



Behandling av eldre, skrøpelige pasienter med endestadium nyresvikt

En konservativ tilnærming

Treatment of elderly, frail patients with end stage renal-disease

A conservative approach

Kandidatnummer: 19

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i Nefrologisk sykepleie

Kull 9, 2020-2022

Antall ord: 4400

20. mai 2022

Sammendrag

Innledning: Prevalensen av kronisk nyresykdom blant dagens aldrende befolkning er økende, og det er blitt mer akseptert å tilby dialysebehandling til de eldre. Skrøpeligheit og komorbiditet hos denne pasientgruppen bidrar til en mer komplisert beslutningsprosess når det kommer til valg av behandling, da dialyse kan bidra til høy symptombyrde og komplikasjoner for de eldste pasientene. Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvorvidt konservativ behandling av endestadium nyresvikt blir fremstilt som et akseptabelt behandlingstilbud for den eldre, skrøpelige pasienten.

Problemstilling: «Blir konservativ behandling av nyresvikt i endestadiet fremstilt som et akseptabelt behandlingstilbud for eldre, skrøpelige pasienter?»

Metode: Litteraturstudie. Kvantitative og kvalitative artikler funnet ved hjelp av litteratursøk er inkludert og analysert.

Resultat: Prevalensen av skrøpeligheit er høy blant de eldste pasientene både med og uten dialysebehandling. Forskning viser få eller ingen fordeler når det kommer til levetid og livskvalitet for de eldste som starter i dialyse, sammenlignet med de i konservativ, medikamentell behandling, uten dialyse.

Konklusjon: God informasjon på et tidlig stadium i sykdomsforløpet er viktig for å sikre en individuelt tilpasset behandling for de eldste pasientene. Skrøpeligheit bør rutinemessig vurderes, og pasientenes syn på livskvalitet skal tas hensyn til. Nytte og belastning av behandling skal nøye vurderes for å sikre en god, felles beslutningstaking. Dette kan bidra til å kvalitetssikre konservativ behandling som et akseptabelt og respektert behandlingstilbud.

Nøkkelord: «Konservativ behandling», «eldre», «skrøpeligheit», «nyresvikt i endestadiet», «beslutningsprosessen»

Abstract:

Introduction: The prevalence of chronic kidney disease among today's aging population is increasing, and it is more accepted to offer renal replacement therapy (RRT) to the elderly. Frailty and comorbidity in this patient group contribute to a more complicated decision-making process when it comes to choosing treatment, as dialysis may lead to high symptom burden and complications for these patients. The purpose of this thesis is to shed light on whether conservative management of end stage renal-disease is presented as an acceptable treatment option for the elderly, frail patients.

Research question: «Is conservative management of end stage renal-disease portrayed as an acceptable treatment option for elderly, frail patients?»

Method: Literature review. Quantitative and qualitative research articles are included and analyzed.

Results: The prevalence of frailty is high among older patients who undergo renal replacement therapy, and also among those in conservative care. Research shows few or no benefits when it comes to longevity or quality of life for the elderly, frail patients in RRT compared to those who are in conservative management.

Conclusion: Well-informed patients at an early stage is important to ensure individually tailored treatment for the oldest. Frailty should be routinely assessed and patients' views on quality of life should be accounted for. The benefits and burdens of treatment must be carefully considered to ensure a good shared decision-making process. This helps to ensure the quality of conservative management as an acceptable and respected treatment offer.

Keywords: «Conservative management», «elderly», «frailty», «end stage renal disease», «shared decision-making»

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Hensikt.....	2
2. Materiale og metode.....	3
2.1 Litteratursøk.....	3
2.2 Utvelgelse av artikler.....	3
2.3 Analyse.....	4
3. Resultat.....	5
3.1 Tema 1: Beslutningsprosessen (shared decision-making).....	5
3.2 Tema 2: Skrøpeligheit og geriatriske svekkelser.....	7
3.3 Tema 3: Livskvalitet.....	7
4. Diskusjon.....	9
5. Konklusjon.....	14
Litteraturliste.....	15
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	17
Vedlegg 2: Litteraturmatrise.....	18

1. Innledning

Hos eldre voksne er kronisk nyresykdom blant de hyppigst forekommende sykdomstilstandene og andelen eldre i nyreerstattende behandling er høy (Manner et al., 2022). Prevalensen av kronisk nyresykdom blant dagens aldrende befolkning er økende, og det er mer akseptert at eldre pasienter starter i dialyse i dag sammenlignet med tidligere. Skrøpeligheit er vanlig blant disse pasientene og bidrar derfor til å gjøre beslutningsprosessen vedrørende dialysebehandling meget komplisert (Goto et al., 2019). Skrøpeligheit kan kjennetegnes ved ufrivillig vekttap, tap av muskelmasse, langsomhet, lav toleranse for stress og redusert reservekapasitet som igjen øker risikoen for hospitalisering og død (Manner et al., 2022).

Det har vært, og fortsatt er, en økende bevissthet blant helsepersonell som jobber tett med denne pasientgruppen at dialysebehandling er krevende og har stor innvirkning på pasientenes livskvalitet (Noble, 2011). Mange eldre pasienter opplever stor symptombyrde i dialyse, og flere studier viser få eller ingen fordeler vedrørende levetid og livskvalitet hos komorbide, eldre pasienter i dialyse, sammenlignet med dem i konservativ behandling (Goto et al., 2019). Konservativ, medikamentell behandling av terminal nyresvikt, uten dialyse, er blitt et mer anerkjent behandlingsalternativ, og fokuserer mer på livskvalitet fremfor lang levetid (Verberne et al., 2019). Når pasientene er diagnostisert med kronisk nyresykdom er det viktig at de blir møtt på det stadiet de er. Tidlige forberedelser til nyreerstattende behandling eller konservativ behandling blir essensielt med tanke på sykdommens progresjon og individuelt tilpasse behandlingen på best mulig måte (Noble, 2011). Pasient og pårørende bør få strukturert informasjon om at dialysebehandling ikke er uten komplikasjoner, og at pasienten har rett til å avstå fra behandling. Dialyse kan være et palliativ tiltak for de med uttalte uremiske symptomer, men uten målsetting om at behandlingen er livsforlengende (Helsedirektoratet, 2011).

På bakgrunn av dette ønsker jeg å se nærmere på om beslutningsprosessen mot konservativ behandling av nyresvikt i endestadiet hos de eldre, skrøpelige pasientene blir fremstilt som et akseptabelt behandlingsalternativ, både med tanke på levetid og livskvalitet hos denne pasientgruppen.

1.1 Problemstilling

«Blir konservativ behandling av nyresvikt i endestadiet fremstilt som et akseptabelt behandlingsalternativ for eldre, skrøpelige pasienter?»

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvorvidt konservativ behandling blir fremmet som et akseptabelt alternativ til nyreerstattende behandling for den eldre, skrøpelige pasienten. Dette er et viktig og aktuelt tema fordi dagens befolkning blir eldre, lever lengre og antall eldre med svært alvorlig nyresykdom er i rask vekst.

2. Materiale og metode

Oppgaven er en litteraturstudie som har som formål å gi oversikt over hvilken forskning som allerede finnes innen et gitt tema eller et definert spørsmål (Reinar & Jamtvedt, 2010). Ved hjelp av søk i ulike databaser får man tilgang til publiserte artikler, og disse vil fungere som informanter til oppgaven (Johannessen et al., 2021). Både kvalitativ og kvantitativ forskning er inkludert og analysert i denne oppgaven, og disse tilfører på hver sin måte informasjon i bredde og dybde (Dalland, 2017).

2.1 Litteratursøk

Jeg har søkt etter forskningsartikler og litteratur ved hjelp av relevante søkeord i databaser hos VID, som CINAHL og Medline, men har også utført manuelle søk i Oria. Det er til sammen inkludert åtte engelske artikler til denne oppgaven. Alle har IMRAD-struktur.

Søkeord har blant annet vært; «end stage renal disease», «conservative management», «conservative care», «frailty», «frail», «elderly», «shared decision-making» og «hemodialysis». Jeg har aktivt brukt boolsk operator som «AND» i de fleste søk. Har ved noen tilfeller også bruk «OR» mellom «conservative management» og «conservative care».

Eksklusjonskriterier har vært «review»-artikler slik veilederen for fordypningsoppgaven beskriver. Har også vurdert årstall til publikasjoner, og har ikke inkludert artikler som er mer enn ti år gamle. Inklusjonskriterier baserer seg på blant annet innhold i overskrift, innholdet i abstracts og relevansen for min oppgave. Inkluderte artikler er fra henholdsvis år 2012-2021. PICO-skjema er fylt ut både på norsk og engelsk, og ligger vedlagt i vedlegg nr. 1.

2.2 Utvalgelse av artikler

Inklusjonskriteriene nevnt over dannet grunnlaget for hvorfor artiklene jeg har valgt er inkludert i denne fordypningsoppgaven. Mine tanker om ønsket tema har påvirket utvelgelsen av artikler, og underveis i prosessen har også artiklene bidratt å forme problemstillingen jeg til slutt landet på. Av åtte artikler totalt, er fem av artiklene kvantitative, mens tre er kvalitative. Alle artiklene er originalartikler og er publisert i anerkjente tidsskrifter.

Jeg har gjennomgått metodekapittel i alle artikler og vurdert om etiske retningslinjer er fulgt. *Alle* utvalgte artikler har innhentet samtykke fra deltakerne og er anonymisert. *Fire* av artiklene har godkjenning fra etiske komitéer (i de respektive landene) og viser til Helsinkideklarasjonen. En av de fire resterende har godkjenning fra uavhengige etikkomitéer, mens de tre siste har mangelfull informasjon om etikk, hvor enten nettbaserte vurderingsverktøy er brukt, brukerrepresentanter deltar i utforming av spørreskjema eller kun skriftlig samtykke er innhentet. Disse er uansett inkludert da de bidrar med nyttig informasjon til oppgaven. Litteraturmatrise er fylt ut, og ligger vedlagt i vedlegg nr. 2.

2.3 Analyse

Analysefasen er gjennomført ved å lese alle artikler fullstendig, for så å gå igjennom resultat- og konklusjonkapittel i hver enkelt artikkel på nytt. Nøkkelfunnene er gjennomgått og jeg har tematisert funnene til tre hovedtemaer:

1. Beslutningsprosessen (shared decision-making)
2. Skrøpeligheit og geriatriske svekkelser
3. Livskvalitet

En ulikhet mellom artiklene er populasjon; en av åtte tar for seg perspektiver fra leger og nefrologer. De resterende syv omhandler pasientperspektivet i en eller annen form. Disse syv dreier seg om pasienter hovedsakelig fra 60 år og eldre, enten predialytisk, i dialyse eller i konservativ behandling. En av artiklene tar for seg predialytiske pasienter fra 18 år og eldre. Den største likheten mellom alle artiklene er hvilke faktorer rundt beslutningsprosessen som påvirker pasientenes valg av behandling. Det skal påpekes at studiene er utført i Storbritannia, Nederland, Australia, USA og Singapore, og ulikheter mellom helsetjenestene som tilbys, samt kostnads- og forsikringsspørsmål må tas høyde for sammenlignet med Norge. Nøkkelfunn blir nærmere presentert i kapittel 3.

3. Resultat

Fem av de inkluderte artiklene omhandler beslutningsprosessen mot valg av behandling og viktigheten av tidlig oppstart av denne slik at pasientene kan ta gode, overveide valg. Under tema 1 blir både funn av perspektiver fra både pasienter og nefrologer presentert. Videre vil funn som gjelder skrøpeligheit og livskvalitet bli presentert under tema 2 og tema 3.

3.1 Tema 1: Beslutningsprosessen (shared decision-making)

Studien av Morton et al., ser på hvilke avveininger pasienter i Australia tar for å velge dialyse fremfor konservativ behandling, og hvilke faktorer som påvirker valg av behandling; Lang forventet levetid, å kunne gjennomføre dialyse på dagtid *og* kveldstid samt støtte til eller gratis transport var viktigst i valget om å motta dialysebehandling. En større andel var villig til å gi avkall på betydelig lengre levetid for å slippe byrden og restriksjonene dialyse fører med seg; blant annet økt tid på sykehuset og begrenset mulighet til å reise (Morton et al., 2012). Studien spurte ikke om hvilken type dialyse pasientene ville valgt, og konkluderer med at både type behandling og lokaliseringen av den bør forskes på i fremtiden for å sikre god omsorgsplanlegging (Morton et al., 2012).

I Seah et al., sin studie fra Singapore belyser de prosessen i beslutningstakingen som fører til at pasienten velger bort dialyse, og opplevelsen av konservativ behandling fra et pasientperspektiv. Oppfattet fysisk og finansiell byrde for pasienten selv og deres familier, samt å veie nytten mot risiko ved dialysebehandling etter å ha hørt negative historier, gjorde at pasientene valgte å avstå fra nyreerstattende behandling. Alle ni pasienter var fornøyd med valget om konservativ behandling og fikk alle støtte fra familien sin. Det konkluderes til slutt med viktigheten av støtte fra helsepersonell i denne prosessen og god oppfølging frem til livets slutt (Seah et al., 2015).

Pasienter med ulik behandling (predialytisk, i dialyse og konservativ behandling) i England, hadde varierende tro på hva dialyse førte med seg (Tonkin-Crine et al., 2015). De 42 intervjuede pasientene rapporterte om å ha mottatt varierende informasjon fra helsepersonell ut fra hvilken nyremedisinsk enhet de hørte til. Pasienter fulgt opp ved

enheter med et mer etablert forhold til konservativ behandling var mer bevisst denne behandlingsformen, hadde oftere mindre tro på at dialyse ville garantere lengre levetid og hadde flere samtaler om fremtiden med personalet. God informasjon fra helsepersonell spiller en rolle i avgjørelsen pasientene tar. De konkluderer med at diskusjoner rundt konservativ behandling som et gyldig behandlingsalternativ til dialyse vil føre til bedre informert beslutningstaking hos pasientene (Tonkin-Crine et al., 2015).

Eldre pasienter som mottok predialytisk undervisning i Nederland hadde varierende opplevelser i beslutningsprosessen når det kom til valg av behandling (Verberne et al., 2019). Majoriteten var fornøye med sin beslutningsprosess (93% i dialyse, 91% med konservativ behandling), samt valg av behandling. Men 1/3 av pasientene i dialyse, følte de ikke hadde noe annet valg, mot nesten ingen av de i konservativ behandling (31% vs. 5%). Grunnen til dette var ofte en brå forverring av helsetilstanden eller nyrefunksjonen, eller grunnet påtrykk fra sin nefrolog om å starte opp dialysebehandling. Flesteparten i begge grupper var fornøye med informasjonen de fikk i beslutningsprosessen, og følte støtte fra helsepersonell. De som derimot ikke følte dette savnet mer informasjon om mer individuelt tilpasset behandling, bedre tid til overveielse og involvering i selve behandlingsvalget (Verberne et al., 2019).

Samtaler rundt livets slutt kan komme for sent eller ikke i det hele tatt. Ulike barrierer rundt disse samtalene er til stede hos nefrologer og stipendiater i USA når det kommer til å tilbakeholde, ikke starte dialyse eller avslutte dialysebehandling (Russell et al., 2021). Hos begge grupper kommer det frem at «*frykt for pasient/pårørendes reaksjoner*» og «*hvordan det vil gå med pasienten*» er barrierer ved å ikke starte dialyse. Ved avslutning av dialysebehandling er det svar som «*hvordan det vil gå med pasienten*», samt «*ubehagelige og vanskelige samtaler*» og «*døden blir endelig*» som listes opp av barrierer. Nefrologer og stipendiater kan føle på økt moralsk stress i disse situasjonene. Det kommer frem at nefrologer som rutinemessig tilbyr pasienter konservativ behandling letter på den type stress i sin arbeidshverdag. Mer erfaring med slike tilfeller blir derfor en prediktor for å kunne håndtere disse situasjonene bedre (Russell et al., 2021).

3.2 Tema 2: Skrøpeligheit og geriatrike svekkelser

Geriatriske svekkelser og skrøpeligheit hadde høg forekomst hos de eldre pasientene med terminal nyresvikt i denne studien av Goto et al., fra Nederland. 77% av de i nyreerstattende behandling hadde to eller flere geriatrike svekkelser, samt hele 88% hos de i konservativ behandling. Begge grupper skåret noenlunde likt når det kom til skrøpeligheit, henholdsvis rundt 60 og 40% ut fra hvilket skåringsverktøy som ble brukt (*Fried Frail Index* eller *Groningen Frailty score*). Hele 77% av alle deltakerne i dialysegruppen og 85% av de i konservativ behandling rapporterte om redusert livskvalitet (Goto et al., 2019).

I Storbritannia finner Pyart et al., ved hjelp av registerdata blant over 1000 pasienter, at faktorer som høg alder, kvinner, større fattigdom og skrøpeligheit forbundet med å velge konservativ behandling fremfor dialyse. Komorbiditet hadde ingen signifikant påvirkning i valget. Skrøpeligheit og alder var bedre prediktorer for overlevelse enn komorbiditet, og hos pasienter med moderat skrøpeligheit så man ingen større overlevelse blant dem i nyreerstattende behandling enn de i konservativ behandling (Pyart et al., 2020). Over 70% av pasientene som valgte konservativ behandling døde med bedre nyrefunksjon enn mediannivået av de som startet med nyreerstattende behandling. Studien kan ikke utelukke at mange eldre, komorbide pasienter aldri blir henvist til nefrolog og at disse sannsynligvis blir tatt hånd om av annan helsepersonell, i en annan konservativ behandlingssetting (Pyart et al., 2020). Studien konkluderer med at skrøpeligheit bør rutinemessig vurderes for en god felles beslutningstaking og bedre kunne vurdere hvilke pasienter som sannsynligvis ikke vil overleve frem til nyresykdommen når endestadiet, og dermed slipper byrden med å ta et predialytisk valg (Pyart et al., 2020).

3.3 Tema 3: Livskvalitet

I GOLD-studien av van Loon et al., fra Nederland, med totalt 281 pasienter inkludert, måles livskvalitet ut fra følgende: opplevde problemar rundt mobilitet, egenpleie, dagligdagse gjøremål, smerter/ubehag og angst og depresjon, samt en skåring fra 0-10 av totalt opplevd helsetilstand hvor 0 er verst og 10 er best. Høg prevalens av skrøpeligheit var til stede hos begge grupper (van Loon et al., 2019). Studien trekker frem flere konklusjoner; For det første opplever pasienter i dialyse mindre smerter og ubehag sammenliknet med dem i konservativ

behandling, men totalt sett er livskvaliteten sammenlignbar hos begge grupper. For det andre, er livskvaliteten hos dialysepasientene stabil, men med en liten nedgang hos de i konservativ behandling over tid. Resultatene viser derimot at livskvaliteten forholder seg forholdsvis stabil over en toårsperiode hos de eldste da et stort antall pasienter fortsatt kunne følges opp etter så lang tid. For det tredje hadde dialysepasientene derimot flere sykehusinnleggelser; halvparten av de i dialyse, mot en av fire av de i konservativ behandling til tross for at denne gruppen er eldre. Og ikke minst, blant pasienter over 80 år ble det ikke funnet noen økt overlevelse hos dialysepasientene sammenlignet med de i konservativ behandling, selv om livskvaliteten er stabil over tid. Det konkluderes derfor med at konservativ behandling kan være et godt behandlingsalternativ for de eldste pasientene, særlig de i åtti- og nittiårene (van Loon et al., 2019).

4. Diskusjon

Beslutningsprosessen (shared decision-making):

Selv om dialyse regnes å være en revolusjonerende behandling, betyr det ikke at det er løsningen for alle med kronisk nyresykdom. Belastningen kan være større enn nytten, og symptombyrden kan forårsake flere sykehusinnleggelse, særlig for de eldre. Internasjonal forskning viser at nefrologer mangler trening i å ta samtalen om konservativ behandling med pasientene sine, noe som igjen kan resultere i for dårlig omsorgsplanlegging frem mot livets slutt (Russell et al., 2021). I samtaler med pasientene som omhandler tilbakeholdelse eller avslutning av dialysebehandling kan man møte både kliniske og emosjonelle utfordringer. I studien fra USA kommer det frem at en av fem nefrologer føler seg forpliktet til å tilby dialyse, uansett utfall (Russell et al., 2021). Det kan oppleves som mer belastende å avslutte en påbegynt behandling, en å unnlate å sette den i gang i det hele tatt. Psykologisk kan det oppleves som en mer aktiv inngripen, mens det å avstå fra å behandle føles mer indirekte (Nortvedt, 2021). Emosjonelle barrierer rundt døden og bekymringer rundt pasient og pårørende kom til uttrykk og viser dermed viktigheten av trening og erfaring i å ta slike samtaler. At nefrologer kan møte pasient og pårørende med god informasjon og trygghet i hva som er det beste for pasienten i en sårbar situasjon sikrer videre omsorgsplanlegging, hindrer overbehandling og samtidig unødvendig bruk av penger på behandling som kunne vært brukt et annet sted (Heggstad, 2018).

Ved å få bedre innsikt i pasientenes preferanser for behandling av terminal nyresykdom kan vi bedre tilpasse behandlingen individuelt, og samtidig forbedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen (Morton et al., 2012). En svakhet ved studien var at pasientene ikke blir spurt om hvilken type behandling de hadde valgt, noe som kan ha påvirket svarene.

Muligheten for hjemmedialyse kan påvirke for eksempel muligheten til å reise, og kan gi større frihet i hverdagen. En god beslutningsprosess stiller krav til å tilpasse behandlingen ut fra pasientens ønsker og verdier, og sammen med helsepersonell komme frem til en felles beslutningstaking. Utfordringene ved denne prosessen er når den skal finne sted og hvordan pasient og pårørende kan involveres og orienteres om situasjonen på best mulig måte (Verberne et al., 2019). Her i Norge har Helsedirektoratet som mål å utarbeide egne retningslinjer for hvordan vi best skal ivareta denne pasientgruppen mot livets slutt, samt retningslinjer for oppstart og avslutning av dialyse. Denne stiller krav til opplæring av

helsepersonell i konservativ behandling når dialyse ikke er aktuelt, opplæring i «den vanskelige samtalen», og å skaffe mer kunnskap om resultater av dialysebehandling hos eldre, komorbide pasienter med sammensatte problemstillinger (Helsedirektoratet, 2011).

Informasjon gitt av helsepersonell viser seg å spille en stor rolle i beslutningsprosessen. Hos nyremedisinske enheter med et etablert tilbud om konservativ behandling i England, var deltakerne mer tilbøyelig for diskusjoner om konservativ behandling som et reelt behandlingsvalg (Tonkin-Crine et al., 2015). Samtidig kommer det frem at det var et skille mellom pasientene hvilke forventninger de hadde til dialyse når det kommer til levetid, og bedring eller forverring av livskvaliteten. Disse faktorene var også sterkt påvirket av hvilken informasjon pasientene fikk, og spesielt om konservativ behandling ble fremstilt som et reelt valg (Tonkin-Crine et al., 2015). Dialyse vil sannsynligvis forlenge livet hos flere i denne pasientgruppen, men byrden av - og komplikasjonene i dialyse for de eldste, samt negativ effekt på livskvalitet veide opp for valget mot konservativ behandling for flere av dem (Tonkin-Crine et al., 2015). Dette viser hvordan informasjonen som blir gitt, og ikke minst hvordan den tolkes av pasientene, påvirker valget de tar. Pasienter som starter i dialyse, kan velge å avslutte, når de får innsikt i hva dialyse faktisk innebærer. I andre tilfeller kan noen i foreløpig konservativ behandling si seg enig i å starte nyreerstattende behandling hvis prognosen brått forverres. Avgjørelsen var ikke ansett som endelig hos de som valgte konservativ behandling i England, og ble tilbudt dialyse hvis de ombestemte seg (Tonkin-Crine et al., 2015).

I studien fra Nederland av Verberne et al., var pasientene fornøyd med beslutningsprosessen totalt sett, men til tross for dette ble det funnet avvik mellom tilfredsheten og negative opplevelser, særlig blant de eldre i dialyse. Disse omhandlet timingen, informasjonen og graden av involvering i beslutningsprosessen (Verberne et al., 2019). Denne studien drar sammenligning mot studien av Seah et al., fra Singapore, hvor alle ni inkluderte pasienter fornøyde med sitt valg om konservativ behandling. Det skal presiseres at bekymringer rundt økonomi tydelig kom til uttrykk og var en stor grunn til å velge bort dialyse som behandling. Det fremsto tross alt, som om pasientene hadde forståelse av progresjonen av sykdommen og effekten av dialyse, og de virket velinformerte og sikre i sitt valg (Seah et al., 2015). En svakhet ved denne studien derimot, er at det er en tverrsnittstudie som viser resultatene fra ett tidspunkt, men det kommenteres at ved publisering av artikkelen hadde ingen av

pasientene endret mening (Seah et al., 2015). Kulturelle aspekter som omhandler liv og død, og hva helsetjenestene faktisk kan tilby, kan spille en rolle i valget om å avstå fra dialyse, men nevnes ikke i studien fra Nederland. Det den derimot nevner er at pasientene tvilte eller angret etter å ha startet i dialyse hvis beslutningen var mer drevet av nefrologen enn pasienten selv (Verberne et al., 2019).

Når konservativ behandling skal fremstilles som et reelt behandlingsvalg, må pasienten informeres om målet ved å sikre god behandling og oppfølging, og ikke som en behandling der man ikke gjør noen ting. Slike misoppfattelser er registrert i tidligere studier, der pasienter heller ikke kan huske å ha hørt om konservativ behandling som en mulighet. Dette viser betydningen av at beslutningstakingen er en dynamisk prosess over tid, og ikke et tema som tas opp kun ved et enkelt tilfelle (Verberne et al., 2019). Siden dialyse ikke er en kurativ behandling, vil også disse pasientene før eller siden nå et tidspunkt hvor behandlingen avsluttes på grunn av komplikasjoner til selve nyresykdommen eller på grunn av andre årsaker knyttet til komorbiditet (Helsedirektoratet, 2011). Da er det desto viktigere at det legges en god plan for omsorgen som skal gis. Pasientens totale bilde må vurderes, og uansett hvilket valg pasientene tar, er det viktig at helsepersonell tilbyr samtaler som omhandler fremtiden, prognose, døden og planleggingen frem mot livets slutt (Tonkin-Crine et al., 2015). En felles plan for helsehjelpen og åpen kommunikasjon med pasient og pårørende kan sikre en verdig avskjedsprosess og død (Aakre, 2016). Til syvende og sist er det behandlingsansvarlig lege som skal ta den endelige avgjørelsen om å begrense eller avslutte behandlingen (Heggstad, 2018).

Skrøpelighet og geriatriske svekkelser:

Ved å undersøke forløpet til et stort antall predialytiske pasienter kommer det frem at nær 70% av alle pasientene som valgte konservativ behandling i Storbritannia døde før de i det hele tatt nådde stadiet hvor dialyse ble nødvendig (Pyart et al., 2020). Komorbiditet var ikke en faktor som påvirket pasientenes valg av behandling i stor grad, men majoriteten av de over 80 år valgte konservativ behandling grunnet høy alder. I motsetning til høy grad av komorbiditet, spilte derimot skrøpelighet en stor rolle i valget da det begrenser pasienten på flere områder i dagliglivet, og deres opplevde evne til å håndtere nyreerstattende

behandling ble dårligere (Pyart et al., 2020). Dette kan sammenlignes med studien av Goto et al., fra Nederland, der det kommer frem en meget høy prevalens av skrøpeligheit blant de eldre som både har startet i dialyse og i konservativ behandling. Graden av skrøpeligheit blir avdekket ved hjelp av geriatrike undersøkelser som setter søkelys på blant annet kognitive svekkelser, depresjon og redusert fysikk. Denne informasjonen er viktig med tanke på pasientgruppens sårbarhet for ugunstige utfall, og bør anerkjennes i høyere grad da disse faktorene kan være assosiert med økt forekomst i mortalitet og sykehusinnleggelses (Goto et al., 2019). Det er med andre ord en viktig faktor som bør undersøkes tidlig i behandlingsforløpet, og i god tid før dialyse blir aktuelt. Anerkjennelsen av geriatrike svekkelser og skrøpeligheit kan i praksis være til hjelp i beslutningsprosessen mot valg av type behandling og målet med den. I samtaler med pasienten selv og deres familier kan en slik geriatrik vurdering også bidra til forebygging og rehabilitering ellers i hverdagen, som igjen kan bidra til økt livskvalitet (Goto et al., 2019). Studien av Pyart et al., viser at fra behandlingsvalget ble tatt, levde pasientene i snitt lengre i nyreerstattende behandling enn de som valgte konservativ behandling. Men de to gruppene er forskjellige når det kommer til både alder og grad av skrøpeligheit i denne retrospektive studien, og nevnes derfor som en svakhet. Til tross for at komorbiditet er forbundet med lav overlevelse generelt, viser det seg at skrøpeligheit og alder anses som en bedre prediktor for overlevelse og kan bidra til en mer pasientsentrert diskusjon i beslutningsprosessen i den predialytiske vurderingen (Pyart et al., 2020). Dette kan igjen sammenlignes med Goto et al., sin studie, hvor de påpeker at bevisstheten rundt skrøpeligheit og geriatrike svekkelser er viktig med tanke på å kunne tilpasse behandlingen til den enkelte (Goto et al., 2019).

Screening av skrøpeligheit vektlegges nå i økende grad også i det norske nyremedisinske miljøet, både som ledd i utredning til transplantasjon og før oppstart av dialysebehandling, og kan dermed bidra til å påvirke hvilken behandlingstype som passer den enkelte best (Manner et al., 2022). Med tanke på de pasientene som ikke undersøkes i artiklene, og det faktum at forekomsten av kronisk nyresykdom øker med alderen, fordrer dette til et styrket samarbeid i fremtiden da nefrologi og geriatri har flere likhetstrekk (Manner et al., 2022).

Livskvalitet:

Livskvalitet er et gjennomgående omtalt begrep i de aller fleste artiklene inkludert i denne oppgaven, selv om den ikke alltid presenteres i målbar form som i studien av van Loon et al., (2019). Ved en konservativ tilnærming skal fokuset uansett rettes mer mot en total oppfatning av pasientens livskvalitet mot slutten av livet, fremfor behandling av selve sykdommen. Symptomer skal ikke neglisjeres, men man ønsker å oppnå et mer pasientsentrert fokus hvor pasienten oppfordres til å delta i avgjørelser hvorvidt de kan tolerere behandlingen som gis etter hvert som sykdommen utvikler seg (Noble et al., 2019).

Selv om livskvaliteten viser seg å synke noe hos de eldste pasientene i konservativ behandling, er de nødvendigvis ikke tjent med å starte i dialyse da 40 % av pasientene etter 6 måneders oppfølging døde etter å ha avsluttet behandlingen. Dette kan tyde på lav toleranse for behandlingen og forverret livskvalitet. Færre sykehusinnleggelser og mer tid hjemme frem mot livets slutt kan bidra til bedre livskvalitet, en faktor som er viktig å diskutere med pasientene tidlig i den predialytiske vurderingen (van Loon et al., 2019). Det skal tas høyde for at mange pasienter har vært syke over flere år på det tidspunktet de deltar i studien, og det finnes ikke tall på om noen av deltakerne velger dialyse etter hvert som helsen ble dårligere, som igjen kan påvirke svarene (van Loon et al., 2019). En styrke ved denne studien blir da at gruppene ble delt inn etter grad av nyresvikt, siden de i dialyse har dårligere nyrefunksjon enn de i konservativ behandling. Hvor man er i sykdomsforløpet vil naturlig nok påvirke svarene rundt livskvalitet som avdekkes (van Loon et al., 2019).

I diskusjonen rundt konservativ behandling er det viktig å diskutere med pasienten hvilke aspekter rundt det fysiske, mentale og psykososiale, som betyr mest for dem. Det er derfor flere aspekter som må vurderes for å sikre en god beslutningsprosess, slik at pasienten kan ta en gjennomtenkt beslutning rundt behandlingsvalg, som samtidig sikrer en tilfredsstillende livskvalitet (van Loon et al., 2019). Studien viste ingen økt overlevelse hos de eldste, verken i dialyse eller i konservativ behandling, men samtidig en stabil livskvalitet hos begge grupper ved oppfølging. Livskvalitet kan kun settes ord på av hver enkelt, og blir dermed en av de viktigste faktorene man må ta høyde for i forløpet mot valg av behandling, men bør også vurderes underveis (van Loon et al., 2019).

5. Konklusjon

Så lenge god informasjon blir gitt på et tidlig stadium i sykdomsforløpet er dette en stor bidragsyter for å sikre en individuelt tilpasset behandling for de eldste pasientene.

Informasjon om prognose og behandlingstiltak i det konservative behandlingsforløpet bør komme tydelig frem, slik at konservativ behandling ikke oppfattes som tiltaksløs.

Skrøpeligheit bør rutinemessig vurderes, og pasientenes syn på livskvalitet skal tas hensyn til, da de eldste, skrøpeligste pasientene trolig ikke vil ha stort utbytte av nyreerstattende behandling med den hensikt i å forlenge livet i stor grad. Helsepersonell skal bidra her når det kommer til tidlig planlegging, god informasjon og samtaler om fremtiden, og faktorer rundt livskvalitet som påvirker pasientens valg i beslutningsprosessen.

Hvis alle disse faktorene, samt nytte og belastning av behandling vurderes nøye kan man sikre en god felles beslutningstaking sammen med de eldste pasientene og deres pårørende uansett utfall. Konservativ behandling av endestadium nyresvikt kan dermed bli et mer akseptabelt og respektert behandlingstilbud, og pasienter som velger denne behandlingen skal på lik linje med de i dialyse få god støtte og oppfølging i sine siste leveår.

Man skal selvsagt ikke glemme de sprekeste eldre blant oss som fortsatt lever innholdsrike og aktive liv. Aktiv behandling med dialyse kan fortsatt være riktig vei å gå for noen, men videre forskning bør sette søkelys på hvordan dialyse påvirker de eldste, skrøpeligste pasientene. Med mer kunnskap om dette, samt innarbeide vurdering av skrøpeligheit som et ledd i vurderingen, kan man bedre legge til rette for at den konservative behandlingen kvalitetssikres hos denne pasientgruppen.

Litteraturliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Goto, N. A., van Loon, I. N., Morpey, M. I., Verhaar, M. C., Willems, H. C., Emmelot-Vonk, M. H., Bots, M. L., Boereboom, F. T. J. & Hamaker, M. E. (2019). Geriatric assessment in elderly patients with end-stage kidney disease. *Nephron* (2015), 141(1), 41-48.
- Heggestad, A. K. T. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Samlaget.
- Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)*. Helsedirektoratet.
http://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Manner, I. W., Heldal, K. & Engvig, A. (2022). Nyresykdom i eldre år. *Indremedisinen*, (1), 20-24. <https://indremedisinen.no/2022/04/nyresykdom-i-eldre-ar/>
- Morton, R. L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W. & Howard, K. (2012). Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ*, E277-E283.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.111355>
- Noble, H. (2011). An aging renal population – is dialysis always the answer? *British Journal of Nursing*, 20(9), 545-547. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.9.545>
- Noble, H. R., Carshwell, C. & Walsh, I. (2019). Renal nursing: care and management of people with kidney disease. I N. Thomas (Red.), *Nondialytic Options and the Role of Palliative Care* (5. utg., s. 335-348). Wiley Blackwell.
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleieetikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Pyart, R., Aggett, J., Goodland, A., Jones, H., Prichard, A., Pugh, J., Thomas, N., Roberts, G. & Wu, P.-H. (2020). Exploring the choices and outcomes of older patients with advanced kidney disease. *Plos One*, 1-12.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234309>
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien forskning (Oslo)*, (3), 238-246. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>

- Russell, J. S. C., Oliverio, A. & Paulus, A. (2021). Barriers to Conservative Management Conversations: Perceptions of Nephrologists and Fellows-in-Training. *Journal of Palliative Medicine*, 1497-1504. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0690>
- Seah, A. S. T., Tan, F., Srinivas, S., Wu, H. Y. & Griva, K. (2015). Opting out of dialysis – Exploring patients' decisions to forego dialysis in favour of conservative non-dialytic management for end-stage renal disease. *Health Expect*, 18(5), 1018-1029. <https://doi.org/10.1111/hex.12075>
- Tonkin-Crine, S., Okamoto, I., Leydon, G. M., Murtagh, F. E. M., Farrington, K., Caskey, F., Rayner, H. & Roderick, P. (2015). Understanding by Older Patients of Dialysis and Conservative Management for Chronic Kidney Failure. *American Journal of Kidney Diseases*, 443-450. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.08.011>
- van Loon, I. N., Goto, N. A., Boereboom, F. T. J., Verhaar, M. C., Bots, M. L. & Hamaker, M. E. (2019). Quality of life after the initiation of dialysis or maximal conservative management in elderly patients : a longitudinal analysis of the Geriatric assessment in OLder patients starting Dialysis (GOLD) study. *BMC Nephrol*, 20(1), 108-108. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1268-3>
- Verberne, W. R., Konijn, W. S., Prantl, K., Dijkers, J., Roskam, M. T., van Delden, J. J. M. & Bos, W. J. W. (2019). Older patients' experiences with a shared decision-making process on choosing dialysis or conservative care for advanced chronic kidney disease: a survey study. *BMC Nephrol*, 20(1), 264-264. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1423-x>
- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft: praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1: PICO-skjema

P (population/patient/problem)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
HVEM	HVA	ALTERNATIVER	RESULTAT
Eldre, skrøpelige pasienter med endestadium nyresvikt	Konservativ behandling	Nyreerstattende behandling (dialyse eller transplantasjon)	Tilfredsstillende livskvalitet uten nyreerstattende behandling på slutten av livet
Elderly, frail patients with end-stage renal disease	Conservative management/care	Renal replacement therapy	Satisfactory quality of life without renal replacement therapy at end-of-life

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Goto, A. N., van-Loon, I. N., Morpey, M. I., Verhaar, M. C., Willems, H. C., Emmelot-Vonk, M. H., Bots, M. L., Boereboom, F. T. J. & Hamaker, M. E.</p> <p>2019</p> <p>«<i>Geriatric Assessment in Elderly Patients with End-Stage Kidney Disease</i>»</p> <p>Nephron.</p> <p>Nederland.</p>	<p>Med en økende andel av eldre med endestadium nyresykdom, er geriatriske svekkelser viktig å vurdere da valg om dialyse blir meget komplisert.</p>	<p>Pasienter 65 år og eldre deltok. Målet var å inkludere pasienter kvalifisert for dialyse 3 uker før, og 2 uker etter oppstart. Samt velinformerte pasienter i konservativ behandling.</p> <p>Pasienter rekruttert fra 17 ulike sykehus i Nederland i perioden 2014 til 2017. Tar utgangspunkt i GOLD-studien av van-Loon (2019).</p>	<p>Kvantitativ prospektiv kohortstudie. 285 pasienter inkludert. 192 pasienter i dialyse og 89 pasienter med konservativ behandling. Geriatrisk vurdering ble gjennomført.</p>	<p>Geriatriske svekkelser var svært utbredt hos begge grupper. De fleste hadde 1 til 4 svekkelser (vurdert ut fra kognisjon, mobilitet, ADL vurdering, komorbiditet og ernæringsstatus). Kun 6 % hadde ingen svekkelser i det hele tatt.</p>	<p>Relevant for min oppgave da skrøpelig og geriatriske svekkelser bør tas større hensyn til forut for valg av nyreerstattende behandling eller konservativ behandling for den eldre CKD-pasienten.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Morton, R. L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W. & Howard, K.</p> <p>2012</p> <p><i>«Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end -stage kidney disease»</i></p> <p>CMAJ.</p> <p>Canada.</p>	<p>Ser på hvilke avveininger voksne pasienter tar for å velge dialyse foran konservativ behandling</p>	<p>Pasienter over 18 år med CKD stadium 3-5 fra åtte nyreklinner i Australia deltok.</p>	<p>Kvantitativ «discrete choice experiment»- studie med spørreskjema ble utført blant 151 pasienter.</p> <p>105 fullførte.</p>	<p>Pasienter var villig til å ofre betydelig forventet levetid for å slippe byrden og restriksjoner dialyse kan føre med seg</p> <p>Men, hvis alle nevnte preferanser ble møtt (bl.a. ønsket behandlingstid, gratis transport) økte sjansen for at pasientene valgte dialyse.</p>	<p>Denne er relevant da resultatene viser at mange er villig til å ofre lengre levetid for å slippe de begrensinger dialyse fører med seg. Mange personlige preferanser skal møtes for at pasienten skal velge dialyse som behandling.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Pyart, R., Aggett, J., Goodland, A., Jones, H., Prichard, A., Pugh, J., Thomas, N. & Roberts, G.</p> <p>2020</p> <p><i>«Exploring the choices and outcomes of older patients with advanced kidney disease»</i></p> <p>PLOS ONE.</p> <p>Storbritannia.</p>	<p>Målet er å utforske hvordan ulike pasientkarakteristika påvirker pasientens valg til nyreerstattende behandling eller konservativ behandling.</p> <p>Ser på sammenhengen mellom valg og utfall hos predialytiske pasienter som mottar predialytisk undervisning.</p>	<p>Predialytiske pasienter over 70 år hos én stor nyremedisinsk poliklinikk i Storbritannia.</p>	<p>Kvantitativ retrospektiv kohort-studie. 1216 pasienter deltok i perioden 2004 til 2016.</p> <p>Registerdata ble anonymisert og analysert.</p>	<p>Skrøpeligheit bør rutinemessig vurderes, og kan dermed tidlig bidra til å finne ut hvilke pasienter som kan slippe belastningen ved å ta et predialytisk valg.</p>	<p>Felles beslutningstaking og god planlegging på et tidlig tidspunkt er relevant for min oppgave da jeg vil belyse viktigheten av at dialyse ikke alltid er den beste behandlingen for de eldre, skrøpelige pasientene.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Russel, J. S. C., Oliviero, A. & Paulus, A.</p> <p>2021</p> <p><i>«Barriers to Conservative Management Conversations: Perceptions of Nephrologists and Fellows-in- Training»</i></p> <p>Journal of Palliative Medicine.</p> <p>USA.</p>	<p>Hensikten er å identifisere barrierer i diskusjoner blant nefrologer vedr. pallative valg når det kommer til pasienter med terminal nyresvikt.</p>	<p>Deltakere var leger med spesialisering innen nefrologi, samt nefrologer som jobbet minst 50 % i en klinisk setting. Stipendiater måtte ha fullført minst ett år.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer over telefon i fase 1.</p> <p>Fase 2 inneholdt «mixed- methods» med kvantitative data i et kvalitativt design som inkluderte fokusgrupper. 54 leger deltok.</p>	<p>Største barriere ved å ikke starte dialyse: Nefrologer: <i>«uenighet hos pasient/pårørende»</i> Stipendiater: <i>«tid til samtaleten»</i></p> <p>Største barriere ved å avslutte dialyse: Nefrologer: <i>«endelighet av beslutning; døden»</i> Stipendiater: <i>«treghet i beslutningstakingen»</i></p>	<p>Denne har relevans da det gir innblikk i klinikere sine opplevelser når det kommer til å ikke starte/tilbakeholde dialyse, og avslutte behandlingen.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Seah, A. S. T., Tan. F., Srinivas, S., Wu, H. Y. & Griva, K. 2015</p> <p><i>«Opting out of dialysis – Exploring patients’ decisions to forego dialysis in favour of conservative non-dialytic management for end-stage renal disease»</i></p> <p>Health expectations.</p> <p>Singapore.</p>	<p>Få innsikt i valgprosessen fra et pasientperspektiv når det kommer til å velge bort dialyse som behandling.</p>	<p>Pasienter med nyresvikt grad 5 (61 til 84 år) henvist til palliativ pleie (valgt bort nyreerstattende behandling), rekruttert fra «National Healthcare Group» i Singapore.</p>	<p>Kvalitativ tverrsnittstudie med semistrukturerte intervjuer.</p> <p>9 pasienter deltok.</p>	<p>Fysisk og finansiell byrde, og usikkerhet rundt nytte vs. belastning påvirket av negative historier fra andre, gjorde at pasientene valgte konservativ behandling og sto støtt i sitt valg.</p>	<p>Relevant for min oppgave da pasienter som velger konservativ behandling fremfor dialyse bør få god oppfølging i siste del av livet.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Tonkin-Crine, S., Okamoto, I., Leydon, G. M., Murtagh, F. E. M., Farrington, K., Caskey, F., Rayner, H. & Roderick, P.</p> <p>2015</p> <p><i>«Understanding by Older Patients of Dialysis and Conservative Management for Chronic Kidney Failure»</i></p> <p>American Journal of Kidney Diseases.</p> <p>USA.</p>	<p>Få innsikt i eldre pasienters forståelse av dialyse og konservativ behandling</p>	<p>Pasienter 75 år og eldre ble rekruttert fra 9 av 52 nyremedisinske enheter i England.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. 42 intervjuer ble gjennomført. 14 i dialyse, 14 predialytisk og 14 i konservativ behandling.</p>	<p>Pasientene hadde varierende tro på hva dialyse førte med seg på bakgrunn av hvilken informasjon som ble gitt, ut fra hvilken nyremedisinsk enhet man hørte til. Dette bidrar dermed til ulike synspunkter blant pasientene.</p>	<p>Relevant for min oppgave fordi det kommer frem at ulik informasjon fra helsepersonell påvirker pasientens valg av behandling. Støtte og veiledning fra helsepersonell, kan bidra til bedre informert beslutningstaking når det kommer til konservativ behandling.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>van-Loon, I. N., Goto, N. A., Boereboom, F. T. J., Verhaar, M. C., Bots, M. L. & Hamaker, M. E. 2019</p> <p><i>«Quality of life after the initiation of dialysis or maximal conservative management in elderly patients: a longitudinal analysis of the Geriatric assessment in Older patients starting Dialysis (GOLD) study»</i></p> <p>BMC Nephrology. Nederland.</p>	<p>Hensikt å belyse livskvalitet og overlevelse hos pasienter som har startet i dialyse eller konservativ behandling.</p>	<p>Pasienter 65 år eller eldre før oppstart dialyse eller maksimal konservativ behandling. Rekruttert fra 17 ulike sykehus i Nederland i perioden 2014 til 2017.</p>	<p>Kvantitativ, longitudinell studie. Kohorten omfattet 192 pasienter i dialyse og 89 pasienter med konservativ behandling.</p>	<p>Det ble ikke funnet noen økt overlevelse blant pasientene over 80 år enten de gikk i dialyse eller hadde konservativ behandling etter 12 mnd. Heller ikke livskvalitet utgjorde store forskjeller. Over tid hadde dialysepasientene en stabil livskvalitet, mens den var litt synkende hos de i konservativ behandling. Til tross hadde en betydelig større andel dialysepasienter flere sykehusinnleggelseser over tid.</p>	<p>Relevant til min oppgave da dette belyser ingen eller få ulikheter når det kommer til livskvalitet og overlevelse hos eldre pasienter enten i dialyse eller med konservativ behandling.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel og tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Verberne, W. R., Konjin, W. S., Prantl, K., Dijkes, J., Roskam, M. T., van Delden, J. J. M. & Bos, J. W.</p> <p>2019</p> <p><i>«Older patients' experiences with a shared decision-making process on choosing dialysis or conservative care for advanced chronic kidney disease: a survey study»</i></p> <p>BMC Nephrology.</p> <p>Nederland.</p>	<p>Få innsikt i pasienters opplevelse av felles beslutningstaking vedrørende valg av dialyse eller konservativ behandling.</p>	<p>Pasienter med CKD grad 4-5, 70 år eller eldre som hadde valgt dialyse eller konservativ behandling etter oppfølging på et undervisningssykehus i Nederland som fortsatt var i live i 2015-2016.</p>	<p>Kvantitativ undersøkelse. 99 pasienter deltok.</p> <p>To brukere representert.</p>	<p>De fleste var fornøyd med en felles beslutningstaking, men flere av de som valgte dialyse var fortsatt i tvil og hadde negative opplevelser. Derfor er det viktig med en god beslutningsprosess tidlig nok når det kommer til valg av behandling hos eldre pasienter.</p>	<p>Dette er aktuelt til min oppgave da det viser seg at flere som velger dialyse følte de ikke har noe valg, på grunn av forverring av helsetilstanden eller påtrykk fra sin nefrolog. Ingen av de som valgte konservativ behandling angret i ettertid.</p>