doi: doi: 10.15171/jrip.2020.xx

Gjerlaug, A. *et al.* (2016) Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre, *Sykepleien Forskning*, 11(2), s. 148-156. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.57692

Gulbrandsen, T. (2017) Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt, i Almås, H., Stubberud, D. G. og Grønseth, R. (red). *Klinisk Sykepleie 2*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 113-131.

Guttormsen, A. B. *et al.* (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf) (Hentet 01. April 2020).

Gøransson, L. og Larsen, S. M. (2017) Sykdommer i nyrene og urinveiene, i Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. (red). *Sykdom og behandling*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 297-319.

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

(Hentet: 23. Mars 2019).

Helsedirektoratet (2011) *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

[https://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan\\_forebygging\\_behandling\\_kronisk\\_nyresykdom.pdf?fbclid=IwAR1SwpSjuoqsk-](https://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf?fbclid=IwAR1SwpSjuoqsk-vnPlbCDkofFZBOJ6rG_RAWtwntovFcOgKktl2kIaZwdY)

[vnPlbCDkofFZBOJ6rG\\_RAWtwntovFcOgKktl2kIaZwdY](https://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf?fbclid=IwAR1SwpSjuoqsk-vnPlbCDkofFZBOJ6rG_RAWtwntovFcOgKktl2kIaZwdY) (Hentet: 31. Januar 2020).

Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-og%20omsorgstjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-og%20omsorgstjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-og%20omsorgstjenesten.pdf/_/attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-og%20omsorgstjenesten.pdf) (Hentet: 28. April 2020).

Helsedirektoratet (2017) *Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-innen-ernaering-hos-nokkelgrupper/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper.pdf/\\_/attachment/inline/68873d29-bbfa-4885-bdb5-6f40ba5adc11:4c55424910454ddfaeb1358169326aad593ba2ff/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-innen-ernaering-hos-nokkelgrupper/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper.pdf/_/attachment/inline/68873d29-bbfa-4885-bdb5-6f40ba5adc11:4c55424910454ddfaeb1358169326aad593ba2ff/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper.pdf) (Hentet: 04. Mai. 2020).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 14. April 2020).

Hollingdale, R., Sutton, D. og Hart, K. (2008) Facilitating dietary change in renal disease: investigating patient's perspectives, *Journal of Renal Care*, 34(3), s. 136-142. doi: 10.1111/j.1755-6686.2008.00034.x

Holvoet, E. *et al.* (2020) The screening score of Mini nutritional assessment (MNA) is a useful routine screening tool for malnutrition risk in patients on maintenance dialysis, *PLOS ONE*, 15(3), s. 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0229722

Hong, L. *et al.* (2017) Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study, *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), s. 3664-3676. doi: 10.1111/jocn.13739

Ikizler, T. A. (2013) Optimal nutrition in hemodialysis patients, *Advances in chronic kidney disease*, 20(2), s. 181-189. doi: 10.1053/j.ackd.2012.12.002

King, I. M. (2007) King's Conceptual System, Theory of Goal Attainment, and Transaction Process in the 21st Century, *Nursing Science Quarterly*, 20(2), s. 109-116. doi: 10.1177/0894318407299846

Kristoffersen, N. J. (2011) Livsstil og endring av livsstil, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (red). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 197-244.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (2011) Om sykepleie, i Kristoffersen N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (red). *Grunnleggende sykepleie 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-29.

Lamichhane, S. *et al.* (2018) Dietary practice among the patients with end stage renal disease undergoing maintenance haemodialysis, *Journal of the Nepal medical association*, 56(213), s. 830-836. doi: 10.31729/jnma.3723

Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (u.å) *Kostråd ved dialyse*. Tilgjengelig fra: <https://www.lnt.no/livet-med-sykdom/kosthold-og-ernaering/kostraad-ved-dialyse> (Hentet: 12. Mai 2020).

Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (u.å) *Kronisk nyresykdom*. Tilgjengelig fra: <https://www.lnt.no/jeg-er/nyresyk/kronisk-nyresykdom> (Hentet: 13. Mai 2020).

Msaad, R. *et al.* (2019) Predictors of mortality in hemodialysis patients, *The Pan African Medical Journal*, 33(61), s. 1-14. doi: 10.11604/pamj.28/05/2019 .33.61.18083

National Kidney Foundation (2006-2007) *Hemodialysis: What you need to know*. Tilgjengelig fra: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/hemodialysis.pdf> (Hentet: 23. Mars 2020).

Nasjonalt råd for ernæring (2017) *Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf/\\_attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaf00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf/_attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaf00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf) (Hentet 31. Januar 2020).

Nestle Nutritional Institute (u.å) *Veiledning for utfylling av skjema for ernæringsvurdering: Mini Nutritional Assessment MNA®*. Tilgjengelig fra: <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2018/03/Veileder-MNA.pdf> (Hentet: 21. April 2020).

Norsk senter for forskningsdata (2019) *Register for publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 23. Mars 2020).

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (Hentet: 18. Mai 2020).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3) (Hentet: 23. April 2020).

Paulsen, E. (2001) Sykepleie til pasienter med akutt og kronisk svikt i nyrefunksjonen, i Almås, H. (red). *Klinisk sykepleie 2*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 607-614.

Paulsen, E. og Flakne, S. C. (2001) Sykepleie i forbindelse med hemodialyse og peritonealdialyse, i Almås, H. (red). *Klinisk sykepleie 2*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 615-628.

Piratelli, C. M. og Junior, R. T. (2012) Nutritional evaluation of stage 5 chronic kidney disease patients on dialysis, *Journal of renal care*, 130(6), s. 392-397. doi: 10.1590/s1516-31802012000600006

Sortland, K. (2015) *Ernæring - mer enn mat og drikke*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Stevenson, J. *et al.* (2018) Perspectives of healthcare providers on the nutritional management of patients on haemodialysis in Australia: an interview study, *BMJ Open*, 8(3), s. 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020023

St.meld. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf> (Hentet: 27. April 2020).

St.meld. 7 (2019-2020) (2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan: 2020 – 2023*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/95ecc808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf> (Hentet: 05. Mai 2020).

Storesund, S. G. (2007) *Nyresvikt og Hemodialyse: informasjon til pasient og pårørende*. Tilgjengelig fra: [https://stolav.no/seksjon-behandling/Documents/Nyresvikt\\_og\\_Hemodialyse.pdf](https://stolav.no/seksjon-behandling/Documents/Nyresvikt_og_Hemodialyse.pdf) (Hentet: 22. April 2020).

ten Cate, D. *et al.* (2019) Interventions to prevent and treat malnutrition in older adults to be carried out by nurses: A systematic review, *Journal of clinical nursing*, special issue review, s. 1-20. doi: 10.1111/jocn.15153

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2018) Empowerment og Veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red). *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 237-258.

Walsh, E. og Lehane, E. (2011) An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease, *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), s. 331-340. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03348.x

Queiroz, C. M. F. d. *et al.* (2014) Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis, *Journal of Northeastern Nursing Network* 15(4), s. 701-709. doi: 10.15253/2175-6783.2014000400018

Åsberg, A. *et al.* (2018) *Norsk Nyreregister: Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak*. Tilgjengelig fra:  
[https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/36\\_arsrapport\\_2018\\_norsk\\_nyreregister.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/36_arsrapport_2018_norsk_nyreregister.pdf) (Hentet: 22. April 2020).

