



Væskebalanse til pasienter i hemodialyse

En kvalitativ studie om sykepleieres erfaring

Audhild Hannisdal Jørstad

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i klinisk sykepleie

Antall ord: 23 323

01.09.2022

© Forfatter

År: 2022

Tittel: Væskebalanse til pasienter i hemodialyse

Forfatter: Audhild Hannisdal Jørstad

Veileder: Nina Olsvold

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
Sammendrag på norsk	7
Summary in English	8
1 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn og problemstilling.....	11
2 Teori og forskning	13
2.1 Nyrenes normalfunksjon	13
2.1.1 Nyresykdom	14
2.1.2 Nyreerstattende behandling	15
2.2 Hva innebærer overhydrering for pasienten?	15
2.2.1 Hvilke konsekvenser får overhydrering på kort og lang sikt?	16
2.3 Sykepleieres rolle i å forebygge overhydrering hos pasienten.....	18
2.3.1 Bestemme pasientens tørrvekt.....	18
2.3.2 Gjennomføring av væsketrekk	20
2.3.3 Opplæring til pasienter	22
2.4 Hva innebærer kunnskapsbasert praksis?.....	26
3 Design og metode.....	31
3.1 Kvalitativt forskningsdesign	31
3.1.1 Forforståelse og fortolkning	32
3.2 Utvalg og informanter	33
3.3 Datainnsamling.....	35
3.4 Dataanalyse	37
3.5 Reliabilitet og validitet	41
3.5.1 Betraktninger om metode	42
3.6 Etske vurderinger	42
4 Presentasjon av funn.....	44
4.1 Væskebalanse krever avanserte ferdigheter	44
4.1.1 Innsikt og forståelse om væskebalanse	44
4.1.2 Stor individuell variasjon hos pasienter	46
4.1.3 Veien til selvstendighet	48

4.2	Uskrevne regler og uformelle praksiser	50
4.2.1	Erfaring, skjønn og prosedyrer	50
4.2.2	Trygghet og kvalitet på tjenester	52
4.3	Viktig å ha pasienten med på laget.....	54
4.3.1	Samhandling og pasientmedvirkning - Hvordan er dette mulig?.....	54
4.3.2	Tilfeldig pasientopplæring?.....	57
5	Diskusjon.....	60
5.1	Hva innebærer det å jobbe kunnskapsbasert rettet mot væskebalanse til pasienter i hemodialyse?.....	61
5.2	Pasientetterlevelse og medvirkning.....	67
5.2.1	Pasientundervisning	67
5.2.2	Pasientetterlevelse	69
5.2.3	Medvirkning	73
6	Oppsummering og konklusjon	76
6.1	Implikasjoner for praksis.....	77
	Referanseliste	78
	Vedlegg	82
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	82
	Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	84

Forord

Dette masterprosjektet har vært en strevsom, men spennende reise. Første del av studiet inneholdt mye bra undervisning som gav kunnskap og innblikk i områder og fag jeg ikke kjente godt fra før. Jeg satte pris på den digitale undervisningen, kanskje mest fordi jeg slapp å reise til Oslo. Det har vært to ganske annerledes år enn det man har vært vant til undervisningsmessig tidligere. Det å ikke fysisk møte hverken studenter eller lærere en eneste gang, har ikke bare vært positivt. Siste året ble om mulig enda mer ensomt «studiemessig». Har heldigvis hatt digitale treff med veileder og noe kontakt med medstudenter.

Digitale intervju med sykepleiere på ulike sykehus i Norge var også nytt, spennende, krevende og utfordrende. Satte stor pris på alle informantene som tok seg tid til å delta. Det har vært et tidkrevende prosjekt, når jeg trodde jeg nærmet meg ferdig, måtte jeg gjøre mye på nytt igjen. Har nå lagt mange arbeidstimer bak meg, og sitter i igjen med å ha lært veldig mye. Tror heller ikke jeg kommer til å slutte å lære nye ting etter dette, på denne måten kan man hele tiden utvikle seg. Faget står ikke stille.

Jeg er takknemlig for god veiledning og støtte underveis, det hadde ikke vært mulig uten! Er også takknemlig til familien min, som jeg nå gleder meg til å få mer tid sammen med.

Sammendrag på norsk

Bakgrunn: Pasienter med endestadium nyresvikt er utsatt for at væske oppsamles i kroppen. Behandling i form av hemodialyse (HD) bidrar til å rense ut avfallsstoffer og fjerne overskuddsvæske. Enkelte ganger lar ikke væsken seg like lett fjerne, og pasienter utsettes dermed for overhydrering. Denne tilstanden utsetter pasienter for uheldige komplikasjoner både på kort og lang sikt. Sykepleiere utfører en viktig oppgave med å hjelpe pasienter til å ivareta sin væskebalanse. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilken erfaring sykepleiere har med å ivareta pasienters væskebalanse, ikke minst med hensyn til å forebygge overhydrering. Det var også ønskelig å se nærmere på forholdet mellom standardisering og skjønn.

Metode: En kvalitativ metode er benyttet, i form av individuelle intervju med ti sykepleiere fra ulike dialyseavdelinger i Norge, som hadde varierende HD-erfaring. Det ble gjennomført et digitalt intervju med hver informant i perioden oktober – desember 2021. Systematisk tekstkondensering ble benyttet til analysering.

Funn: Kunnskap og forståelse om væskebalanse til pasienter i HD er sammensatt og komplisert. Det kan tyde på at sykepleierne fikk lite teoretisk opplæring. Det var ikke vanlig med skriftlige prosedyrer om væskebalanse, men de hadde derimot mange uskrevne regler. Dette bidro til usikkerhet og forvirring for endel, og funn tyder også på at dette kunne hemme prosessen med å bli selvstendighet.

Pasientopplæring var vanlig, men det virker som om gjennomføringen var noe tilfeldig og lite systematisk. Pasientmedvirkning ble i noen grad ivaretatt, men ikke alle pasienter deltok.

Konklusjon: Sykepleiere trenger avansert kompetanse om væskebalanse. Ved å ta i bruk rammer og prosedyrer om væskebalanse vil dette kunne styrke kvalitet og pasientsikkerhet. Ved økt søkelys på sykepleier-pasient relasjonen kan dette bidra til forbedret pasientetterlevelse og medvirkning.

Nøkkelord: nyresykdom, hemodialyse, nyresykepleie, overhydrering, komplikasjoner, kunnskapsbasert praksis, implementering

Summary in English

Background: Patients with end-stage renal failure are prone to water accumulating in the body. Treatment in the form of hemodialysis (HD) helps to clean out waste substances and remove excess fluid. Sometimes it is not a simple task to remove the fluid, and patients are thus exposed to overhydration. This condition exposes patients to unfortunate complications both in the short and long term. Nurses perform an important task in helping patients maintain their fluid balance. The aim of this study is to investigate what experience nurses have when it comes to take care of patients' fluid balance, especially regarding to prevent overhydration. It was also desirable to explore the relationship between standardization and discretion.

Methods: Qualitative method is used, in the form of individual interviews with ten nurses from different dialysis departments in Norway, who all had varying degree of HD-experience. A digital interview was conducted with each informant in the period October – December 2021. Systematic text condensation was used for analysis.

Results: Knowledge and understanding of fluid balance is complex when it comes to HD. It seems like the nurses had little theoretical training. Written procedures were not common, but on the other hand, there was many unwritten rules. This contributed to insecurity and confusion among some nurses, and findings also indicated this could inhibit the process of becoming independent.

Patient information was used, but it seemed to be carried out somewhat randomly and unsystematically. Patient participation was ensured to some extent, but wasn't always realised.

Conclusion: Nurses need advanced competence in fluid balance. Implementation of frameworks and procedures can give advantage to quality and patient safety. By strengthening the nurse-patient relationship, this can contribute to improved patient compliance and participation.

Keywords: kidney disease, hemodialysis, renal nursing, overhydration, complications, knowledge-based practice, implement

1 Innledning

Denne studien handler om sykepleie til pasienter som får hemodialyse (HD) og er utsatt for at vann hopet opp i kroppen. Når pasienter er i endestadium av kronisk nyresykdom trenger de vanligvis nyreerstattende behandling, og HD er et behandlingsalternativ (Hartmann et al., 2021, s. 166-191). Det er en forutsetning at pasienten har evne til å forstå og samarbeide når slik behandling igangsettes. Det er vanlig at urinproduksjonen gradvis avtar og dette medfører at pasienter trenger hjelp til å fjerne overskuddsvæske. Førstevalg er vanddrivende medikamenter og etter hvert som dette ikke er tilstrekkelig må pasienter trekkes for væske fra blodbanen under HD. Av ulike grunner har en del pasienter tendens til at væske samler seg i kroppen, fordi inntaket gjennom mat og drikke er større enn det man klarer å fjerne (Buur, 2011, s. 74; Hartmann et al., 2021, s. 166-191). Kanskje har så mye som halvparten av pasientene i HD konstant væskeopphopning (Flythe & Bansal, 2019). Overskuddsvæske i kroppen er uheldig både på kort og lang sikt (Flythe & Bansal, 2019; Wilson, 2014, s. 118-123). Den kortsiktige konsekvensen vil først og fremst være preget av hypertensjon, ødemer og tung pust, med fare for lungeødem. Den langsiktige konsekvensen handler i stor grad om uheldig påvirkning på hjertekar systemet, med fare for utvikling av venstreventrikkel hypertrofi, hjertesvikt, og medfører økt fare for dødelighet (Flythe & Bansal, 2019; Wilson, 2014, s. 118-123).

I Norge var det ved utgangen av 2020, 1347 pasienter som mottok HD behandling, de hadde en gjennomsnittsalder på omkring 65 år, og 338 av disse var ny oppstartet samme år (Norsk Nyreregister, 2021). De vanligste årsakene til kronisk nyresvikt hos norske innbyggere er hypertensjon/vaskulær årsak, glomerulonefritt og diabetes nefropati (Norsk Nyreregister, 2021). Sykepleiere har en viktig rolle i å bidra til å ivareta pasienters væskebalanse (Fielding, 2019, s. 198-204). For å tilstrebe dette må flere områder være i fokus. Det handler om praktisk gjennomføring av væsketrekk, opplæring til pasienter og pasienters evne og mulighet til etterlevelse av råd. Sykepleiere må ta i bruk ulike metoder for å kartlegge pasienters hydreringsstatus. Det finnes ikke en oppskrift på HD behandling som passer for alle.

Behandlingen må tilpasses den enkelte pasient, med individuelle mål for væsketrek, og det er stor variasjon i hva den enkelte pasient tolererer. Det kreves gode tekniske ferdigheter, kunnskap og vurderingsevne hos sykepleiere for å ivareta pasienters væskebalanse på en god måte (Fielding, 2019, s. 198-204). Et viktig mål for behandlingen er at pasienter oppnår væskebalanse uten vesentlige komplikasjoner (Wilson, 2014, s. 119).

For mange pasienter kan det være vanskelig å etterleve anbefalinger om kost- og væskerestriksjon (Flythe & Bansal, 2019). Siden sykepleiere har god kjennskap til, og er tett på pasientene, har de en særskilt mulighet til å sette søkelys på samhandling mellom sykepleier og pasient. Pasienter trenger opplæring i væskebalanse og råd om hvordan de kan redusere eget væskeinntak, samt forståelse for hvilke komplikasjoner de er utsatt for dersom væske hopet opp i kroppen (Fielding, 2019, s. 200-202). Pasienter har rett til informasjon om sin sykdom og behandling, og rett til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1/2). Samvalg betyr at pasienter og eventuelt pårørende medvirker i å ta valg basert på veiledning fra helsepersonell (Stubberud, 2018, s. 63). Nødvendig tid til rådighet er en forutsetning, og hensikten er at pasienter får mulighet til å påvirke valg vedrørende egen behandling (Stubberud, 2018, s. 63). Tidligere studier har pekt på at det er potensiale for forbedring i forhold til pasientmedvirkning (Das et al., 2019, s. 60).

Å jobbe som sykepleier i spesialisthelsetjenesten stiller krav til kompetanse og høy kvalitet på tjenestene, dette skal sikre at pasientarbeidet drives på en god og forsvarlig måte (Stubberud, 2018, s. 13-14). Som helsepersonell har man plikt til å yte faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Behandlingen pasienter tilbys må være av en slik karakter at den imøtekommer ulike behov for helsehjelp, og sikrer best mulig resultat (Stubberud, 2018, s. 14-23). Det er krav til at sykehusene og den enkelte sykepleier arbeider målrettet med kvalitetsarbeid for å sikre at tjenester har god faglig kvalitet. Kvaliteten må bygge på erfaring og oppdatert kunnskap som sikrer at behandling utøves på en trygg måte som forebygger skade. Tjenestene skal evalueres, og korrigeres dersom det viser seg nødvendig, og dette må være en pågående prosess (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, s. § 3; Stubberud, 2018, s. 14-23).

Kunnskapsbasert praksis betyr at erfarings- og forskningsbasert kunnskap, samt pasient- og brukerkunnskap/erfaring til sammen medvirker ved utøvelse av pasientbehandling (Stubberud, 2018, s. 24-26). Hensikten er at pasientbehandling skal innfri krav om kvalitet og pasientsikkerhet (Meld. St. 10 (2012–2013), s. 9).

Sykepleie til pasienter i HD skal utøves kunnskapsbasert, og dette innebærer representasjon fra alle tre områder (Stubberud, 2018, s. 24-26). Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer kan anvendes som fundament for sykepleie til pasienter som får HD behandling:

«Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap»

«Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

1.1 Bakgrunn og problemstilling

Utgangspunktet for denne masteroppgaven er egen erfaring og interesse for væskebalanse til pasienter i HD. Med god kjennskap til pasientgruppen og ikke minst de mange utfordringer sykepleiere til daglig står ovenfor med hensyn til å ivareta væskebalanse til pasienter i HD, danner dette utgangspunktet for de briller jeg har på i min tilnærming til valgt tema (Malterud, 2011, s. 42).

Jeg har gjennomført litteratursøk i databaser som Cinahl, Medline, Google Scholar og Pubmed, og funnet relevante artikler om pasienters utfordringer i forhold til ansamling av væske i kroppen, og om ulike metoder for å kartlegge problemet. Artikler om pasientmedvirkning og om metoder for å undersøke pasienters etterlevelse, er også inkludert. Studiene er hovedsakelig amerikanske, europeiske, nordiske og norske. Det er ikke funnet studier som omhandler spesifikt sykepleieres rolle i å ivareta væskebalanse til pasienter i HD-behandling. Det er derfor ønskelig å undersøke dette tema nærmere.

HD er en kompleks behandling som omfatter ulike moment. Fokus i denne oppgaven rettes mot væskebalanse og hvilken erfaring sykepleiere har med å ivareta den.

Oppgaven avgrenses til å omhandle sykepleieres kunnskap og tilnærming til væskebalanse, samt hvordan de tilrettelegger for pasientopplæring og medvirkning.

Det er ønskelig å se nærmere på hvilken erfaring sykepleiere har gjort seg om egen opplæringen i væskebalanse, både når det gjelder den tekniske biten, samt faglig kunnskap og forståelse.

Er det noe de opplever utfordrende, og hvilke momenter bidrar til motivasjon og mestring? Jeg ønsker å utforske hvordan sykepleiere erfarer sin egen kompetanse om væskebalanse og væsketrekk, og om de har tilgjengelige prosedyrer og rammer for dette. Hvordan er deres erfaring med samhandling og opplæring til pasienter?

Studiens hensikt er å belyse hvilken erfaring sykepleiere har med å ivareta væskebalanse til pasienter med sviktende urinproduksjon. Jeg vil også se nærmere på forholdet mellom standardisering og skjønn.

Mitt forskningsspørsmål blir derfor som følger:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ivareta væskebalanse til pasienter i hemodialyse?

2 Teori og forskning

I dette kapittelet presenteres først en gjennomgang av nyrenes normalfunksjon, og forløp ved akutt og kronisk nyresykdom. Pasienter som får sviktende urinproduksjon, er utsatt for at vann samler seg i kroppen, og de er vanligvis i behov av å fjerne væske ut via blodbanen ved HD behandling (Hartmann et al., 2021, s. 195). Det er sammensatte årsaker til at det ikke alltid lar seg gjøre å fjerne all overskuddsvæske fra kroppen, verken på kort eller lang sikt (Fielding, 2019, s. 200-202). Dette kan medføre at pasienter får opphopning av vann i kroppen. På lang sikt er dette særlig uheldig fordi det kan bidra til komplikasjoner i form av hypertensjon, forstørret venstre ventrikel og utvikling av hjertesvikt (Flythe & Bansal, 2019; Wilson, 2014, s. 121-123). Pasienter har selv mulighet til å påvirke eget væskeinntak fra mat og drikke, men trenger tydelig informasjon og konkrete råd om dette (Wilson, 2014, s. 127). De trenger også kunnskap og forståelse om sin sykdom og årsakssammenhenger, for å bli i stand til å følge råd (Fielding, 2019, s. 202; Wilson, 2014, s. 142). Sykepleiere har en sentral funksjon i behandling og opplæring til pasienter, hvor det må legges til rette for pasientmedvirkning (Das et al., 2019, s. 60; Fielding, 2019, s. 182-204). Til slutt i dette kapittelet presenteres kunnskapsbasert praksis, som har en sentral plass i norsk helsevesen og spesialisthelsetjenesten, som gir føringer for hvordan pasientbehandling skal utøves på en trygg og sikker måte (Stubberud, 2018, s. 24-26).

2.1 Nyrenes normalfunksjon

Nyrenes hovedfunksjoner er å rense kroppen for avfallsstoffer, regulere væske og elektrolytt balansen, og produksjon av hormoner som renin og erythropoetin (Hartmann et al., 2021, s. 164). Kroppen består av totalt 50-60% vann som er fordelt mellom intracellulært og ekstracellulært rom (Hartmann et al., 2021, s. 216-219; Wilson, 2014, s. 118-119). En tredjedel av total vannmengde er ekstracellulært vann, som består av plasma og vann mellom cellene. Plasma utgjør 20-25% av dette vannet. Nyrene har en sentral funksjon i å regulere kroppens salt og væskebalanse. Hvordan væske forflytter seg mellom de ulike rom, påvirkes av flere faktorer, som blant annet protein- og elektrolyttnivå (Hartmann et al., 2021, s. 216-219; Wilson, 2014, s. 118-119).

I noen sammenhenger brukes ordet euvolem, og med dette menes at kroppens væskemengde er i balanse (Fielding, 2019, s. 180). Med dehydrering forstår vi at det er et underskudd på den totale vannmengden i kroppen, mens det ved overhydrering er et overskudd (Hartmann et al., 2021, s. 217). Når vi snakker om hypovolemi betyr dette underskudd på plasmavolum (blodvolum), og hypervolemi er det motsatte (Hartmann et al., 2021s, 217). Ved utvikling av nyresykdom vil alle normalfunksjoner etter hvert kunne komme i ubalanse, og påføre pasienter ulike symptomer og ubehag (Hartmann et al., 2021, s. 189).

2.1.1 Nyresykdom

Nyresykdom kan opptre akutt og da oftest som følge av annen sykdom (Damholt, 2011, s. 8). Symptomer kan oppstå raskt, med endringer i nyrenes normalfunksjon og assosieres med økt fare for dødelighet. Reduksjon eller opphør av urinproduksjon, elektrolyttforstyrrelser og endringer i kroppens syre/base balanse er ikke uvanlig (Damholt, 2011, s. 8). I Norge omtales diagnosen som akutt nyreskade og det brukes et internasjonalt klassifiserings system for å vurdere grad og behov for dialyse (Hartmann et al., 2021, s. 142-143). Kronisk nyresykdom har et helt annet forløp, med en gradvis individuell forverring av nyrefunksjonen (Kamper & Bro, 2011, s. 21). Ved diagnostisering av nyreskade måles «glomerulus filtrasjonsrate» (GFR), hvor det brukes en inndeling i fem stadier etter internasjonale retningslinjer for vurdering av grad (Hartmann et al., 2021, s. 164-165). Symptomer kommer ofte snikende, og det er oftest ikke før i de siste stadier at pasienten begynner å merke noe (Kamper & Bro, 2011, s. 22-23). De vanligste symptomer er tretthet, slapphet, muskelkramper, nedsatt matlyst, kvalme/brekninger og hudkløe (Hartmann et al., 2021, s. 189). Tilstanden behandles konservativt inntil biokjemiske markører og pasientens symptomer tilsier at dette ikke er tilstrekkelig (Hartmann et al., 2021, s. 164, 189-190). Det er først i stadium 5, også kalt terminal nyresykdom, at det vil være aktuelt å starte med nyreerstattende behandling (Hartmann et al., 2021, s. 164-165, 188).

2.1.2 Nyreerstattende behandling

«Renal replacement therapy» (RRT) er et begrep som er vanlig å bruke for nyreerstattende behandling, og dette innbefatter både transplantasjon og dialyse (Hartmann et al., 2021, s. 188). Alt tyder på at transplantasjon gir best overlevelse og er førstevalget. Av ulike grunner kan ikke alle transplanteres, eller de må begynne i dialyse i påvente av et tilgjengelig organ (Hartmann et al., 2021, s. 191-193).

I Norge var det ved utgangen av 2020, 1347 pasienter som mottok RRT i form av HD (Norsk Nyreregister, 2021, s. 28). Det er 26 dialysesentre i Norge (Norsk Nyreregister, 2021, s. 3). For å starte med HD er det nødvendig med god tilgang til pasientens blod, enten via en kirurgisk anlagt arteriovenøs fistel, vanligvis på arm, eller via et dialysekateter plassert i en sentral vene (Hartmann et al., 2021, s. 196-197). Det er vanlig å behandles fire-fem timer, tre ganger om uken (Hartmann et al., 2021, s. 196-197). Ved HD ledes blodet via en dialysemaskin gjennom et filter og returneres tilbake (Buur, 2011, s. 61-62). I filteret strømmer dialysevæske og blod i motsatt retning, adskilt av en semipermeabel membran (Buur, 2011, s. 70-73). Avfallsstoffer fjernes ved hjelp av diffusjon, og væske ved hjelp av ultrafiltrasjon (UF), hvor det skapes en trykkforskjell som muliggjør dette (Buur, 2011, s. 61-68). Blodet renses for avfallsstoffer og der skjer en korrigering av elektrolytter og syre/base (Fielding, 2019, s. 179-180). Ved sviktende urinproduksjonen vil dette medføre et behov for å fjerne overflødig væske under HD, og denne prosessen må overvåkes nøye (Wilson, 2014, s. 118-121).

2.2 Hva innebærer overhydrering for pasienten?

Væskeretensjon betyr at væske holdes tilbake i kroppen og er svært vanlig ved kronisk nyresvikt (Hartmann et al., 2021, s. 168). Væskeregulering må da skje på annen måte. Bruk av vandrivende medikamenter, og dersom dette ikke er tilstrekkelig; væsketrekk under HD behandling, kan bidra til å opprettholde væskebalansen (Hartmann et al., 2021, s. 168, 195). At pasienten har restfunksjon betyr at han fortsatt har en viss mengde urinproduksjon igjen (Wilson, 2014, s. 121-122). Det anbefales å bevare restfunksjonen lengst mulig, siden dette kan ha stor betydning for bedre overlevelse.

Når pasienter fortsatt har urinproduksjon er det en fordel å ikke trekke all overskuddsvæske, siden dette kan medføre raskere opphør av urinproduksjon på permanent basis (Wilson, 2014, s. 121-122).

Ved oppstart av væsketrekking er det vanlig å definere en tørrvekt, og med dette menes den vekten pasienten har når han er i væskebalanse (Wilson, 2014, s. 120).

Mellom to behandlinger vil pasienten vanligvis stige i vekt grunnet væskeretensjon, tørrvekt brukes da som et mål på hvor mye væske som skal trekkes ved neste HD-behandling. Det brukes ulike metoder for å fastsette tørrvekt. Over tid kan tørrvekt forandres, for eksempel ved sykdom, endret muskelmasse eller endret matinntak, og det er derfor viktig med regelmessig oppfølging av pasienten (Wilson, 2014, s. 120-122).

Mange pasienter taper etter hvert sin urinproduksjon, og dette innebærer at tilnærmet all væske som inntas gjennom mat og drikke forblir i kroppen inntil neste HD-behandling. For kroppen blir dette en ekstra belastning på hjertekar systemet og utsetter pasienter for økt risiko for sykdom og død (Fielding, 2019, s. 200). Målet må derfor være å tilstrebe at pasienter oppnår normalisert væskebalanse ved hver behandling (Fielding, 2019, s. 200; Wilson, 2014, s. 119-120).

2.2.1 Hvilke konsekvenser får overhydrering på kort og lang sikt?

Hypertensjon

En stor andel av pasienter som starter i HD har forhøyet blodtrykk (Flythe & Bansal, 2019). Hos over 80% av pasienter med hypertensjon ser man dette i sammenheng med overhydrering (Wilson, 2014, s. 121). Medikamentell hypertensjons behandling er ofte ikke nok for mange pasienter og må kombineres med væsketrekking i HD (Flythe & Bansal, 2019). Høyt inntak av salt kan forverre hypertensjon og overhydrering. Nyere studier antyder også at salt lagres både i hud og muskler, og kan forverre en tilstand med hypertensjon. Inflammasjon kan være en medvirkende årsak til denne sammenhengen (Flythe & Bansal, 2019).

Tung pust

Tung pust kan være et tegn på overhydrering og kan ha en sammenheng med væske i lungene, og begynnende lungeødem (Wilson, 2014, s. 123). Ved lungeødem kan det haste med å få trukket væske av pasienten, og det vil da være aktuelt å gjøre et isolert væsketrekk i HD, dette kalles også «tørr dialyse», og skjer uten samtidig diffusjon av avfallsstoffer (Kamper & Bro, 2011, s. 68).

Hjerte/kar sykdom

Diagnosen kronisk nyresykdom gir i seg selv 10 ganger større risiko for utvikling av hjerte-kar sykdom, og er årsaken til 75% av alle dødsfall for denne pasientgruppen (Hartmann et al., 2021, s. 181). Overhydrering påfører pasienter ytterligere risiko, viser en tyrkisk klinisk studie (n 77) (Yilmaz et al., 2016). De undersøkte sammenhengen mellom overhydrering og forhøyet trykk i lungekretsløpet hos pasienter i HD. Resultater viser økt trykk ved væskeoverbelastning, og kan medføre nedsatt venstre ventrikel funksjon og lungeskade over tid (Yilmaz et al., 2016). Det anslås at så mye som 50% av pasienter i HD kan være konstant overhydrert, og tilstanden assosieres med økt dødelighet (Flythe & Bansal, 2019). Forstørret venstre ventrikel og venstre ventrikel dysfunksjon er begge tilstander som er utbredt i pasientgruppen (Wilson, 2014, s. 121). Hjerte-kar sykdom og hjerneslag kan settes sammenheng med overhydrering (Wilson, 2014, s. 121).

I en tysk kohortstudie sammenlignet man tre ulike pasientgrupper i HD, hvor den ene gruppen var overhydrert og de to andre tilnærmet euvolem (n 208) (Chazot et al., 2012). Hensikten var å undersøke om det var noen sammenheng mellom overhydrering og dødelighet. De ville også se hvordan utfallet var etter 6,5 år for deltakere i gruppen «ikke overhydrert». Deres funn peker på en klar sammenheng med forbedret overlevelse ved å unngå overhydrering. Måten å oppnå dette på handler om forlenget behandlingstid, saltreduksjon og mer nøyaktig måling av tørrvekt ved bruk av bodycomposition monitor (BCM). Dette er en metode som måler hydreringsstatus i kroppen, og anslår korrekt vekt. De viser til at konstant overhydrering ga større risiko for komplikasjoner, enn hypertensjon alene (Chazot et al., 2012).

2.3 Sykepleieres rolle i å forebygge overhydrering hos pasienten

Det kreves tett oppfølging og oppmerksomhet knyttet til å overvåke og ivareta væskebalansen til pasienter i HD-behandling (Fielding, 2019, s. 202-204). Problemstillinger og behandling er kompleks og krever avansert kompetanse både når det gjelder tekniske ferdigheter og innsikt. Sykepleiere må tilegne seg god forståelse om væskebalanse, og kunne nyttiggjøre seg ulike metoder for å behandle pasienter på en trygg måte som forebygger komplikasjoner (Fielding, 2019, s. 202-204).

Kompetanse defineres som summen av kunnskap, ferdighet og holdning, og dette innebærer både at man vet, forstår og evner å utføre bestemte oppgaver (NOU 2018: 2, 2018). Mange vurderinger må gjøres i krevende situasjoner og det fordrer god bruk av kunnskap, erfaring og skjønn for å løse (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s. 218-219). Det vil hele tiden være nødvendig å oppdatere og fornye sin kunnskap siden helsetjenester er i kontinuerlig forbedring og utvikling (Stubberud, 2018, s. 20). En kvalitativ studie utført blant sveitsiske sykepleiere viser at ved å gjennomgå et opplæringsprogram om hemodialyse, bidro dette til økt kunnskap, ferdighet og trygghet i pasientbehandlingen (n 16) (Bellier-Teichmann et al., 2022).

Norsk sykepleierforbunds faggruppe for nyresykepleiere NSFFNS har for endel år siden utarbeidet en veileder for sykepleiere som jobber med pasienter som har nyresykdom (Norsk sykepleierforbunds faggruppe for nyresykepleiere, 2005). Der påpekes det behov for fagutvikling og kompetanseheving innen nyrefaget, som kurs, hospitering og videreutdanning. Det anbefales å lage god struktur på opplæring som gis til sykepleiere som skal jobbe i dialyseavdelinger og dokumentere hva som er gjennomgått. Opplæringstid bør være et halvt år, hvorav fire uker på topp av bemanning (Norsk sykepleierforbunds faggruppe for nyresykepleiere, 2005).

2.3.1 Bestemme pasientens tørrvekt

Pasientens tørrvekt må observeres regelmessig ved å tolke ulike parameter, og behov for justering må vurderes fortløpende (Fielding, 2019, s. 182-203).

Sykepleiere bruker blant annet fysisk undersøkelse for å vurdere om pasienter har væskeoverskudd (Wilson, 2014, s. 120-122). Dette innebærer undersøkning av ødemer, respirasjon, blodtrykk, restfunksjon og vekt trend. Det er ikke alltid man finner synlige ødemer eller tung pust, selv om pasienten er overhydrert (Wilson, 2014, s. 120-122). Hypertensjon forekommer hyppig ved nyresykdom, og er også et vanlig symptom ved overhydrering (Hartmann et al., 2021, s. 45, 68). Forstyrrelser i blodtrykks-regulerende funksjoner i nyrene, kan medvirke til hypertensjon, uavhengig av hydreringsstatus (Wilson, 2014, s. 122-123). Har pasienten hjertesvikt kan derimot blodtrykket være lavt, selv om pasienten har stor væskeoppbygging (Wilson, 2014, s. 120-122).

Når komorbiditet som hjertesykdom er tilstede kan det derfor være vanskelig å komme frem til riktig tørrvekt (Fielding, 2019, s. 199). Man kan også mistolke og tro at tørrvekt er feil, mens det i realiteten er væsketrekket som er satt for høyt. Enkelte pasienter tåler dårlig store væsketrekk, og dette kan føre til hypotensjon (Fielding, 2019, s. 199).

I en svensk studie brukte de ulike metoder for å undersøke hvilke rutiner og verktøy 92 dialyseavdelinger i Sverige og Danmark brukte for å fastsette tørrvekt (Stenberg et al., 2016). De etterspurte bruk av en metode som måler sammensetning mellom muskler, fett og væske; kalt «bioimpedance spectroscopy» (BIS). Deres funn viste stor variasjon i rutiner for hvordan avdelingene fastsatte tørrvekt der bare halvparten hadde laget prosedyrer for dette. I avdelinger hvor BIS var tilgjengelig, ble dette i liten grad brukt systematisk. Justering av tørrvekt ble mer effektivt ivarettatt i avdelinger hvor sykepleier var ansvarlig for dette. Dette bidro også til bedre regulering av pasientenes blodtrykk (Stenberg et al., 2016). En annen svensk studie testet ut BIS på pasienter i HD (n 11) (Cridlig et al., 2011). Hensikten var å evaluere kropps sammensetning og foreslå en hydrerings variabel. Resultatene viste at BIS var pålitelig for å anslå total mengde kroppsvæske hos pasientene, de anbefaler ytterligere studier for å ta i bruk hydrerings variabel (Cridlig et al., 2011). Måling av kropps-sammensetning for å finne riktig tørrvekt er ansett for å være nøyaktig, og anbefales blant annet i europeiske retningslinjer (Fielding, 2019, s. 200; Wilson, 2014, s. 125).

Overvåking av blodvolum via dialysemaskin er et annet nyttig verktøy for sykepleiere til å vurdere om pasientens tørrvekt er korrekt (Wilson, 2014, s. 124).

Ved å observere endring av blodvolum underveis i dialyse, vil dette gi en pekepinn på pasientens hydreringsstatus (Wilson, 2014, s. 124).

Både røntgen thorax og ultralyd av vena cava brukes for å vurdere grad av overhydrering, sistnevnte krever en del opplæring (Wilson, 2014, s. 125-126). En europeisk RCT brukte ultralyd av lunger for å teste ut væskestatus til pasienter i HD (n 71) (Loutradis et al., 2019). Resultatet viser bedre nøyaktighet ved å ta ultralyd av lunger, enn ved klinisk vurdering, for å fastsette tørrvekt. De fant også ut at ved å bruke denne metoden bidro det til bedre blodtrykkskontroll (Loutradis et al., 2019).

Det anbefales at dialyseavdelinger utarbeider prosedyrer for hvilken metode som skal være gjeldende til å fastsette tørrvekt, på denne måten kan oppgaven ivaretas regelmessig og på lik måte, noe som tilrettelegger for sammenligning (Burchell, 2014, s. 25).

2.3.2 Gjennomføring av væsketrek

Væsketrek må tilpasses den enkelte pasient, og målet er at dette gjennomføres uten hypovolemi og hypotensjon (lavt blodtrykk) (Fielding, 2019, s. 200-202). Sistnevnte er den vanligste komplikasjonen i forbindelse med væsketrek under dialyse, og er også uheldig på lang sikt (Fielding, 2019, s. 200-202). For pasienter som fortsatt har restfunksjon, kan hyppige episoder med hypotensjon gradvis føre til opphør av denne (Wilson, 2014, s. 121-122). Dette vil være uheldig siden restfunksjon, som nevnt tidligere, bidrar til bedre overlevelse for pasienter (Wilson, 2014, s. 121-122). Det kreves kunnskap og ferdighet hos sykepleiere til å forstå hele prosessen i HD behandling, og å kjenne til de ulike faremomenter som kan oppstå underveis (Fielding, 2019, s. 182-203).

Før behandlingen starter må sykepleier kartlegge pasientens hydreringsstatus ut fra dagens vekt og eventuelle symptomer på overhydrering (Fielding, 2019, s. 182-203). Videre må det tas stilling til om pasienten kan tåle planlagt trekk av væske, eller om det må gjøres endringer. Det må tilstrebes at pasienten ikke har overskuddsvæske etter avsluttet behandling. For å utføre HD og betjene dialysemaskiner trenger sykepleiere gode tekniske ferdigheter. De trenger kunnskap om ulike innstillinger i maskinen, blant annet ønsket væsketrek, og om det skal velges profil, eller utføres isolert UF.

Sykepleiere må ha evne til å fange opp og håndtere uforutsette hendelser underveis i behandlingen. De må blant annet legge til rette for å forebygge uheldige komplikasjoner, samt ivareta pasienter på en trygg og sikker måte. Siden hypotensjon er den vanligste komplikasjonen i forbindelse med UF, innebærer dette at sykepleiere må overvåke pasienter, og iverksette forebyggende og behandlende tiltak dersom dette er nødvendig. Pasientens væskeoverskudd og toleranse for væsketrekking vil kunne variere fra gang til gang, og dette krever oppmerksomhet og årvåkenhet hos sykepleiere (Fielding, 2019, s. 182-203).

Daglig vekt før dialyse inngår i rutiner for å følge med på overskudd av vann (Hartmann et al., 2021, s. 221). Det må regnes ut hvor mye væske som skal trekkes for å komme på tørrvekt etter endt behandling, og størrelse på et væsketrekking vil kunne variere fra gang til gang (Fielding, 2019, s. 200-202). Når væske trekkes fra pasientens blodbane er man avhengig av at væske fra intra- og ekstracellulært rom forflyttes over til blodbanen, denne prosessen kalles etterfylling (Fielding, 2019, s. 200-202). Endring av blodvolum skjer individuelt, og det er stor variasjon i hvor mye blodvolumet synker før en pasient blir hypotensiv (Wilson, 2014, s. 127-128). Ved å sammenligne væsketrekking, blodvolum og blodtrykk fra tidligere behandlinger kan dette være til stor hjelp når man skal vurdere hva en pasient tolererer (Wilson, 2014, s. 127-128).

Rate per time bør ikke overstige det pasienten er forventet å tåle (Fielding, 2019, s. 200-202). Pasienter uten hjertesykdom kan tåle væsketrekking på rundt 500-1000 ml/time (Wilson, 2014, s. 132). En amerikansk kohortstudie sammenlignet ulike væskerater per time hos pasienter i HD (n 1846) (Flythe et al., 2011). Resultater viste økt fare for kardiovaskulær død ved rater over 13 ml/time/kg kroppsvekt og de anbefaler derfor at raten ikke overstiger 10 ml/time/kg kroppsvekt siden dette hadde vist seg å være mer gunstig (Flythe et al., 2011). En annen amerikansk kohortstudie undersøkte forholdet mellom en øvre grense på rate/time og oppnådd tørrvekt hos pasienter i HD (n 152196) (Flythe et al., 2017). Deres funn viste ulemper ved å følge et rigid system for maks rate, siden enkelte pasienter ikke klarte å overholde væskerestriksjoner. Både for hardt og for skånsomt væsketrekking kan være uheldig, og må vurderes opp imot hverandre. Økt oppmerksomhet mot saltreduksjon og opplæring av pasienter, samt helsepersonells bruk av skjønn, påpekes som viktige faktorer for å lykkes (Flythe et al., 2017).

Det finnes flere måter å gjennomføre store væsketrekk på som kan forebygge at pasienten blir ustabil, og for en del pasienter fungerer det bedre å trekke mer væske i starten enn på slutten av behandlingen (Fielding, 2019, s. 200-203). Det finnes ulike profiler som kan stilles inn, væsketrekket blir da fordelt ujevnt gjennom behandlingen, eller det kan brukes isolert UF. Planlagt væsketrekk kan også reduseres noe. Ved at pasienten ligger med bena hevet, kan blodtrykksfall lettere unngås, og det kan bidra til å bedre gjennomføring av behandling (Fielding, 2019, s. 200-203).

Andre tiltak som kan være aktuelle, er å redusere matinntak under behandling, samt vurdere behov for oksygen tilførsel (Wilson, 2014, s. 127-140).

Ordinasjon av redusert saltinnhold i dialysevæske, samt hyppigere og lengre dialyser er faktorer som kan bedre blodtrykk og volumkontroll (Flythe & Bansal, 2019). Stabilt blodtrykk og puls er viktige indikatorer på et adekvat væsketrekk og bør måles regelmessig underveis (Wilson, 2014, s. 127-140).

2.3.3 Opplæring til pasienter

Sykepleiere har en sentral funksjon i å medvirke til opplæring av pasienter, og det bør tilrettelegges for regelmessig undervisning til pasienter (Fielding, 2019, s. 202).

For pasienter som har fare for overhydrering er det viktig at de selv reduserer på eget væske og saltinntak, og de trenger råd og informasjon om dette (Fielding, 2019, s. 202). De bør gis konkrete råd om maks grense for salt og væskeinntak per døgn, hvor kostråd inngår i dette (Fielding, 2019, s. 202). Informasjonen som gis til den enkelte pasient bør følges opp regelmessig og ha hovedfokus på saltreduksjon (Wilson, 2014, s. 126-127). Det er dessverre mange pasienter som ikke følger råd og anbefalinger som blir gitt, og det ser ut som om manglende mestringsfølelse og tillit til seg selv er medvirkende faktorer (Flythe & Bansal, 2019). En australsk oversiktsartikkel inkluderte 44 studier som omhandler etterlevelse av råd hos pasienter med endestadium nyresvikt (Lambert et al., 2017). Deres funn viste stor variasjon i overholdelse av væskerestriksjon. Kostrestriksjon scoret lavere enn væskerestriksjon, med henholdsvis 1/3 og 2/3. Yngre personer og personer med lavere sosial status kom dårligst ut.

Funn i studien viser utstrakt bruk av subjektive metoder når man undersøkte pasientetterlevelse, og de anbefaler derfor å ta i bruk mer objektive metoder for å bidra til økt pålitelighet (Lambert et al., 2017).

En svensk casestudie brukte kognitiv adferds teknikk for å undersøke om dette hadde noen effekt på egenkontroll av væskeinntak hos pasienter i HD (n 4) (Lindberg et al., 2011). Pasientene fikk individuell opplæring og oppfølging underveis av sykepleier, basert på en mestringstro tilnærming til væske- og kostrestriksjon. Måling av væskeoverskudd underveis ble sammenlignet opp mot baseline. Pasienter registrerte selv eget væskeinntak.

Resultater etter seks måneder viste reduksjon av overhydrering hos alle. Denne metoden kan være nyttig for andre pasienter, men de påpeker at det ville være en fordel at studien gikk over et lengre tidsrom (Lindberg et al., 2011). En RCT fra USA undersøkte hvilken effekt kostråd om saltreduksjon kombinert med samtaler basert på atferdsendring ville ha på væskebalanse til pasienter i HD (n 160) (Sevick et al., 2016). Begge gruppene fikk ved oppstart undervisning om diett og kostendring. Videre ble intervensjonsgruppen ukentlig oppfulgt med samtaler om kost og atferdsendring, studien gikk over 16 uker. De fant tilnærmet ingen forbedring av salt- og væskereduksjon (Sevick et al., 2016).

En dansk tverrsnitts studie testet ut et spørreskjema til pasienter i HD som var i behov av væsketrekk (n 195) (Pahus et al., 2021). Hensikten var å teste ut om skjemaet var egnet for å kartlegge pasienters evne til å redusere eget væskeinntak. Resultatene viser at skjemaet var godt egnet for å kartlegge hvilke pasienter som trengte oppfølging med hensyn til væskerestriksjon. Identifisering av pasienters utfordringer og det å gi konkrete råd for å styrke pasientens egenmestring, var sentrale punkt på skjemaet. De hadde foretrukket at skjemaet var noe enklere i bruk (Pahus et al., 2021).

En britisk kvalitativ studie brukte intervju som metode for å undersøke pasienters erfaring og forståelse av væsketrekk og overhydrering (n12) (Glyde et al., 2019). Resultater viste at pasienter hadde manglende forståelse og kunnskap på enkelte områder, de visste blant annet lite om langsiktige ulemper ved overhydrering. Pasientene uttrykte varierende grad av interesse for å medvirke i egen behandling (Glyde et al., 2019). En større britisk pasientundersøkelse har blitt gjennomført flere år innenfor nyreomsorgen.

Undersøkelsen har tatt for seg pasienters egenerfarte opplevelser innenfor ulike aktuelle områder. Funn har vist at pasientmedbestemmelse i pleie og behandling er det området som har scoret lavest (Das et al., 2019, s. 60). En norsk kvalitativ studie intervjuet pasienter i arbeidsfør alder som fikk HD-behandling, om deres deltakelse i egen behandling (n 11) (Andersen-Hollekim et al., 2020). Deres funn viser at pasientene opplevde å få god informasjon av helsepersonell, men i liten grad ble involvert, eller fikk medvirke i egen behandling (Andersen-Hollekim et al., 2020).

Pasienter har rett til å medvirke i egen behandling, og til å kunne velge mellom mulige behandlingsalternativ (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Når pasienter har langvarig behov for helsetjenester, har de rett på å få utarbeidet en individuell plan basert på gjeldende lover og bestemmelser. De har også rett til å få nødvendig informasjon om behandlingen, med fordeler, ulemper og eventuelle bivirkninger. Informasjonen må være tilpasset pasientens evne til forståelse, innsikt og språkkunnskaper. Med visse unntak har pasienter rett til å takke nei til informasjon. Basert på pasientens samtykke har pårørende rett til å få informasjon om behandling og helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, s. § 3-2/3). Sentralt for at pasienter skal kunne involveres i egen behandling er at det må tilrettelegges for god kommunikasjon basert på pasientfokus, likeverd, respekt og autonomi (Hoffmann & Tooth, 2017, s. 338-339). Når man snakker om pasienters helsekompetanse, er dette to-delt (Helsedirektoratet, u.å). Den ene dimensjonen handler om pasientens egen evne til å forstå, lære og nyttiggjøre seg helseinformasjon, mens den andre handler om tilgjengelighet og tilrettelegging av helseinformasjon (Helsedirektoratet, u.å). For å kunne medvirke til å ta selvstendige valg, trenger pasienter informasjon om både behandling og sykdom, med fordeler, ulemper og anbefalinger (Hoffmann & Tooth, 2017, s. 338-339).

En norsk kvalitativ studie inkluderte 13 sykepleiere i fokusgruppeintervju om pasientinvolvering til pasienter i HD (Andersen-Hollekim et al., 2019). Sykepleierne i denne studien erfarte utfordringer knyttet til pasientmedvirkning. Sykepleierne var blant annet redd for at pasientene skulle overta for mye av behandlingen, og var usikre på om de hadde den nødvendige kunnskapen som skulle til. Pårørende ble i liten grad involvert.

Studien påpeker at det burde tilrettelegges bedre for pasientmedvirkning på dialyseavdelinger, og også inkludere pårørende (Andersen-Hollekim et al., 2019). Norsk sykepleierforbunds faggruppe for nyresykepleiere (NSFFNS) anbefaler at alle pasienter tildeles en kontaktansvarlig sykepleier. Dette for å sikre faglig oppfølging, dokumentasjon, og som kan fungere som kontaktledd opp mot pårørende eller andre helseinstanser (Norsk sykepleierforbunds faggruppe for nyresykepleiere, 2005).

Pasienter og pårørende skal tilbys opplæring og informasjon om sykdom og behandling på nyreskole, med mål om økt mestring (Norsk sykepleierforbunds faggruppe for nyresykepleiere, 2005).

Denne type pasientopplæring blir vanligvis arrangert av lærings- og mestringssentre i spesialisthelsetjenesten (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2013). En annen viktig aktør i nyreomsorgen i Norge er pasientorganisasjonen; Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte (LNT). De driver pasientrettet arbeid basert på likemannsarbeid (Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte, u.å).

At pasienter blir hørt og får bidra med sin kunnskap og erfaring er i dag en viktig del av arbeid med kvalitetsforbedring (Stubberud, 2018, s. 17-21). God kommunikasjon er en forutsetning, og kan innebære behov for bruk av tolketjeneste (Stubberud, 2018, s. 17-21). Pasienters erfaringer og kunnskap kan også brukes til å undervise helsepersonell, som på denne måten kan tilføre dem bedre forståelse, kunnskap og holdning (Das et al., 2019, s. 74).

2.4 Hva innebærer kunnskapsbasert praksis?

Kunnskapsbasert praksis bygger på fire dimensjoner (Hoffmann et al., 2017, s. 3-4):

- Helsepersonells erfaringskunnskap og ferdigheter
- Pasienters kunnskap, erfaring og verdier
- Forsningskunnskap, med pålitelige funn. Randomiserte studier og systematiske oversiktsartikler rangeres høyest
- Kontekst og sammenheng



Figur 1 Modell for kunnskapsbasert praksis (Peer-it, 2021)

Det er i dag føringer fra norske helsemyndigheter om at helsetjenester skal drives kunnskapsbasert (Stubberud, 2018, s. 24-26). En viktig hensikt med å jobbe kunnskapsbasert er å anvende oppdatert og pålitelig kunnskap som har bevist å ha effekt (Hoffmann et al., 2017, s. 6-14). Kunnskapsbasert praksis skal bidra til å sikre at pasienter får informasjon og tilbud om gunstig behandling, som gir dem et godt grunnlag til å velge ut ifra (Hoffmann et al., 2017, s. 6-14). Ikke alle har sverget til denne modellen, og ment at en individuell og tilpasset pasientbehandling ikke passer like godt inn her (Stubberud, 2018, s. 24-26). Sykepleie er nært koblet sammen med omsorgsbegrepet, og det har vært delte meninger om hvorvidt dette står i kontrast til å jobbe kunnskapsbasert (Grønvik, 2019).

Derimot skal en kunnskapsbasert praksis nettopp sikre pasienters behov og interesser, ved at deres erfaring og verdier innlemmes som en del av behandlingstilbudet (Hoffmann et al., 2017, s. 6). En nasjonal studie gjort i Irland peker på at manglende kunnskap om denne metoden kan være til hinder for å ta den i bruk (n 402) (Cleary-Holdforth et al., 2022). Studien ga holdepunkt for en positiv oppfattelse av kunnskapsbasert praksis, men antydte ulik forståelse av hva metoden faktisk bygger på (Cleary-Holdforth et al., 2022). Det samme funn kom frem i en irsk oversiktsartikkel som inkluderte syv artikler (Clarke et al., 2021). Begge studiene ga holdepunkt for liten kunnskap om implementering av denne metoden, og tyder også på at den var lite utbredt blant sykepleiere og spesialsykepleiere (Clarke et al., 2021; Cleary-Holdforth et al., 2022).

Krav til kvalitet i nyreomsorgen må prioriteres, og skal sikre at alle pasienter får den beste behandling som baserer seg på forskning, med krav om best mulige resultater (Thomas, 2019, s. 413-414). Faget må settes høyt og være i fokus, hvor sykepleiere må bidra til å utvikle en kunnskapsbasert praksis som fremmer gode behandlingsresultater (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Viktige momenter som påvirker behandlingsresultatet er blant annet ressurser som tid, utstyr og nok kompetent personell, samt selve utførelsen av helsetjenestene (Stubberud, 2018, s. 12-15). Med søkelys på kvalitet vil dette være en pågående prosess for å optimalisere og forbedre pasientbehandling. Målet med dette er å bidra til gode og sikre helsetjenester (Stubberud, 2018, s. 12-15). Aspekt som inngår i kvalitet på helsetjenester handler blant annet om en individuelt tilpasset, likeverdig, trygg og effektiv behandling, som tar utgangspunkt i oppdatert forskning (Thomas, 2019, s. 414).

Ulike aktører som medvirker i pasientbehandling har et ansvar for å bidra til at kvaliteten er optimal (Thomas, 2019, s. 414). Pasientsikkerhet er et viktig fokusområde i norsk helsevesen og et krav det skal jobbes mot (Stubberud, 2018, s. 17). I norsk spesialisthelsetjeneste brukes et meldesystem for feil og avvik, dette har til hensikt å forebygge pasientskader og forbedre helsetjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001; Stubberud, 2018, s. 166-168; Ulvund et al., 2016).

Sykepleiere har en sentral rolle i å utøve tjenester som sikrer pasienter den beste behandling, og dermed bidrar til et godt resultat hvor pasienter opplever å få dekket nødvendig behov for helsehjelp (Stubberud, 2018, s. 12-15).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere påpeker ansvaret for å arbeide med kvalitetsarbeid, slik at utførelsen av tjenester er faglig forsvarlige (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det har vist seg at ikke alt helsepersonell har lik oppfatning av hva som ligger i begrepet kvalitet, og utdanningsinstitusjonene har en viktig rolle i å styrke forståelsen av begrepet (Stubberud, 2018, s. 28-30). Stor utvikling innen helsetjenester og teknologi er en viktig årsak til at sykepleie som fag må inngå i forskning og utvikling (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

En arbeidsmodell som brukes mye til kvalitetsarbeid er Demnings sirkel, denne fremstiller en kontinuerlig forbedringsprosess som handler om å planlegge, gjennomføre, undersøke og studere effekt, og deretter korrigere (Stubberud, 2018, s. 44-48). Ulike behov og krav både innad i og utenfor en organisasjon medvirker til at det er nødvendig å utvikle og forbedre helsetjenestene. Dette kan for eksempel handle om tilgjengelig ny forskning, eller at tjenester ikke frembringer de ønskede resultater. Det anbefales alltid å sette konkrete, målbare og tidsavgrensede mål for forbedringsarbeid. Demnings sirkel kan anvendes til både små og større prosjekter, hvor tilgjengelighet og deling med utenforstående kan være aktuelt. Pasienter bør involveres i denne type arbeid, og det er ulike måter dette kan gjennomføres på, som for eksempel spørreundersøkelse, eller å etterspørre forslag og ideer basert på deres erfaring om aktuelt tema. Når større forbedringsprosjekter skal gjennomføres, må det gjøres et grundig forarbeid som sørger for at alle involverte er godt forberedt. Ledelsen i organisasjonen har en sentral rolle i både planlegging og gjennomføring (Stubberud, 2018, s. 44-48).

Pasienterfart kunnskap innebærer at pasienter på ulike måter får mulighet til å bidra med egen kunnskap og erfaring (Stubberud, 2018, s. 21). Det har vist seg at denne dimensjonen ikke alltid er godt ivaretatt, og dette kan det være ulike årsaker til, som mangel på kunnskap hos pasienter, eller at de ikke evner å forstå. Mangelfull tilrettelegging fra helsepersonells side er også en kjent årsak (Stubberud, 2018, s. 21). Loven gir derimot tydelige føringer på at pasienter skal høres og tilbys mulighet til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). En god relasjon og samarbeid med pasienter, som fokuserer på pasienten som et helt menneske, kan medvirke til å ivareta denne dimensjonen (Hoffmann & Tooth, 2017, s. 338-339).

Holdninger til kvalitetsarbeid hos sykepleiere har ikke vært udelt positive, noe som kan skyldes flere forhold (Stubberud, 2018, s. 23-30). Det er ikke uvanlig at man ser motstand hos helsepersonell i endringsprosesser, og i noen tilfeller skyldes dette manglende innsikt og kunnskap (Hoffmann et al., 2017, s. 5-7). Tilrettelegging fra ledelsehold har stor betydning, og det bør avsettes tid. Det har også betydning at arbeid med kvalitetsforbedring settes inn i et system som fungerer (Stubberud, 2018, s. 23-30). Ved å øke kunnskap om kvalitetsarbeid blant sykepleiere, vil dette kunne bidra til større forståelse og erkjennelse av denne type arbeid er viktig (Stubberud, 2018, s. 23-30).

Spesialisert kompetanse etterspørres i økende grad for å imøtekomme behov for kunnskap, innsikt og evne til å administrere ulike behandlingsmetoder, samt betjene avansert teknologi (Stubberud, 2018, s. 90). Det er viktig at sykepleieres kompetanse står i fokus når det gjelder faglig oppdatering som kurs og videreutdanning, for å sikre god kvalitet på helsetjenester i fremtiden (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Sykepleiere trenger å utvikle sin kompetanse i å jobbe med kvalitetsforbedring og kunnskapssøk, og teamarbeid kan være en arena som tilrettelegger for dette (Stubberud, 2018, s. 28-30).

Det er økende søkelys på retningslinjer, standarder og prosedyrer for å imøtekomme krav til optimalisert behandling (Thomas, 2019, s. 418-420). Den europeiske organisasjonen for nyresykepleiere EDTNA/ERCA har utarbeidet retningslinjer som gir anbefalinger for optimale og individualiserte helsetjeneste til pasienter som får HD behandling (Pancirova & Davidson, 2014).

En veileder om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren gir anbefalinger for hvilke rutiner og arbeidsoppgaver som bør dokumenteres skriftlig (Helsedirektoratet, 2017). Det er viktig at all dokumentasjon som finnes i en organisasjon er oppdatert, lett å finne frem i, og at den brukes aktivt av ansatte (Helsedirektoratet, 2017). Når prosedyrer og retningslinjer utarbeides og tas i bruk er det viktig at de er basert på kunnskap fra forskning, erfaring og pasientmedvirkning (Thomas, 2019, s. 418-420).

Mye tilgjengelig forskning er ikke nødvendigvis sykepleierrettet, og det er derfor viktig at sykepleiere har søkelys på å bidra til forskning som frembringer kunnskap om eget fag.

Prosedyrer og retningslinjer som lages må være hensiktsmessige og konkrete, og man bør ha et kritisk blikk på at det som utarbeides tilfredsstillende krav til kvalitet (Thomas, 2019, s. 418-420). Ved utarbeiding av fagprosedyrer er det laget retningslinjer tilgjengelig på helsebiblioteket.no for veiledende metode, og det anbefales også å legge ved beskrivelse av prosess og fremgangsmåte (Helsebiblioteket, u.å; Stubberud, 2018, s. 105-110).

3 Design og metode

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Hensikten med denne studien er å utforske sykepleieres erfaring med å ivareta væskebalanse til pasienter i hemodialyse. Det er ønskelig å få større kunnskap om forholdet mellom kunnskapsbasert praksis og bruk av faglig skjønn og erfaring.

Et kvalitativt forskningsdesign ble valgt fordi det ble vurdert som godt egnet til å søke kunnskap, ved å kunne gå mer i dybden av problemstillingen. Bruk av dette designet ga en større mulighet til å undersøke ulike sosiale fenomener som; hvordan personer forstår, handler og relaterer til hverandre (Thagaard, 2018, s. 11-14). En kvalitativ studie gir en nærhet til informantene, og åpner dermed opp for større forståelse og innlevelse i deres hverdag (Tjora, 2021, s. 27). Det var viktig å etablere et tillitsforhold til personene som skulle delta i studien, og være godt forberedt rundt problemstillingen. Tidsmessig hadde man bare et møte i tillegg til kommunikasjon som fant sted i forkant, per telefon og e-mail, og derfor var det viktig å planlegge dette nøye slik at man var godt forberedt (Thagaard, 2018, s. 11-14). Det måtte etableres en måte å kommunisere med personene på, og i lys av problemstillingen falt valget på individuelle intervju (Johannessen et al., 2016, s. 27-28). Intervju som metode ga mulighet for nyansering av fenomenet, ved at informantene kunne snakke åpent, ærlig og fritt om aktuelt tema. En delvis strukturert intervjuform med bruk av intervjuguide, syntes å være godt egnet (Thagaard, 2018, s. 89-91). Det var ønskelig at informantene skulle få frihet til å snakke og utdype det de selv syntes var relevant, uten for mye avbrytelser. På denne måten kunne det forekomme at noen berørte et tema som kom senere i intervjuet, men dette hadde derimot ikke stor betydning. Det viktigste var at alle fikk besvart de samme tema siden dette ga mulighet for å kunne sammenligne svarene. Intervju som metode åpnet opp for en mulighet til å få innblikk og forståelse av hvordan informantene hadde erfart og håndtert ulike aspekt vedrørende ivaretagelse av væskebalanse til sine pasienter (Thagaard, 2018, s. 89-91). De skulle også få mulighet til å trekke frem momenter som ikke var blitt etterspurt, siden dette kunne bringe inn nye momenter som ikke var tenkt på (Tjora, 2021, s. 128).

3.1.1 Forforståelse og fortolkning

Som forsker har man alltid med seg en bakgrunn og forforståelse. Min bakgrunn med lang erfaring fra flere dialyseavdelinger, har vært med å påvirke hvordan problemstilling og planlegging av denne oppgaven har blitt utformet. Dersom man hadde prøvd å være helt nøytral ville det ikke vært mulig, men det var viktig å være seg bevisst på ulike prosesser som påvirker både forsker og informanter (Malterud, 2011, s. 37-42). Det handler om bevisstgjøring i forhold til egen bakgrunn og rolle. Det måtte tilrettelegges for en opptreden som fremmet muligheten for å hente ut gode data hos informantene. Ved å være seg bevisst egen forforståelse, åpnet man opp for muligheten til å se nye ting underveis (Malterud, 2011, s. 37-42). Siden dette er første gang jeg gjennomfører en kvalitativ studie har prosessen lært og vist meg mye underveis.

Ved å studere ulike sider av fenomenet om ivaretagelse av væskebalanse, kan man få god innsikt om hvordan personene samhandler og relaterer til hverandre, samt hvordan de oppfattet den virkeligheten de er en del av (Johannessen et al., 2016, s. 31-36). Hvordan virkeligheten erfares og fortolkes av den enkelte kan være variere mye, hvor ulike moment påvirker dette. Empiriske data dreier seg om hvordan deltakerne i en studie forstår og oppfatter virkeligheten basert på deres egen erfaring, det er ikke nødvendigvis alt som kan sies å være riktig eller galt. Noe vil kunne oppfattes ulikt hos to personer som er en del av samme miljø. Enkelte data er konkret, som for eksempel hvor mange prosedyrer som finnes om temaet væskebalanse, mens et annet aspekt kan handle om hvordan man tolker og forstår innholdet i disse. Det kan også hende at ikke alle hadde samme kjennskap til hvilke prosedyrer som var tilgjengelig om dette tema, og dermed finner man ulike nyanser av hva som er sannhet og virkelighet for den enkelte (Johannessen et al., 2016, s. 31-36).

Utgangspunktet for hvordan man som forsker går inn i et prosjekt og hva man er på utkikk etter, vil påvirke det man finner og henter ut av data i en studie (Johannessen et al., 2016, s. 31-36). Når man har god kjennskap til miljøet man studerer er det nærliggende å være forutinntatt opp imot forventninger til resultater. Utarbeidelse av intervjuguide vil lett bli påvirket av egen forforståelse. Et fortrinn vil kunne være at man har bedre kunnskap til å stille gode spørsmål under intervjuer, med oppfølgingsspørsmål, når man har større forståelse av hva det snakkes om (Johannessen et al., 2016, s. 31-36).

Det var ønskelig å tilrettelegge for at spørsmålene skulle være åpne og gi informantene mulighet til selv å bringe frem det de mente var viktigst (Malterud, 2011, s. 37-42).

Hva som blir resultatet av denne studien påvirkes både av egen forforståelse og hvordan man velger å angripe den valgte problemstillingen (Johannessen et al., 2016, s. 31-36).

Forforståelse er også relevant for deltakerne, som sitter med en oppfattelse av seg selv og sitt miljø. Hvordan deltakere oppfatter og tolker spørsmål som blir stilt under intervjuet, og hva de også tror man som forsker er på jakt etter, vil kunne påvirke deres svar. Til sist, hvordan data håndteres og behandles ved utvelgelse av meningsbærende enheter, og analysering av datamaterialet vil påvirke resultatet (Johannessen et al., 2016, s. 31-36).

Gjennom prosessen i søken etter ny kunnskap, hvor man bearbeider og fortolker datamaterialet, kan det dukke opp nye spørsmål på veien (Malterud, 2011, s. 26).

3.2 Utvalg og informanter

Antall informanter måtte tilpasses den tid og kapasitet som var til rådighet og som var hensiktsmessig med hensyn til å besvare problemstillingen (Kvale et al., 2015, s. 148). Det var viktig å ha nok tid til å gjøre et grundig analysearbeid (Kvale et al., 2015, s. 148). Siden dette er en studentoppgave med begrenset tid og økonomi, ble det planlagt utvelgelse av rundt 10 informanter (Johannessen et al., 2016, s. 112). Det viktigste var å finne informanter som ble valgt ut fordi de var forventet å kunne belyse aktuell problemstilling på en god og nyansert måte (Johannessen et al., 2016, s. 112). Valget ble gjort ut ifra en grundig vurdering av hvilke informanter som ville være best egnet til å kunne gi relevante og utdypende svar på problemstillingen, og dette kalles et strategisk utvalg (Malterud, 2011, s. 56-58). Siden denne studien omhandler sykepleie til pasienter i hemodialyse, var det relevant å velge sykepleiere som jobber på dialyseavdeling i sykehus. Informantene som ble forespurt jobbet i ulike deler av landet, fordi man ønsket å ha representanter fra ulike helseforetak i Norge. Årsaken til dette handlet om å ville undersøke nærmere om det var stor variasjon blant annet i opplæring og pasientbehandling ved de ulike steder. Sammensetningen skulle også sikre at man fikk en bredde og et mangfold i svarene.

Det var ønskelig at informantene hadde varierende lengde av erfaring med hemodialyse, og at noen hadde stilling som fagsykepleier. På denne måten kunne man få frem et mer nyansert bilde av den ulike kompetansen som finnes (Malterud, 2011, s. 56-58).

Et viktig aspekt er også å tilegne seg god kunnskap om miljøet informantene tilhører, dette ble av mangel på tid ikke vektlagt høyt (Malterud, 2011, s. 57). Innsikt om dette ble tilegnet delvis gjennom småprat i starten av intervjuene, og delvis som forhåndskjennskap til miljøet.

Rekruttering av informanter ble gjennomført ved å kontakte avdelingssykepleiere ved ulike dialyseavdelinger per e-post, med informasjonsskriv om studien. De ble deretter kontaktet per telefon, en til to uker senere. Det ble gjort avtale om at de ulike ledere skulle velge ut to sykepleiere fra sin avdeling, gjerne en med lang erfaring og en annen med kortere ansettelsesforhold. Det ble også avtalt at de helst skulle velge fagsykepleier dersom de hadde dette. Navn på sykepleiere som var interessert i å delta skulle returneres tilbake per e-post. Ved en avdeling kom det ikke noe svar i retur, og det ble derfor valgt ut en ny avdeling. Til sammen ble seks avdelinger forspurt hvor fem svarte bekreftende. Aktuelle sykepleiere ble forsøkt kontaktet per telefon først, og deretter per e-post. Man fikk ikke snakket med alle på forhånd. Det ble valgt ut 10 informanter til denne studien, noe som kunne være litt mye. En vurdering som lå til grunn for dette antallet var særlig den risikoen det er for at noen informanter takker nei eller trekker seg på et senere tidspunkt. Man kunne forvente at tallet ble noe redusert, men dette skjedde imidlertid ikke. Alle informantene som ble valgt ut og forespurt, svarte bekreftende til å delta. Informasjonsskriv om studiens formål og samtykkeskjema ble sendt ut etter inngåelse av avtale, og returnert tilbake før oppstart.

Utvalget bestod av fem sykehus med til sammen 10 deltakere, hvor alle Norges fire regionale helseforetak var representert. Det var et stort spenn over alder og tidspunkt de var ferdig utdannet som sykepleiere. Erfaring som sykepleier med hemodialyse varierte fra åtte måneder til 31 år. Fire av sykepleierne hadde spesialutdannelse, hvorav tre hadde videreutdannelse i nefrologisk sykepleie. Mange hadde stilling som sykepleier eller spesialsykepleier. To hadde stilling med fagansvar, og to hadde rolle som assisterende seksjonsledere, hvor den ene hadde kombinert funksjon med fagansvar.

3.3 Datainnsamling

Som en del av forberedelsen til å gjennomføre individuelle intervju var utarbeiding av en intervjuguide (Johannessen et al., 2016, s. 147-152). Min kompetanse som sykepleier på dialyseavdeling var grunnlag for utforming spørsmålene. Intervjuguiden bestod av endel tema, med noen innledningsspørsmål i starten. Hovedspørsmålene var rettet mot problemstillingen og hva som spesifikt var ønsket besvart. Siden problemstillingen i denne studien handler om hvilken erfaring sykepleiere har med å ivareta væskebalanse til pasienter i HD, kunne de egentlig få snakke ganske fritt. Det var også ønskelig å finne ut mer om forholdet mellom standardisering og skjønn, så dermed ble det vektlagt at de beskrev noe om deres forhold til prosedyrer og regler. De fem hovedtemaene hadde endel underspørsmål som hver kunne bidra til å få mer nyanse i svarene. Hovedinnholdet i temaene var:

- Opplæring som dialysesykepleier
- Motivasjon og utfordring
- Pasientopplæring
- Selvstendighet og samarbeid
- Mestring

Intervjuguiden bestod i hovedsak av formulerte spørsmål og dreide dermed mer mot en strukturert intervjuform. Siste spørsmål var satt opp slik: «til slutt, er det noe du mener er viktig å få frem når det gjelder pasienters væskebalanse, som ikke er kommet frem i intervjuet?» Hensikten med dette spørsmålet var å legge til rette for at de kunne bringe frem andre ting de mente var viktig, som ikke var blitt etterspurt. Dette kunne bringe frem ytterligere momenter for å få besvart problemstillingen. Som uerfaren forsker var det en større trygghet i at temaene var formulert som spørsmål. Noen underspørsmål var satt opp i stikkordsform. Spørsmålene var korte og enkle, slik at de skulle være lett å forstå. Nederst var det satt opp endel hjelpespørsmål som kunne brukes ved behov (Johannessen et al., 2016, s. 147-152).

Intervjuene ble gjennomført digitalt i perioden oktober til desember 2021. I forkant av dette ble det gjort to prøveintervju, det ene digitalt og det andre som et fysisk møte. Denne erfaringen var nyttig å ha med seg, ved at man fikk testet rollen som intervjuer og gjennomgang av spørsmålene i intervjuguiden, men også digital oppkobling i siste prøveintervju var viktig. Det ble gjort noen små justeringer av spørsmålene i etterkant, blant annet med endring til en åpnere formulering (Johannessen et al., 2016, s. 153).

Valg av digital gjennomføring hadde både en økonomisk, praktisk og tidsbesparende årsak, samt hensynet til aktuell koronapandemi på dette tidspunkt. Det optimale hadde vært å møte hverandre fysisk, og et digitalt møte ble den nest beste løsningen (Tjora, 2021, s. 185). Den virtuelle verden kan oppleves noe annerledes enn et fysisk møte og det kunne kjennes noe mer distansert. Antakelig hadde også informantene den samme opplevelsen. Flyten i samtalen blir ofte ikke så god som ved fysisk tilstedeværelse, blant annet ved noe forsinkelse av lyd. Observasjon av kroppsspråk var mindre komplett enn ved et fysisk møte, siden man ikke kunne se hverandre i hel figur. To av informantene hadde heller ikke tilgjengelig kamera på sin PC, og dette medførte at man bare brukte lydobservasjon.

Varighet på intervjuene var fra 40-60 minutter. I all hovedsak ble de gjennomført i informantenes arbeidstid og tilpasset deres ønske om tidspunkt. Dette var mine første intervju, og alle ferdigheter var nødvendigvis ikke helt på plass. Rollen som intervjuer er en ferdighet som erverves ved å praktisere (Thagaard, 2018, s. 89-94). Det var viktig å være bevisst på å skape en god atmosfære ved aktiv lytting, bekreftelser og det å gi informantene tid til å bringe frem det de selv ønsket å formidle, uten avbrytelser. Dette var ikke alltid like enkelt, og flyten i samtalen ble noen ganger preget av å snakke litt i munnen på hverandre (Thagaard, 2018, s. 89-94). Et kvalitativt intervju bærer ofte preg av å være en dialog mellom intervjuer og informant, og som intervjuer måtte man hele tiden være fokusert for å kunne stille gode spørsmål når ulike tema ble bragt på banen (Johannessen et al., 2016, s. 143-151). Det kunne lett oppstå at man lå litt i forkant ved å tenke på neste spørsmål og ikke var tilstrekkelig nærværende i samtalen. Bruk av lydopptak i form av diktafon var vesentlig for å kunne konsentrere seg (Johannessen et al., 2016, s. 143-151).

Et annet viktig aspekt var å øve seg på å bruke «tause øyeblikk», ved å vente på at informantene skulle ta ordet, dette kunne bidra til en grundigere utdyping av tema (Tjora, 2021, s. 159-161). Man fikk mulighet til å trene og sette søkelys på disse aspektene etter hvert som nye intervju skred frem.

Kjemi med informantene hadde betydning for hvordan samtalen forløp. Det kunne for eksempel hende at noen lo litt når spørsmål ble stilt, og det var da lett for, som intervjuer, å tenke at de synes spørsmålene var dumme eller unødvendige. Stemningen underveis varierte noe, og enkelte ganger virket det som om informantene ville forsvare sine valg av handlinger. Det er mulig at spørsmålene for noen kunne virke litt truende, eller bære preg av at man skulle sjekke ut om de gjorde en god jobb.

Behovet for oppfølgingsspørsmål varierte hos den enkelte, og som nevnt var det laget spørsmål tilgjengelig i intervjuguiden. Som forsker var god kjennskap til fagfeltet nyttig, siden dette ga mulighet for å stille spørsmål mer konkret, og man kunne enkelt følge opp ulike resonnement. Det kunne noen ganger friste å bidra med kommentarer eller argument av egen interesse, dette måtte man avstå fra. Noen ganger kjentes det noe ukomfortabelt, siden det ikke var mulig å gi respons tilbake på samme måte som i en vanlig samtale.

Ved avslutning av hvert intervju var det viktig å avrunde på en god måte og det var naturlig å si litt generelt om prosjektet videre (Tjora, 2021, s. 160-161). Enkelte deltakere ga uttrykk for at de kanskje ville komme på viktige detaljer i etterkant. De fikk da tilbud om å sende e-post ved et senere tidspunkt dersom de hadde ønske om det. Ingen benyttet seg av dette. Hver enkelt måtte også takkes for bidraget de hadde gitt, og at de valgte å prioritere tid til å delta i studien (Tjora, 2021, s. 160-161).

3.4 Dataanalyse

Arbeidet med å bearbeide de innsamlede data startet fortløpende med transkribering av alle lydopptak, etter hvert som et intervju var gjennomført. Mengde skriftlig tekst fra hvert intervju varierte mye, det var mer enn dobbelt så mange ord fra korteste til lengste intervju. Transkribering av intervju var mest hensiktsmessig å utføre selv, siden det i kvalitativ forskning handler om fortolkning av datamaterialet (Johannessen et al., 2016, s. 159-160).

Man var raskt tilbake i settingen igjen og kunne huske utsagn og stemning, dette var til stor hjelp med tanke på å bevare data (Tjora, 2021, s. 185-187). Transkripsjonen ble i all hovedsak gjort ordrett, men på bokmål. Det ble i noen grad tatt med latter og lignende, men egen bevissthet rundt dette var ikke etablert fra start (Tjora, 2021, s. 185-187).

Analysemetoden som ble valgt var systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011, s. 91-112). Denne metoden er en videreutvikling av Giorgis fenomenologiske analysemetode og går over fire faser. Et viktig begrep i metoden er meningsbærende enheter, som man analyserer og henter ut ifra datamaterialet. Dette er ord og setninger som ansees som meningsfulle for å besvare problemstillingen, slik de tolkes av forsker. Videre i prosessen var det viktig å ha søkelys på problemstillingen, slik at det som ble trukket ut var relevant for å besvare denne (Malterud, 2011, s. 91-112).

Første fase bestod av å lese igjennom alle intervjuene (Malterud, 2011, s. 91-112). Fokus nå var å finne ut hva informantene egentlig snakket om, og hva de var mest opptatt av.

Områder eller tema som utmerket seg i teksten ble notert, og det ble i første omgang valgt ut seks midlertidige tema som det var naturlig å dele datamaterialet inn i. De seks tema var:

- Individuell pasientbehandling
- Stor selvstendighet som sykepleier
- Manglende pasientetterlevelse
- Mange uskrevne regler
- Væskebalanse og væsketrekk er et komplisert tema
- Feil skjer til tross for dobbelkontroll

Teksten ble deretter nøye gjennomgått, med understreking av ord eller setninger for å finne meningsbærende enheter. Det ble brukt ulike farger for hvert tema, for å sortere meningsbærende enheter der de passet best. Dette kalles koding og innebar at de ble tillagt en bestemt betydning. Det var i denne fasen viktig å se bort fra intervjuguide. Hvordan spørsmålene var formulert påvirket imidlertid hvordan informantene fremla sine svar. Dersom intervjuguide hadde blitt laget mindre strukturert ville man kunne forventet at svarene ble uttrykt mer fritt, uavhengig og variert.

Det ble jobbet induktivt med koding av datamaterialet, noe som innebar at koder ikke ble laget i forkant, men ble trukket ut fra datamaterialet. Prosessen gikk litt frem og tilbake, hvor koder ble valgt ut, noen ganger flyttet på, eller slettet. Enkelte koder viste seg å passe inn under flere tema, men dette ble forsøkt unngått for å ikke risikere at kodegrupper skulle bli for like, med fare for gjentakelser og at tema skulle gå for mye inn i hverandre (Malterud, 2011, s. 91-112).

I tredje fase begynte prosessen med å gjennomgå hver kodegruppe for å sortere ulike enheter etter meningsinnhold (Malterud, 2011, s. 91-112). Den første gruppen som ble startet på var «stor selvstendighet som sykepleier», siden dette var et interessant og engasjerende tema. Innholdet i hver gruppe ble grundig gjennomgått og delt inn i undergrupper. Som forsker blir denne inndelingen påvirket av de briller man har på, hvem man er og hva man er på leting etter. Fremgangsmåten bestod videre i å kondensere innholdet i hver undergruppe ved å sette sammen koder med lignende innhold, til setninger presentert som utsagn fra informantene. Denne prosessen ble systematisk gjennomført for alle kodegrupper. Det viste seg at enkelte koder ikke passet sammen, ble flyttet på, eller utelatt, dette medførte at antall kodegrupper ble redusert noe. Det var viktig å være seg bevisst problemstillingen, siden hovedhensikten med dataanalysen var å besvare denne. Ord og begrep brukt av informanter ble i stor grad valgt, for på denne måten å ivareta nærhet til empirien (Malterud, 2011, s. 91-112).

I fjerde fase ble det laget et sammendrag av essensen fra de kodegrupper man stod igjen med, disse ble inndelt i tre temaer. De er blitt presentert og tolket. Det er vektlagt at ord og beskrivelser fra informanter er ivaretatt i stor grad, og at de ulike informanter er inkludert og representert på en god måte. Det var viktig å være tro mot innholdet i de opprinnelige data. Funn måtte sjekkes opp imot rådata for å kontrollere om det var samsvar. Dette måtte også gjøres opp imot tidligere teori og forskning på området, for å avklare hva som tidligere er kommet frem. Det skulle formidles hva funnene sa om et bestemt tema rettet mot problemstillingen (Malterud, 2011, s. 91-112). Bruk av sitater er tatt med der det var ønske om å fremheve et poeng fra teksten. Den analytiske teksten som nå foreligger, er en presentasjon av funn fra denne studien.

Til slutt ble de analyserte data sett over med et kritisk blikk, for å undersøke om det var data som motsa de funn som var tatt med. Antall informanter som uttrykte noe om et bestemt fenomen hadde betydning for hvor stor vekt dette kunne illegges (Malterud, 2011, s. 91-112).

Tabellen under viser prosessen med å hente ut relevante meningsbærende enheter fra datamaterialet, og videre hvordan disse ble systematisk kodet og plassert sammen med lignende koder i kodegrupper. Til sist ble kodene sammenfattet i tema som var beskrivende for det empiriske innholdet.

Transkripsjon	Empirinær kode	Kodegruppe	Konsept/Tema
Det er klart at jeg savnet nok noen smørbrødlister når jeg begynte her, det var svært mange uskrevne regler	Ønsket noen «smørbrødlister», mange uskrevne regler	Erfaring, skjønn og prosedyrer Trygghet og kvalitet på tjenester	Uskrevne regler og uformelle praksiser
Jeg skulle visst litt mer om væskebalanse, og alle faktorer som spiller inn. Temaet er ganske mye større enn jeg først trodde. Væsketrekk er ganske så innviklet og ikke så rett frem.	Behov for mer kunnskap om væskebalanse, tema er komplisert og mye større enn jeg trodde	Innsikt og forståelse om væskebalanse Stor individuell variasjon Veien til selvstendighet	Væskebalanse krever avanserte ferdigheter
Jeg har sett det flere ganger, at pasienter utvikler venstre ventrikk hypertrofi, men noen utvikler jo hjertesvikt også, og det er fordi bremseklossen ikke er på i det hele tatt. De drikker og drikker, som sykepleier er det svært utfordrende	Utfordrende med pasienter som ikke klarer å redusere sitt væskeinntak, de er utsatt for hjertekar sykdom, og vil på en måte ikke sitt eget beste.	Samhandling og pasientmedvirkning Hvordan er dette mulig? Tilfeldig pasientopplæring?	Viktig å ha pasienten med på laget

Figur 2: Oversikt over analyseprosessen

3.5 Reliabilitet og validitet

Påliteligheten i denne studien er synliggjort som en rød tråd, med en sammenheng mellom de ulike prosesser gjennom hele studien (Tjora, 2021, s. 263-266). Det er vektlagt å beskrive tydelig, hvilke valg som er gjort og hvordan ting er blitt utført, fra utvelgelse av informanter, datainnsamling, til bearbeiding og analysering (Johannessen et al., 2016, s. 229-230). Bruk av sitater gir en presentasjon på en mer direkte måte, og er tatt med for å fremheve viktige poeng eller funn, også for at leseren kan få en opplevelse av å være «tettere på» (Tjora, 2021, s. 263-266). Det har blitt reflektert over hva som lå til grunn for utvelgelse av de konkrete sitater og det er gjort en ny gjennomgang for å sikre et godt utvalg, hvor det var viktig å vise en bredde av materialet. Dette gjelder også resten av datamaterialet under hver kategori, hvor en ny gjennomgang førte til endel justeringer slik at alle informanter er godt representert. Sitatene er merket slik at det er synlig hvilket intervju de er hentet fra, nummerert fra 1-10, for eksempel: (Spl.1) (Tjora, 2021, s. 263-266).

Forskningens gyldighet handler om i hvilken grad resultatene fra studien besvarer problemstillingen (Tjora, 2021, s. 260-263). Intervju som metode er valgt for å undersøke den valgte problemstilling. Man kunne gjort en spørreundersøkelse for å få et innblikk i sykepleieres håndtering av væskebalanse til pasienter i HD og det kunne frembragt en del konkret informasjon. Det ville derimot ikke vært mulig å få utdypende svar på hva de opplever som bra, mindre bra og utfordrende dersom en annen metode ble valgt. Individuelle intervju ble vurdert som godt egnet til å få et innblikk i hvilken opplæring sykepleiere har fått, og hvordan de har erfart å jobbe med pasienter som har fare for overhydrering. Bruk av relevant forskning og teori på området er valgt ut for å belyse fenomenet på best mulig måte, og er sammenstilt med funnene i denne studien. Det har vært viktig å fremstille hvordan det er tilrettelagt for å besvare problemstillingen, og på hvilken måte data ble produsert. Funn i studien vil være et viktig bidrag til å peke på noen sammenhenger og erfaringer fra sykepleiere på ulike dialyseavdelinger i Norge. Materialet er derimot ikke stort nok til å trekke noen slutninger (Tjora, 2021, s. 260-263).

3.5.1 Betraktninger om metode

Prosesen i kvantitative studier går ofte litt frem og tilbake, og veien har blitt litt til underveis (Malterud, 2011, s. 53-54). Problemstillingen har blitt endret flere ganger underveis. Man har sett og lært nye ting, og dette gjør at i ettertid ville jeg gjort enkelte justeringer dersom jeg skulle begynt på nytt igjen. Blant annet når det gjelder intervjuguiden, ville jeg endret noe på spørsmålsstillingen. Jeg ville blant annet etterspurt informantenes forhold og kunnskap om å søke etter forskningskunnskap. Selve gjennomføringen av intervjuene hadde antakelig også blitt gjort på en noe mer åpen måte, for å kunne fange opp flere momenter de selv kunne bragt frem. Dette handler mye om å utvikle seg, og oppnå større trygghet i rollen som forsker (Thagaard, 2018, s. 89-94).

3.6 Ethiske vurderinger

Ved gjennomføring av denne studien var det nødvendig å se på ulike etiske retningslinjer. I forkant av intervjuene fikk alle deltakere tilsendt informasjon om hva studien gikk ut på, og hva som var hensikten. De fikk informasjon om at de kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt (Johannessen et al., 2016, s. 85). Informert samtykke ble innhentet fra alle deltakere i forkant av studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Anonymitet, konfidensialitet og taushetsplikt var viktige premisser for gjennomføring og dette måtte formidles tydelig til alle deltakere, samt bruk av lydopptak av hele intervjuet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009; Tjora, 2021, s. 180). Som forsker fikk man ved noen anledninger opplysninger om indirekte berørte personer, og det var da viktig å være seg bevisst taushetsplikten både underveis og i etterkant av studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Noen viktige punkt å nevne var hensynet til personlig integritet, ved at personen selv skulle få sette grenser for hva som ble delt og ikke (Tjora, 2021, s. 187-194). Når man opplevde at informanter ikke var helt bekvem i situasjonen var det viktig å vise respekt og hensyn ved å forsøke å dreie samtalen i en litt annen retning. Det er et viktig prinsipp at ikke informanten under noen omstendigheter skal komme til skade på noen måte, for eksempel ved å sitte igjen med en dårlig opplevelse. Ved presentasjon av sitater var det nødvendig å sikre anonymitet og fremstille informantens utsagn på en respektabel måte.

Det forekom at uttalelser inneholdt feil, og dette måtte det tas hensyn til ved bruk av sitat i teksten, enten ved å korrigere eller forkaste det. Sitat er referert etter intervjunummer. Alder og kjønn er i hovedsak utelatt, for å sikre anonymitet (Tjora, 2021, s. 187-194, 266).

Det ble brukt Microsoft teams som plattform for de digitale møterommene, dette var et krav med hensyn til personvern fra utdanningsinstitusjonen VID. En diktafon ble brukt for å gjøre lydopptak under intervjuer, denne ble lånt på bibliotek hos VID. Siden informantene var sykepleiere og det ikke involverte pasientopplysninger, var det ikke nødvendig å søke godkjenning andre steder enn hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Intervjuguide ble utarbeidet og studien er godkjent hos NSD 15.juli 2021, meldeskjema: 648345.

4 Presentasjon av funn

4.1 Væskebalanse krever avanserte ferdigheter

Mange sykepleiere beskrev væskebalanse og væsketrekk som komplisert å lære, og hadde opplevd stor usikkerhet selv når de var nye i faget. Det tok lang tid å skjønne hvordan ting hang sammen. Denne oppfatningen syntes de fleste å ha, selv de med lang erfaring husket hvor komplisert de synes det var, og mente det var vanskelig å lære opp nye sykepleiere. Flere påpekte at det tok tid å opparbeide seg en helhetlig forståelse med god kompetanse og teknisk innsikt om hvordan pasienters væskebalanse skulle ivaretas. En erfaren informant i dialysefaget beskrev det slik hvordan det var å lære om væsketrekk:

«Væsketrekk er litt komplisert egentlig. Jeg tror du må ha litt erfaring for å skjønne og forstå det» (spl.8).

4.1.1 Innsikt og forståelse om væskebalanse

Mange beskrev ulike aspekter som var viktig å ta med i vurdering av væskebalanse til pasientene. De snakket om vurderinger rundt høyt eller lavt blodtrykk, som både kunne ha sammenheng med overhydrering og hjertesvikt å gjøre. Man skulle lære å vurdere grad av overhydrering ved fysisk undersøkelse av ødemer, blodtrykk og respirasjon hos pasienter. Mange kom inn på tema om pasientenes tørrvekt, hvor sykepleiere regelmessig måtte vurdere om pasienter hadde lagt på seg eller tatt av. Kanskje hadde de tapt muskelmasse til tross for at vekten holdt seg stabil, grunnet økt vannmengde i kroppen.

Det var åpenbart at kjennskap til pasientene var viktig for å vite hva de tålte, og det å sammenligne med tidligere behandlinger, for å danne seg et bilde av hva som fungerte og ikke. Det var særlig kompliserende dersom pasienter skulle trekke mye væske og samtidig var hypotensive. Hvis pasienten hadde hjertesvikt, ville et væsketrekk ofte kunne bedre pasientens blodtrykk. En informant påpekte at denne tilstanden var vanskelig for uerfarne å håndtere på en god måte, siden de lett kunne bli usikre på å sette inn et stort væsketrekk til en pasient med lavt blodtrykk. Flere med lang erfaring mente man hadde et ansvar for å videreformidle denne type kunnskap til nyansatte.

Noen påpekte at det var lite ønskelig at pasienter skulle være overhydrert over lengre tid, og det var derfor bra å trekke mest mulig væske fra pasienter. Samtidig kunne det oppstå komplikasjoner i form av hypotensjon og kramper ved for store væsketrekk. Denne balansen ble opplevd som utfordrende og til dels skremmende for enkelte, særlig når de var nye i faget. En informant beskrev sin utrygghet på denne måten:

«Et væsketrekk, det høres så enkelt ut, men så er det så fælt når pasientene går i kramper» (spl.5).

Disse problemstillinger var for mange vanskelig når man var uerfaren, og de måtte ofte rådføre seg med både erfarne sykepleiere og leger. En informant innså i ettertid å ha vært for forsiktig med væsketrekk til enkelte pasienter, som nyansatt, og mente selv dette hadde vært uheldig. Flere innrømmet at de som ny ble usikker og redd når de satte inn store væsketrekk. En informant med lang erfaring fra andre spesialavdelinger uttrykte seg slik om egen erfaring med væskebalansen, som ny:

«Jeg synes det var veldig vanskelig med væsketrekk når jeg begynte på dialysen, jeg var vant til å gi væske til pasienter som fikk blodtrykksfall, her måtte jeg tenke helt annerledes, husker jeg» (spl.4).

Flere uttrykte et ønske om å kunne fått grundigere kunnskap om væskebalanse og væsketrekk når de startet i jobben. De ga et inntrykk av at dette ville hjulpet dem til å bli raskere trygg i oppgaven med å ivareta væskebalanse til pasienter i HD. Det ble påpekt at man gjerne skulle hatt mer skriftlig materiale i form av lærebøker og prosedyrer som omhandlet dette tema:

«Jeg har ikke funnet så mye faglitteratur akkurat om dette» (spl.5).

Kunnskapen de fikk under opplæring var stort sett basert på erfaring som ble formidlet fra andre sykepleiere. Mangel på nok kunnskap om væskebalanse ble trukket frem som hemmende for å ivareta pasienters væskebalanse på en trygg og god måte.

4.1.2 Stor individuell variasjon hos pasienter

Mange fikk tildelt «egne» pasienter hver dag, og opplevde ofte stor mulighet til å gjennomføre HD på en selvstendig måte til disse pasientene. Informantene trakk frem at pasienter med nyresvikt hadde et individuelt forløp, og det var mange faktorer og variabler som spilte inn i forhold til progresjon og sykdomsforløp. Det var vanlig å gi pasienter restriksjoner på mat- og væskeinntak når de kom over i en fase hvor de ikke klarte å kvitte seg med all overskuddsvæske. Mange pasienter hadde ikke behov for å trekke væske når de startet i HD, men tidspunkt for når pasientens urinmengde avtok varierte og måtte derfor overvåkes nøye. Det var vanlig å gjøre egne vurderinger, men flere hevdet at de hadde både ordinasjon og en ramme å forholde seg til. Pasienter fikk etter hvert en tørrvekt og målet for hver behandling var å trekke væske slik at pasienten kom ned til denne vekten etter endt behandling. Det var ikke dermed sagt at dette gjaldt for alle pasienter, som en informant påpekte:

«Det er alle ikke vi trekker ned til tørrvekt, det kommer an på pasienten, det er mange variabler» (spl.4).

Flere sa de selv justerte væsketrekket til faste pasienter, slik de vurderte det var nødvendig, ofte uten å tilkalle lege. Mange sa at de jobbet svært selvstendig rettet mot de faste dialysepasientene, hvor flere påpekte at sykepleiere var de som kjente pasientene best, og derfor var godt egnet til å gjøre gode vurderinger og bruke sitt kliniske blikk.

Det var vanlig å bruke ulike verktøy for å vurdere pasienters væskestatus, ved å måle hydreringsstatus med BCM eller blodvolum med BVM, fikk man en stipulering av om pasienter var overhydrert eller ikke. Noen informanter hadde færre hjelpemidler tilgjengelig i sin avdeling, og brukte i hovedsak fysisk undersøkelse av pasienter til å vurdere om pasienter var overhydrert.

Flere snakket om hvor ulikt pasientene reagerte på et væsketrekk. Hva de enkelte tålte kunne variere mye. Informantene trakk frem at man måtte prøve seg frem til hva som fungerte best for de ulike pasienter. En informant beskrev på denne måten kompleksiteten i hvor individuelt et væsketrekk måtte tilpasses, samtidig var man også ny og uerfaren i dialysefaget:

«Jeg synes det var vanskelig, ikke kjente jeg pasientene, ikke skjønte jeg helt, noen tåler mer og andre ikke fullt så mye, de er jo veldig forskjellige. Det var vanskelig i starten å vite hvor mye jeg kunne trekke, så da var jeg veldig ivrig på å spørre leger og andre» (spl.4).

Informantene snakket om ulike måter et væsketrekk kunne gjennomføres på, man kunne bruke ulike profiler som fordelte væsketrekket ulikt gjennom behandlingen, dette var ofte mer skånsomt, og passet for noen pasienter. Fremgangsmåte for utprøving av væsketrekk virket ikke like klar for alle informanter, og det kunne tyde på at man lærte mye av hverandre. Noen hevdet at det burde blitt vurdert og diskutert oftere i fellesskap hvordan man kunne tilpasse behandling til den enkelte pasient. Andre oppfattet at man lett kom inn i et spor, uten å gjøre vurdering av om andre fremgangsmåter ville fungert bedre. Det ville også vært lærerikt, særlig for nye sykepleiere, å diskutere pasientkasustikk i fellesskap.

Mange av informantene sa at det var rutine å koble inn lege til nye pasienter, ved akutt dialyse, og til pasienter som var svært overhydrert. Dette var også tilfelle hvis sykepleiere vurderte at tørrvekt kunne være feil, hvor lege da ble informert om å gjøre en vurdering av å endre tørrvekt. Noen av informantene var imidlertid selv vant til å justere tørrvekt, uten å involvere lege. En informant beskrev slik hvordan justering av tørrvekt ble ivaretatt:

«Hvis vi har gode vurderinger rundt det, og føler at vi er ganske sikre, så justerer vi selv uten å involvere lege» (spl.1).

Det kom også frem at det var stor variasjon i tilstedeværelse av leger i dialyseavdelingene, og dette kunne muligens være en medvirkende årsak til større selvstendighet hos enkelte av informantene. Flere trakk frem at sykepleiere hadde stor påvirkningskraft til å få gjennomslag for sine forslag om blant annet endring av tørrvekt, og legene syntes ofte å ha stor tiltro til sykepleieres vurderinger. Det var viktig å tilkalle lege når dette var nødvendig, hvor noen uttrykte at de ønsket å ha sin egen rygg fri, og gikk derfor ikke utenfor sitt ansvarsområde. Mange sa også at de ofte konfererte med andre sykepleiere om blant annet væsketrekk, og mente at det var viktig å få andres vurdering i en del tilfeller. Dersom man var i tvil burde man alltid konferere med noen før man gikk i gang, hevdet flere. De påpekte at forsvarlighet måtte være i hovedfokus.

En informant uttrykte seg slik om sykepleieres ansvar med å ivareta pasienters væskebalanse:

«Jeg opplever jobben som veldig ansvarsfull, for vi har jo livet til pasienten i hendene våre, vi kan jo trekke de ned i et kraftig blodtrykksfall og det som verre er» (spl.10).

4.1.3 Veien til selvstendighet

De fleste informantene i denne studien hevdet at de opplevde jobben med å ivareta væskebalanse til pasienter i HD svært selvstendig. Som sykepleiere måtte de gjøre mange selvstendige valg og vurderinger, og det ble også nevnt, at før man søkte råd burde man gjøre seg opp en egen mening og begrunne denne. Sykepleiere ble trukket frem som viktige aktører for pasienten, det ble brukt ord som «pasientens advokat» og det å «stå på» for pasientens sak.

Det kom frem at de færreste hadde fått spesifikk opplæring om væskebalanse og væsketrekk som et eget tema når de var nyansatt. Det var særlig teoretisk undervisning det var lite av, mange hadde fått mye praktisk opplæring, hvor også væskebalanse og væsketrekk var inkludert. Mens enkelte syntes de hadde fått god opplæring om dette tema, påpekte mange at undervisningen hadde gått lite i dybden, og den gikk for det meste ut på at man skulle observere og lære hvordan andre erfarne sykepleierne utførte ulike oppgaver. Noen sa det eneste de konkret fikk opplæring om når det gjaldt væskebalanse, var hvordan man skulle regne seg frem til riktig væsketrekk ut ifra tørrvekt. Flere ga beskrivelser av opplæringen om væskebalanse som at «den var integrert i hele pakken» eller «innvevd i hele opplegget». Dette kunne tolkes som at de måtte observere, lære, spørre og erfare hvordan væskebalanse og væsketrekk skulle ivaretas i praksis. En informant med lang dialyseerfaring ga denne beskrivelsen om prosessen mot selvstendighet:

«Vi hadde endel pasienter med ganske mye væsketrekk, så jeg kom fort inn i det for å si det sånn. Egentlig gikk det veldig greit, det var ikke noe problem» (spl.7).

Ikke alle opplevde det like enkelt. Det gikk igjen hos mange at det var vanskelig og til tider forvirrende opplæring rundt dette tema.

Et aspekt som ble nevnt av flere var den individuelle tilpasning av behandling til den enkelte pasient som kompliserte opplæringen, man kunne ikke alltid si at en regel gjaldt for alle. Enkelte trakk frem at ulike sykepleiere i dialyseavdelingen hadde motstridende meninger og holdninger til hvordan et væsketrekk skulle gjennomføres. Noen ga ulike eksempler, som for eksempel at bruk av profiler ved væsketrekk ble foretrukket av enkelte sykepleiere, mens andre mente dette ikke var hensiktsmessig å bruke. Under opplæring kunne den type motsigelser oppleves forvirrende og utydelig, noe som kunne medføre at tilegnelse av forståelse, kunnskap og selvstendighet dro ut i tid. En informant ga denne beskrivelsen av sin erfaring fra opplæringstiden:

«Jeg måtte finne ut av ting selv og alle sa forskjellige ting, det var en veldig forvirrende tid, husker jeg» (spl.9).

Flere informanter pekte på at det tok bort imot to år før man ble trygg i faget, men etter rundt tre måneder erfarte mange en forventning om at man skulle være trygg nok til å ha hjemmevakter. For mange bestod disse vaktene i at man alene som sykepleier hadde vakt sammen med en lege, og kunne bli utkalt til akutt HD utenom arbeidstid. Flere snakket imidlertid om at trygghet var viktig, og at dette ble tatt hensyn til, med henblikk på lengde for opplæringstid.

Det kunne tyde på ulik grad av ønske om selvstendighet hos de enkelte informanter, mens noen påpekte at de likte godt å ha kollegaer i nærheten av seg, likte andre godt å styre hele behandlingen selv. Det kom tydelig frem hos mange, at det ga trygghet å ha personer tilgjengelig dersom man hadde behov for støtte. Mange trakk frem at stabilt personale med lang kompetanse innen dialysefaget hadde vært en styrke i avdelingene, og særlig når man begynte som ny sykepleier. Det var derimot flere som nevnte at dette hadde endret seg noe de senere år, med større utskifting og dermed flere nyansatte. Samarbeid med kollegaer og andre yrkesgrupper viste seg å fungere svært bra for de fleste informanter, og det virket som om arbeidsmiljøet i det store og hele var godt. Det var enkelte som opplevde at de som sykepleiere stod mye alene med vurderinger og avgjørelser, men de aller fleste beskrev et godt og trygt samarbeid også med leger.

Mange beskrev åpenhet og «stor takhøyde» for å spørre om råd og hjelp fra hverandre, og det virket som om folk var flinke til å stille opp for hverandre. En informant ga denne beskrivelsen av egen trygghet i å erkjenne hvor man stod i forhold til kunnskap:

«Jeg er ikke så redd for hva andre skal tenke om mitt kunnskapsnivå, for når jeg selv er trygg på det jeg kan, går det mye fortere å lære mer, hvis jeg er litt frempå og spør og deltar»
(spl.5).

Informantene ga et bilde av at et trygt arbeidsmiljø hvor man fikk lov til å være ny, og stort sett fikk den støtten man hadde behov for i prosessen med å tilegne seg tilstrekkelig erfaring og kunnskap.

Mange trakk frem at det hadde vært gjennomgang og forbedring av innhold i opplæring til nyansatte de senere år. I dag var det vanlig å bruke sjekklister med konkrete punkt for hva som skulle gjennomgås av opplæring og undervisning. Det var mye praktisk trening i hvordan de skulle stille inn og håndtere dialysemaskiner. Hos noen var det vanlig å gjennomgå prosedyrer med nyansatte, og mange hadde planlagt teori for selvstudie. Enkelte brukte også teoretisk undervisning, hvor væskebalanse var et deltema. Det kom imidlertid ikke tydelig frem at opplæring i væskebalanse og væsketrekk hadde konkrete forbedringer i form av mer teoretisk undervisning, eller at det var blitt laget prosedyrer spesifikt om væsketrekk og væskebalanse.

4.2 Uskrevne regler og uformelle praksiser

4.2.1 Erfaring, skjønn og prosedyrer

Et fåtall av informantene kjente til at avdelingen hadde skriftlige prosedyrer om væskebalanse eller væsketrekk. Noen hadde skriftlig prosedyre om hyper- og hypovolemi, og andre kjente til prosedyrer hvor væskebalanse var et deltema. Det var derimot svært vanlig med uskrevne regler om væskebalanse. Mange hadde regler for hva den enkelte pasient kunne ha i maksimalt væsketrekk per time, mens det også ble presisert at det var svært individuelt hva den enkelte pasient tålte. Flere beskrev at man enkelte ganger måtte omgå regler.

De fleste regler omhandlet ulike momenter i forhold til fremgangsmåte for gjennomføring av et væsketrekk. Flere nevnte en prosedyre som kalles isolert væsketrekk, hvor man utførte væsketrekk uten samtidig diffusjon. Det kunne virke som om ikke alle informanter hadde forstått tydelig hvilke regler som gjaldt for denne type behandling:

«En lege sa til meg, hva var det? En rate på 1000 ml per halvtime var vel maks, var det det hun sa, eller var det i timen?» (spl.5).

Enkelte hadde avklarte begrensninger i forhold til væsketrekk ordinert av lege, som ble brukt til alle pasienter. Ordinasjonene var lagt inn elektronisk og ble lastet ned på dialysemaskin slik at de fungerte som en sikkerhet under behandlingen. Det viste seg også at hos noen var det installert begrensninger i dialysemaskinene, slik at disse fungerte som en øvre grense som man ikke uten videre kunne overstyre. Andre informanter var ikke vant til at leger ordinerte en øvre grense for væsketrekk til pasientene, og hevdet at sykepleierne selv måtte finne ut av dette. Flere påpekte at det var en lege som til syvende og sist måtte ta stilling til hvilken plan man skulle legge for den enkelte pasient, men ofte foregikk mye av denne informasjonen ved muntlige overføringer.

En del av informantene uttrykte at de som nyansatte hadde opplevd stor frustrasjon og forvirring knyttet til regler om væskebalanse som ikke var nedskrevet. Enkelte brukte begrep som «diffust» og «tilfeldig», og mente sykepleiere i avdelingen ofte ga ulike svar på samme spørsmål. Det ble uttrykt ønske om en smørbrøddliste av regler og prosedyrer, og noen opplevde det vanskelig når man ikke kunne henviser til en konkret prosedyre for hvordan et væsketrekk skulle utføres. Dersom man fikk spørsmål fra kollegaer om hvordan en bestemt prosedyre skulle utføres, uttrykte en informant seg slik om sin erfaring om dette:

«Jeg kan ikke forsvare måten jeg utfører en oppgave på med annet enn at det var «han eller hun» som sa det, jeg har ikke noe skriftlig bak meg på en måte» (spl.5).

Frustrasjonen rundt mangel på skriftlige prosedyrer kom tydeligere frem hos de med kortest erfaring, dette handlet kanskje om at det ikke var lenge siden de hadde kjent disse utfordringene på kroppen.

Informanter med lengre fartstid innenfor dialysebehandling viste større aksept for at det ikke forelå skriftlige prosedyrer for ulike oppgaver som gjaldt væskebalanse. Det ble også nevnt at væskebalanse og væsketrekk var et så stort og viktig tema, at man derfor ikke kunne unngå å få med seg det som var gjeldende.

Det kom ikke klart frem hvordan man sikret at uskrevne regler ble formidlet videre til alle ansatte. Noen sa at de regnet med at regler ble formidlet muntlig under opplæring, men det kunne tyde på at man ikke hadde noen god struktur på dette. En informant hadde blitt oppmerksom på en «tommelfinger regel» for maksimalt væsketrekk, først etter flere års erfaring i dialyseavdelingen:

«Den regelen ble jeg ikke introdusert før for noen år tilbake, jeg hadde ikke oppfattet den før, det er kanskje ikke sånn at alle sier fra om alle regler til nyansatte, jeg vet ikke» (spl.2).

Flere nevnte at de brukte et elektronisk meldingssystem til å legge inn viktige beskjeder om blant annet væsketrekk til pasienter, disse beskjedene kom opp under dagens behandling på dialysemaskinen og måtte bekreftes ved å hake av for. Siden mange trakk frem at de hadde fått flere nyansatte den senere tid, kunne man kanskje ikke bygge like mye på muntlig videreføring av erfaring og kunnskap som tidligere.

4.2.2 Trygghet og kvalitet på tjenester

Informantene hadde søkelys på pasientsikkerhet i form av dobbeltkontroll av innstillinger i dialysemaskinen. Enkelte avdelinger hadde installert sikkerhetssystemer i dialysemaskinene, og brukte også individuell ordinasjon til alle pasienter for maksimalt væsketrekk eller rate per time, som bidro til økt pasientsikkerhet. Flere trakk frem problemstillinger med pasienter som ønsket større væsketrekk enn det som var anbefalt, og i noen tilfeller ble det i samråd med lege godkjent at pasienter fikk aksept for dette. De ble da informert om at det ble innvilget på eget ansvar.

Enkelte hadde erfart at det hadde skjedd avvik av feil innstilt væsketrekk, og flere ganger hadde dette skjedd til tross for utført dobbeltkontroll. De beskrev at det plutselig kunne glippe til tross for utført kontroll, dette skjedde særlig på travle vakter.

Et annet aspekt som ble trukket frem var at man regnet med at alt var korrekt innstilt, og gjorde en rask kontroll uten å sjekke grundig. Enkelte trakk frem at de ofte hjalp til med å starte behandling til pasienter på seinvaks skiftet, hvor man ofte skyndet seg fordi man skulle hjem. Flere påpekte at feil lett kunne skje under hastverk og at kontrollen burde ha høy prioritet. Noen ganger virket det mer tilfeldig at det hadde gått bra, blant annet beskrev en informant en pasient som ikke ble dårlig til tross for feil innstilt væsketrekk, det viste seg at pasienten hadde mer overskuddsvæske enn forventet. Flere kom imidlertid med konkrete episoder hvor det hadde skjedd feil i forbindelse med væsketrekk, som disse eksemplene viser:

«Jeg har meldt avvik fordi det var satt inn et væsketrekk på 6000 ml i stedet for 600 ml, men det var nå en svikt selvsagt» (spl.8).

«Vi hadde satt inn alt for høyt væsketrekk i forhold til tørrvekt, og så hadde ikke den kontrollerende sykepleier heller oppdaget det, og signert. Det var en svært travel vakt, og pasienten ble veldig dårlig med blodtrykksfall» (spl.9).

Mange ga tydelig inntrykk av at avviksmeldinger var blitt mye mer vanlig å bruke de senere årene. Det var derimot ikke ofte det ble skrevet avviksmeldinger for noe som omhandlet væskebalanse og væsketrekk. Enkelte kjente ikke til at dette hadde blitt gjort i det hele tatt. Det kunne tyde på at feil innstilling av væsketrekk i maskinen var det eneste som ble ansett som et avvik, når det handlet om væskebalanse. Vurderingsfeil, eller at pasienter gikk overhydrert over et lengre tidsrom ble ikke trukket frem som avvik. En informant gav denne forklaringen på hvordan man tenkte om avvik:

«Det hender jo at pasienter får blodtrykksfall selv om vi prøver å unngå det, men det regnes ikke som et avvik» (spl.6).

Flere hadde erfaring med at avviksmeldinger ble tatt opp og diskutert med ansatte i fellesskap, slik at alle kunne lære av hendelsene. Noen sa at dette systematisk ble gjort ved ulike saker.

4.3 Viktig å ha pasienten med på laget

4.3.1 Samhandling og pasientmedvirkning - Hvordan er dette mulig?

Det var et kjent problem at enkelte pasienter ikke fulgte anbefalte råd om restriksjoner av væskeinntak. Flere beskrev pasienter som ikke hadde bremseklossen på i det hele tatt. De drakk og drakk. Slik beskrev en informant hvordan enkelte pasienter fremstod:

«Noen pasienter kommer til dialyse med himla store trekk, vi prøver å informere de og lege snakker også med dem, allikevel så klarer de på en måte ikke å skjerpe seg» (spl.8).

Informantene kom inn på hvor uheldig de mente det var når pasienter ikke klarte å kontrollere inntak av væske. Dette medførte fare for å utvikle venstre ventrikel hypertrofi og hjertesvikt. De kom inn på episoder hvor pasienter fikk lungeødem fordi de var overhydrert, og dette var ofte en skremmende opplevelse, særlig for pasientene. Andre problemstillinger som ble trukket frem var kramper og blodtryksfall, som ofte hadde sin årsak i store væsketrekk. Flere informanter ga uttrykk for at de opplevde slike problemstillinger som utfordrende og til tider fortvilende. Noen brukte begrep som «å kjenne seg maktesløs» når pasientene ikke gav inntrykk av å ville ha hjelp. Flere oppfattet at ikke alle pasienter ville sitt eget beste, og påpekte at det var deres eget valg til syvende og sist. En informant ga denne beskrivelsen av problemstillingen:

«Jeg synes det er veldig utfordrende når pasienter ikke vil ha hjelp eller ikke makter å få hjelp, du kan ikke hjelpe de som ikke vil» (spl.2).

Mange beskrev utfordringer i samhandling med enkelte pasienter, hvor pasientene hadde urealistiske mål for sin behandling. Noen pasienter ønsket alt for store væsketrekk i forhold til hva som var forsvarlig, mens andre helst ville trekke lite, noe som kunne medføre overhydrering. Flere informanter uttrykte at manglende samhandling med pasientene kompliserte gjennomføring av en god behandling. Det var vanskelig når man måtte prøve å overstyre og overtale pasienter.

En informant beskrev situasjonen med enkelte pasienter slik:

«Jeg føler mange ganger du snakker til døve ører, enten så forstår de ikke, eller så vil de ikke forstå. De bare ser at vi greier å trekke fem liter uten at de blir dårlig, og da tenker de at det går bra, jeg kan drikke like mye til neste behandling» (spl.10).

En del hadde også dårlig erfaring med pasienter som ikke viste interesse og distanserte seg. Andre hadde ingen mening om sitt eget væsketrekk eller andre momenter i behandlingen. Enkelte informanter hevdet noen pasienter ikke viste interesse for å bry seg om sine utfordringer med væskebalansen, og virket lite interessert i å lære hvordan de selv kunne bidra. Andre problemstillinger som var kjent for mange var språk- og kulturbarriere, siden en del pasienter var av utenlandsk opprinnelse. Det kom tydelig frem at et godt samarbeid og det å komme til enighet, sykepleier og pasient, var det som fungerte best for å ivareta væskebalansen. Enkelte påpekte at de kunne trenge mer ressurser i form av personale for å få nok tid til å følge opp pasienters væskebalanse, og kanskje særlig rettet mot opplæring til pasientene.

Mange hadde tanker og uttalelser rundt pasienters forståelse av sin sykdom og behandling. Flere synes det var underlig hvordan noen pasienter klarte å endre kurs, mens for andre virket det nærmest umulig. Enkelte informanter gav uttrykk av at noen pasienter ikke virket som de evnet å forstå hvordan væskebalansen hang sammen, mens andre kom med eksempler på pasienter som trengte litt tid før de forstod ting. Noen mente de ofte kunne se at pasienter etter nærmere ett års tid endret kurs i form av bedre etterlevelse av væskerestriksjoner. Informantene hadde erfart pasienter som på kort tid klarte å snu situasjonen til det bedre. Dette kunne skje etter bestemte hendelser, som for eksempel akutt innleggelse med lungeødem eller andre ting. Flere informanter hadde erfaringer om dette:

«Det var en ung gutt, han var vel sånn 18-19 når han begynte i dialyse, en sånn typisk kul gutt som drakk cola hele dagen, typisk tenåring som var litt lei av alt dette. Vi trakk jo ofte mye væske av han, og han ble litt dårlig noen ganger. Så var det en gang han ble ordentlig dårlig, og etter den gangen så snudde det noe hos han. Han skjønnte plutselig at det var til hans eget beste» (spl.9).

«Vi hadde en dame for litt siden, hun fikk lungeødem, skikkelig, og hadde veldig vondt for å puste. Jeg tror hun lærte litt av dette» (spl.10).

Pasienter som var involvert i egen behandling fikk ofte bestemme mye selv i forhold til væsketrekk og andre forhold som angikk behandlingen. Flere beskrev stor evne til mestring hos enkelte pasienter, og dette gav dem stor mulighet til å delta aktivt i egen behandling. Noen pasienter fikk etter hvert overgang til behandling med hjemme-HD, etter en lengre opplæringsperiode. Ofte virket dette positivt og «smittet» over på andre pasienter som var vitne til pasienter som gjorde mye selv. Slik uttrykte en informant seg om pasientmedvirkning:

«Er pasienter litt oppegående får de bestemme mye selv, og delta i å planlegge og fordele væsketrekk utover i uken, jeg konfererer ikke med andre kollegaer eller lege om dette» (spl.3).

Det ble påpekt hvor tøft det kunne være for pasienter når de startet med HD behandling, enkelte hadde angst og syns alt virket skremmende. Flere mente at pasienter ofte ikke var i stand til å ta inn over seg alle aspekter når de startet i HD, men trengte tid. Det ble også nevnt at etterlevelse og motivasjon ikke var like enkelt for alle, flere informanter hadde stor forståelse for dette. En informant trakk frem at mange som starter med HD var rundt pensjonistalder og kanskje klar for å ta livet mer med ro, mens det å skulle lære noe nytt ble en total omvelting i livet. Flere pekte derimot på at de ikke så noen sammenheng mellom etterlevelse og alder. Pårørende eller andre omsorgspersoner i pasienters nettverk ble trukket frem som viktige støttespillere, som oftere burde tas med når det var behov for det.

Flere mente det var viktig som helsepersonell å minne seg på ulike utfordringer som pasientene hadde, og vise empati. Det var åpenbart at informantene både ønsket å hjelpe pasientene og hadde en klar formening om at bedre kontroll på væskebalanse sannsynligvis ville gitt dem bedre livskvalitet. Mange uttrykte imidlertid tydelig at man bare hadde mulighet til å hjelpe de pasientene som ønsket å motta hjelp.

4.3.2 Tilfeldig pasientopplæring?

Informantene hadde søkelys på informasjon og opplæring til pasientene, men det var ikke vanlig å begynne med dette før etter en tid i dialyse. Vanligvis i forkant av dialyse oppstart deltok de fleste pasienter på nyreskole, men det var ikke alltid pasientene husket så mye av informasjonen de hadde fått der. De fleste oppga at pasientopplæring ble startet når det begynte å melde seg behov for det. Det kunne være endrede blodverdier, redusert urinmengde eller andre symptomer som medførte at pasienter trengte å gjøre endringer i forhold til kost- og væskeinntak. For å gi pasientopplæring måtte pasientene være åpne og klar for dette, og de færreste var det ved oppstart i HD. Det var derfor vanlig å tilpasse start for opplæring til den enkelte pasients situasjon. Etter hvert som pasientene «kjente problemer på kroppen» mente flere at det var lettere å nå inn med informasjonen. Det gikk igjen at mange stadig hørte fra pasientene at de ikke hadde drukket mye, men ofte samsvarte dette ikke med deres vekt. Det kom ikke tydelig frem hos informantene om de mente årsaken var bortforklaringer fra pasienter, eller om de faktisk ikke hadde tilegnet seg en god forståelse for sin situasjon. Erfaringer hos en del informanter viste at det kunne hjelpe å gi pasientene konkrete forslag og tips til endringer, samt at de registrerte eget væske- og matinntak over en kortere periode. Dette kunne senere brukes til en gjennomgang med pasienten.

Det var ikke vanlig å ha noen form for struktur på disse samtalene, men man pleide å dokumentere hva som hadde blitt gjennomgått i journalsystemet. Noen leverte ut skriftlig informasjon, mens enkelte bemerket at dette kunne være uheldig fordi noen pasienter gikk veldig grundig til verks, og nesten sluttet å spise da. Mange uttrykte at undervisningen burde gjøres enkel og lettfattelig. Flere nevnte også at det var vanlig at leger deltok i informasjon og opplæring av pasienter, og det var ikke uvanlig at pårørende eller andre omsorgspersoner ble invitert med. Noen bemerket at det kunne være tendens til at pasienter hadde høyere etterlevelse av råd fra leger, enn fra sykepleiere. Det var derimot ikke alltid pasientene hadde forstått selve hensikten med endringene de hadde gjort, og dette var viktig for å få til en varig etterlevelse. Informantene trakk frem at som sykepleier var det viktig å motivere pasientene til å følge råd og anbefalinger. Mange tok opp tema om konsekvenser av overhydrering med pasientene dersom de mente dette var nødvendig.

Enkelte kom inn på hvor viktig det var å lære pasientene å redusere sitt daglige saltinntak, de påpekte at dette hadde stor betydning for å klare å redusere sitt væskeinntak. Noen trakk frem at man måtte unngå å skremme pasientene, og ta seg tid til å kartlegge hva som kunne ligge bak når de viste liten etterlevelse av råd. En informant var særlig opptatt at man jevnlig burde prioritere tid til samtale med pasienter, for på denne måten å kunne fange opp viktig informasjon, samtidig som pasienter i større grad opplevde seg sett og hørt.

De færreste brukte noen form for prosedyre eller sjekklister over hva pasientinformasjonen skulle inneholde, men det kom frem under intervjuene at flere syntes dette kunne vært nyttig. Flere mente at informasjonen ofte måtte gjentas, og det var også en fordel å vurdere andre tilnæringsmåter for å nå inn med sitt budskap. Enkelte opplevde det vanskelig å følge opp ansvaret med pasientopplæring på en slik måte at pasientene virkelig forstod det.

Det var vanlig at alle sykepleiere deltok i pasientundervisning, men det var åpenbart at det fungerte best i de avdelinger hvor man brukte primærsykepleie. Uten primærsykepleie ble det ofte liten kontinuitet, uklar ansvarsfordeling og større fare for forvirring hos pasientene siden mange sykepleiere ofte ble involvert. Enkelte påpekte også at manglende interesse fra pasienters side kunne medføre nedprioritering av undervisning. Denne informantens uttalelser er et eksempel på dette:

«Vi har et hefte som skal gjennomgås, men enkelte ganger blir det litt slurv da, for det er ikke like motiverende å undervise de som ikke er så interessert» (spl.3).

Det var også viktig å ikke mase på pasientene, eller å «overmanne» dem med gode råd til stadighet. Pasientopplæring var en post som lett ble kuttet ut ved travelhet i avdelingen. Informantene gav et bilde som kunne tyde på en noe tilfeldig oppfølging og ivaretagelse av pasientinformasjon.

Mens noen informanter ga inntrykk av at pasienters manglende etterlevelse av råd var vanskelig å forholde seg til, distanserte andre seg mer, og hevdet at det ikke påvirket deres opplevelse av mestring i jobben på noen måte. De sistnevnte plasserte problemene der de mente det hørte hjemme.

Mange ga imidlertid inntrykk av at det påvirket dem positivt, og ga stor motivasjon når pasienter mestret sin livssituasjon og ivaretok væskebalansen. Slik som en informant beskrev det:

«Når de på en måte griper det og begynner å skjønne det, ja og så ser jeg at de blir litt stolt. Det er nesten som å gå til tannlegen, og så går du ut igjen uten hull. Det er så gøy å se den mestringsevnen» (spl.2).

Flere trakk frem at når man har gitt råd som pasientene faktisk velger å følge, ga dette en god porsjon mestringsfølelse. God samhandling, hvor pasientene selv tok opp ting og kom med forslag om momenter som gjaldt egen væskebalanse, opplevdes meningsfullt for informantene. Informantene snakket om enkelte pasienter som fulgte nøye opp sine restriksjoner og hadde full kontroll på sin væskebalanse, dette ga stor motivasjon også for sykepleierne. Andre pasienter viste en mer gradvis endringsprosess. Ofte kunne de se at pasientene var stolte når de fikk det til. De nevnte at noen pasienter fikk mulighet til å behandle seg selv hjemme, etter en grundig opplæringsfase. Flere påpekte at når væskebalansen ble godt ivaretatt fikk pasientene ofte bedre kontroll på sitt blodtrykk, og følte seg i mye bedre form.

Det var viktig for mange å ha en god relasjon med pasientene, og dette aspektet kunne virke å ha positiv påvirkning for mestring og motivasjon hos pasientene. Flere understreket at pasientene ofte var ensomme, og på dialysen ble man som en stor familie.

5 Diskusjon

Hensikten med denne kvalitative studien er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med å ivareta væskebalanse til pasienter i hemodialyse. I intervju med ti sykepleiere kom det frem at kunnskap om væskebalanse og væsketrekke er komplisert å lære, og tar lang tid å opparbeide seg. Mange opplevde å få god tid under opplæringstiden, til å være «ny». Mens noen var godt fornøyd med opplæringen de fikk, var det mange som hadde ønsket seg en grundigere innføring og dybdekunnskap om væskebalanse. Flere antydte at et bedre utgangspunkt fra start ville gitt dem en raskere progresjon i å bli trygg i jobben. Avdelingene hadde lite prosedyrer som gikk konkret på det å ivareta væskebalanse til pasienter, og mye av kunnskapen ble tilegnet gjennom observasjon, praktisering og videreformidlet erfaring og kunnskap fra andre sykepleiere. Flere savnet prosedyrer og rammer å støtte seg på. Det kom tydeligst frem hos de med kortest erfaring.

For å oppnå en stabil væskebalanse er det essensielt at pasient og helsepersonell samhandler godt om denne oppgaven. Ifølge informantene er det en del pasienter som ikke følger opp råd om restriksjoner for kost og væske, noe som kan medføre uheldige konsekvenser, både under behandling og på lengre sikt. Informantene var alle kjent med sitt opplæringsansvar til pasientene, men av ulike grunner var det enkelte ganger utfordrende å følge opp. Ulike moment som manglende interesse fra pasienters side, liten tid og sviktende kontinuitet medvirket til at pasientopplæringen ikke alltid ble godt ivaretatt. Informantene gav inntrykk av at opplæringen til pasienter ble noe tilfeldig og ustrukturert, noe som igjen kanskje medvirket til manglende forståelse og kunnskap hos enkelte pasienter. Det var enighet om at pasientetterlevelse hadde stor betydning både for pasienters velbefinnende, og for å forebygge komorbiditet.

Videre i dette kapittel drøftes studiens hovedfunn opp imot teori og tidligere forskning, med fokus på å belyse forskningsspørsmålet:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ivareta væskebalanse til pasienter i hemodialyse?

5.1 Hva innebærer det å jobbe kunnskapsbasert rettet mot væskebalanse til pasienter i hemodialyse?

Funn i denne studien viser at informantene var godt kjent med faremomenter på grunn av overhydrering. Flere studier har pekt på at sykepleiere trenger kunnskap om hvilke komplikasjoner som kan oppstå på grunn av overhydrering, både på kort og lengre sikt (Flythe & Bansal, 2019; Yilmaz et al., 2016). Kunnskap handler om å tilegne seg forståelse, og i begrepet kompetanse inngår kunnskap, ferdighet og holdning (NOU 2018: 2, 2018). En viktig hensikt med god forståelse om komplikasjoner er å tilrettelegge for at overhydrering forebygges (Flythe & Bansal, 2019). Studien til Chazot et al. (2012) peker på klare fordeler med bedre overlevelse ved at overhydrering forebygges, og beskriver konkrete tiltak som kan bidra positivt.

Informantene ga uttrykk for at kunnskap om væskebalanse er sammensatt og komplisert, og mye tydet på at ikke alle synes opplæringen hadde vært god. Tekniske ferdigheter i håndtering av dialysemaskin var det området som fikk mest fokus under opplæringen, mens mange også hadde ønsket seg mer teoretisk opplæring. De skulle lære å gjøre vurderinger basert på individuelle tilpasninger til den enkelte pasient. Tekniske ferdigheter var også viktig for å være i stand til å gjennomføre selve behandlingen. En kvalitativ metasyntese underbygger behovet for avansert kompetanse hos sykepleiere som skal jobbe med HD behandling (n 118) (Lee & Kim, 2022). Studien viser at sykepleiere som jobber i dette fagfeltet trenger å utvikle ulike ferdigheter. De trenger kunnskap for å betjene dialysemaskiner, gjennomføre HD behandling, opplæring av pasienter, og ikke minst; håndtere uforutsette hendelser. Det kom også frem i studien at stressnivået blant sykepleiere kunne være høyt, noe som ble relatert til det komplekse ansvaret med kronisk syke pasienter. Både Fielding (2019) og Wilson (2014) bekrefter kompleksiteten i kunnskap om væskebalanse, og peker på at sykepleiere trenger god forståelse om mange sammenhenger for å kunne ivareta pasienters ulike behov. De skal tilegne seg mange ferdigheter, som å vurdere, identifisere, tolke og behandle pasienter med fare for overhydrering, hvor et viktig mål er å unngå komplikasjoner (Fielding, 2019, s. 198-203; Wilson, 2014, s. 118-121).

Som ny erfarte informantene det vanskelig og forvirrende å skulle tenke ganske annerledes enn de hadde vært vant til andre steder de hadde jobbet. Tidligere erfaring viste seg ikke nødvendigvis å komme godt til nytte. Til tross for lang erfaring fra spesialavdelinger, viste funn i denne studien at dialyse og pasienter med nyresykdom var et nytt fagområde med andre problemstillinger enn mange tidligere hadde vært vant med. Man kan lett undervurdere en nyansatts behov for kunnskap, dersom personen har lang erfaring fra andre steder. Uansett erfaring burde kanskje dialyseavdelinger tilrettelegge for at alle nye som begynner tilbys en god basis kunnskap, som et utgangspunkt å bygge videre på. Dette støttes av Lee og Kim (2022) som hevder sykepleie til pasienter i HD er et spesialfelt som krever inngående kunnskap både om sykdom og behandling. Derfor anbefaler de nasjonal tilretteleggelse av kurs og utdanning for å sikre kvalitet og kompetanse i nyreomsorgen.

Informantene i denne studien peker på at utrygghet som ny ble satt i sammenheng med manglende kunnskap om væskebalanse. Dette bidro til å hemme prosessen med å bli selvstendig. Studien til Bellier-Teichmann et al. (2022) peker på at opplæringskurs om HD behandling var nyttig, og hjalp sykepleierne til økt trygghet. Det kom tydelig frem at informantene jobbet svært selvstendig rettet mot de faste pasientene. De sa det også var forventet. Forventning om selvstendighet kan være utfordrende hvis man kjenner på usikkerhet og manglende kunnskap. Mens noen ikke hadde problem med å stille spørsmål, gjaldt dette kanskje ikke alle. Enkelte kunne muligens tenke at dette «burde jeg kunne» nå. Forvirrende og motsigende utsagn om behandling og prosedyrer var noe enkelte informanter trakk frem som hemmende, når det gjaldt å tilegne seg kunnskap om væskebalanse. De hadde lite skriftlige prosedyrer og rammer å støtte seg på. Uskrevne regler var derimot vanlig, og skapte størst frustrasjon hos de med kortest erfaring. Fordi behandlingen var individuelt tilpasset til den enkelte pasient, var det heller ikke alltid man kunne si at en regel gjaldt for alle. Spørsmålet er hva som er årsaken til at de i liten grad tok i bruk skriftlige prosedyrer om håndtering av væskebalanse?

Det kunne tyde på at verken alle så behovet for, eller synes det var like enkelt å lage skriftlige prosedyrer og regler om væskebalanse, siden dette fungerte individuelt hos de ulike pasientene. Kanskje er det nettopp på grunn av variasjoner og individuelle tilpasninger at man burde lage prosedyrer og rammer?

Veiledende råd og avklaringer kan gi et trygt fundament, særlig for sykepleiere med kort dialyse erfaring. Burchell (2014) peker på at det er hensiktsmessig å utarbeide prosedyrer som sikrer en tilnærmet lik gjennomføring av oppgaver. Dette støttes også av Stubberud (2018), som hevder at det er ønskelig med innføring av fagprosedyrer og protokoller for å kunne tilby en mest mulig standardisert behandling, som tilfredsstillende dagens krav til den beste praksis. Norske helsemyndigheter har et overordnet mål om at man på denne måten skal minske uønsket variasjon. Til tross for standardisering, sier Stubberud (2018) at målet er å tilby helsetjenester som er individuelt tilpasset den enkelte pasient. Thomas (2019) peker på mye av det samme, og hevder at helsetjenester som tilbys må være effektive, trygge, individuelt tilpasset, med søkelys på å identifisere farer og forebygge uønskede hendelser. Hvilke regler og prosedyrer som skal lages skriftlig, må vurderes uti fra hensiktsmessighet, men det er viktig at de er tydelig, forståelige og tilgjengelig for alle ansatte (Helsedirektoratet, 2017). En kunnskapsbasert praksis skal i følge Hoffmann et al. (2017), sørge for at den nyeste forskningskunnskap brukes, for å sikre pasienter de beste helsetjenester. Vil en kunnskapsbasert praksis bidra til økt trygghet hos sykepleiere som skal ivareta væskebalanse til pasienter i HD?

Funn i denne studien peker i retning av at informantene i stor grad brukte egen erfaring og sitt kliniske skjønn i forhold til ivaretagelse av væskebalanse til pasientene i HD. Mange beskrev at de gjorde mange vurderinger og undersøkelser av pasientene for å danne seg et bilde av væskebalansen. Det viste seg at de hadde god nytte av både lang erfaring og kjennskap til pasientene i sitt daglige arbeid. Flere informanter gav uttrykk for at de vurderte sin egen kompetanse som god. Bruk av faglig skjønn er et begrep man ofte setter i sammenheng med kompetanse. Alvsvåg og Martinsen (2018) peker på en naturlig kobling mellom erfaring og skjønn, og sier at det faglige skjønn får komme til uttrykk i situasjoner som ikke har en tydelig og åpenbar løsning. Flythe et al. (2017) støtter også sykepleieres behov for bruk av faglig skjønn i forbindelse med ivaretagelse av væskebalansen.

Informantene gav et inntrykk av at det hadde vært vanlig at mange sykepleiere i dialyseavdelingene hadde lang fartstid, noe som innebar mye erfaring. Dette hadde imidlertid endret seg noe de senere årene, hvor det hadde begynt flere nyansatte.

Det går an å tenke seg at behovet for skriftlige prosedyrer og rammer ikke fremstod like tydelig før, som nå. Man kan videre spørre seg om det er noen motsetning i å kombinere faglig skjønn og erfaring, med å ta i bruk nyeste forskning i form av prosedyrer og om væskebalanse? Hoffmann et al. (2017) hevder at erfaringsbasert kunnskap bygger på sykepleieres tidligere kunnskap, ferdighet og erfaring, og er en av flere dimensjoner som inngår i å jobbe kunnskapsbasert. Metoden anerkjenner dermed ekspertisen og den kliniske erfaringen som mange sykepleiere med lang dialyseerfaring besitter. Konteksten man befinner seg i er, slik en tolker Grønvik (2019), selve utgangspunktet for utøvelse av all sykepleie, og avgjørende for hvordan prosedyrer og oppgaver til enhver tid løses. Akseptasjon av denne dimensjonen basert også på tidligere erfaringer, åpner opp for bruk av skjønn og kliniske vurderinger i møte med kunnskapsbasert praksis (Grønvik, 2019). Derimot, ved å sette all sin lit til tidligere erfaring kan dette i verste fall medføre feil i utøvelse av helsetjenester, påpeker Hoffmann et al. (2017). De trekker frem flere eksempler som har vist at tidligere kunnskap har endret seg totalt en del år senere.

Funn i denne studien viser ikke tydelig at forskningsbasert kunnskap var en implementert del av praksis. Derimot, med lite bruk av skriftlige prosedyrer og rammer for hvordan væskebalansen skulle ivaretas, kan det tyde på at forskningskunnskap ikke fikk nok oppmerksomhet. For å sikre faglig forsvarlige tjenester, og tilby pasienter den beste behandling, er det kanskje ikke nok å bygge praksis på lang erfaring og godt klinisk skjønn? Norsk Sykepleierforbund (u.å.) viser til at gode helsetjenester er avhengig av at faget settes i søkelys og prioriteres. De peker på at sykepleiere har en viktig rolle i å bidra til å utvikle en kunnskapsbasert praksis. Dette samsvarer også med det Thomas (2019) påpeker, nemlig at sykepleiere i størst grad må fokusere på utvikling og forbedring av eget fag. Med et behandlings- og helsetilbud i stadig utvikling, hvor sykepleiere er sentrale aktører, medfører dette behov for at sykepleie som fag i større grad bør inngå i forskning (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). I følge Hoffmann et al. (2017) er det nettopp for å sikre kunnskap om de beste behandlingstilbud som bygger på oppdatert og pålitelig forskning, at kunnskapsbasert praksis er nødvendig. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere underbygger også dette, og peker på at dagens helsevesen må bestå av en praksis som er kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Stubberud (2018) kaller dette for «pålitelig» kunnskap.

Cleary-Holdforth et al. (2022) fant manglende innsikt om kunnskapsbasert praksis i sin studie, hvor mange sykepleiere oppfattet dette mer som en forskningsmetode. Ansvaret for dette plasserer de hos organisasjonene, som har et særlig ansvar for implementering og opplæring av ledere og ansatte. Det er heller ikke selvsagt at sykepleiere har god kompetanse i kunnskapssøk, mye tyder på det motsatte og Stubberud (2018) understreker at dette må det i større grad må tilrettelegges for.

Informantene oppga at de hadde en god relasjon med mange av sine pasienter, og brydde seg om deres ve og vel. Mange uttrykte også bekymring for pasientene når ikke væskebalansen var godt ivaretatt. Alvsvåg og Martinsen (2018) sier omsorgs begrepet handler om å ta vare på, bry seg om og være til stede med, det dreier seg altså om relasjoner. Stubberud (2018) trekker dette litt lengre og hevder at bruk av kunnskapsbasert praksis innebærer å gi pasienten god omsorg, av den enkle grunn at man da tilrettelegger for bruk av de beste helsetjenester. Dette støttes av Hoffmann et al. (2017), som beskriver pasienterfaring og medvirkning som en viktig dimensjon i kunnskapsbasert praksis. Med et pasientrettet fokus, hevder de dette handler om å bygge en relasjon med pasientene, som baserer seg på respekt, kommunikasjon og å styrke pasienters mulighet for medbestemmelse. Når det gjelder medvirkning og samvalg kom det ikke tydelig frem at informantene hadde et bevisst søkelys på dette, men endel pasienter fikk dog mulighet til å ha stor innflytelse på egen behandling.

Informantene gav uttrykk for at kvalitet og pasientsikkerhet var viktig. I flere avdelinger brukte de ulike sikkerhetssystemer i dialysemaskinene for å forhindre at væsketrekk ble uforsvarlig store. Dobbelkontroll av innstillinger i dialysemaskinene var også innarbeidet. Dette er i tråd med norske helsemyndigheter, som har søkelys på at pasientarbeid skal være av god kvalitet. Dette skal sikre pasientsikkerhet, og den til enhver tid beste behandling (Meld. St. 10 (2012–2013)). Bruk av avviksmeldinger er et system informantene var kjent med, men funn viste at det forholdsvis sjelden ble meldt avvik om hendelser som vedrørte væskebalansen. Dette til tross for at mange bekreftet at uønskede hendelser intraff iblant, og enkelte ganger også med alvorlig risiko for pasienten. Hovedhensikten med avviksmeldinger er i følge Stubberud (2018), pasientsikkerhet. Informantene oppga at avviksmeldinger stort sett handlet om feil innstilling av væsketrekk i dialysemaskinene.

Det er også grunn til å anta at andre situasjoner kunne utsette pasientene for uheldige komplikasjoner. Hva med feil vurdering av pasientens væskestatus, eller overforsiktighet på grunn av utrygghet og mangel på kunnskap hos sykepleier, burde dette også vært meldt som avvik? Funn i studien peker jo nettopp på at denne type hendelser oppsto enkelte ganger. Underrapportering av avvik kan være utbredt, viser en norsk/australsk studie, og peker på sammensatte årsaker til dette (Ulvund et al., 2016). Feil i pasientbehandling virker å være en innarbeidet årsak til varsling, men derimot uetisk yrkesutøvelse var mindre vanlig å melde. Hensikten med avviksmeldinger er ifølge Stubberud (2018), ikke å henge ut enkeltpersoner, men å kartlegge årsak til feil, som videre kan bidra til endring, forbedring og økt bevissthet om pasientbehandlingen. Et viktig moment når det gjelder avviksmeldinger, er å systematisk gjennomgå disse med alle ansatte, for på denne måten øke kunnskap og bevissthet om ulike saker (Stubberud, 2018). Et fåtall informanter var vant med dette. Thomas (2019) trekker frem en annen modell som ligner mer på en pasientsikkerhetsvisitt, som tar utgangspunkt i å identifisere problemområder, og drøfte hvordan disse kan løses. Å jobbe kunnskapsbasert handler om noe av det samme, nemlig å stille spørsmål om «hva og hvorfor» man gjør som man gjør (Hoffmann et al., 2017).

Hvordan kan man med sikkerhet si at helsetjenester er av den beste kvalitet? Funn i denne studien antyder at en kombinasjon av kompetanse, erfaring og godt samarbeid, med stor åpenhet for å kunne ta opp ting, bidro til at væskebalansen til pasientene i HD var godt ivaretatt. Spørsmålet er om det tilfredsstillende krav til den beste praksis? Ifølge Stubberud (2018) er det ikke alltid lik oppfatning blant helsepersonell om hva som ligger i begrepet kvalitet, han hevder dette er en kompetanse som må opparbeides. Funn i studien til Cleary-Holdforth et al. (2022) peker i retning av at sykepleiere hadde en klar oppfatning av at kunnskapsbasert praksis var den beste praksis. Lignende funn fant også Clarke et al. (2021), men det kan tyde på at endel hindringer medfører at prosessen med implementering går sakte. Spesialisthelsetjenesteloven (2001) pålegger sykepleiere å jobbe målrettet med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenester. Uten klare rammer og prosedyrer om håndtering av væskebalanse er det vanskelig å se for seg hvordan man kan måle kvalitet, eller stadfeste avvik.

5.2 Pasientetterlevelse og medvirkning

Funn i denne studien antyder at pasientundervisning ofte ikke ble systematisk ivaretatt. Informantene hadde søkelys på å pasientopplæring, men det ble i varierende grad prioritert. Sykepleiere har et opplæringsansvar ovenfor pasienter, og Fielding (2019) peker på at dette ansvaret må følges opp på regelmessig basis. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) understreker også pasienters rettigheter til å få nødvendig og tilpasset informasjon. Det er viktig at informasjon som gis er tilrettelagt i forhold til hva pasienter kan forstå og «fordøye», og sykepleiere har et ansvar for å sjekke ut at pasienter har forstått budskapet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Pasientopplæring, -etterlevelse og medvirkning henger på mange måter sammen, hvor det ene påvirker det andre. Rekkefølgen kan følgelig også variere, og vil kunne fremstå ulikt hos den enkelte pasient.

5.2.1 Pasientundervisning

Denne studien viste at informantene ofte ventet en stund med å undervise pasienter, etter oppstart i HD. De erfarte at pasientene vanligvis trengte noe tid før de var i stand til å ta inn informasjon. En viktig hensikt med opplæring til pasienter om væskebalanse er å forebygge overhydrering. Denne kunnskapen var informantene helt innforstått med, men flere ga uttrykk for at oppgaven kunne være krevende. Både travelhet i avdelingen og manglende interesse hos enkelte pasienter medførte en del ganger at pasientopplæring ble nedprioritert. Det var vanlig å tilrettelegge for samtale med pasientene når endring i helsetilstanden medførte behov for det. Dette gjaldt ofte når urinproduksjonen minket og pasientene måtte begynne med væsketrek i HD. De fleste hadde ikke noe skriftlig plan eller prosedyre til bruk for pasientopplæring, men det var vanlig å ta en prat om ulike råd og anbefalinger sammen med pasienten. Enkelte mente man ikke måtte skremme pasientene eller overmanne de med gode råd. Mange påpekte allikevel at det var viktig å gi enkle og kortfattede råd, som også burde gjentas. Sykepleieres ferdigheter i å kommunisere med pasienter er av betydning, påpeker Hoffmann og Tooth (2017), og burde kanskje få større oppmerksomhet. Fielding (2019) presiserer at pasienter trenger konkret opplæring og råd om hvordan de skal forholde seg til sin egen helsetilstand. Dette bekreftes også av Wilson (2014) som hevder at konkrete råd bør gjentas regelmessig.

For å kunne gi konkrete råd er det nærliggende å tenke at disse burde være nedskrevet i en prosedyre eller plan. Dette uttrykte også flere informanter at de kunne tenkt seg. Uten en klar forventning om innhold og plan er det ikke sikkert alle pasienter får den samme opplæringen. Glyde et al. (2019) peker på at en del pasienter i HD manglet kunnskap og forståelse på enkelte områder, det viste seg blant annet at mange pasientene hadde liten kunnskap nettopp om langsiktige ulemper ved overhydrering. Ut ifra det man vet om komplikasjoner ved overhydrering, er dette uheldig (Flythe & Bansal, 2019; Yilmaz et al., 2016). En norsk studie viser derimot at pasientene som fikk HD-behandling, var fornøyd med informasjonen de fikk fra helsepersonell (Andersen-Hollekim et al., 2020). Uten skriftlig materiale er det uansett grunn til å anta at råd blir formidlet ulikt. Glyde et al. (2019) peker på tidligere forskning, som viste at pasienter med lav etterlevelse hadde større kunnskap enn de som fulgte anbefalinger. Dette kan tyde på at opplæring gis ut ifra behov, og de påpekte at alle pasienter må tilbys regelmessig undervisning. Som tidligere funn i denne studien har vist, hadde sykepleierne ulik oppfatning av egen kunnskap og kompetanse. Dette kan man anta vil øke variasjonen i hva som formidles av opplæring til pasienter. Bruk av skriftlig materiale kan bidra til en mer lik pasientopplæring. Lambert et al. (2017) påpeker nødvendighet av å utvikle ulike verktøy og tiltak, som kan bidra til å forbedre etterlevelse av væske- og kostråd.

Det var vanlig at pasienter deltok på nyreskole, fortrinnsvis i forkant av dialyseoppstart. Dette er i tråd med nasjonale føringer om at pasienter skal tilbys opplæring om sin sykdom, og gis råd som kan styrke deres evne til egen mestring (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2013). Flere informanter mente derimot at pasientene ofte husket lite av denne opplæringen. Det kunne også gå noe tid mellom nyreskole og dialyse oppstart. Det var først når pasientene startet i HD at de virkelig fikk behov for kunnskapen de hadde fått på nyreskole. Flythe et al. (2017) påpeker nødvendigheten av et grundig opplæringsprogram som sikrer at pasienter får nødvendig og oppdatert undervisning, om væske- og saltrestriksjon.

Opplæringen burde fortrinnsvis tilrettelegges på pasientenes premisser, og flere mente man oftere burde sjekke ut hvordan pasientene «egentlig» hadde det, før man gikk i gang.

Kontinuitet i pasientopplæringen ble trukket frem som en stor fordel, men ikke alle klarte å leve opp til det. Særlig viktig var det å ikke bruke for mange personer som skulle undervise samme pasient, siden dette kunne skape mye uklarheter rundt formidling av et budskap. Lambert et al. (2017) bekrefter også dette, pasientene viste mindre evne til å følge råd og anbefalinger når mange personer var involvert i opplæringen.

5.2.2 Pasientetterlevelse

Det er åpenbart at et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient vil være hensiktsmessig når det gjelder å ivareta en stabil væskebalanse. Begge aktører har en viktig rolle med sitt bidrag til å forebygge overhydrering, og er derfor gjensidig avhengig av hverandres initiativ. Dette bekrefter også denne studien, mange uttrykte at et godt samarbeid med pasientene var det som fungerte best. Flere informanter pekte også på at en god samhandling med pasientene ga dem stor motivasjon i jobben. Pasienters motivasjon til å følge råd og anbefalinger kan være drevet av ulike ting. Flere informanter hevdet at pasientene ofte viste bedre etterlevelse av råd fra leger enn sykepleiere, kanskje også uten at de helt forstod hensikten. Andersen-Hollekim et al. (2020) beskriver makt ubalansen som finner sted mellom helsepersonell og pasient. Enkelte pasienter valgte heller å følge råd uten å stille for mange spørsmål, enn å risikere å komme i konflikt med de «kyndige». Denne makt ubalansen nevnes også av Bellier-Teichmann et al. (2022), som hevder sykepleiere må være seg bevisst på å tilrettelegge for å fremme samarbeid og pasientinvolvering. Relasjonen mellom sykepleier og pasient vil kunne påvirke pasienters motivasjon til å følge råd. Flere studier peker nettopp på dette. Pasienter trenger oppmuntring og selvtillit for å bedre klare å ivareta kost- og væskerestriksjoner (Flythe & Bansal, 2019), samt at tillit og samarbeid mellom pasient og sykepleier bidrar positivt til pasientetterlevelse (Andersen-Hollekim et al., 2020). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter med langvarig behov for helsetjenester rett til å få utarbeidet en individuell tilpasset behandlingsplan. I denne studien kom det ikke frem bruk av sådan, men dette bør vurderes nærmere med tanke på denne pasientgruppen.

Pasientundervisning kan kjennes tungt hvis pasienter viser liten vilje eller evne til å følge anbefalinger. Funn i denne studien bekrefter dette, informantene var godt kjent med at enkelte pasienter viste liten evne eller interesse for å ta imot råd og anbefalinger.

Flere studier peker også på det samme (Flythe & Bansal, 2019; Lambert et al., 2017). Enkelte pasientgrupper viste seg å være mer utsatt. I studien til Glyde et al. (2019) sa pasientene selv at de fulgte opp råd de fikk, men det viste seg å være store individuelle variasjoner i hva dette faktisk innebar. Mens enkelte informanter i denne studien gav inntrykk av at noen pasienter nærmest var «håpløse», mente andre at det var håp for de aller fleste. Det var mer et spørsmål om tid. Andersen-Hollekim et al. (2019) peker på at den tette og langvarige relasjonen som ofte finner sted mellom sykepleier og pasient i HD-behandling kan by på utfordringer. Når pasientene ikke viste etterlevelse av råd, kunne dette slå negativt ut i form av at sykepleiere prøvde å overta kontrollen. Sykepleierne hadde selv en oppfatning av at de var de rette til å peke på hva som var det beste for pasientenes helse (Andersen-Hollekim et al., 2019).

Funn i denne studien gir holdepunkt for å forstå det slik at helsepersonell prøvde å snakke pasientene til rette dersom væskebalansen «bar galt av sted». Ulike metoder har vært forsøkt for å bedre pasienters etterlevelse. Bruk av kognitiv adferds teknikk for bedre egenkontroll av væskeinntak ble forsøkt i en svensk studie (Lindberg et al., 2011). Pasientene fikk tett oppfølging basert på en mestringstro tilnærming, og resultater etter seks måneder viste forbedring med hensyn til reduksjon av overhydrering. Funn i en amerikansk studie viste motsatte resultater. Etter 16 uker med tett oppfølging av samtaler om kosthold og adferdsendring, fant man tilnærmet ingen forbedring av salt- og væskereduksjon (Sevick et al., 2016). Det er grunn til å anta at begge disse studiene var ressurskrevende, med bare fire deltakere i den første. Informantenes erfaring om pasient etterlevelse viste seg å være blandet, mange hadde inntrykk av at pasientene etter en tid i dialyse «klarnet» litt opp, og dermed ble bedre i stand til å ta imot råd og veiledning. Andre mente at ikke alle pasienter hadde evne til å følge råd. Flere informanter stilte seg undrende til enkelte pasienter som ikke fulgte bedre opp anbefalinger de fikk. Pahus et al. (2021) brukte et spørreskjema til å teste ut danske pasienters evne og mulighet til egenmestring og selvkontroll i forhold til væskerestriksjon. De erfarte at skjemaet var godt egnet for å kartlegge pasientene. Kanskje kunne dette vært en god måte å kartlegge også norske pasienter på. I stedet for å gjøre en subjektiv vurdering av pasienters egnethet, kunne man tatt i bruk en mer objektiv metode, samtidig som dette også muliggjorde en vurdering på likt grunnlag.

I en kvalitativ studie undersøkte Stømer et al. (2020) helsekompetanse hos norske pasienter med kronisk nyresykdom. Deres funn viste at pasientene hadde ulike overlevelsesstrategier, det er ikke nødvendigvis en direkte kobling mellom manglende forståelse og manglende etterlevelse. Mens noen pasienter etterspurte og søkte informasjon selv, var det andre som opptrådte mer passivt og gjorde som de fikk beskjed om. For multimorbide pasienter er det ikke alle som har like lett for å orientere seg i et sammensatt og komplisert helsevesen. Pasientene kunne bli usikre på hvordan de skulle forholde seg, eller hva de kunne forvente av helsepersonell. En god relasjon mellom pasient og helsepersonell hadde stor betydning for trygghet, og gjorde det lettere for pasientene å ta opp ting. Studien peker også på at det var stor variasjon i hvor mye kunnskap og involvering pasientene hadde ønske om. Med hensyn til helsekompetanse var kommunikasjonsferdigheter og kontinuitet områder som ble utpekt som satsningsområder (Stømer et al., 2020).

Informantene hadde gjort seg en annen viktig erfaring, nemlig at enkelte pasienter viste endring nærmest over natten, ved at de «plutselig» skjønnte hvordan væskebalansen fungerte. Det viste seg også en del ganger at akutte komplikasjoner som oppstod, for eksempel lungeødem, bidro til at pasientene endret kurs, ved å vise bedre overlevelse i etterkant. Glyde et al. (2019) fant noe av det samme i sin studie. Pasientene utviste mer forsiktighet med eget væskeinntak i etterkant av uønskede hendelser, og gjorde det de kunne for å unngå gjentakelse av tilsvarende episoder. Hos noen pasienter kunne dette medføre at de ble overforsiktige, for å unngå nye hendelser, og utviklet det Glyde et al. (2019) kaller «safety behaviours». Dette kunne utvikles til generelle angstsymptomer hos pasientene. Noen av informantene hadde også lignende erfaringer, av at enkelte pasienter ble engstelig og redde. Depresjon hos pasienter med endestadium nyresvikt har vist seg å ha negativ effekt på pasientetterlevelse (Lambert et al., 2017). Flere informanter mente man burde ta seg tid til samtaler med pasientene iblant, og hevdet dette var en nyttig investering for å vise dem støtte. Min egen erfaring er at man lett kan bli for teknisk og symptom orientert, og i en travel arbeids hverdag kan dette medføre at pasientene nesten blir «glemt». Bellier-Teichmann et al. (2022) fant ut at sykepleiere som gjennomgikk et opplæringsprogram fikk endret sitt pasientfokus. Fra å være mest orientert mot symptomer og teknisk gjennomføring av behandlingen, ble de mer pasientorientert, og viste økt interesse og omsorg for pasientene.

Hva kan årsaken være til mangelfull etterlevelse av væskerestriksjon hos pasienter i HD? Funn i denne studien viste ulike meninger og antakelser om dette. Noen antydte som nevnt, at enkelte pasienter ikke hadde evne til å forstå sammenhengen om væskeregnskapet, eller manglet vilje til å endre kurs. Kognitiv svikt og mangelfull helsekompetanse kan være medvirkende årsaker til manglende etterlevelse hos enkelte pasienter (Lambert et al., 2017), men ifølge Stømer et al. (2020) er det ikke nødvendigvis en sammenheng her. Flythe og Bansal (2019) hevder at noe av årsaken kan bero på manglende mestringsfølelse og selvtillit. Lambert et al. (2017) peker også på en kobling mellom pasientetterlevelse og opplevd selvtillit. Manglende oppfølging og kontinuitet om kost- og væskeveiledning, medvirket til redusert etterlevelse hos pasientene. For mange pasienter kan det oppleves stressende å skulle følge et strengt regime for kost- og væskeinntak (Lambert et al., 2017). Når pasienter ikke følger anbefalinger og råd, kan det enkelte ganger oppstå motstand hos sykepleiere, min egen erfaring tilsier at dette kan forverre situasjonen. Hvis sykepleiere er oppgitt over en pasient kan dette medføre at kommunikasjonen med pasienten påvirkes av dette, hvor man lettere signaliserer en negativ holdning. En slik situasjon kan føre til en nedadgående spiral. Glyde et al. (2019) trekker frem at stress av ulike årsaker kan påvirke pasienters etterlevelse negativt. Dette kunne for eksempel relateres til liten tid og stress hos sykepleiere, eller taxi forsinkelser. Taxiutfordringer til og fra dialyse, enten som forsinkelser eller uteblivelse, er for mange pasienter «altopplukende». Dette bekrefter også Andersen-Hollekim et al. (2020), som viser til at mange pasienter opplevde dette krevende, med lange og slitsomme «dialysedager».

Sykepleiere er tett på pasientene og har stor mulighet til å forsøke å påvirke de på ulike måter. For å styrke pasienters egenmestring trenger de å gis konkrete råd (Pahus et al., 2021). Det er grunn til å anta at det er en sammenheng mellom pasienters kunnskap og etterlevelse av råd. Sykepleiere kan med sin holdning og fremtreden bidra til å fremme mestring og etterlevelse hos pasienter, flere studier peker i retning av dette. Sykepleiere bør ha fokus på å oppmuntre og bekrefte pasienter når de viser økende ferdigheter og kunnskap (Glyde et al., 2019). Med hensyn til etterlevelse peker Lambert et al. (2017) på klare fordeler av en god sykepleier-pasient relasjon. I tillegg trenger pasienter å bli vist interesse og anerkjennelse for egen erfaring og opplevelse rundt behandling og sykdom (Andersen-Hollekim et al., 2019).

5.2.3 Medvirkning

Funn i denne studien gav et inntrykk av varierende pasient deltakelse. Pasienter som viste interesse og etterlevelse av råd og veiledning fikk i stor grad bidra dersom de ønsket dette selv. Noen pasienter ble opplært til selvdialyse, hvor behandling hjemme på sikt kunne bli aktuelt. Enkelte pasienter fikk også være med å bestemme momenter i forhold til sitt væsketrekk. Andre utførte praktiske ting, som innstillinger i dialysemaskinen, eller å håndtere sin blodtilgang. Det er naturlig å koble sammen pasientetterlevelse og - medvirkning, siden det forventes en viss evne til etterlevelse når pasienter skal være med å ta avgjørelser. Uavhengig av pasientetterlevelse, er pasientmedvirkning vedtatt i lov. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir føringer for at pasienter har rett til å medvirke. De skal få mulighet til uttale seg og bidra med sin kunnskap, og det skal tilrettelegges for medbestemmelse i ulike behandlingsvalg. Pasienter har rett til informasjon som er tilpasset deres evne til å forstå og respondere. Det kan også være aktuelt at pasientens nærmeste pårørende eller andre omsorgspersoner involveres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

Flere undersøkelser og studier gir holdepunkt for at pasientmedvirkning er et område som har potensiale for forbedring. En britisk pasientundersøkelse som har blitt gjennomført flere år innenfor nyreomsorgen, har vist at pasientmedvirkning kommer dårlig ut (Das et al., 2019). Den peker på et misforhold mellom sykepleieres åpenhet for pasientmedvirkning, og hvordan pasientene selv erfarer dette. Pasientene var prisgitt hvordan dialyseavdelingen de tilhørte, tilrettela behandlingen. Studien til Andersen-Hollekim et al. (2020) viser noe av det samme blant norske pasienter. Til tross for god informasjon opplevde ikke pasientene seg i stor grad involvert i egen behandling eller behandlingsvalg. Studien peker også på at pasientene ville foretrukket bedre samarbeid med helsepersonell, samt bli vist større interesse for egne erfaringer. Sykepleiere tenderer til å ville ha kontrollen selv, de oppfatter seg selv som eksperter og involverer pasienter og deres pårørende i liten grad (Andersen-Hollekim et al., 2019). Til tross for at de ønsker mer engasjement fra pasienter, opplever de også at dette kan bli en trussel mot egen kompetanse. Flere studier har også vist at pasienter har lett for å innta en passiv rolle når de starter i HD-behandling (Andersen-Hollekim et al., 2019; Stømer et al., 2020).

Det er grunn til å tro at sykepleiere kan bidra til å påvirke dette den ene eller andre veien. Glyde et al. (2019) peker imidlertid på en forbedring på dette området, og sier videre at dette kan åpne opp for større involvering og samarbeid mellom sykepleier og pasient.

Pasienter som viste evne og interesse for å engasjere seg, fikk anledning til dette. Spørsmålet er hvilke muligheter de «andre» pasientene fikk, de som ikke fulgte like godt opp om råd og anbefalinger fra helsepersonell? Et annet spørsmål som melder seg, er om alle pasienter får god og tilrettelagt undervisning tilpasset deres behov? Hvis pasienter skal få mulighet til å medvirke i egen behandling på lik linje, må de også få de samme vilkår. Funn i studien til Glyde et al. (2019) peker på mangler i pasienters forståelse om væskebalansen, særlig når det gjaldt senkomplikasjoner ved overhydrering. Stømer et al. (2020) hevder at ikke alle pasienter ønsker informasjon om alle forhold som gjelder egen helse, men understreker at god kommunikasjon basert på kontinuitet fremmer pasienters kunnskap og forståelse. Glyde et al. (2019) viser til lignende funn, hvor komorbide pasienter ikke ønsket like stor grad av involvering som andre, uten helt klar årsaks sammenheng. Dette må uansett kartlegges, man kan ikke som sykepleier bare anta at en pasient ikke ønsker informasjon eller involvering. Mye tyder på varierende ønske om informasjon og involvering hos de ulike pasienter, men det er dermed ikke selvsagt at det vil forbli slik. Man må kunne forvente at en del pasienter endrer seg underveis. Etter en tid i HD-behandling erfarer de ofte større trygghet og mindre angst, og vil da kunne fatte større interesse for å medvirke i egen helse. Dette samsvarer også med funn i denne studien.

Respekt for pasienters avgjørelser og valg, er et annet viktig moment som angår sykepleiere. Denne studien peker på en tendens til at informantene virket oppgitt over enkelte pasienter. Andersen-Hollekim et al. (2020) viser til flere pasienter som hadde erfart at sykepleierne hadde stor makt, og viste liten forståelse med hensyn til pasientenes autonomi. Større søkelys på samhandling mellom pasient og sykepleier ble påpekt som en anbefalt vei å gå. Til tross for endel utfordringer i sykepleier-pasient relasjonen, kom det også frem at mange informanter i denne studien hadde oppriktig omsorg og ønske om det beste for sine pasienter. Som sykepleier kan man enkelte ganger kjenne seg fortvilet på pasienters vegne. Flere informanter påpekte at pasientene til syvende og sist selv måtte stå for sine valg.

Større aksept og annerkjennelse for pasienter og deres valg, vil kunne bidra positivt til å bedre pasienters autonomi, og styrke samarbeidet med helsepersonell (Andersen-Hollekim et al., 2020).

Det kan være ressurskrevende når dialyseavdelinger skal drive med opplæring til pasienter på ulike nivå. Det er grunn til å anta at progresjonen hos den enkelte pasient vil kunne variere. Denne problemstillingen underbygges også av funn i studien til Andersen-Hollekim et al. (2019). De peker allikevel på en klar fordel ved at pasientmedvirkning kan bidra til at pasienter oppnår større innsikt og etterlevelse.

6 Oppsummering og konklusjon

Funn i denne studien peker tydelig på at kunnskap om væskebalanse til pasienter i hemodialyse er sammensatt og komplisert. Sykepleiere trenger avansert kompetanse for å ivareta pasienters væskebalanse på en trygg og sikker måte. Intervju med 10 sykepleiere antyder et behov for større innsikt og dybdekunnskap om væskebalanse og væsketrekk, de ville foretrukket større søkelys på dette under opplæringen. Mye tyder på at et manglende teoretisk grunnlag om temaet, bidro til å forsinke prosessen med å oppnå trygghet og selvstendighet for nye sykepleiere.

Sykepleiere jobber svært selvstendig rettet mot de faste pasientene, viser denne studien. Den enkelte sykepleier har stor mulighet til å tilpasse og justere behandlingen ut ifra egne vurderinger, og i samhandling med andre sykepleiere, leger og pasienter. Med lite bruk av skriftlige rammer og prosedyrer om væskebalanse skaper dette lett usikkerhet og uklarhet om gjeldende rutiner, og kan også medføre stor variasjon i hvordan praksis utøves. Både funn i denne studien og tidligere teori og forskning, gir holdepunkt for å påpeke at det er behov for tydelige rammer og prosedyrer om hvordan sykepleiere skal ivareta væskebalanse til pasienter i HD. I lys av pasientsikkerhet og det å jobbe kunnskapsbasert, må sykepleiere vurdere om praksis på dette området er ivaretatt slik den skal. Det er også et ledelsesansvar å tilrettelegge for gode rutiner som sikrer bruk av oppdatert forskning og nødvendige prosedyrer for virksomheten.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig, og har betydning for pasienters etterlevelse og deltakelse i egen behandling. Den tette og ofte langvarige kontakten mellom sykepleier og pasient kan by på utfordringer. Når pasienter ikke viser evne eller vilje til å følge råd og anbefalinger, peker både denne og andre studier på at det kan medvirke til et dårligere samarbeidsklima. Mye tyder på at medvirkning for pasienter i HD har et stort potensial for forbedring. Funn i denne studien viste at sykepleiere var bevisst sitt opplæringsansvar til pasientene. Derimot kan det tyde på at undervisningen bar preg av lite systematikk og kontinuitet. Det er grunn til å anta at sykepleieres holdninger og innstilling til pasientmedvirkning påvirker i hvor stor grad dette faktisk skjer.

Ved at sykepleiere tilrettelegger for en god relasjon med pasienter, som består av respekt og åpenhet for deres erfaring og kunnskap, kan dette bidra til et godt samarbeid. På denne måten kan sykepleiere være med å fremme pasienters mulighet til både etterlevelse av råd, og medvirkning i egen behandling.

6.1 Implikasjoner for praksis

Denne studien peker på betydningen av en god væskebalanse for pasienter som får hemodialyse. Funn i studien antyder at sykepleiere som skal jobbe i dette fagfeltet trenger god opplæring og kunnskap for å bidra til å ivareta pasienters væskebalanse. Til tross for at denne studien er for liten til å kunne si noe generelt for hele Norge, er den med og gir et bidrag som representerer noen sykepleiere som jobber med hemodialyse. En del tidligere studier som er omtalt i denne studien gir samsvarende funn, og støtter dermed opp om at noen resultater kan gjelde for flere. For praksis vil det være grunn til å se nærmere på om man har gode rutiner for teoretisk opplæring til nyansatte sykepleiere, om væskebalanse og væsketrekk. Det bør vurderes om egne rutiner er i samsvar med kunnskapsbasert praksis, siden det ligger føringer fra Norske helsemyndigheter om dette (Stubberud, 2018).

Pasienters rett til å medvirke er et annet område som trenger å få økt oppmerksomhet, både fordi dette området antas å ha potensiale til forbedring, og fordi det er lovpålagt (Andersen-Hollekim et al., 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det ville være interessant med nye studier som kan undersøke nærmere hvor langt man har kommet med implementering av kunnskapsbasert praksis i dialyseavdelinger i Norge. Gjerne også studier som belyser mer konkret hvordan dette arbeidet kan lykkes.

Pasientmedvirkning er et annet interessant område som kunne blitt ytterligere undersøkt, for eksempel ved bruk av kartleggings verktøy i forhold til helsekompetanse, og videre oppfølging av pasienter som viser egnethet (Pahus et al., 2021).

Referanseliste

- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Andersen - Hollekim, T., Solbjør, M., Kvangarsnes, M., Hole, T. & Landstad, B. J. (2020). Narratives of patient participation in haemodialysis. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2293-2305. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15238>
- Andersen - Hollekim, T. E., Kvangarsnes, M., Landstad, B. J., Talseth - Palmer, B. A. & Hole, T. (2019). Patient participation in the clinical pathway—Nurses' perceptions of adults' involvement in haemodialysis. *Nursing open*, 6(2), 574-582. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.241>
- Bellier-Teichmann, T., Roulet-Schwab, D., Antonini, M., Brandalesi, V., O'Reilly, L., Cara, C., Brousseau, S. & Delmas, P. (2022). Transformation of Clinical Nursing Practice Following a Caring-based Educational Intervention: A Qualitative Perspective. *SAGE Open Nurs*, 8, 23779608221078100. <https://doi.org/10.1177/23779608221078100>
- Burchell, L. (2014). Individualisation of Treatment., I J. Pancirova & A. Davidson (Red.), *A Guide to Implementing Renal Best Practice in Haemodialysis* (1. utg., s. 39). European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Clinical_Guidelines.pdf
- Buur, T. (2011). Hæmodialyse. I T. Elung-Jensen, I. Eidemak & M. Rix (Red.), *Dialyse* (3. udg. utg., Bd. 5, s. 29-33). FADL's Forlag.
- Chazot, C., Wabel, P., Chamney, P., Moissl, U., Wieskotten, S. & Wizemann, V. (2012). Importance of normohydration for the long-term survival of haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(6), 2404-2410. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr678>
- Clarke, V., Lehane, E., Mulcahy, H. & Cotter, P. (2021). Nurse Practitioners' Implementation of Evidence-Based Practice Into Routine Care: A Scoping Review. *Worldviews Evid Based Nurs*, 18(3), 180-189. <https://doi.org/10.1111/wvn.12510>
- Cleary-Holdforth, J., Fineout-Overholt, E. & O'Mathúna, D. (2022). How nursing stakeholders in the Republic of Ireland define evidence-based practice and why it matters. *Worldviews Evid Based Nurs*. <https://doi.org/10.1111/wvn.12593>
- Cridlig, J., Alquist, M., Kessler, M. & Nadi, M. (2011). Formulation of a dry weight bioimpedance index in hemodialysis patients. *The International journal of artificial organs*, 34(11), 1075-1084. <https://doi.org/10.5301/ijao.5000017>
- Damholt, M. B. (2011). Akut nyreinsufficiens. I T. Elung-Jensen, I. Eidemak & M. Rix (Red.), *Dialyse* (3. udg. utg., s. 8-19). FADL's Forlag.
- Das, R., Graycey, B., Gracey, L., Loud, F. & Muhammad, S. N. (2019). Patient and carer involvement in Renal Nursing Care, Education and Research. I N. Thomas (Red.), *Renal Nursing : Care and Management of People with Kidney Disease* (Bd. Fifth edition, s. 59-80). Wiley-Blackwell. <https://ezproxy.vid.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=2178044&site=ehost-live>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

- Fielding, C. (2019). Haemodialysis. I N. Thomas (Red.), *Renal nursing : care and management of people with kidney disease* (Fifth edition. utg., Bd. Fifth edition, s. 179-234). Wiley Blackwell.
- Flythe, J. E., Assimon, M. M. & Overman, R. A. (2017). Target weight achievement and ultrafiltration rate thresholds: potential patient implications. *BMC nephrology*, 18(1), 1-13. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12882-017-0595-5>
- Flythe, J. E. & Bansal, N. (2019). The relationship of volume overload and its control to hypertension in hemodialysis patients. *Seminars in dialysis*, 32(6), 500-506. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sdi.12838>
- Flythe, J. E., Kimmel, S. E. & Brunelli, S. M. (2011). Rapid fluid removal during dialysis is associated with cardiovascular morbidity and mortality. *Kidney international*, 79(2), 250-257. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/ki.2010.383>
- Glyde, M., Keane, D., Dye, L. & Sutherland, E. (2019). Patients' perceptions of their experience, control and knowledge of fluid management when receiving haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 45(2), 83-92. <https://doi.org/10.1111/jorc.12275>
- Grønvik, C. U. (2019). Hvordan kan syn på kunnskapsbasert praksis påvirke sykepleieres omsorg for pasienter? *Arbeidsnotat (Høgskolen i Molde-Vitenskapelig høgskole i logistikk)*. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/11250/2602967>
- Hartmann, A., Jenssen, T. G., Julsrud, J. & Strøm, E. H. (2021). *Nyremedisin : en praktisk veileder* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (u.å). *Fagprosedyrer*. Hentet 21. juli fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer>
- Helsedirektoratet. (2017, 2018, 29.oktober). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/omfang-og-dokumentasjon#paragraf-5-omfang-og-dokumentasjon>
- Helsedirektoratet. (u.å). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. Hentet 23. august 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)* (4). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hoffmann, T., Bennett, S. & Del Mar, C. (2017). *Introduction to evidence.baced pradctice*. I T. Hoffmann, S. Bennett & C. Del Mar (Red.), *Evidence-based practice across the health professions* (3rd ed. utg., Bd. 15, s. 1-15). Elsevier.
- Hoffmann, T. & Tooth, L. (2017). Shared decision making. I T. Hoffmann, S. Bennett & C. Del Mar (Red.), *Evidence-based practice across the health professions* (3rd ed. utg., Bd. 26, s. 337-363). Elsevier.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Abstrakt.
- Kamper, A.-L. & Bro, S. (2011). Kronisk nyreinsufficiens og dialyseforberedelse. I T. Elung-Jensen, I. Eidemak & M. Rix (Red.), *Dialyse* (3. udg. utg., s. 20-28). FADL's Forlag.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lambert, K., Mullan, J. & Mansfield, K. (2017). An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease. *BMC nephrology*, 18(1), 1-20. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5653982/pdf/12882_2017_Article_734.pdf

- Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte. (u.å). *Vi jobber for å ivareta nyresyke, dialysepasienter og organtransplantertes interesser*. Hentet 29.03.2022 fra <https://www.lnt.no>
- Lee, Y.-N. & Kim, E. Y. (2022). Experiences of Nurses Caring for Hemodialysis Patients: A Qualitative Meta-Synthesis Study. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34(2), 168-177. <https://doi.org/https://doi.org/10.7475/kjan.2022.34.2.168>
- Lindberg, M., Wikström, B. & Lindberg, P. (2011). A behavioural nursing intervention for reduced fluid overload in haemodialysis patients. Initial results of acceptability, feasibility and efficacy. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 3(2), 87-98. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01093.x>
- Loutradis, C., Sarafidis, P. A., Ekart, R., Papadopoulos, C., Sachpekidis, V., Alexandrou, M. E., Papadopoulou, D., Efstratiadis, G., Papagianni, A., London, G. & Zoccali, C. (2019). The effect of dry-weight reduction guided by lung ultrasound on ambulatory blood pressure in hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Kidney international*, 95(6), 1505-1513. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.02.018>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2013). *Lærings- og mestringssentre i helseforetakene*. Hentet 29.03.2022 fra <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-helseforetakene/>
- Norsk Nyreregister. (2021). *Annual report 2020*. https://www.nephro.no/nnr/AARSRAPPORT_NNR_2020.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Kvalitet og pasientsikkerhet*, . Norsk Sykepleierforbund. Hentet 9. juli 2022 fra https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene?intcid=politikk_kvalitet-og-pasientsikkerhet
- Norsk sykepleierforbunds faggruppe for nyresykepleiere. (2005). *Veileder for sykepleietjenesten i nyremedisinsk virksomhet*. Norsk Sykepleierforbunds forbund. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/dVJh9NqZ2iDBXFHFIETdctnbp5N2TFdBkMqpS9OJMjw3wNVYI.pdf>
- NOU 2018: 2. (2018). *Fremtidige kompetansebehov i kunnskapsgrunnlaget*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/>
- Pahus, J., Lindberg, M., Finderup, J. & Ludvigsen, M. S. (2021). The Fluid Intake Appraisal Inventory for low fluid intake among patients on haemodialysis: Translation and psychometric evaluation of the Danish version. *Scand J Caring Sci*, 35(4), 1152-1159. <https://doi.org/10.1111/scs.12931>
- Pancirova, J. & Davidson, A. (2014). Use of the Guide. I *A Guide to Implementing Renal Best Practice in Haemodialysis* (1. utg., s. 4). European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Clinical_Guidelines.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2021-05-07-31)* (3). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Peer-it. (2021). *Hvordan implementere kunnskapsbasert praksis*. Andreas Alsvik. Hentet 23. august 2022 fra <https://peer-it.com/nb/2021/03/16/hvordan-implementere-kunnskapsbasert-praksis/>
- Sevick, M. A., Piraino, B. M., St-Jules, D. E., Hough, L. J., Hanlon, J. T., Marcum, Z. A., Zickmund, S. L., Snetselaar, L. G., Steenkiste, A. R. & Stone, R. A. (2016). No difference in average interdialytic weight gain observed in a randomized trial with a technology-supported behavioral intervention to reduce dietary sodium intake in adults undergoing maintenance hemodialysis in the United States: primary outcomes of the BalanceWise Study. *Journal of Renal Nutrition*, 26(3), 149-158. [https://doi.org/https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(15\)00214-9/fulltext](https://doi.org/https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(15)00214-9/fulltext)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61)* (3). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stenberg, J., Lindberg, M. & Furuland, H. (2016). Clinical praxis for assessment of dry weight in Sweden and Denmark: A mixed-methods study. *Hemodialysis International*, 20(1), 111-119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hdi.12336>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Stømer, U. E., Wahl, A. K., Gøransson, L. G. & Urstad, K. H. (2020). Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC nephrology*, 21(1), 1-9. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12882-020-01973-9.pdf>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thomas, N. (2019). Quality Improvement in Kidney Care. I N. Thomas (Red.), *Renal Nursing : Care and Management of People with Kidney Disease* (Fifth edition. utg., s. 413-422). Wiley-Blackwell. <https://ezproxy.vid.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=2178044&site=ehost-live>
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Ulvund, I., Rokstad, A. M. M. & Vatne, S. (2016). Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst, . *Sykepleien.no/ Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>
- Wilson, K. (2014). Fluid Management. I J. Pancirova & A. Davidson (Red.), *A Guide to Implementing Renal Best Practice in Haemodialysis* (1. . utg., s. 40). European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Clinical_Guidelines.pdf
- Yilmaz, S., Yildirim, Y., Taylan, M., Demir, M., Yilmaz, Z., Kara, A. V., Aydin, F., Sen, H. S., Karabulut, A. & Topcu, F. (2016). The Relationship of Fluid Overload as Assessed by Bioelectrical Impedance Analysis with Pulmonary Arterial Hypertension in Hemodialysis Patients. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 22, 488-494. <https://doi.org/10.12659/msm.896305>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide om

«Å ivareta væskebalanse til pasienter i hemodialyse»

Bakgrunnsinformasjon:

Alder

Når ble du ferdig utdannet som sykepleier?

Har du videreutdanning, eventuelt hvilken?

Hvor lenge har du vært ansatt på nåværende arbeidssted?

Hvor lang erfaring har du med arbeide med HD pasienter?

Hva er din nåværende stilling?

Hvor mange dialyseplasser har dere i din avdeling?

1. Kan du forklare litt om hvilken opplæring du fikk når du begynte på dialysen?

- Hvor lang tid; dager, uker?
- Hva bestod den av; praktisk, teoretisk, skriftlig veiledning?
- Fikk du opplæring om væskebalanse og væsketrekk?
- Hvordan syns du opplæringen din var?
- Sett i ettertid, er det noe du syns manglet?
- Er opplæringen den samme i dag som da du begynte?
- Når det gjelder væskebalanse og væsketrekk og hvordan dette skal ivaretas og utføres:

Kjenner du til at dere har skriftlig retningslinje eller prosedyre for dette?

Hva handler eventuelt disse om?

Kjenner du til retningslinjer som er uskrevne og bare overføres muntlig?

For eksempel:

Hva som er maksimalt væsketrekk for en behandling?

Hvis pasienten har stort væskeoverskudd og ikke alt kan trekkes samme dag, hvordan skal det håndteres?

Hvordan praktiseres væskerestriksjoner til pasientene?

Hvordan får nyansatte innføring i eventuelle uskrevne retningslinjer?

2. Hva er det du liker best ved jobben med å ivareta væskebalanse til pasienter?

- Er det noe du opplever som vanskelig eller utfordrende?
- Har du noen gang meldt avvik for noe som omhandler væskebalanse eller væsketrekk?
- Kjenner du til at andre har meldt avvik om dette?

3. Opplæring av pasientene

- Deltar du i opplæring av pasientene i å ivareta væskebalanse?
- Hvordan er eventuelt denne opplæringen lagt opp?
Strukturert eller tilfeldig?
Individuelt tilpasset?
- Deltar ev. alle sykepleiere i din avdeling med denne type opplæring?

4. Opplever du å ha stor selvstendighet i jobben din?

- Hvem søker du råd hos hvis du lurer på noe?
- Er det lett å spørre andre om råd og vurdering?
- Hva tenker du om samarbeidskulturen i avdelingen?
- Hvor ofte konfererer du med lege når det gjelder væsketrekk til pasientene?
- Syns du at sykepleiere har stor selvstendighet til å bestemme væsketrekk til pasientene selv, uten å involvere lege?

5. Hva fremmer mestringfølelse hos deg i jobben med å ivareta pasientenes væskebalanse?

- Hva motiverer deg?
- Er det noe du syns hemmer deg i å gjøre en god jobb på dette området?
- Har du tilstrekkelig ressurser tilgjengelig? (Tid, personale, utstyr etc.)

6. Til slutt; er det noe du mener er viktig å få frem når det gjelder pasientenes væskebalanse, som ikke er kommet frem i intervjuet?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du forklare nærmere?

Kan du utdype dette mer?

Hvordan?

Vet du hvorfor det?

Hva tenker du på da?

Kan du gi et eksempel?

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vurdering

29.07.2021

Dato

29.07.2021

Type

Standard

Referansenummer

648345

Prosjekttittel

Væskebalanse til pasienter i hemodialyse

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig

Gro Beate Samdal

Student

Audhild Hannisdal Jørstad

Prosjektperiode

01.09.2021 - 31.05.2022

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29. juli 2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31. mai 2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med

kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Forlenget godkjenning fra NSD

Vurdering

Dato

27.06.2022

Type

Standard

Referansenummer

648345

Prosjekttittel

Væskebalanse til pasienter i hemodialyse

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig

Nina Olsvold

Student

Audhild Hannisdal Jørstad

Prosjektperiode

01.09.2021 - 01.09.2022

[Meldeskjema](#)**Kommentar**

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Line Raknes Hjellvik

Lykke til videre med prosjektet!