



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling**
- Bacheloroppgave

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 9

Antall ord: 7784

Livskvalitet til pasienter som går til dialyse behandling.



Illustrasjonsfoto: Image Quest

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter som er avhengig av dialyse behandling er utsatt for å oppleve dårligere livskvalitet enn befolkningen generelt. Ved slutt stadiet av kronisk nyresvikt og behandlingen som medfølger er det vist i flere studier, at sykdommen og behandlingen har negativ effekt på livskvaliteten til pasientene.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å skaffe kunnskap og forståelse for hva en sykepleier kan gjøre for å bidra til best mulig livskvalitet hos pasienter som går i dialysebehandling og er avhengig av denne behandlingen for å leve. Med en problemstilling som lyder: << *Hvordan bidra til best mulig livskvalitet hos pasienter som mottar dialysebehandling?* >>

Metode: I oppgaven blir det brukt litteraturstudie som metode. Jeg har samlet inn data fra forskningslitteratur og faglitteratur.

Funn: I funnene kommer det frem at det er viktig å bli sett og forstått som et ekte menneske, betydningen av god kommunikasjon og informasjon og pasient medvirkning som kan bli med og bidra til best mulig livskvalitet til pasienter som går i dialyse behandling.

Konklusjon: For at sykepleiere skal bidra til best mulig livskvalitet må de se på pasientene som unike enkeltindivider, ta seg tid til å samtale med pasienten og se på pasientene som autoriteter og la pasienten få medvirke i egen behandling.

Abstract

Background: Patients who are dependent on dialysis treatment are exposed to experience poorer quality of life than the general population. End-stage chronic renal failure and the treatment required is shown in several studies, that the disease and the treatment has a negative effect on quality of life for patients.

Purpose: The purpose of this assignment is to provide knowledge and understanding of what a nurse can do to contribute to the best possible quality of life too patients who go to dialysis treatment and is dependent on this treatment for living. With an issue that reads: << How contribute to the best possible quality of life in patients receiving dialysis treatment? >>

Method: In this assignment is it used literature study as method. I have collected data from research articles and books with related literature.

Findings: In the findings it emerges that it is important to be seen and understood as a real human being , the importance of good communication and information and patient involvement can contribute to the best possible quality of life to patients how goes to dialysis treatment.

Conclusion: For nurses to contribute to the best possible quality of life , they must look at patients as unique individuals, take time to talk with the patients and look at patients as authorities and let the patient get involved and contribute in their own treatment .

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 OPPGAVENS FORMÅL	6
1.3 PROBLEMSTILLING	7
1.4 AVGRENSING OG PRESISERING	7
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	8
2 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK	9
2.1 KRONISK NYRESVIKT	9
2.2 AKTIV NYRESVIKT BEHANDLING	10
2.2.1 HEMODIALYSE	10
2.3 Å LEVE MED KRONISK SYKDOM	10
2.4 LIVSKVALITET	11
2.5 SJUKEPLEIE TEORETISK PERSPEKTIV	13
2.5.1 JOYCE TRAVELBEE SYN PÅ SYKEPLEIE	13
2.5.2 MENNESKE TIL MENNESKE FORHOLD	13
2.6 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	15
3 METODE	16
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	16
3.2 KRITERIER FOR VALG AV LITTERATUR OG KILDEKRITIKK	17
3.3 ETISKE OVERVEIELSER	18
4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	19
5 DRØFTING	22
5.1 BLI SETT OG FORSTÅTT SOM ET EKTE MENNESKE	22
5.2 BETYDNINGEN AV GOD KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON	24
5.3 PASIENT MEDVIRKNING	27
6 AVSLUTNING	31
7 LITTERATURLISTE	32
VEDLEGG 1	36

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er livskvalitet hos pasienter som mottar dialyse behandling. Pasienter som lever med hemodialyse behandling strever med tids forbruket av behandlingen og føler de lever et begrenset liv. Pasientene føler seg sårbare i omsorgssituasjonen, og at helsevesenet ikke alltid vet hva pasientene føler om hemodialyse behandlingen (Hagren, Severinsson, Lutzen & Clyne, 2005). En annen studie fra Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen & Clyne (2001) kommer det frem til at hemodialyse pasienter slet med at de følte de mistet friheten, og ble avhengig av helsevesenet. Det var viktig for pasientene å oppleve optimisme og at de opplevde autonomi.

Denne pasientgruppen kan derfor være utsatt for å oppleve dårlig livskvalitet. Cleary & Drennan (2005) har gjort en studie på livskvalitet i forhold til hemodialyse pasienter og befolkningen generelt. Der resultatet viste at hemodialyse pasienter har betydelig dårligere livskvalitet en befolkningen generelt. Dialysepasientene opplevde betydelig dårligere livskvalitet, spesielt når det gjaldt livskraft, fysiske og psykologisk funksjoner (Cleary & Drennan, 2005).

Interessen for kronisk nyresvikt og dialysebehandling kom da jeg var i praksis og fikk besøke dialyseavdelingen. Forekomsten av sykdommene som fører til kronisk nyresvikt er økende, antageligvis 10 % av Norges befolkning har kronisk nyreskade (Gøransson & Larsen, 2011, s.307). Som ferdig sykepleier vil en kunne komme borti denne diagnosen på flere arenaer. Jeg mener at det er nødvendig med økende kunnskap rundt dette temaet.

1.2 Oppgavens formål

Dette er den avsluttende bachelor oppgaven i sykepleiestudiet. Formålet med oppgaven er å få en dypere forståelse for pasienter som går i dialysebehandling, og er

avhengig av denne behandlingen for resten av livet. Det er livskvalitet rundt denne pasient gruppen jeg vil se nærmere på. Pasienter som får dialysebehandling har alvorlig svikt i nyrenes funksjon.

1.3 Problemstilling

Hvordan bidra til best mulig livskvalitet hos pasienter som mottar dialysebehandling?

1.4 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til pasienter med kronisk nyresvikt som går i hemodialyse behandling. Kronisk nyresvikt deles inn i 5 stadier. Det er først når pasienten er i stadiet 4-5 med alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyrefunksjon at det defineres som kronisk nyresvikt (Gulbrandsen, 2010, s. 92). Det er disse pasientene jeg vil ha oppmerksomheten på i oppgaven.

Hemodialyse behandling i Norge skjer på egne dialyseavdelinger på sykehuset. På grunn av ordbegrensning tar oppgaven ikke stilling til pasienter som står i kø eller er kandidat for transplantasjon. Oppgaven omhandler både kvinner og menn. Det er ikke fokusert på barn i denne oppgaven ettersom det finnes færre studier innenfor dette, og det er sjeldnere vi møter barn med hemodialyse behandling i stadiet 4 og 5. Aldersgruppen i oppgaven vil være fra 18 år og oppover. Fokuset i oppgaven vil være hvordan sykepleiere kan være delaktig i å bidra til best mulig livskvalitet hos dialysepasienter. Oppgaven vil ikke omhandle praktiske sykepleie tiltak til pasienter som går til hemodialyse behandling. Jeg har valgt å ikke ha fokusere på hvilken rolle pårørende har for pasienten ettersom jeg ønsker å ta for meg pasient- sykepleier forholdet. Jeg vil videre i oppgaven definere pasienten som han og sykepleier som henne.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp slik at jeg startet med å presentere tema og bakgrunn for valg av tema. I tillegg til oppgavens formål. Videre presenterer jeg problemstilling og avgrensing og presisering. Deretter kommer teori del hvor jeg definerer sentrale begreper i oppgaven og tar for meg sentrale elementer i Joyce Travelbee sykepleieteori. Etter dette følger metode delen etter fulgt av presentasjon av forsknings artiklene jeg har funnet, før jeg i drøftingsdelen diskuterer problemstillingen ut i fra forskning, teori og noe egen erfaring. Avslutningsvis følges en oppsummering med svar på oppgavens problemstilling. Oppgaven følger en standard form for oppgave innhold (Dalland, 2012, s. 224).

2 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Kronisk nyresvikt

Kronisk nyresvikt kan også kalles uremi i endestadiet. 10% av Norges befolkning har antageligvis kronisk nyresvikt. Grunnen til dette er økt forekomst av sykdommer som fører til kronisk nyresvikt. Hyppigste årsaken til uremi i Norge er hypertensjon, primær glomerulonefritter, nyresykdom på grunn av diabetes og medfødt nyresykdom (Gøransson & Larsen, 2011, s.307).

Kronisk nyresvikt er en sykdom som oppstår når nyrenes funksjon er sterkt redusert eller tapt. Nyrene har tre hovedfunksjoner:

- utskilling av avfallsstoffer
- regulere væske- og elektrolyttbalansen
- endokrine funksjoner, produksjon og utskilling av renin, erythropoetin og aktiveringen av vitamin D (Gulbrandsen, 2010, s. 92).

Kronisk nyresvikt kan deles inn i stadier, *The National Kidney Foundation* har gitt ut retningslinjer for denne inndelingen. De forskjellige stadiene sier noe om graden av redusert nyrefunksjon og den vedvarende proteinuri, som angis etter den glomerulære filtrasjonshastigheten (Gøransson & Larsen, 2011, s.307).

Behandlingen av kronisk nyresvikt kan være konservativ. Konservativ behandling vil si å behandle de fysiologiske forstyrrelsene en kan få ved kronisk nyresvikt. Når den konservative behandlingen ikke lenger har noe effekt går en over til aktiv behandling (Gulbrandsen, 2010, s. 93). Aktiv behandling er også kalt nyreerstattende behandling som dialyse og nyretransplantasjon (Gulbrandsen, 2010, s. 93).

2.2 Aktiv nyresvikt behandling

Det er to former for nyreerstattende behandling. Nyretransplantasjon og dialysebehandling er de to formene for nyreerstattende behandling som finnes. Dialysebehandling forekommer når nyresvikten blir verre, og avfallsprodukter og overskudds væske hoper seg opp i kroppen. Denne behandlingen kan være med og redde liv for pasienter med nedsatt nyrefunksjon og pasienter med alvorlige forgiftninger (Gulbrandsen, 2010, s. 95).

2.2.1 Hemodialyse

Hemodialyse er som sagt en nyreerstattende behandling. Det finnes to typer dialyse, peritonealdialyse og hemodialyse som er fokuset i denne oppgaven. Ved hemodialyse renses pasientens blod utenfor kroppen, dette skjer ved hjelp av et dialysekateter eller en arteriovenøs fistel /graft. Via denne tilgangen føres pasientens blod til dialysefilteret, der renseprosessen skjer, og deretter føres blodet tilbake. Intermitterende dialyse er høyeffektiv behandling, hvor både dialyse og væsketrekk skjer med høyt strømningshastighet slik at filtrasjonen skjer hurtig, 4-5 timer. Denne brukes oftest til pasienter med kronisk nyresvikt som går i behandling 3-4 ganger i uken (Gulbrandsen, 2010, s. 96-97).

Det kan oppstå ulike akutte komplikasjoner ved hemodialyse behandling, hypotensjon, hodesmerter, allergiske komplikasjoner, luftemboli, arytmi og brystmerter. Det er en sykepleier rolle og observere, vurdere og forebygge disse komplikasjonene (Gulbrandsen, 2010, .s. 97).

2.3 Å leve med kronisk sykdom

Å få kronisk sykdom endrer livet til den syke, men også for familie og venner. Den kroniske sykdommen kan virke inn på arbeidssituasjonen, og hindre den syke og leve på samme måte som han gjorde før sykdommen inntraff. En definisjon av kronisk sykdom kan lyde som følgende, avvik fra det normale som er permanente, medfører

funksjonshemming, endringer i patologien som ikke kan gå tilbake. Eller hvis en krever rehabiliteringsprogram eller langvarig veiledning, observasjon og pleie (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 11)

Det er mye forskning rundt det å leve med kronisk sykdom, de fleste studiene er diagnosespesifisert. I boken ”å leve med kronisk sykdom” skriver Gjengedal & Hanestad (2007) om studier der pasienter med kronisk sykdom forteller om hvordan det er å leve med kronisk sykdom. Et liv fullt med restriksjoner, sosial tilbaketrukkethet, føle seg undervurder og som en byrde for andre (Gjengedal & Hanestad, 2007, s.19-20).

2.4 Livskvalitet

Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som:

Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av (Rustøen, 2004, s.20).

Definisjonen deles videre inn i seks områder, det psykologiske, nivå av uavhengighet, sosiale relasjoner, omgivelser og åndelighet, religion og personlig tro. Definisjonen av livskvalitet til verdenshelseorganisasjon tar utgangspunkt i enkeltmenneskets egne vurderinger av sin posisjon i livet, i tillegg til at de har tatt utgangspunkt i det fysiske, psykologiske, sosiale, åndelige synsvinklene og uavhengighet. Uavhengighet er sjelden gitt så sentral plass i en definisjon av livskvalitet, men det er klart at det spiller inn på livskvaliteten (Rustøen, 2004, s.20-21).

Næss (1986) (sitert i Rustøen 2004) sin definisjon av livskvalitet er relevant for sykepleiere og dens fire områder kommer kanskje best ut i møtet med kronisk syke pasienter, derfor passer denne definisjonen godt til de kronisk nyresyke pasientene som går i dialyse behandling i denne oppgaven.

Næss definerte i 1986 (sitert i Rustøen, 2004), god og høy livskvalitet ut i fra fire punkter:

- I hvor høy grad personen er aktiv

- Har samhørighet
- Har selvfølelse
- Grunnstemning av glede

(Rustøen, 2010, s. 32).

Rustøen refererer til (Næss, 1994) når hun skriver at Næss med det første punktet mener hun at en bør være opptatt av noe som er meningsfullt, det å ha interesse utenfor seg selv er viktig. Er man selvopptatt vil det støte folk vekk. Punk nummer to legger vekt på et fellesskap med kvalitet, nærhet, varme og gjensidighet. Dette forholde sier Næss en bør ha til minst ett annet menneske, utenom det mener Næss at det er verdifullt å tilhøre noe eller noen. Eksempelvis føle seg som en del av en gruppe. Det tredje punktet spiller på selvfølelsen. Følelsen av å mestre noe og føle seg selvsikker. Man skal ikke føle skam og skyld. Hun stiller seg spørsmålet om en må være fri for skam og skyld for å oppleve livskvalitet. Næss har tolket dette slik: skyld og skam er i dag utbredt og det plager mange, men desto mindre skyld og skam et menneske har, desto bedre livskvalitet vil mennesket få. Det siste punktet er psyken vår, psyken vil mulig komme som en konsekvens av de andre punktene. Næss trekker også inn at en må være fri for uro, bekymringer, angst, rastløshet, tomhetsfølelse, nedstemthet, ubehag og smerte. Spørsmålet her er om man kan være lykkelig hvis man ikke har perioder der man føler uro, bekymringer og angst. Som Næss skriver, kan man ikke alltid føle glede, da vil ikke gleden være verdifull (Rustøen, 2004, s.18-19).

Disse fire punktene sammen utgjør livskvalitet i følge Næss. Næss, Mastekaas, Moum & Sørensen (2001) som skriver at livskvalitet er å ha det godt. Gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv er å ha det godt. Livskvaliteten er høy dersom mennesket har mer positivt enn negativt i livet og lav hvis mennesket har mer negativt enn positivt i livet (Næss, et. al. 2001).

I denne oppgaven brukes Næss sin defensjon av livskvalitet ettersom denne kan ha mer betydning for sykepleie (Rustøen, 2004, s. 19). Pasienter som lever med kronisk sykdom vil søke etter noe meningsfullt. Selvfølelsen vil mulig også være viktig for

disse pasientene, det å se noe vakkert og ta i mot glede fra verden rundt seg vil være med på å styrke livskvaliteten (Rustøen, 2004, s.19).

2.5 Sjukepleie teoretisk perspektiv

2.5.1 Joyce Travelbee syn på sykepleie

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee,1999, s. 29).

Det er nødvendig at sykepleier forstår sykdom gjennom menneskelig erfaring. Det er ikke nok å lære om behandling, symptomer, tegn, sykepleieromsorg og prognoser. For å gi kompetanse og omtenksom omsorg må sykepleier gjennomgå menneskelige erfaringer. Mennesker har en tendens til å ta ting for gitt, til den dagen de ikke har det lenger. Eksempelvis tar en for gitt at en kan se , snakke og er smertefri før du får problemer med det selv. Det samme gjelder enkle oppgaver som å kle av og på seg. Vi merker ikke at vi har styrke, energi og livskraft før det begynner å gå tapt gjennom sykdom (Travelbee, 1999, s. 126).

2.5.2 Menneske til menneske forhold

I et hvert møte mellom sykepleier og den syke utøves det kommunikasjon. Det er flere måter å kommunisere på, verbal, gjennom utseende, atferd, holdninger og ansiktsuttrykk. En kommuniserer enten en er bevist på det eller ikke. I alle møter mellom sykepleier og pasient har de mulighet til å bli bedre kjent og sykepleier kan lære å kjenne pasienten og ivareta pasientens behov, gjennom dette kan de etablere et menneske- til- menneske- forhold (Travelbee, 1999, s. 135).

Travelbee hadde en grunntanke om at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske- til- menneske- forhold.

Travelbee's definisjon av menneske-til-menneske-forhold:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en reke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de (n) hun har omsorg for. Hoved kjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien) får sine behov ivaretatt (Travelbee,1999, s. 177).

Dette oppnås når både sykepleier og den syke forholder seg til hverandre som unike enkeltindivider, ikke "sykepleier" og "pasient". Det er når de opplever hverandre som menneske at den reelle kontakten oppstår. Når menneske-til-menneske-forholdet oppstår kan sykepleier oppfylle sine mål. Å hjelpe den syke med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene. En annen grunntanke Travelbee hadde for at menneske- til- menneske- forhold skulle etableres, var at sykepleier og den syke må gjennom 4 faser:

- Det innledende møtet
- Fremvekst av identitet
- Empati
- Sympati og medfølelse.

Den første fasen, det innledende møtet vil både den syke og sykepleier observere, bygge opp antagelser og gjøre seg opp en mening av den andre. Det første som skjer er et førsteinntrykk, her vil begge kunne sammenligne med tidligere møter av stereotypene "pasient", "sykepleier" eller av folkesnakk og kunnskap. Dette inntrykket kan forandres etter hvert som partene blir bedre kjent. Hvis sykepleier ikke selv forstår at hun stereotyper pasienten, kommer hun ikke videre i forholdet. Sykepleier oppgaven er å bryte ned stereotype "pasienten" og se hvert enkelte individ for det menneske de er (Travelbee,1999s. 186-187).

Den neste fasen begynner sykepleier og pasient å etablere et forhold, begges identitet og personlighet kommer til syne. Sykepleier begynner å forstå pasientens situasjon og pasient ser sykepleier som den personen han/hun er, og kategoriserer i mindre grad (Travelbee,1999s. 188).

Empati innebærer i følge Lillestø (2010) å sette seg inn i, og forstå hvordan pasienten har det og opplever sin situasjon så langt det er mulig. Den neste fasen vil enkelt mennesket nesten umiddelbart skjønne hva den andre tenker og føler (Travelbee,1999s. 193).

Den siste fasen er en fortsettelse på empatifasen. I fasen om sympati og medfølelse har partene en indre trang og ønske om at den andre skal ha det bra og ikke lide (Travelbee,1999s. 200).

2.6 Kunnskapsbasert praksis

Råd og tiltak vi velger å utøve i helsetjenesten bør baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.16).

Kunnskapsbasert praksis betyr at fagutøvere målbevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Innenfor kunnskapsbasert praksis inngår kunnskapskildene:

- Erfaringsbaser kunnskap,
- Brukerkunnskap og brukarmedvirkning
- Forskningsbasert kunnskap

(Nortvedt et. al. 2012, s.16).

Kunnskapsbasert praksis innebærer i følge Nortvedt, et.al (2012) å holde seg oppdatert, spørre etter og bruke oppsummert forskningsbasert kunnskap når den eksisterer. Det er ikke tilstrekkelig å ta beslutninger ut fra forskningsbasert praksis alene, det skal alltid tas hensyn til faglig skjønn gjennom kliniske erfaringer du har med deg og gjennom etiske vurderinger. I tillegg må en ta hensyn til pasientens ønsker og behov og legge til rette for at pasienten kan gjøre kompetente valg, der det er aktuelt. Praksisen du utøver vil også være påvirket av rammene du arbeider innenfor som sykepleier (Nortvedt, et. al. 2012,s. 16).

3 Metode

Metode sier noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s.111). Sosiolog Vilhelm Aubert er ofte brukt når det stilles spørsmål om hva metode er, Aubert formulerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2012, s.111).

Dalland (2012) skriver om at metode brukes som et redskap når vi vil finne ut mer om et tema, den hjelper oss å samle inn relevant informasjon.

Vi skiller mellom to ulike metoder, kvalitative metoder og kvantitative metoder. Kvantitativ metode gir data i målbare enheter, tallene gir oss mulighet til å gjennomføre regneoperasjoner (Dalland, 2012, s.112). Eksempelvis for å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkning eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av hjelp fra staten (Dalland, 2012, s.112). I kvalitativ metode finner en meninger og opplevelser som en ikke kan måle med tall (Dalland, 2012, s.112). I kvalitativ studie bør forskeren ta stilling til sin forståelse, det vil si kunnskapen forskeren har på det valgte området (Dalland, 2012, s.112). Begge metodene bidrar til at vi kan få en bedre forståelse av samfunnet vi bor i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s.112).

3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har to ulike typer litteraturstudier, allmenn litteraturstudie og systematisk litteraturstudie. I allmenn studier analyseres og beskrives valgte studier (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 25-26). Mens i systematisk litteraturstudie, er tilnærmet lik hvordan denne oppgaven er bygd opp. Det er en litteraturstudie som metode, der jeg har valgt en problemstilling og bruker forskningsartikler og annen faglitteratur for å svare på problemstillingen. Mulrow og Oxman (sitert i Forsberg & Wengstrøm, 2013) definerer et systematisk litteraturstudie som et studie med en tydelig formulert

problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 27).

3.2 Kriterier for valg av litteratur og kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å avgjøre om kildene er sanne, en må vurdere kildene en benytter godt (Dalland, 2012, s.67).

Det er to sider ved kildekritikk i følge (Dalland, 2012, s.68). Den ene siden er litteratursøk, der du finner frem til litteratur som kan belyse din problemstilling på best mulig måte (Dalland, 2012, s.68). Det første jeg har gjort i denne oppgaven er å velge en problemstilling og konferert denne med veileder. Deretter har jeg lett i pensum bøker og andre relevante fagbøker for å finne stoff som kan bygge opp under min oppgave. Jeg har gjort meg kjent med de ulike søke databasene på skole bibliotekets nettsider, og søkt meg frem til relevant og aktuell forskning. Videre vil jeg fremstille den andre siden ved kildekritikk, som ifølge Dalland (2012) handler om å gjøre rede for oppgavens angitte litteratur. Jeg presenterer fem artikler i denne oppgaven. Jeg søkte i mange ulike databaser, men de databasene jeg fant de mest relevante studiene var i CINAL og SveMed+. En oversikt over søkeprosessen min finnes i vedlegg 1 bak i oppgaven. Jeg presenterer de forskningsartiklene jeg mener har best kvalitet og relevans for min problemstilling. Noen av studiene svarer ikke helt direkte på problemstillingen, men jeg har valgt å ta dem med for de har kommet frem til funn som er relevant for oppgaven.

I denne oppgaven har jeg tilstrebet for å bruke primærkilder. En primærkilde er originalen. Primærkilder er rapporter fra ulike forskning eller fagutviklings prosjekter, det vil si artikler som er publisert i tidsskrifter (Bjørk & Solhaug, 2008, s.44).

Kunnskap som er formulert i lover, forskrifter og etiske retningslinjer er også primærkilder når innholdet refereres. Bøker kan også være primærkilde (Bjørk & Solhaug, 2008, s.44). Det kan være lurt å bruke primær kilde når en skal sette seg inn i teorier. Som jeg eksempelvis har gjort i denne oppgaven, jeg har tatt for meg Travelbee (1999) som er en anerkjent sykepleieteoretiker som fremdeles blir brukt i nyere litteratur og undervisning i sykepleie. Jeg har også prøvd å bruke artikler av nyere dato. Få av artiklene er eldre enn 10 år, de som er eldre enn 10 år er tatt med

fordi, etter min mening kommer frem til relevante funn som gjelder per dags dato.

3.3 Ethiske overveielser

Dalland (2012) skriver om etiske gjennomtenkninger. Det er mer enn å følge regler, en må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt fører med seg, og hvordan vi kan håndtere disse utfordringene. Vi jobber med pasient opplysninger, samfunnet stiller derfor visse krav til oss, blant annet taushetsplikt. Som helsepersonell får vi tilgang på menneskers personlige opplysninger, denne informasjonen skal vi holde for oss selv, så lenge det ikke er innenfor jobb og til relevant bruk (Dalland, 2012, s. 104).

Det er viktig og referere rett til referanser og sitater en har brukt. Opphavsmannen skal ha sitt navn med slik at ikke forfatteren av boken har gjort seg til eier av en annens sitat (Olsson & Sorensen, 2003, s. 61). I denne oppgaven refererer jeg i forhold til APA (American Psychological Association). Den svenske Komitéen om forskningsetikk (1998) har satt opp en liste på vitenskapelig bedrag.

1. ikke håndtert data/kildemateriale og vitenskapelig metode rett.
 2. plagiat- ta noe som en annen har skrevet og gjøre det til sitt eget.
 3. Ikke gjort rett i forhold til publisering
 4. Ikke gjort rett i forhold til interessekonflikter
- (Olsson & Sorensen, 2003, s. 61-62).

4 Presentasjon av forskningsartikler

Perceptions of patient participation amongst elderly patients with end-stage renal disease in a dialysis unit (2011). Aasen, Kvangarsnes & Heggen.

Hensikten med studiet var å se hvor stor deltagelse eldre med terminal kronisk nyresvikt som skal gå i hemodialyse behandling resten av livet, hadde i egenbehandling ved dialyseavdelinger. Det er en kvalitativ studie, der de har brukt data hentet fra intervjuer fra 11 pasienter som går i hemodialyse behandling. Studiet hadde to hovedfunn:

1. Helsevesenets makt og dominans
2. Pasientene slet med å være delaktige i beslutninger.

Pasientene stolte på helsevesenet, men noen følte seg maktesløse og var redde for hva som kunne skje hvis de nektet å følge bestemmelser som var satt. Det kom frem i studie at pasientene ønsket samtale om fremtiden. Pasientene ønsket å bli mer involvert i faktorer som truet livskvaliteten i daglig livet. Konklusjonene ble at eldre ikke får delta tilstrekkelig i bestemmelser om deres egenbehandling i hemodialyse avdelinger. Studien tar for seg eldre pasienter men de er innenfor aldersgrensene jeg har satt på oppgaven derfor velger jeg å ta i bruk denne studien.

Maintenance haemodialysis: patients experiences of their life situation (2005). Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen & Clyne.

Hensikten med studiet var å finne ut hvordan pasienter med kronisk nyresvikt som går i hemodialyse behandling opplever sin livssituasjon. Bakgrunnen var at denne viten er nødvendig for å skaffe profesjonell støtte som tar pasientens livskvalitet i betraktning. Det er en kvalitativ artikkel som har tatt utgangspunkt i intervjuer fra 41 pasienter mellom 29 og 86 år. De ville finne noen fellesnevner mellom pasientene som påvirket livs situasjonene deres. I dette studiet kom frem til 3 funn som gikk igjen hos pasientene.

1. Ikke finne plass til å leve.
2. Følelser ble fremkalt i omsorgs situasjon.
3. Forsøke å styre et liv med restriksjoner.

Pasientene føler livet er fult av restriksjoner, lang behandlingstid, de føler seg sårbare og emosjonelle. Pasientene i denne studien uttrykte indirekte en eksistensiell kamp, noe som indikerer at utbredelsen av tid og rom ble viktige eksistensielle dimensjoner av kronisk nyresvikt. Funnene viste at omsorgspersonene ikke alltid var klar over at de forårsaket en følelse av emosjonell distanse og en følelse av sårbarhet hos pasienten.

Sygeplejen ved hæmodialyse- Patientens og personalets perspektiv (2011). Bæk, Pedersen, Poulsen & Agerskov.

Hensikten med studiet var å undersøke sykepleie ved hemodialyse fra et pasient og personalperspektiv. Det er en kvalitativ studie der det ble brukt dialog for å få innsikt i pasientenes og personalets opplevelser og forventninger. Funnene viste at det var viktig for pasientene at sykepleierne viste respekt og var klar ved start og avslutning av dialysebehandling. Dette så pasientene kunne gjenoppta aktiviteter og komme tilbake til daglig livet så fort som mulig. Det kom også frem at pasientene opplevde det positivt å bli involvert i sykepleien, og fikk informasjon om behandlingen og når det var mulig å oppnå høy grad av egenomsorg.

Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease (2005). Cleary & Drennan.

Hensikten med studiet var samle livskvaliteten på pasienter som mottok hemodialysebehandling og sammenligne med livskvaliteten til befolkningen generelt, og se forskjellen på livskvaliteten på de som får tilstrekkelig dialyse og de som ikke får tilstrekkelig dialyse. Det er en kvantitativ artikkel. Det ble gjort en beskrivende tverrsnittundersøkelse av 97 pasienter fra Irland som fikk hemodialysebehandling. Funnene i studiet viste at pasienter som fikk hemodialysebehandling hadde lavere fysisk funksjon enn befolkningen generelt. Pasientene med ikke tilstrekkelig dialysebehandling hadde lavere mental funksjon enn de pasientene som fikk tilstrekkelig dialysebehandling. Det viser at sluttstadiet av kronisk nyresvikt og behandlingen som fører med virker negativt inn på livskvaliteten. Hvis sykepleiere får kunnskap om disse funnene kan de vurdere mer nøyaktig og identifisere spesifikke problemområder for hver enkelt pasient for å iverksette tiltak for å bedre dette.

The experience of being 30-45 years of age and depending on haemodialysis treatment: a phenomenological study (2010). Herlin & Wann- Hansson.

Hensikten med studien var å finne ut hvordan personer mellom 30-45 år opplevde det å være avhengig av hemodialyse behandling. Det er en kvalitativ artikkel som tok for seg intervjuer fra ni pasienter som går i hemodialyse behandling i Sverige. Pasientene var redde, ensomme, følte seg avhengig av helsepersonell, og mye tid var tapt i dialyse behandlingen. Alle disse punktene gjorde at de følte de mistet noe av friheten sin. De følte at hemodialyse behandlingen ført til at de ikke hadde noe liv, og at livet stod stille. Resultatet fikk også frem at pasientene forventet kunnskapsrike hjelpere, og at det skulle fokuseres på unge hemodialyse pasienter, hvordan de kunne takle livssituasjonen de var oppi. Denne studien tar for seg pasienter som er kandidater for transplantasjon, jeg har valgt å ta denne med fordi de er avhengig av dialysen og pasienten sier noe om hvordan de opplever det å få hemodialyse behandling, I tillegg tar studie utgangspunkt i pasienter i alderen 30-45 år, og denne gruppen går under alders kriteriene jeg har i oppgaven.

5 Drøfting

Jeg vil i drøftings delen drøfte problemstillingen opp mot forskningslitteratur og faglitteratur for å prøve å komme frem til et svar. Jeg vil trekke inn noe egen erfaring fra praksis. Temaene som blir drøftet er:

- Bli sett og forstått som et ekte menneske
- Betydningen av god kommunikasjon og informasjon
- Pasient medvirkning

5.1 Bli sett og forstått som et ekte menneske

I studien til Herlin & Wann- Hansson (2010) uttrykker pasientene at de ønsker å bli sett som et ekte menneske, ikke bare som en pasient. De ønsket et forhold til sykepleierne som var mer som et venneforhold. Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen & Clyne (2005) skriver at pasienter som får hemodialyse behandling føler at sykepleierne ikke forstår og respekterer livssituasjonene deres. Det vises i studie til Cleary & Drennan (2005) at sluttstadiet av kronisk nyresvikt og behandlingen som følger med, virker negativt inn på livskvaliteten til pasientene. Dette er et interessante funn og en kan stille seg spørsmålet om sykepleiere ikke har nok kunnskap innenfor dette området

Travelbee (1999) skriver at det er den profesjonelle sykepleieren sin oppgave å bygge et menneske- til- menneske- forhold mellom pasient og sykepleier. Dette forholdet kjennetegnes ved at sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, eller som Herlin & Wann- Hansson (2010) uttrykte i sin studie, ekte mennesker. Travelbee (1999) bruker ikke uttrykkene sykepleier og pasient, fordi hun mener at disse stereotypene ikke kan nå helt inn til hverandre. Det er først når de klarer å se utenom disse stereotypene, de kan oppnå et menneske- til- menneske- forhold, og den reelle kontakten oppstår.

Et menneske- til menneske- forhold vil si erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun har omsorg for, og den syke får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 177). Menneske- til – menneske- forhold er en gjensidig prosess, den

etableres av at begge parter bygger opp forholdet, men ansvaret for å etablere og opprettholde forholdet ligger hos sykepleieren. Travelbee har satt opp 4 faser sykepleier og den syke må gjennom for å oppnå et menneske- til- menneske- forhold. Det innledende møtet, framvekst av identiteter, empatifasen, sympatifasen og medfølelse. Gjennom disse fasene oppnår en gjensidig følelse og kontakt, dette er i følge Travelbee (1999) det overordnede målet for all sykepleie. Med denne kunnskapen er det mulig for sykepleierne å forstå pasientenes situasjon bedre.

I studien til Hagren et. al. (2005) viser funnene at sykepleierne ikke alltid var klar over at de forårsaket en følelse av emosjonell distanse og sårbarhet hos pasientene. Men er det slik at viss sykepleierne har empati ovenfor pasientene er det mer sannsynlig at de forstår pasientenes livssituasjon? Travelbee (1999) skriver at empati er av verdi for å oppnå en gjensidig forståelse og kontakt. Hun skriver også hvordan empati finner sted, der erfaringer oppleves mellom to eller flere mennesker. Å ha empati er en følelse av å være sammen om noe, samtidig som en er to ulike individer (Travelbee, 1999.s. 193). En kan også hevde det slik som Holm (2005) beskriver det særegne med ordet empati, man får en plutselig kunnskap eller innsikt om den andres følellestilstand.

Pasientene i studien til Aasen, Kvangarsnes & Heggen (2011) forteller om sykepleiere som ikke har nok tid til å se den enkelte. Det er viktig at sykepleieren forstår livssituasjonen til pasientene. For å kunne gi god omsorg til det syke menneske må sykepleieren forstå hva som er reelt for individet, da sykdom er en erfaring som hvert enkelt menneske gjennomgår (Travelbee, 1999, s. 126). Eksempelvis er det viktigere for mange pasienter som går i dialyse å leve er liv med god livskvalitet, enn å leve et langt liv (Aasen et. al. 2011).

Det er blitt økende fokus på livskvalitet, i tillegg til å forstå og behandle sykdom har livskvalitet fått en sentral rolle i behandlingsfilosofien (Wahl, Hanestad, 2007,s. 29). Et langt liv er ikke nødvendigvis et godt liv (Wahl, Hanestad, 2007,s. 29). Dette understreke det pasientene selv sier i studien til Aasen et. al. (2011) at det er viktigere å leve et godt liv istedenfor et langt liv. Næss, Mastekaas, Moum & Sørensen (2001) sier også i sin definisjon av livskvalitet at å ha et godt liv er det samme som å ha høy livskvalitet. Denne informasjonen og dette fokuset er med på å gi sykepleierne en

bedre mulighet til å bidra til økt livskvalitet til den enkelte pasient som går i dialysebehandling.

5.2 Betydningen av god kommunikasjon og informasjon

I studien til Aasen et. al. (2011) uttrykker pasientene en følelse av å ikke få tilstrekkelig informasjon fra sykepleierne. De ytrer et ønske om mer kunnskap når det gjelder selve sykdommen og dens forløp. Det kommer også frem i studiet at pasientene føler helsevesenet har glemt dem, de savnet samtaler og de følte seg maktesløse. Rustøen (2010) refererer til Næss (1994) sin definisjon av livskvalitet, der Næss trekker inn punktet om at en må være fri for blant annet uro, bekymringer, angst og ubehag for å oppnå en høy livskvalitet. Hvor stor betydning tilstrekkelig informasjon har å si, kan ikke fremheves nok. Det å forstå egen situasjon og i tillegg kunne gjøre noe med den, er betydelig for pasientene.

Vi informerer mer enn noen gang, pasientinformasjon har til og med blitt en lovpålagt oppgave (Ekeland, 2007, s. 29-30). Retten på informasjon er skrevet ned i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3 – 2 der det står at pasientene har rett til å motta nødvendig informasjon for å få innsikt i eget sykdomsbilde og egenbehandling. For at pasientene skal kunne ha innflytelse og kontroll over egen situasjon, er det viktig at de får tilgang til denne kunnskapen og informasjonen. Det kan være nyttig at det er blitt lovpålagt med pasientinformasjon, men det er ikke sikkert det fører til bedre kommunikasjon (Ekeland, 2007, s. 30). En kan også se dette ut fra de yrkesetiske retningslinjene, som sykepleier skal du visse respekt for liv og det enkelt menneskes egenverd (Norsk sykepleierforbund, 1992). Dette innebærer at pasienten skal få tilstrekkelig informasjon, slik at han selv kan være med og vurdere egen situasjon (Norsk sykepleierforbund, 1992). Vi kan fort bli for opptatte av fakta og de tekniske sidene med informasjonen. Det må ikke glemmes at kommunikasjon mellom mennesker handler like mye om det mellommenneskelige forholdet, relasjoner (Ekeland, 2007, s. 30). I følge Eide & Eide (2007) betyr relasjon at en står i tilknytning til en annen, eksempelvis som sykepleier er du hjelper. Den viktigste relasjonen en har som sykepleier er relasjonen mellom pasient og pårørende (Eide & Eide, 2007, s.100-101). Uten gode relasjoner kan det bli sendt mye informasjon, men

derimot mottatt lite informasjon (Eikeland, 2007, s. 30). Det er viktig at pasientene forstår hva som blir sagt til dem (Eide & Eide, 2007, s. 292). Travelbee (1999) hevder også at kommunikasjon krever en avsender, en mottaker og en mening som forstås av de involverte partene. Dette understreker viktigheten med at pasienten også må forstå hva som blir formidlet.

I studien til Herlin & Wann- Hansson (2010) kommer det frem at pasientene forventet kunnskapsrike hjelpere. Som helsepersonell vet en ganske mye om hva pasienten trenger å vite, men det er sjelden en har fullstendig oversikt over hva pasienten trenger å vite (Eide & Eide, 2007, s. 293). Det kan være du allerede har informert om det pasienten vil vite. Det er ikke sikkert det var relevant for pasienten på det tidspunktet du gav informasjonen, men at det er blitt aktuelt for pasientene nå. Alle pasienter er ulike og har forskjellige ting de lurer på. En kan spørre pasienten hva han trenger å vite, men det kan være pasienten ikke engang vet hva han trenger å vite, situasjonene kan være veldig uoversiktlig for pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 293). Pasientene i studien til Aasen et. al. (2011) uttrykte at de ikke visste hva de skulle spørre om. På en annen side er det tilstrekkelig at sykepleierne har denne kunnskapen, viss de ikke klarer å formidle og kjenne pasienten?

I flere studier har betydningen av at sykepleieren kjenner pasienten kommet frem. I studien til Bæk, Pedersen, Poulsen & Agerskov (2011) uttrykker pasientene at det var viktig for dem at sykepleierne kjente dem og deres historie. Herlin & Wann- Hansson (2010) skriver om hvordan pasientene var usikre når det kom en ny sykepleier og skulle hjelpe dem. Det var viktig for pasientene at kjemien var tilstede. Pasientene som går i hemodialyse behandling bruker mye av sin tid der, og det burde være mulig og ha noe kontinuitet i sykepleierne som jobber ved avdelingen. I studien til Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen & Clyne (2005) får vi presentert en annen hendelse hvor det er viktig at sykepleieren kjenner pasienten. En av pasientene beskriver hvor viktig det er at sykepleieren treffer fistelen når de skal koble han til dialysemaskinen. Han trekker frem at han ikke vil snakke stygt om noen, men det er noen som treffer riktig hver gang, og selvfølgelig ønsker han de sykepleierne som gjør dette. Det bør fremheves at disse funnene er kommet frem gjennom studier, og ikke mellom samtale mellom sykepleier- pasient. Noe som igjen viser viktigheten av god kommunikasjon mellom sykepleier- pasient. I studien til Bæk et.al (2011) hevder de også viktigheten

for at det åpnes for samtale om de forventningene og behovene som er betydningsfulle for pasientene. Kristoffersen & Nortvedt (2012) skriver at profesjonelle relasjoner som mellom sykepleier og pasient, kjennetegnes asymmetri og ensidighet. Det kan være nyttig at sykepleiere får høre hva pasientene føler og har behov for.

Det er kommet frem i studiene at pasientene stolte på sykepleierne og de visste de hadde mye kunnskap. Når en blir syk har en ofte behov for informasjon og kunnskap. Det er en viktig sykepleie oppgave å informere og veilede den syke. Eide & Eide (2007) skriver om viktigheten av at pasienten har forstått det som blir formidlet. Dette er noe som jeg tatt frem i oppgaven tidligere, noe som understreker viktigheten av at pasientene har forstått hva som blir formidlet.

I studien til Bæk et. al. (2011) ble det uttrykt at sykepleierne ble overrasket over at pasientene ville samtale med dem, de (sykepleierne) trodde pasientene bare ville være i fred under behandlingen.

I følge Eide & Eide (2007) er grunnleggende kommunikasjonsferdigheter det å lytte, skape gode og likeverdige relasjoner, observere og tolke verbale og non- verbale signaler, strukturere samtaler og formidle informasjon på en klar og tydelig måte. Sykepleier kan vise pasienten at hun er interessert i livssituasjonen hans ved å ta initiativ til samtale og lytte til pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 293). For å kartlegge og styrke pasientens livskvalitet skriver Rustøen (2001), at i møte med pasienten er det viktig og bruke kunnskaper om kommunikasjon og lytte til pasientens egne opplevelser og erfaringer. En kan spørre pasienten i hvilken grad han opplever god eller dårlig livskvalitet, for å finne ut om pasienten har et godt liv. Næss et. al. (2001) skriver at det å ha det godt, er livskvalitet. Viktigheten av dette ser vi tydelig i Bæk et. al.(2011) sin studie hvor vi altså får høre både pasientene og personalet ved en hemodialyse avdeling sitt perspektiv. Pasientene i denne studien hevder det betydde mye for dem at det var tid til samtale og at noen lyttet til dem. En pasient sa: *en sykepleier som lytter er viktig, hun behøver ikke å si så mye*. En annen sa: *omsorg betyr mye, bare et skulder klapp er fint*. Å vise at man ser og forstår er betydelig, bekreftende kommunikasjon er ferdigheten å kunne formidle at man har sett og forstått det viktige i det den andre vil formidle (Eide & Eide, 2007,s. 220). Ved at

pasientene opplever mer positivt i livet enn negativt, vil livskvaliteten være høy (Næss, 2011, s.18). På en annen side kommer det frem i studie til Aasen et. al. (2011) at pasientene syntes synd på sykepleierne fordi de hadde så mye å gjøre. Som sykepleier har en ofte ansvar for flere pasienter om gangen. Å gjøre en pasient klar til dialyse krever flere tekniske ferdigheter. Etter sykepleier har gjort det som ”må” gjøres kan det være dårlig tid igjen til, for eksempel samtale med pasientene. Kommunikasjon virker eller virker ikke på samme måte som et instrument, og kan ikke gjentas fra pasient til pasient. I en tid hvor det er fokus på behandling og resultater kan det virke for tidkrevende og usikkert å legge vekt på kommunikasjon som en ”medisin” (Ekeland, 2007,s. 29). I forbindelse med at jeg hospiterte på dialyseavdelingen opplevde jeg mye ”død” tid som jeg mener kan brukes til samtale med pasientene. Men sykepleierne må ta initiativ og ville snakke med pasientene om hvordan de har det. Frøjk (2001) skriver at sykepleierne ofte har mangel på kunnskap om pasientenes sosiale og psykiske problemer. Dette mener hun er påkrevet for å gi sykepleie i et helhetsperspektiv.

5.3 Pasient medvirkning

Bæk et. al.(2011) hevder at pasientene ønsket å bli dratt inn i behandlingen. De ønsket å være mer delaktige og aktive. Det største ønsket var at sykepleierne skulle etterspørre deres kunnskap. Noe som samsvarer med funn i studien til Herlin & Wann- Hansson (2010) pasientene ønsket å bli involvert i diskusjoner om forandringer i behandlingen og medikamentene.

Personalet på dialysen spiller en viktig rolle i pasientenes læring om sykdom og behandling. I følge Gulbrandsen (2010) har pasienter som går i dialysebehandling flere utfordringer knyttet til sykdommen og behandlingen. De bør få informasjon om mulige progresjoner av nyresvikten, fordelene og ulempene ved behandlingsmulighetene, styringen av diett og væske restriksjoner, trening, dialyse behandlingen og dialyse tilgangen. Denne informasjonen kan trolig være med på å bedre pasientenes mulighet til egen behandling og ha positiv effekt på livskvaliteten deres.

Som helsepersonell har du mye makt og dominans over pasientene (Aasen et. al. 2011). Verdens helseorganisasjon mener den enkelte og samfunnet skal ta mer ansvar over avgjørelser og handlinger som påvirker deres egen helse. For å få til dette vil de omfordele makt, fra fagpersoner som eksempelvis sykepleiere, til ”ikke- ekspertene”, pasienten (Tveiten, 2012, s. 175). Dette for at pasienten enklere skal styrke sine resurser og troen på seg selv. Sykepleier skal være pasientens samarbeidspartner i empowerment prosessen. Empowerment handler om å få god kontroll over det som påvirker helsen vår (Tveiten, 2012, s. 175).

Herlin & Wann- Hansson (2010) skriver at pasientene i studiet følte seg avhengige av helsepersonell og dette førte til at de følte de mistet friheten. Eide &Eide (2007) skriver at pasienter må sees på som autoriteter, de må sees på med respekt og pasientens perspektiv må tas på alvor, pasientene må få beholde mest mulig innflytelse på egen situasjon. Dette stemmer overens med det Nortvedt et. al (2012) mener må være en del av kunnskapsbasert praksis. I tillegg til erfaringer, etiske vurderinger og holde seg oppdatert på nyere forskning (Nortvedt et. al. 2012, s.16). Det å holde seg oppdatert og holde ved like kunnskap er også et krav en har som sykepleier i følge de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 1992). I tillegg til at pasientene skal ha rett til å medvirke på egenbehandling (Norsk sykepleierforbund, 1992). Med nok kunnskap om sykdom og behandling, kan pasientene være mer delaktige i deres egen behandling (Herlin & Wann- Hansson, 2010).

Å ha et menneske-til- menneske- forhold bør ligge til grunn for å få til god kommunikasjon og samtale mellom sykepleier og pasient. Begge disse bør være tilstede for at pasienten skal få være mest mulig delaktig i egen sykdom og behandling. Sammen kan disse være med på å skape en best mulig livskvalitet for pasientene som går i hemodialyse behandling. Molven (2012) skriver hvordan det i økende grad er blitt lagt vekt på å gi informasjon og opplysninger til å veilede pasienter om deres sykdom, behandling og pleie. Nært samarbeid mellom sykepleier og pasient er nødvendig for god behandling og pleie resultat i sykepleiefaget. Det bør legges til rette for at pasienter skal medvirke til egen behandling. Det kreves vilje i tillegg til, åpen og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Medvirkning bygger på det alminnelige etiske prinsippet om å vise respekt for det

enkelte menneskes autonomi og integritet (Molven, 2012, s. 157).

Autonomiprinsippet vil si at pasienten skal ta egne valg, og selv bestemme over sin behandling og pleie. Dette inkluderer retten til å nekte hjelp (Nortvedt, 2012, s. 97-98). Molven (2012) skriver at det krever vilje fra pasienten for at de skal medvirke i egen behandling. I flere av de presenterte studiene er det pasientene selv som sier de ønsker å bli involvert i egen behandling.

I studie til Hagren et. al. (2005) har en pasient fått muligheten til å koble nålene til fistelen på egenhånd. Dette for å prøve å takle sårbarheten han føler ved å være avhengig av helsepersonellet. Pasienten har gått til dialyse behandling i flere år, en dag hadde sykepleier spurt om han ikke ville koble seg til selv. Selvsagt, hadde pasienten sagt og siden har han koplet seg til selv. I denne situasjonen har sykepleier kjent pasienten noe som vi tidligere har sett i studien til Bæk, Pedersen, Poulsen & Agerskov (2011) var viktig for pasientene. Sykepleiernes mål er å lære pasientene å kjenne og tilfredsstille pasientenes behov for sykepleie. Travelbee (1999) skriver at ved observasjoner og kommunikasjon vil sykepleierne bli klar over pasientenes behov, dette vil ha stor betydning for planlegging av sykepleietiltak.

Pasientene ønsket å være mer delaktige og aktiv i egenbehandling. I studien til Bæk et. al. (2011) tar de opp akkurat det pasienten i studie til Hagren et. al. (2005) fikk til. Pasienten fikk koble seg til dialysemaskinen selv. Sykepleiere med manglende kunnskap og sikkerhet er tilbakeholdende når det gjelder å gjøre pasientene delaktige i tilkoplingen av dialysemaskinen (Bæk et. al, 2011). De spiller på erfarings basert kunnskap, hvor de er redde for sårbarheten og utfordringene i møte med ”ekspertpasienten”. Det holder ikke å ta beslutninger på erfarings basert praksis alene, en må se på forskning, brukermedvirkning og brukerkunnskap, og ut fra disse ta en beslutning (Nortvedt et. al., 2012,s.16). Igjen ser vi at det kan være nyttig og kjenne pasienten. Ved at pasienten får ta del i egen behandling, vil han kunne føle han mestrer sykdommen og føle seg mindre sårbar og avhengig av helsepersonell. Ut ifra at det var dette pasienten ønsket, vil han oppleve en høyere grad av livskvalitet. Næss (2011) skriver at i den grad menneskets bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive vil mennesker oppleve livskvaliteten som høy.

I Sverige har de fått bygget opp et ”selvdialyse senter”, der pasientene får være mer fleksible med dialysetiden, og mer delaktig i behandlingen (Bystrøm, 2008). Pasientene får utdelt et antall dialysetimer i uken, så har de selv ansvaret for å fordele timene. Om de vil gå 3, 4, eller 5 ganger i uken til dialyse. De får selv kjenne på kroppen hva som passer best for dem. Hvis de en dag ikke vil sitte så lenge og få dialyse, kan de det. I følge studie til Aasen et. al. (2011) viser funn at pasientene ble behandlet forskjellig på dette området. Noen fikk være med å diskutere når de skulle ha dialysebehandlingen, mens andre bare fikk vite at de hadde flyttet på dialyse timene deres, uten å snakke med dem først. Med grunnlag fra erfaringene fra disse studiene tror jeg måten de har valgt å gjøre det på i Sverige bidrar til økt brukermedvirkning. Pasientene har rett til medvirkning i følge § 3-1, pasientens og brukerens rett til medvirkning (1999).

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Ved ”selvdialyse senteret” føler pasientene seg mer som et menneske enn en pasient (Bystrøm, 2008). Dette er noe pasientene i studien til Herlin & Wann- Hansson (2010) også ønsket. En kan derfor hevde at ”selvdialyse senteret” de har åpnet i Sverige er positivt for pasientenes livskvalitet på flere områder. Følelsen av å mestre, være delaktig i sykdommen og føle seg selvsikker vil i følge Næss (2011) være med på at pasienten får bedre livskvalitet.

6 Avslutning

Målet med oppgaven var å finne ut hvordan en kan bidra til best mulig livskvalitet hos pasienter som går i dialyse behandling. Ved å se på forskning som tar for seg disse temaene har jeg kommet frem til:

Å bli sett og forstått som et ekte menneske var det første funnet som ble tatt opp i denne oppgaven. Funnet omhandler det å bli sett og forstått i tillegg at sykepleierne forstår livssituasjonen til pasientene.

Betydningen av god kommunikasjon og informasjon kan ikke understrekes nok. Å ta seg tid til samtale med pasientene er en viktig sykepleie oppgave. I tillegg til å gi tilstrekkelig og god informasjon. Dette var noe pasientene følte manglet i de ulike studiene det er tatt utgangspunkt i.

Pasient medvirkning fører til at pasientene får mer kontroll og kunnskap om egen sykdom og behandling. Pasientene i presenterte studier har selv sagt dette er med på å øke deres livskvalitet.

Viktige funn i bacheloroppgaver bør bli gjort kjent for andre sykepleiere. Det er lagt ned mye arbeid i en eksamens bacheloroppgave, og en har fordypet seg på et tema. Det er et krav å holde seg oppdatert på forskning som sykepleier i kunnskapsbasert praksis. Presentasjon av relevante bachelor oppgaver til de ulike avdelingene tror jeg hadde vært lærerikt for personalet og studentene.

7 Litteraturliste

Aasen, E. M., Kvangarsnes, M., & Heggen, K. (2012). Perceptions of patient participation amongst elderly patients with end-stage renal disease in a dialysis unit. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(1), 61-69. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00904.x

Bæk, B., Pedersen, B.D., Agerskov, H., & Poulsen, B. (2011). Sygeplejen ved hæmodialyse. Patientens og personalets perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(1), 57-65. http://www.idunn.no/file/ci/48383223/nsf_2011_01_pdf.pdf

Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie- En ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Bystöm, A. L. (2008) Flexibilitet och delaktighet ger livskvalitet. *Dialäsen nr 1, 2008, side 10 -14*. Tilgjengelig fra: http://www.dialasen.com/PDF/dial1_08.pdf.

Cleary, J., & Drennan, J. (2005). Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *Journal Of Advanced Nursing*, 51(6), 577-586. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03547.x

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dialysis unit. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. http://quest.eb.com/#/search/132_1259264/1/132_1259264/cite

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eikeland, T. J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. T. J. Eikeland & K. Heggen (Red.) *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. & Wengstøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.

Frøjk, M. (2001) Å være nyrepasient I: E. Gjengedal og R. Jakobsen (Red.) *Sykepleie – praksis og utvikling*. Oslo, Cappelen forlag as.

Gjengedal, E. & Hanestad, B. R (2007). Om kronisk sykdom. E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.) *Å leve med kronisk sykdom*. (2.utg. s. 11). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Gulbrandsen, T. (2010). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg., s.92,93,95-97). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gøransson, L & Larsen, S. M. (2011). Sykdommer i nyrene og urinveiene. S. Ørn, J, Mjell, E. B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (1.utg., s.307). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hagren, B., Pettersen, I., Severinsson, E., Lützén, K., & Clyne, N. (2005). Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *Journal Of Clinical Nursing*, 14(3), 294-300. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01036.x

Hagren B., Pettersen I- M., Severinsson E., Lutzen K., & Clyne N. (2001). The hemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end- stage renal disease. *J Adv nurs* 2001; 34; 196-202.

Helseth, S & Nortvedt, F. (2004). Om tillit. I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*. (1.utg., s. 238, 242). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Herlin, C., & Wann-Hansson, C. (2010). The experience of being 30-45 years of age and depending on haemodialysis treatment/ a phenomenological study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(4), 693-699. doi/10.1111/j.1471-6712.2009.00764.x

Holm, U. (2005). *Empati, Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2012). Relasjon mellom sykepleier og pasient. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.) *Grunnleggende Sykepleie 1*. (2. utg., s.85). Oslo: Akademiske.

Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleie boken 2*. (3.utg., s.410). Oslo: Akribe.

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.

Norges sykepleierforbund. (1992). Yrkesetiske retningslinjer og ICN's kodeks. Oslo.

Norsk sykepleierforbund. Hentet 16. Februar

fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/7c2228a6a99484e80d6c34e0386e995f.nbdigital?lang=no#3>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T. og Sørensen, T. (2001) *Livskvalitet som psykisk velvære*. Nova rapport 3. Hentet 14.01.15 fra:

http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf.

Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.) *Livskvalitet forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wahl, A. K. & Ronke, B.(2011). Sykepleie. S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red).

Livskvalitet forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget.

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. . E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.) *Å leve med kronisk sykdom.* (2.utg. s. 29, 30). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Olsson, H. & Sörensen (2003) *Forskningsetiske aspekter og ulike verdi- og normsystemer I: Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999. nr. 63.* Hentet 27. januar 2015 Fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleieboken 2.* (3.utg., s. 32-33). Oslo: Akribe.

Rustøen, T. (2004). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleierne?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis.* (1.utg., s.175). Bergen: Fagbokforlaget.

