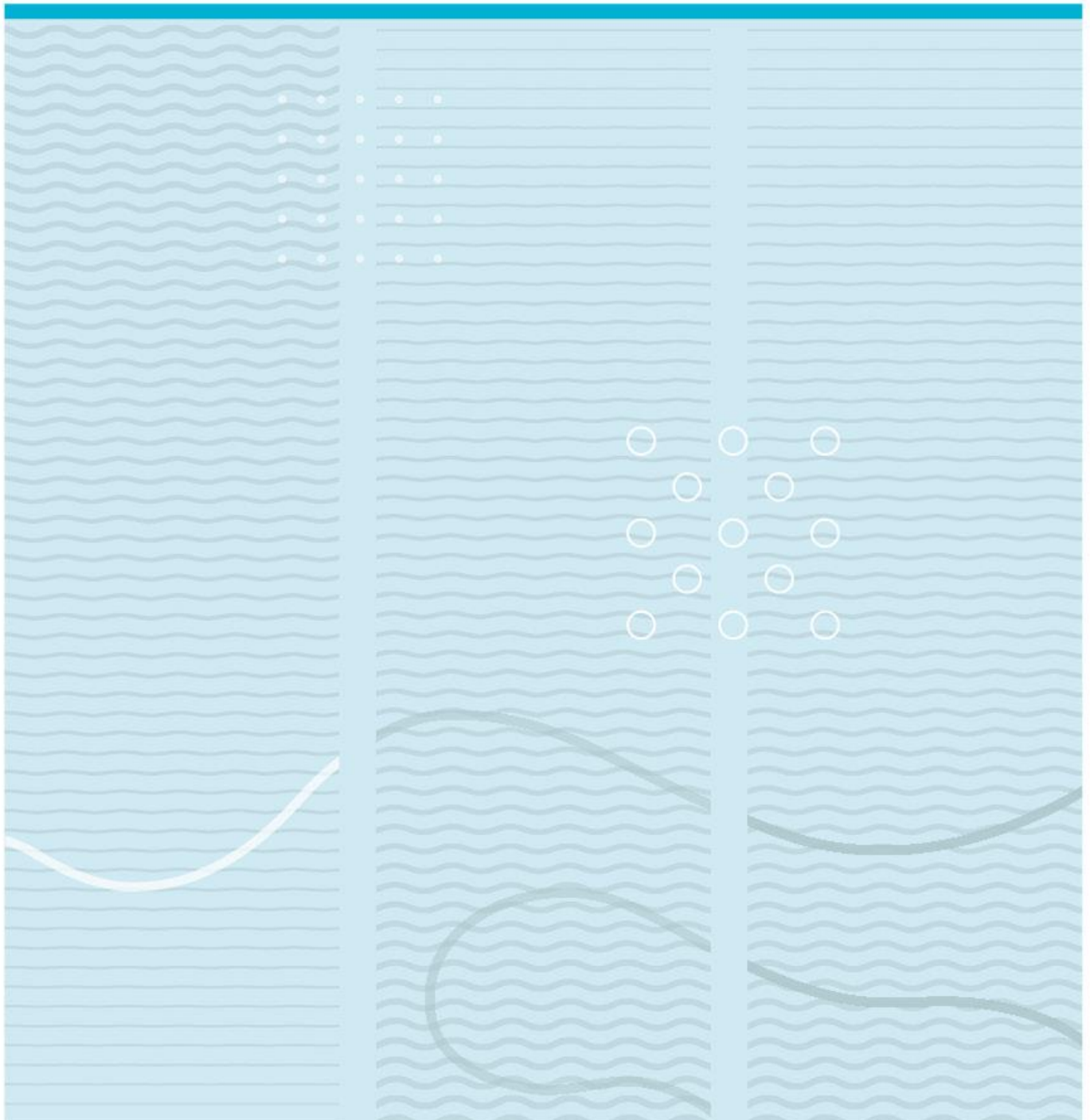




Veronica Håheim

Peritoneal dialyse og samvalg - En litteraturstudie om hvordan fremme samvalg basert på pasientens verdier og premisser



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse- og sosialfag
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Veronica Håheim

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Antallet pasienter med nyresvikt øker i Norge ettersom befolkningen blir eldre og antall livsstilssykdommer øker. Flere trenger nyreerstattende behandling (dialyse). For pasienter med nyresvikt i siste stadium er valg av dialyseform et av flere utfordrende valg de må ta. I følge europeiske og internasjonale retningslinjer, skal valg av dialyseform baseres på samvalg hvor det tas hensyn til pasientens verdier og premisser. I Norge er dette nedfelt på et politisk, nasjonalt plan. Samvalg forutsetter at helsepersonellet og pasientene har kunnskap om hvilken dialyseform som man antar er best for den enkelte og det er avgjørende at helsepersonell får innsikt i pasientens verdier og livserfaring. Forskning viser til et gap i kommunikasjonen i forbindelse med samvalg og det er et behov for en sykepleieintervensjon som kan imøtekomme dette.

Pasientgruppen trenger en helhetlig oppfølging for å redusere tap av selvtillit og forebygge redusert sosialfunksjon. Salutogenese er en teori om helsefremming, som kan bidra til å fremme samvalg, velvære og gi mestring av egen helse. Masteroppgaven ser nærmere på pasientforberedelsene før valg og oppstart av peritoneal dialyse i et salutogent perspektiv.

Litteraturstudien viste at en salutogen sykepleieintervensjon, hvor sykepleiere har en personsentrert tilnærming, skreddersydd undervisning og mer fokus på sosial og psykososial støtte fremmer samvalg basert på pasientens verdier og premisser. Motiverende intervju kan være et viktig verktøy for å imøtekomme pasientenes behov, og få til en salutogen oppfølging. Det trengs mer forskning og kompetanse innenfor salutogene intervensjoner, noe som avanserte kliniske sykepleiere kan bidra til.

Abstract

The number of patients with kidney failure is increasing in Norway as the population grows older and the number of lifestyle diseases keeps rising. Many more need renal replacement therapy (dialysis). For patients in the final stages of renal failure, choosing the correct method of dialysis is one of most challenging choices they have to make. According to European and International guidelines, the choice of dialysis modality should be based on shared decision- making, taking into account the patient`s values and preferences. In Norway, this is established on both a political and national level. Shared decision- making assumes that the health care personnel and the patient have prior knowledge of which dialysis modality is the best modality choice for the individual, and it is crucial that the health care personnel gain insight into the patient`s life values and experiences. Research indicates a communication gap within shared decision- making, and there is a requirement for nursing intervention that can accommodate this.

The patient group requires a comprehensive follow-up to reduce loss of confidence and prevent reduced social function. Salutogenesis is a theory of health promotion, which can help promote shared decision- making, well-being and provide control of their own health. The master`s thesis looks more closely at the patient`s preparations before selecting and starting peritoneal dialysis in a salutogenic perspective.

The literature study showed that a salutogenic nursing intervention, where nurses have a person-centered approach, tailored teaching and more focus on social and psychosocial support, promotes shared decision- making, based on the patient's values and premises. Motivational interviewing can be an important tool to meet patient`s needs and achieve a salutogenic follow-up.

More research and expertise is required within salutogenic interventions, which advanced practice nurses can contribute to.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Innholdsfortegnelse	3
Forord	5
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt med oppgaven.....	9
1.2.1 Avgrensing.....	9
2 Begreper og teoretisk rammeverk	10
2.1 Hva sier retningslinjene om temaet	10
2.2 Kronisk nyresvikt og veien til oppstart av PD	12
2.3 Samvalg/Shared decision making	14
2.3.1 Samvalg av dialyse behandling for eldre	15
2.4 Salutogenese.....	15
2.4.1 Nøkkelbegreper i salutogenese	17
2.4.2 Velvære og helsereelatert livskvalitet	17
3 Problemstilling og forskningsspørsmål	19
3.1 Begrunnelse for valg av problemstilling	19
3.1.1 Erfaringer fra pasientperspektivet.....	19
3.1.2 Formulering av forskningsspørsmål.....	21
4 Metode	22
4.1 Forskningsdesign	22
4.2 Litteratursøk som metode	22
4.3 Søkestrategi	23
4.3.1 Utvidet PICO-skjema med søkeord.....	23
4.3.2 Databaser	25
4.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	26
4.5 Utvalg av artikler og kritisk vurdering.....	26
4.5.1 Vurderinger underveis i seleksjonsprosessen.....	27
4.6 Dataanalyse.....	29
4.7 Beskrivelse av analyseprosessen	30

5	Resultater	35
5.1	Oversikt over de inkluderte artiklene	35
5.2	Faktorer som fremmer samvalg.....	37
5.2.1	Kunnskap og informasjon.....	37
5.2.2	Individuelt fokus	38
5.2.3	Relasjon med helsepersonell	39
5.2.4	Sosial og psykososial støtte	40
5.3	Kjennetegn på intervensjoner som fremmer samvalg	42
5.3.1	Motiverende intervju som kommunikasjonsverktøy.....	42
5.3.2	Personsentrert undervisning	43
5.3.3	Fokus på psykososiale faktorer	43
6	Diskusjon	45
6.1.1	Faktorer som kan fremme samvalg, basert på pasientens premisser og verdier	45
6.1.2	Individuelt fokus og skreddersydd undervisning	45
6.1.3	Relasjon mellom helsepersonell og pasient som et likeverdig partnerskap	50
6.1.4	Betydningen av sosial – og psykososial støtte	52
6.1.5	Intervensjoner som kan styrke samvalg	54
6.2	Diskusjon av metode og forskerrolle	57
7	Konklusjon	59
	Referanseliste	60
7.1	Oversikt over tabeller og figurer.....	68
7.2	Vedlegg.....	68

Forord

Endelig er jeg i mål med masteroppgaven. En stor takk til medisinsk bibliotek, Vestre Viken Drammen sykehus. En spesiell takk til bibliotekar Linda Warhuus som har utført søket. Hun har kommet med faglige innspill og råd for å komme frem til søkeresultatet. Hun har bidratt til å øke kvaliteten på datasamling og hjulpet meg med å finne de relevante artiklene.

Takk til medisinsk poliklinisk senter og nyrepoliklinikken som har hørt på meg og mine innspill og deltatt på faglige diskusjoner rundt temaet og pasientgruppen. Spesielt nyresykepleier Linda Tennebø.

En stor takk til Linn Hege Før Sund, programkoordinator for masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, som har med stødig hånd, veiledet meg gjennom denne prosessen. Takk for gode råd og konkrete tilbakemeldinger som har gitt meg motivasjon til å jobbe videre med oppgaven. Familien min fortjener virkelig en stor takk som har støttet meg og holdt ut med mitt, til tider frustrerte hode og vårt rotete hjem. Spesielt barna mine har ofret mye i forhold til sin «mammatid» og jeg gleder meg nå til endelig kunne delta på produksjonen av morsomme Tik Tok filmer og «jellyfish» utfordringer☺

Sande, 05.2020

Veronica Håheim

1 Innledning

Om lag 11% av befolkningen i Norge har kronisk nyresvikt. Antallet er økende. De siste 10 årene har antallet doblet seg (Pike et al, 2013), og man antar dette henger sammen med endringer i befolkningssammensetningen. Ved kronisk nyresvikt mister nyrene gradvis evnen til å filtrere avfallsstoffer og væske fra blodet og det finnes ingen helbredende behandling. Dersom tilstanden til nyrene blir terminal (stadium 5), det vil si mindre enn 15% av normal nyrefunksjon, trenger pasienten dialyse eller nyretransplantasjon. Det forventes en ytterligere økning i antall personer med nyresvikt som har behov for dialyse i årene som kommer. Dette på grunn av den forventende demografiske utviklingen med økende antall eldre, samt økende antall personer med høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom og/eller diabetes (Pike et al, 2013).

Personer med terminal nyresvikt er alvorlig syke og har ofte høy grad av mortalitet og innskrenket helse relatert livskvalitet. Det er høy forekomst av depresjon og angst, samt det er mye å håndtere i forhold til sin sykdom og behandling (Tong et al, 2013, s 873). Det kreves en helhetlig oppfølging av denne pasientgruppen for å bevare selvtillit og egenverdi. Forebygging av redusert sosialfunksjon har stor betydning for pasientene. Fokuset på oppfølgingen av pasienter med nyresvikt bør derfor være å benytte strategier som fremmer helserelatert livskvalitet og velvære (Finkelstein, Wuerth & Finkelstein, 2019).

Pasienter med nyresvikt grad 4-5 følges opp poliklinisk av spesialisthelsetjenesten både før og etter oppstart av dialyse. Pasientene må ta mange utfordrende valg i løpet av sitt sykdomsforløp. Et av valgene er å ta stilling til hvilken type dialysebehandling de skal ha. Hemodialyse (HD), Hjemme HD, eller peritoneal dialyse (PD). Det er stadig flere eldre og mer skrøpelige pasienter med nyresvikt, så konservativ behandling blir enda et av alternativene (Davis & Davison, 2017).

Dialysebehandling er å fjerne avfallsstoffer fra blodplasma og trekke væske fra pasienten. Dette kan gjøres med to forskjellige metoder. HD er via blodet ved hjelp av dialysemaskin. PD er den andre metoden, hvor dialysevæske fylles og tømmes inn og ut fra hulrommet i abdomen via et peritoneal dialysekateter. Bukhinnen (peritoneum) fungerer som et filter. Elektrolyttutvekslingen skjer ved passiv diffusjon. Væsketrekk skjer ved høy osmolaritet i dialysevæsken som skaper osmotisk drivkraft for væsketransporten. PD foregår i hjemmet hos pasienten. Man kan enten utføre poseskift om dagen eller koble seg til en maskin om natten (Birkeland, Gullestad & Aabakken, 2017, s. 391-393 & 403).

PD har en rekke fordeler sammenliknet med de andre dialyseformene. PD foregår i hjemmet, og administreres av pasienten selv eller ved hjelp av pårørende/helsepersonell. Pasienter kan opprettholde arbeid og reise nokså fritt i inn og utland. For mange bidrar dette til god livskvalitet. PD gir mindre kardial belastning med mer stabilt blodtrykk. Restfunksjonen av nyrene vedlikeholdes mer og hemoglobin opprettholdes bedre (Nyremedisinsk avd. OUS. Metodebok for indremedisinere, 2016). Det viser seg at PD i tillegg er ressursbesparende for samfunnet vårt. Kunnskapssenteret sin rapport i 2013 viser at PD kostet minst og var det mest kostnadseffektive alternativet sammenliknet med alle hemodialysemetodene (Pike et al, 2013, s. 4). Begrensninger til PD behandlingen er at det kan oppstå peritonitt, som kan være alvorlig. Dette blir viktig å forebygge. Det kan i tillegg være vanskelig å oppnå effektivitet på dialysen over tid, fordi det etter hvert kan tilkomme forandringer i peritonealmembranen (Birkeland et al, 2017, s. 403).

Helsedirektoratet anbefaler å øke antall i PD samt forhindre at pasienter som er i PD, må over til HD, på grunn av komplikasjoner. Med bakgrunn i dette skal det utarbeides en kunnskapsbasert fagprosedyre som skal omhandle sykepleieoppfølging av pasienter i PD på poliklinikk. Dette er viktig for å sikre kvalitet på oppfølging av pasienter, samt kunnskapsoverføring til flere sykepleiere. Helsepersonell bør utføre arbeidet sitt basert på samme oppdaterte kunnskap for å bedre pasientsikkerhet. Denne masteren tar utgangspunkt i den forskningsbaserte delen av fagprosedyren og benytter det samme litteratursøket til å se nærmere på én del av denne sykepleieoppfølgingen. Oppfølgingen som dreier seg om pasientforberedelsene før valg og oppstart av dialyse.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ved oppfølging på poliklinikken blir pasientene blant annet forberedt til valg og oppstart av dialyseform. Deretter, eller underveis, blir det gitt opplæring i å håndtere dialyse behandlingen. Det er fortsatt ikke konstatert med sikkerhet hvilken av de ulike behandlingsformene som gir best mulig livskvalitet, så det har utviklet seg retningslinjer som omhandler valg av dialyse. I følge disse retningslinjene skal valget være et samvalg (Shared decision –making), basert på pasientens verdier og preferanser (Boateng & East, 2011). Dette betyr at man bedre kan tilpasse et behandlingsopplegg som passer til den enkelte og denne personens liv. På helsenorge.no står det at samvalg vil gjøre pasienten i bedre stand til å ta et valg som er riktig for seg selv, og er en prosess hvor pasienten sammen med helsepersonell kommer frem til, og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Dersom pasientene er godt forberedt, og gjør et valg av dialyse som passer den enkelte best, vil angivelig motivasjonen for mestring av behandlingen øke. Samtidig vil det kunne føre til økt velvære. Det viser seg at de vanligste barrierene for peritoneal dialyse er relatert til motivasjonen til pasienten og den kliniske erfaringen til sykepleierne som følger opp (Pirkle, 2019).

Hvordan sykepleierne følger opp pasientene har stor betydning for pasientforløpet og prognose. For lite forberedelse til valg og håndtering av dialyse behandlingen kan resulterer i dårligere utfall i forhold til prognose, antall sykehusopphold, dialysetilgang og livskvalitet (Owen et al, 2006, s. 145). Effektiv pasientforberedelse før oppstart av dialyse senker antall peritonitter og kan da redusere antall peritonittrelaterte dødsfall (Hsu et al, 2018). En studie fra 2018 viser til at, dersom det er god nok sykepleieoppfølging, vil pasientene foretrekke hjemme dialyse og dette kan bidra til at flere pasienter velger PD (Walker, Morton, Palmer, Marshall, Tong & Howard, 2018).

Det finnes retningslinjer for PD i ulike land, som blant annet National Institute for Health and Clinical Excellence i UK (NICE), The European Best practice Guideline Group (EBPG), The National Kidney Foundation, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) i US, og International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD). Disse retningslinjene sier at valg av dialyse skal være basert på samvalg og ut fra pasientens preferanser.

Renal Physicians Association (RPA) laget i 2010 en klinisk retningslinje om «Shared Decision-Making» for oppstart og avslutning av dialyse behandling, som sier at pasientene skal være fullt informert om alle behandlingsformer og pasientenes verdier og preferanser skal ha en prominent rolle i alle avgjørelsene (RPA,2010). Men hvordan skal vi få til dette i praksis? Vi trenger kunnskap om hva som er best practice for pasientforberedelsen for at vi skal få gitt pasientene våre et best mulig utgangspunkt til å ta dette valget.

Sykepleieoppfølgingen i dag på poliklinikken dreier seg i hovedsak om å undervise pasientene i de forskjellige dialyseformene. Det utføres individuelle samtaler og gruppeundervisning, før de tar en avgjørelse på valg av dialyseform. Velger de PD, blir pasientene lært opp til å håndtere dette hjemme. Vi har per i dag ingen konkret beskrevet sykepleieintervensjon for hvordan denne individuelle oppfølgingen skal være. Hva er best practice, eller hvilke verktøy bør benyttes i samtaler med pasientene? Dette medfører at pasientene får ulik tilnærming i de individuelle samtalene, ut fra hvordan sykepleieren velger å gjennomføre det. Dette blir ofte ut fra sykepleierens kunnskapsgrunnlag og ut fra hvilke rutiner det enkelte sykehus har.

Det skal gis undervisning i alle dialyseformene slik at de får god kunnskap i hva de ulike behandlingsformene dreier seg om. Det blir mye informasjon som pasienten skal forholde seg til. Så skal de gjøre et valg som passer dem best og som gir mest mulig helserelatert livskvalitet og velvære i hverdagen. Et valg «de kan leve godt med». I teorien om helsefremming, salutogenese, legges det vekt på mestring samt viktigheten av å ha god livskvalitet og velvære på tross av sykdom. Det er flere salutogene verktøy/metoder som kan benyttes til oppfølging. Helsefremmende pedagogikk inneholder flere godt dokumenterte metoder som kan benyttes for å kunne imøtekomme pasientenes behov og for å kunne komme i dybden på pasientens perspektiver. En salutogen tilnærming kan være nødvendig for å få frem pasientens verdier og premisser.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne studien er å innhente, sammenstille og beskrive forskning om ulike faktorer som fremmer samvalg i forbindelse med valg av dialyseform, og beskrive kjennetegn ved ulike sykepleieintervensjoner som bidrar til samvalg basert på pasientens verdier og premisser.

Funnene i denne oppgaven vil være en del av den kunnskapsbaserte fagprosedyren som skal inn på helsebiblioteket. Med bakgrunn i dette er litteratursøket og datasamlingen utført etter kunnskapscenteret sine minstekrav for utarbeidelse av fagprosedyrer, i samarbeid med biblioteket.

1.2.1 Avgrensing

Det er et stort systematisk søk som ligger til grunn for en fagprosedyre innenfor sykepleieoppfølgingen av PD pasienter, og en mengde artikler som må gjennomgås grundig. Denne masteroppgaven er ikke stor nok til å kunne omfavne hele fagprosedyren, så derfor setter jeg tydelige begrensinger under inklusjon- og eksklusjonskriterier. Søket vil være det samme, ut fra PICO-skjema til fagprosedyren, men jeg benytter bare deler av resultatet fra litteratursøket i denne oppgaven. Fagprosedyren i sin helhet vil i etterkant av masteren i tillegg omhandle de tekniske ferdighetene en sykepleier trenger for å følge opp denne pasienten helhetlig. Den vil omhandle stell og håndtering av PD-kateter, selve dialysebehandlingen med de forskjellige formene innenfor PD (APD/CAPD og opplæringen av dette. I denne oppgaven tar jeg kun for meg artikler som omhandler pasientforberedelse i forbindelse med valg og oppstart av dialysebehandling.

2 Begreper og teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg utdype hva de ulike retningslinjene har kommet frem til, og hva de sier denne oppfølgingen bør innebære. Det blir en kort beskrivelse av kronisk nyresvikt og PD, samt ulike begreper jeg anser som relevant for denne oppgaven. Her vil det teoretiske rammeverket salutogenese, bli mer utdypet og integrert i PD oppfølging.

2.1 Hva sier retningslinjene om temaet

I Norge følger vi forskjellige retningslinjer for oppfølging av nyresvikt og dialyse.

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) retningslinjene sier at det bør være en pre dialytisk undervisning for å informere pasienter og pårørende om de forskjellige dialysetypene. Det legges vekt på at valget skal være fritt, men det står ikke konkret hvordan vi bør legge opp denne undervisningen. Det står at det bør være en omfattende diskusjon av utfordringene som kan ligge i de forskjellige dialysetypene, slik at pasienter og pårørende kan ta rasjonelle valg. Pasientene skal involveres slik at de kan delta aktivt i behandlingen. Disse retningslinjene legger i hovedsak vekt på undervisningen. De har kommet frem til at optimal undervisningsforberedelse i forhold til nyresvikt bør gis både til pasienten selv og familie eller venner, som kan være med på å påvirke valg.

Innholdet i undervisningen bør blant annet være hvordan behandlingen virker, hvordan de er utformet til å forsinke progresjonen av sykdommen og fjerner symptomer. Undervisningen skal handle om valg mellom PD og HD. Det er viktig at pasientene får vite at disse valgene kan ha kritiske konsekvenser for en selv. KDOQI anbefaler at det må kontinuerlig følges med på hvordan pasienten har det med sin behandling. Adekvat kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er essensielt (National Kidney Foundation, KDOQI, 2006).

International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD), har kommet frem til en retningslinje for hvordan man skal undervise pasienter og pårørende i PD. Dette skal baserer seg på en voksenopplæring hvor PD sykepleier arrangerer temaer etter pasientens behov. Prinsippene for denne voksenopplæringen er at helsepersonell skal ta i betraktning at voksne i utgangspunktet er motivert og har selvinnsikt. Voksne bringer livserfaringer og kunnskap inn i opplæringen, voksne er målrettet og er opptatt av relevant opplæring og voksne krever å bli respektert. Undervisningen skal gjentas og det er relativt klare retningslinjer i denne om hvordan opplæring og undervisning bør gis. Det helsefremmende perspektivet er mindre synlig (Figueiredo, 2016).

The European Best Practice Guideline Group (EBPG) legger de mindre vekt på selve undervisningen og mener at valg av dialysebehandlingsform bør gjøres av en velinformert pasient. Man bør ha et samarbeid med andre klinikker for å kunne ha alle valgmuligheter for behandlingsformer tilgjengelig. Dette for å sikre at pasientene kan velge ut fra hva som passer best for dem selv. Heller ikke i disse retningslinjene er det beskrevet en helsefremmende fremgangsmåte for å sikre at pasientene tar et valg basert på sine premisser og verdier (Covic et al 2010).

National Institute for Health and Clinical Excellence i UK (NICE, 2011) er retningslinjer som norske helsepersonell ikke benytter i stor grad. Men disse er de første av disse retningslinjene som virkelig begynner å nærme seg det salutogene perspektivet. Oppfølgingen skal være personsentrert med utgangspunkt i pasientens behov og preferanser. Retningslinjene legger vekt på at å støtte pasientene til samvalg av dialyse, ikke bare er å gi informasjon. Det er nødvendig at pasientene kan benytte informasjonen meningsfullt. Kun å gi og gjenta informasjon er ikke tilstrekkelig. Informasjonen skal gis strukturert og til rett tidspunkt. Det bør startes i god tid før oppstart av dialyse. Pasientene må oppmuntres til aktivt tenke på livsaspektet, som enten vil endres eller bli det samme etter valg av dialyse. Helsepersonell og pasient bør være oppmerksom på at livet og meninger kan endre seg over tid, og pasienten kan endre sine verdier. Derfor bør dette være en prosess. Dersom helsepersonellet har andre perspektiver av hva som er viktig, bør dette diskuteres godt med pasienter og pårørende, slik at de forskjellige perspektivene blir forstått. NICE retningslinjene har sett igjennom forskningen og funnet review fra 2008-2009 som omhandler «shared decision-making», men de har ikke funnet gode nok studier eller bevis, som kan vise til intervensjoner som er effektive. Likevel kommer gruppen med anbefalinger om hvordan vi bør støtte opp under samvalg:

- Gi informasjon om de forskjellige dialyseformene og alt som innebærer denne type behandling
- Diskutere med pasienter og pårørende om hvordan behandlingen kan passe inn i deres liv.
- Forklare til pasientene og sjekke at de har forstått at kronisk nyresvikt er en livslang sykdom.
- Sjekke ut og diskutere hva pasientene har fått av informasjon fra andre pasienter, familier og andre.
- Sørge for at de som gir informasjon til pasientene har spesialkompetanse og de nødvendige kunnskapene for å kunne gi støtte til samvalg

The Renal Association sin kliniske retningslinje anbefaler at pasientene bør i den grad det er mulig, være best mulig forberedt for dialysebehandling. Dette innebærer å få undervisning og informasjon om PD behandling av helsepersonell med erfaring og god nok kunnskap. Disse retningslinjene legger vekt på at PD programmet er avhengig av spesialiserte sykepleiere med tilfredsstillende kunnskap i å trene opp pasienter i PD og overvåke behandlingen. Ellers anbefaler de å følge de Internasjonale retningslinjene (ISPD) for PD undervisning fra 2006 som jeg har skrevet om tidligere i dette kapitlet (Woodrow, 2017).

The Caring for Australasians with Renal Impediment guidelines (CARI), legger mest vekt på selve undervisningen. Pre-dialytisk undervisning til pasienter og ens familie bør være informasjon etter strukturerte undervisningsprogrammer. Men valget bør tas med bakgrunn i pasientens behov. Retningslinjene mener at utfordringer og tilgang til dialyse-klinikker, dialysemodalitet, og fordeler, ulemper og risiko må diskuteres med pasienten. Det er fordel om det er et delt samvalg mellom pasient og helsepersonell, men pasienten skal ha rett til å velge selv. Pasienten må få vite om det er mangel på tilbud til en dialyseform som er med på å begrense valgmulighetene. Mangel på ressurser bør ikke være en begrunnelse for å nekte pasienten en ønsket dialysemodalitet (Covic, 2010). Ut over dette er det ikke noe konkrete sykepleieintervensjoner beskrevet i noen av disse retningslinjene, bortsett fra litt mer utfyllende beskrivelser i NICE.

2.2 Kronisk nyresvikt og veien til oppstart av PD

Fallende nyrefunksjon innebærer at nyrene gradvis mister sin filtrasjonsevne. Regulering av kroppsvarme og elektrolytter samt nyrenes endokrine funksjon avtar også. Grad av nyresvikt inndeles i fem stadier. Behandlingstypen blir avhengig av hvilket nivå sykdommen er på. Stadium 1 har tilnærmet normal nyrefunksjon og stadium 5 er et predialytisk eller dialysekrevene stadium. Når en kronisk nyresvikt nærmer seg stadium 5 vil man vurdere om man skal behandle sykdommen aktivt og erstatte den tapte nyrefunksjonen i form av dialyse eller nyretransplantasjon (Birkeland et al, 2017, s 393-401). Kronisk nyresvikt krever oppfølging, livet ut. Oppfølgingen er en prosess som går over flere trinn. Etter konstatert kronisk nyresvikt blir det forsøkt å opprettholde funksjonen så lenge som mulig og optimalisere behandlingen. Deretter vil det bli en overgang til blant annet forberedelse til dialyse. Oppfølging som undervisning og forberedelser til valg er essensielt for å kunne hjelpe pasientene til å forstå hva nyresvikt er, ha kunnskap om forskjellige behandlingsformer, oppnå en følelse av kontroll og kunne dele med familie og venner. Å forberede

til dialyse kreves det nå ifølge retningslinjer en mer individuell og personsentrert oppfølging, hvor identifisering av personsentrerte mål blir viktig i oppfølgingen av nyresviktpasienten (Chan et al, 2019).

En review fra 2012 beskriver prosessen for å velge en dialysemodalitet trinn for trinn. Her har de delt opp prosessen i 6 trinn. I trinn 1 blir pasienter som kan potensielt benytte seg av PD (ikke har noen kontraindikasjoner som for eksempel arrvev etter større abdominale operasjoner, sykkelig overvekt, store abdominale hernia, aktiv divertikulitt, store abdominale aortaaneurisme) identifisert. Trinn 2 er å undersøke om pasienten har mulighet til å håndtere PD ved å kartlegge psykiske og kognitive barrierer. Her er det viktig å tenke at disse barrierene ikke er kontraindiserte faktorer til PD. Men da vet man hva som må til av støtte for å kunne gjennomføre dialysen hjemme. Trinn 3 blir å gi valget om dialyseform til pasienten. I forkant av dette trinnet bør pasienten ha fått gjennomgående undervisning i de forskjellige dialysemodalitetene. Trinn 4 er at pasienten tar et valg. Trinn 5 er plassering av et PD kateter i peritoneum, som vist på bildet under og trinn 6 er oppstart av selve dialysen behandlingen. Før oppstarten er det opplæring i håndtering av dialysebehandlingen som blir viktig, slik at pasienten kan mestre behandlingsformen (Blake, Quinn & Oliver, 2012).



PD (Birkeland et al, 2027, s 402) Bildene illustrerer poseskift om dagen (CAPD) eller koblet til maskin om natten (AP) (Baxter.no).

PD kan gjennomføres ved hjelp av 4 poseskift i løpet av dagen eller å koble seg til en maskin om natten. Begge deler blir gjennomført i hjemmet og krever opplæring i hygiene, tekniske prosedyrer, håndtering av alarmer og bestilling av varer med mer. Det er mulighet for assistert PD, hvor pasienten får assistanse til behandlingen. PD kan forbedre pasientens opplevelse av autonomi, som er en viktig del i å opprettholde sin livskvalitet og føle på mestring og økt velvære (Chan et al, 2019).

2.3 Samvalg/Shared decision making

Samvalg er løftet fram som en viktig del av pasientenes helsetjeneste på et politisk plan. Integrasjon av kunnskap og pasientinvolvering gjennom samvalg er etterlyst i Nasjonal helse- og sykehusplan 2015 og i Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet 2015. I Stortingsmeldingen om verdier i pasientens helsetjeneste 2016 står det:

«Den enkelte pasient vet selv best hvordan hun eller han vil leve sitt liv, og vet selv hvilke hensyn som bør vektlegges i valg mellom ulike behandlinger»

I Pasient- og brukerrettighetsloven, 2017, § 3-1 er det nedfelt at:

«Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses og behandlingsmetoder».

Pasienter som har kronisk nyresvikt møter mange utfordrende valg i løpet av sitt sykdomsforløp. De trenger blant annet forholde seg til forskjellige målsettinger til behandlingen, valg av livsstil, fysisk aktivitet, ernæring, væske inntak, saltinntak og ikke minst valg av dialysemodalitet. Dette er kompliserte valg som har stor betydning for den enkeltes, velvære, livsstil og prognose. Pasientene er ofte engstelige når de skal til kontroller for om tilstanden har forverret seg. Kommer legen og sykepleieren til å snakke om det vanskelige valget som man ikke er forberedt på å ta? Utvidet informasjon og undervisning for at pasientene skal bli godt kjent med de forskjellige dialyseformene er viktig, men kan også være stressende og utmattende for pasientene. Mange kan ende opp med en dialyseform uten å føle at de selv har tatt valget. Samvalg er avhengig av individualisert kommunikasjon og en interaktiv prosess mellom pasient, familie/venner og helsepersonell (Davis & Davison, 2017). På helsenorge.no blir samvalg beskrevet til pasientene slik:

«Samvalg er en prosess der du sammen med helsepersonell kommer frem til og tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best for deg»

Samvalg er viktig på et nasjonalt plan, og det er laget en link til samhandlingsverktøy på Helsenorge sine nettsider, som pasientene kan lese, med tre filmklipp som omhandler å delta i samvalg:

<https://minhelse.helsenorge.no/samvalg/verktoy/kronisk-nyresvikt/mitt-valg?>

Pasienten skal sammen med helsepersonell vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer, basert på hva som er viktig for pasienten. Målsetningen med samvalg er å komme frem til et informert valg, samt at pasienten skal være tryggere på den beslutningen som tas. Det er viktig at pasienten ikke føler seg presset til å være mer involvert i beslutningene enn ønsket, så valget kan også være å overlate beslutningene til helsepersonell, eller involvere pårørende.

Det er i samsvar med retningslinje for samvalg ved oppstart av dialyse at pasientene skal være fullt informert om alle behandlingsformer. I denne retningslinjen legges det vekt på at pasientenes verdier og preferanser skal ha en prominent rolle i alle avgjørelsene (RPA,2010). Samvalg bør være personsentrert og skal føre til at pasientene får mulighet til å reflektere over sin nåværende helsetilstand, livsstil, verdier og mål, for deretter å bruke dette for å finne ut av hva som kan passe dem selv best. I denne prosessen får helsepersonell innsikt i hva som motiverer pasientene og hvordan de som helsepersonell best mulig kan gi støtte (Davis & Davison, 2017).

2.3.1 Samvalg av dialyse behandling for eldre

Antall eldre i dialysebehandling har økt, og det bør være større engasjement for at disse pasientene kan utføre dialyse hjemme. Hva som er best for de eldre er ikke kartlagt og kvalitetssikret, men de fleste blir behandlet på sykehus med HD, selv om PD kan ha flere fordeler i form av bedre livskvalitet og kardiovaskulære årsaker som nevnt tidligere. Dette er en økende populasjon og det er ressurskrevende at de fleste er i HD behandling. Helsepersonell bør i større grad ivareta de eldre sine mulighet til samvalg og forsøke å identifisere barrierer til PD og eventuelt hjemme HD. Hos de eldre kan det være avgjørende å finne ut av psykiske, visuelle, kognitive, psykososiale og sosiale utfordringer for å kunne forsøke å overkomme disse barrierene med adekvat oppfølging og forberedelser. Forberedelsene og oppfølgingene bør innebære undervisning, psykologisk konsultasjon og assistanse til å gjennomføre dialyse (Segall et al, 2017).

Konservativ behandling kan være et godt alternativ og kan gi økt grad av livskvalitet. Desto mer nødvendig er det at valget er basert på hva som gir mest velvære og økt livskvalitet (Panocchia & Tazza, 2014). De eldre føler ofte at de ikke har noen valg i forhold til dialyse og oppstart. Mange eldre var ikke klar over at dialyseoppstart var frivillig selv med retningslinjer for samvalg. De eldre var mindre fornøyd med behandlingen og ønsket mer informasjon, spesielt mer fokus på valgmuligheter, prognose og behandlingsmål (Ladin et al, 2017).

2.4 Salutogenese

Salutogenese kom på slutten av 1970-tallet med den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky, hvor fokuset er helsen opprinnelse. Hva gir god helse og hva ligger i eller rundt oss, som kan bidra til å fremme helsen og gi mestring av egen helse og egne helseproblemer. I salutogenesen ser man ikke på stressfaktorer som bidrar negativt på helsen, men man tar fokuset på hvilke faktorer og strategier som bidrar i positiv retning (Eriksson & Lindström, 2015, s.14).

Salutogenese handler om at man ikke tolker helse som enten sykt eller friskt men at helsen er i et kontinuum mellom helse og helsesammenbrudd. «Vi skal alle dø, men mens vi er i livet så er vi i en eller annen form friske» (Antonovsky, 2012, s.27). Det er nevnt tidligere i oppgaven at det er høy forekomst av depresjon og angst hos personer med kronisk nyresvikt, og det kreves en helhetlig oppfølging av denne pasientgruppen for å redusere tap av selvtillit og egenverdi, samt forebygge redusert sosialfunksjon (Tong et al, 2013, s 873). Salutogenese har fokus på personens sosiale, psykologiske, åndelige og genetiske faktorer, som er i samspill med indre og ytre omgivelser (Langeland, 2012). En slik tilnærming kan bidra til reduksjon i depresjon, og øke selvtillit og egenverdi, som denne pasientgruppen trenger.

Salutogenese har oppmerksomhet mot faktorer som kan være beskyttende mot negative ting som skjer i livet samt direkte styrkende på helsen (Antonovsky, 2012, s. 30). Disse faktorene er viktig å finne ut av slik at pasientene kan mestre sin sykdom bedre, få mer livsglede og selvtillit. Dette vil være en nødvendig del av oppfølgingen av denne pasientgruppen, spesielt for de eldre.

Retningslinjene tilsier at oppfølgingen av denne pasientgruppen bør være personsentrert, og valg skal baseres på pasientens premisser og verdier. Da er det nødvendig å lytte til pasientens historie. Salutogenese teorien legger vekt på nettopp dette. Det er viktig å finne ressurser som kan være helsefremmende (Antonovsky, 2012, s. 29). Man kan ikke bare se sykdommen og risikofaktorer, for da kan man miste viktige helsebringende faktorer (Doris, Doherty, Orme, 2017, s. 262). I det salutogene perspektivet er det vesentlig å ikke la personen «bli sin diagnose», slik som for eksempel «nyresviktpasienten», men se personen og ressursene som finnes der (Eriksson & Lindström 2015, s.17). Denne tilnærmingen kan benyttes i samtalene både før og etter dialyseoppstart. Dersom sykepleierne har en salutogen tilnærming, kan man lettere fange opp ressurser som kan bidra til mestring av sykdom og behandling, slik at flere kan fortsette med PD. Dette kan bli avgjørende når helsepersonell skal kunne få innblikk i pasientens erfaringer, slik at de kan være støttende til at pasienten tar et valg som er riktig for seg selv.

Pasienter i PD lever med sin kroniske sykdom. Det finnes ingen kur, og de trenger ofte hjelp til å leve med diverse utfordringer. I salutogenesen er «aktiv tilpasning» sentralt. Dette innebærer å se etter mer enn bare å finne en «magisk kur» for sykdommen (Antonovsky, 2012, s. 33).

2.4.1 Nøkkelbegreper i salutogenese

Sense of Coherence (SOC) er et begrep som omhandler en holdning/livsinnstilling som viser til hvilken grad en har følelse eller tillitt til tre deler: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I et salutogent perspektiv er disse faktorene avgjørende for å kunne bevare helse, og kunne bevege seg i helsefremmende retning (Antonovsky, 2012, s. 38).

En god SOC kjennetegnes av at en har en forståelse for sin livssituasjon, har tro på at en har de nødvendige ressursene til å finne løsninger og opplever utfordringer som motiverende (gir mening). Mening er følelses- og motivasjonskomponenten og er viktigst av disse (Langeland, 2009).

Dette understøtter pasienter med kronisk nyresvikt sitt behov for informasjon, undervisning og oppfølging av sin sykdom og behandling. Forskningen viser til at de har behov for en viss grad av kontroll og autonomi. Med dette følger økt selvtillit, følelsen av større sosial støtte og en positiv relasjon med helsepersonell, som igjen kan føre til mestring, økt velvære og livskvalitet.

General Resistance Resources (GRR) kan være «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene» som kan styrke SOC og fremme effektiv mestring av spenning (Antonovsky, 1979, s.121). Av disse er sosial støtte en avgjørende ressurs. Kvaliteten på sosial støtte som nære emosjonelle bånd er det viktigste. Høy SOC gir pasienten høyere grad av helse (Langeland, 2009).

Det er nødvendig at sykepleierne kan bidra med å styrke PD pasientene sin SOC ved å «se» pasienten, søke etter å finne pasienten sin indre motivasjon, gi god nok adekvat informasjon og undervisning, samt benytte disse faktorene bevist i individuelle samtaler underveis i prosessen. Relasjonen mellom pasient og helsepersonell er avgjørende i forhold til å få til dette. Faktoren som omhandler sosial støtte/relasjoner er en faktor som helsepersonell i stor grad kan være med på å forbedre. Riktig kommunikasjon og ivaretagelse av mental helse og livskvalitet var viktig for å få til en god oppfølging og samvalg basert på personens verdier og premisser. Dette vil igjen gi økt velvære (Song et al, 2010).

2.4.2 Velvære og helserelatert livskvalitet

Det er godt dokumentert at velvære og helserelatert livskvalitet blir kompromittert ved kronisk nyresvikt og dialysebehandling. Velvære begrepet kan vi bruke når vi snakker om tilstedeværelse av helsefaktorer i motsetning til å snakke om helse som fravær av sykdom (Ericsson og Lindström, 2015, s. 85). I salutogenese ser man velvære som tilstedeværelse av noe, og ikke som fraværet av noe negativt. Den salutogene prosessen fører til velvære (Ericsson og Lindström, 2015, s. 69 & 86). Helsefremmende mekanismer vil påvirke hvorvidt prosesser og livshendelser fører til velvære. Tiltak

som bedrer helse kan i stor grad påvirke velvære. Jeg har valgt å ha en eudaimonisk tilnærming til wellbeing-begrepet, som handler om fungeringsaspektet (Helsedirektoratet, 2015, s. 37).

En studie fra 1998, viste allerede da, at å forberede pasientene i forkant av dialyse kan øke velvære i form av bedre humør, mindre mobilitetsutfordringer, færre funksjonshemninger samt lavere forekomst av angst (Klang, Bjørnvell, Berglund, Sundstedt & Clyne, 1998). Følelsen av velvære hos nyresviktpasienter påvirker samvalg. Den subjektive opplevelsen av velvære har størst mening i forhold til hvilket valg de vil ta (Campbell-Crofts & Stewart, 2019).

Begrepet helserelatert livskvalitet kan defineres som i hvilken grad en persons vanlige eller forventet fysiske, sosiale eller emosjonelle velvære vil kunne bli påvirket av en medisinsk tilstand og eller behandlingen av denne tilstanden. Helserelatert livskvalitet inkluderer fysiske, sosiale, psykologiske og terapirelaterte komponenter som påvirker generell livskvalitet (Finkelstein, Wuerth & S.H. Finkelstein, 2009, s.946).

3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen i denne oppgaven er:

«Hvordan følge opp voksne personer med kronisk nyresvikt i forkant av dialyse, slik at det fremmer samvalg basert på pasientens verdier og premisser?»

3.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

For å få kunnskap om hva som kan påvirke pasientenes valg og hva som er viktig for pasientene, kan vi se på erfaringer fra pasientperspektivet.

3.1.1 Erfaringer fra pasientperspektivet

Forskning sier at pasientene generelt ønsker å få mer støtte av helsepersonell til å føle velvære (Biggar, Hidde & Ketteler, 2015). En annen studie kommer frem til at fokus på velvære og mulighet til fleksibilitet i hverdagen er viktig for denne pasientgruppen (Walker et al, 2018).

I forhold til samvalg er det er gjort flere reviews og noen systematiske oppsummeringer innenfor dette temaet. I 2008 kom en systematisk review om faktorer som påvirket samvalg hos voksne pasienter med nyresvikt, frem til at de fleste studiene omhandlet informasjonsbehov relatert til dialyse og at det manglet forskning på intervensjoner som kan støtte pasienter til å ta kvalitative valg (Murray et al, 2008).

En annen systematisk oversikt kom frem til at ønskene til pasientene og familie i mindre grad ble møtt. Den største faktoren som hadde innflytelse på valget, var andre pasienters eksperterfaringer. Timing av informasjon var en utfordring, og dette var en barrierer til samvalg (Morton, Tong, Howard, Snelling & Webster, 2010). I 2015 forsøkte de å se på kvalitative studier i en systematisk review, for å finne grundigere forståelse for faktorer som har betydning for samvalg, og kom frem til at det trengs mer forskning på åpen kommunikasjon og samvalg (Hussain, Flemming, Murtagh & Johnson, 2015). Data fra en annen studie fra 2010 med 99 deltakere, avslører at bare et begrenset antall av pasienter følte seg forberedt til oppstart av dialyse. De fleste mente at det var et gap i kommunikasjonen som gjelder utenom generell informasjon om medisinsk tilstand og dialysemodalitet. De savnet mer fokus på hvordan byrden ville bli for den enkelte og familien, hvordan det kan påvirke livskvaliteten, og mental helse. Flere angret på valget. Forskerne etterlyser intervensjoner som har fokus på at valg av dialyse er komplekst og at det krever riktig

kommunikasjon og ivaretagelse av mental helse og livskvalitet (Song et al, 2010). I en «scoping review» fra 2016 så de på litteratur fra 2004-2014 for å identifisere barrierer og faktorer som tilrettelegger for dialysebehandling, og fant ut at støtte til fysisk og mentalt velvære, mulighet til å leve et normalt liv og selvbestemmelse var faktorer som fremmer mestring av dialyse. Den største barrieren var byrden av omsorg, invasjon av kroppen og forstyrrelse av livstilen. De konkluderte med at det bør gjøres et større arbeid med å øke støtte til disse pasientene for å minimalisere innflytelsen dialyse har på hverdagen til hver enkelt (Sauvè, Vandyk & Bourbonnais, 2016). Flere studier viser da til at det er et behov for en forbedret pasientoppfølging i forhold til å forberede pasientene til kvalitativt samvalg og oppstart av dialyse. Så sent som i 2018 viser en studie at det fortsatt er behov for forbedring innenfor pasientforberedelse og støtte til samvalg. Det er et behov for en mer helhetlig tilnærming (Zee et al, 2018).

To reviews ble funnet i dette søket som forsøker å kartlegge effektiviteten av personsentrerte intervensjoner for pasienter med kronisk nyresvikt. Den ene studien fra 2015, sammenstiller interdisiplinære intervensjoner. Disse interdisiplinære intervensjonene har en koordinert, patientsentrert tilnærming, som inneholder flere disipliner som leger, sykepleiere, ernæringsfysiologer, farmasøyter, og sosionomer. De har samme målsetting og de har fokus på få med pasienten på en samvalgprosess. Dette er tilnærmet den oppfølgingen vi gir i dag på norske sykehus, og studien viser til at denne type oppfølging er assosiert med bedre pasientforberedelse og helseutfall. Likevel sier studier at dette ikke er godt nok og det er fortsatt et gap for å få til en mer åpen og helhetlig kommunikasjon med pasientene og familiene. Det trengs mer forskning på dette området hvor vi kan inkludere de intervensjonene som viser til god effekt innenfor de ressursene som ligger i grunn for oppfølgingene (Johns, Yee, Smith-Jules, Campbell & Bauer, 2015). Den andre studien er en RCT studie der de ønsker å se på effekten av personsentrerte oppfølginger innenfor nyresvikt i 2018. De finner at disse intervensjonene kan føre til færre sykehusinnleggelses, men de har lite effekt på dødelighet og livskvalitet. Studien har svakheter med at det er få som er inkludert, studiene hadde vært basert på kortvarige intervensjoner og de fleste hadde lav kvalitet på metodedelen. Forskerne henviser til at det er behov for mer forskning på dette området for å fortsette med å finne ut av effekten av personsentrert oppfølging og med en god konkret beskrivelse av hva denne oppfølgingen innebærer (Valentjin et al, 2018).

3.1.2 Formulering av forskningsspørsmål

For å kunne forbedre sykepleieoppfølgingen vi gir for å forberede pasientene til valg og oppstart av dialyse ønsker jeg først se nærmere på forskning på pasientperspektiver fra 2013 for å se om det er noen nye eller flere faktorer som kan fremme samvalg. Jeg ønsker spesielt å se på perspektiver fra de eldre over 65 år, siden dette er en økning i dagens samfunn. Deretter ønsker jeg å se etter sykepleieintervensjoner i litteraturen, som kan bidra til at de blir mer forberedt på å ta kvalitative valg av dialyse og kan imøtekomme pasientperspektivene som er kartlagt. Forskningen viser til at vi trenger intervensjoner som kan fremme samvalg, basert på pasientens egne verdier og premisser. Det er interessant å se om det er noen salutogene sykepleieintervensjoner eller salutogene tilnæringsmetoder som har blitt beskrevet og eventuelt evaluert i de siste 10 årene.

Følgende forskningsspørsmål er styrende:

- Hvilke faktorer fremmer samvalg basert på pasientens premisser og verdier?
- Hva kjennetegner sykepleieintervensjoner for pasienter med kronisk nyresvikt, som fremmer et samvalg basert på pasientens og verdier premisser?

4 Metode

I dette kapittelet blir det redegjort for valg av forskningsdesign og søkestrategi. Her kommer det en oversikt over databaser det er gjort søk i, samt beskrivelse av seleksjonsprosessen. Metoden for dataanalyse blir forklart. Søket er utført i samarbeid med biblioteket i Vestre Viken, som en del av en kunnskapsbasert fagprosedyre. Dokumentasjon på hele litteratursøket er lagt som vedlegg(1). I denne oppgaven bruker jeg kun deler av dette søket, for å belyse min problemstilling.

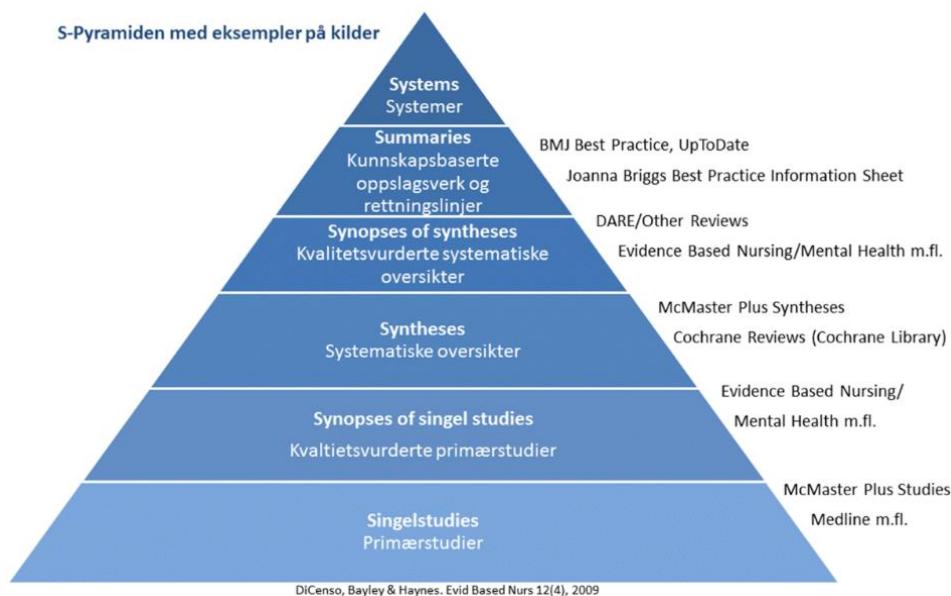
4.1 Forskningsdesign

For å samle forskningsbasert kunnskap er det utført søk i litteraturen for å finne det tilgjengelige kunnskapsgrunnlaget om emnet. Litteraturstudie er en god metode for å samle kunnskapen som best kan svare ut forskningsspørsmålene. Litteraturstudie er en kritisk sammenstilling av tidligere forskning om et tema, for å forstå hva som allerede er blitt funnet ut av, og det kan ofte bidra til et grunnlag for ny forskning (Polit & Beck, 2017, s. 54). Systematisk litteraturstudie krever et stort og omfattende systematisk litteratursøk, som andre kan etterse og gjenta. Dette gir søket høyere kvalitet og det kreves tydelige kriterier for gjennomgang av søket (Polit & Beck, 2017, s 89).

4.2 Litteratursøk som metode

Litteratursøk er metoden for å finne forskningsartikler innen et område i forskjellige relevante databaser og kilder til et litteraturstudie. Forskningsspørsmålet fra problemstillingen var utgangspunktet for litteratursøket. Disse spørsmålene ble formulert i et PICO skjema (se vedlegg 1), og tilspisset med relevante søkeord, som ble brukt i databasene. Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk som ble dokumentert med alle søkeord og tekstord, slik at søket kan kontrolleres og gjentas. Den er etter mal fra kunnskapscenteret og kunnskapspyramiden. Pyramiden legger vekt på forhåndsvurdert, forskningsbasert kunnskap, hvor de med bedre kvalitet og mest mulig anvendbar forskning ligger øverst (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.42-45). Det ble først gjort søk øverst i pyramiden, deretter nedover i pyramiden. Det foregår forskning og artikkelpublikasjoner kontinuerlig og det er et hav av artikler å velge mellom, både med god og dårlig kvalitet. Ved å gjøre et systematisk litteratursøk etter kunnskapspyramiden vil det sikre at oppfølgingen av PD pasientene blir basert på best tilgjengelig, forskningsbasert kunnskap. Dette søket omhandler da hele fagprosedyren. For å svare ut problemstillingen i denne oppgaven har jeg benyttet den delen av søket hvor det ble søkt etter primærstudier som er nederst

i pyramiden. Retningslinjer, systematiske oversikter og review, har jeg som et grunnlag for utforming av problemstillingen.



Figur 1 Kunnskapspyramiden hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no>

4.3 Søkestrategi

For å kunne gjennomføre et godt systematisk søk ble søkeordene til ulike databaser og spesifisering av tekstord lagt over i et utvidet PICO-skjema. Det ble deretter gjort et søk i relevante databaser.

4.3.1 Utvidet PICO-skjema med søkeord

Søkeordene ble funnet via søk etter MeSH ord, samt hentet fra andre relevante artikler.

Tabell 1 Oversikt over MeSH ord satt inn i PICO

	P:	P	I:	C:	O:
MeSH ord	Kidney Failure, Chronic/ Kidney Failure, Chronic/therapy Kidney Failure, Chronic/nursing Renal Insufficiency, Chronic/ Renal Insufficiency, Chronic/therapy Renal Insufficiency, Chronic/nursing	Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory/ Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory/methods Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory/standards Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory/nursing Peritoneal Dialysis/ Peritoneal Dialysis/methods Peritoneal Dialysis/standards Peritoneal Dialysis/nursing Renal Replacement Therapy/ Renal Replacement Therapy/methods Renal Replacement Therapy/standards Renal Replacement Therapy/nursing Peritonitis/Peritonitis/nursing	Self Care/Disease Management/ Aftercare/Quality of Life/ Adaptation, Psychological/ Patient Compliance/Patient Participation/ Community Participation/ Decision Making/ Exp Patient Preference/ Patient Education as Topic/ Health Education/ Health Promotion/ Counseling/ Patient Care Team/ Nurse's Role/ Nephrology Nursing/ Nursing/ Nurses/ Nursing Assessment/ Sense of Coherence/ Health Promotion/		

Tabell 2 Utvidet PICO-skjema for søkeord brukt i Embase og Cinahl samt tekstord

Database	P:	P:	I:	C:	O:
Embase	chronic kidney failure/ chronic kidney failure/th [Therapy]	continuous ambulatory peritoneal dialysis/ peritoneal dialysis/renal replacement therapy/ peritonitis/	self care/disease management/follow up/ aftercare/"quality of life"/coping behavior/ patient information/ patient compliance/ patient participation/ decision making/ patient preference/ education program/ patient education/ counseling/ patient counseling/ health promotion/ health education/ nurse attitude/ nephrology nursing/ nursing/nurse/nursing assessment/ health promotion/sense of coherence/ wellbeing/		
CINAHL	MM Kidney Failure, Chronic/ MM Kidney Failure, Chronic/TH [therapy] MM Kidney Failure, Chronic/NU [nursing] MM Renal Insufficiency, Chronic/ MM Renal Insufficiency, Chronic/TH [therapy] MM Renal Insufficiency, Chronic/NU [nursing]	MM Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory MM Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory/MT [methods] MM Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory/ST [standards] MM Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory/NU [nursing] MM Peritoneal Dialysis+ MM Peritoneal Dialysis/MT [methods] MM Peritoneal Dialysis/ST [standards] MH Peritoneal Dialysis/NU [nursing] MM Renal Replacement Therapy/ MH Renal Replacement Therapy/MT [methods] MM Renal Replacement Therapy/ST [standards] MH Renal Replacement Therapy/NU [nursing] MM Peritonitis MM Peritonitis/NU [nursing]	MH Self Care MH Disease Management MH After Care MH Quality of Life MH Coping MH Adaptation, Psychological MH Patient Compliance MH Consumer Participation MH Decision Making, Shared MH Decision Making MH Patient Preference MH Counseling MH Health Promotion MH Health Education MH Patient Education MH Multidisciplinary Care Team MH Nursing Role MH Nephrology Nursing MH Nursing Assessment MH Nurses MH Catheter Care MH "Psychological Well-Being"		
Tekstord	Chronic kidney failure or chronic kidney fail* or chronic kidney disease or chronic kidney diseas* or chronic renal failure or chronic renal fail* or end- stage kidney disease or end stage kidney disease or ESRD or end-stage renal disease or end stage renal disease or end-stage renal failure or end-stage renal failure	PD or CAPD or continuous ambulatory peritoneal dialysis or APD or automated peritoneal dialysis or peritoneal dialysis or catheter associated peritonitis or catheter- associated peritonitis or peritonitis or periton*	follow-up or follow-up care or after care or post-discharge care health related quality of life or HRQL or lifequality or life quality or coping or coping behavior or coping behaviour or coping skills or coping ability or coping strategy or coping mechanisms client participation or consumer participation or patient involvement or client involvement or consumer involvement or shared decision making or treatment decision making patient information or patient education or education program* or patient instruct* or patient teach* or patient learn* or patient knowledge or counseling or insertive training or educational intervention choice of dialysis modality or dialysis modality or modality decisions catheter care or catheter site care or peritoneal dialysis catheter care or maintenance or exit site care or tunnel infection salutogenesis or sense of coherence or health promotion or well-being or well being or wellbeing		

Det ble mange søkeord som fører til et bredt søk. Dette ble diskutert med bibliotekar. PD er et relativt smalt felt. Dersom vi endret og tok med færre ord samt få tekstord, ble søket for snevert, og vi ønsket ikke miste gode artikler underveis. Siden søket skulle brukes inn i en fagprosedyre i tillegg,

måtte det omhandle flere områder enn problemstillingen i denne oppgaven. Det ble diskutert om vi skulle ha med søkeord i utfall, men da falt mange artikler vekk, så vi valgte et bredt søk.

4.3.2 Databaser

Det ble søkt etter primærstudier i PubMed, Embase, CINAHL plus, og Trials i the Cochrane Library. For dokumentasjon på hele litteratursøk, inkludert øverst i pyramiden, se vedlegg 2. Under viser tabellen en forenklet oversikt over hvilke databaser det ble søkt i, samt antall treff etter primærstudier. Det grå, skraverte feltet viser treffet som gjelder for hele fagprosedyren og som er dokumentert i vedlegget. De andre kolonnene viser til treff som gjelder for denne oppgaven.

Tabell 3 Forenklet oversikt over søk etter primærstudier

Database	Antall treff til fagprosedyren	Antall treff til problemstillingen etter tittelsortering	Antall etter lesing av abstrakter
McMaster (Tilleggs søk etter kvalitetsvurderte enkeltstudier)	20	4	3
PubMed	2298	98	51
Embase	37	3	0
CINAHL	48	11	3
Trials in The Cochrane Library	319	22	5
Funnet utenom søket:	2	2	2
Antall totalt:	2724	140	64

Søket etter primærstudiene omhandler fagprosedyren, som innebærer hele sykepleieoppfølgingen av pasienter i PD på poliklinikk. På grunn av mange søkeord samt tekstord, ble det gjort et bredt søk hvor det ble det mange treff, spesielt i PubMed. Det ble da viktig med tydelige inklusjons og

eksklusjonskriterier for å komme frem til utvalget. Samtidig var det nødvendig med et bredt søk, for å kvalitetssikre at de riktige artiklene ble inkludert. Se mer om utvalg under punkt 4.5.

4.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Søkene etter primærstudiene i databasene er avgrenset med årstall og språk, se vedlegg 1.

Artiklene i denne oppgaven er valgt ut fra problemstillingen fra disse kriteriene:

Inklusjonskriterier:

- Artikler publisert etter 2010
- Artikler som omhandler pasientperspektiver etter 2013
- Språk: engelsk, norsk, svensk eller dansk
- Målgruppe: Unge voksne, voksne og eldre med kronisk nyresvikt og har behov for dialyse
- Sykepleieoppfølging til pasienter i PD
- Artikler som omhandler samvalg og undervisning i forkant av valg av dialyse eller som en del av PD-oppfølgingen
- Både RCT studier, kohortstudier og kvalitative forskningsdesign

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som omhandler hemodialyse, barn, væskebehandling, anemi, medikamentell behandling, behandling av peritonitt eller annen infeksjon, legeoppgaver, innlegging og stell av PD-kateter og det tekniske rundt gjennomføring av PD behandling eller annet som ikke omhandler problemstillingen er ekskludert.
- Oversiktsartikler, essays, redaktørrinnlegg og konferanse/seminarfremlegg er valgt bort. Kun artikler som er grunnforskning er vurdert i denne oppgaven.

4.5 Utvalg av artikler og kritisk vurdering

Ved gjennomgang av resultatet av det systematiske litteratursøket utførte jeg en grovsortering etter problemstilling, inklusjons og eksklusjonskriterier ut fra treffet til fagprosedyren. Alle treffene fra hver database ble listet systematisk etter publiseringsdato og printet ut i papirform før gjennomgangen. Gjennomgangen startet først ved å se på titlene på artiklene. 2724 artikler omhandlet treff på hele fagprosedyren. Treffet i PubMed var stort, men denne databasen inneholder artikler publiserte blant annet innenfor både medisin, sykepleie, helsestell og preklinisk

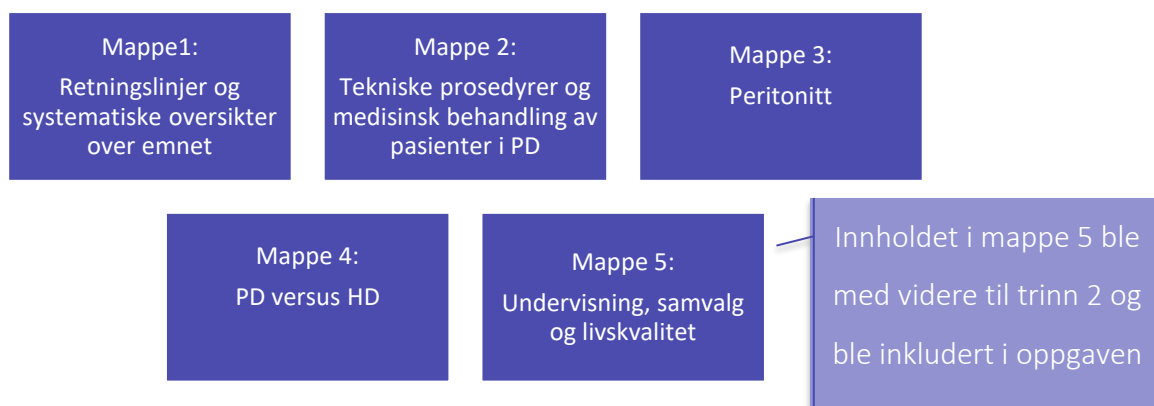
vitenskap. I dette treffet lå det artikler som omhandlet mange spesifikke medisinske emner ut fra de forskjellige utfordringene som kronisk nyresvikt gir. Artikler som ble ekskludert omhandlet oppfølging av for eksempel anemi hos nyresvikt pasienter, akutte oppstarter, transplantasjon, palliativ behandling, elektrolytt og væskebehandling, måling av effekter av forskjellige medikamenter innenfor behandling av nyresvikt og adherence til den medisinske behandlingen, samt fysisk aktivitet og oppfølging av barn. Det var også en del funn av artikler som omhandlet den medisinske oppfølgingen av peritonitt og artikler om HD behandling. Ut fra problemstillingen var det 140 artikler som ble identifisert fra resultatet fra søket etter primærstudier. Disse artiklene ble utgangspunktet for utvalget i denne oppgaven.

4.5.1 Vurderinger underveis i seleksjonsprosessen

Hele det dokumenterte søket som ligger vedlagt inneholder søk etter retningslinjer og systematiske oversikter i tillegg til søk etter primærstudier. Disse ble selektert og ble med videre i det første trinnet for å få et helhetlig bilde på forskningen rundt problemstillingen.

Artiklene som omhandler hele PD oppfølgingen ble lagt i fem forskjellige «mapper» ut fra tema. Dette ble utført for å få oversikt over et stort antall artikler, samt å kunne dele inn hva som hører til hele fagprosedyren og hvilke artikler som hører til denne oppgaven. Det ble inndelt i en mappe for retningslinjer, en for tekniske prosedyrer rundt PD, en mappe for peritonitt, en for PD versus HD og en med undervisning, samvalg og livskvalitet (se figur 2). Mappen som omhandlet samvalg, undervisning og livskvalitet ble med videre som trinn to i denne oppgaven, og er da de 140 artiklene som ble identifisert.

Figur 2 Oversikt over trinn 1 i utvalgsprosessen: «Mappeinndeling»

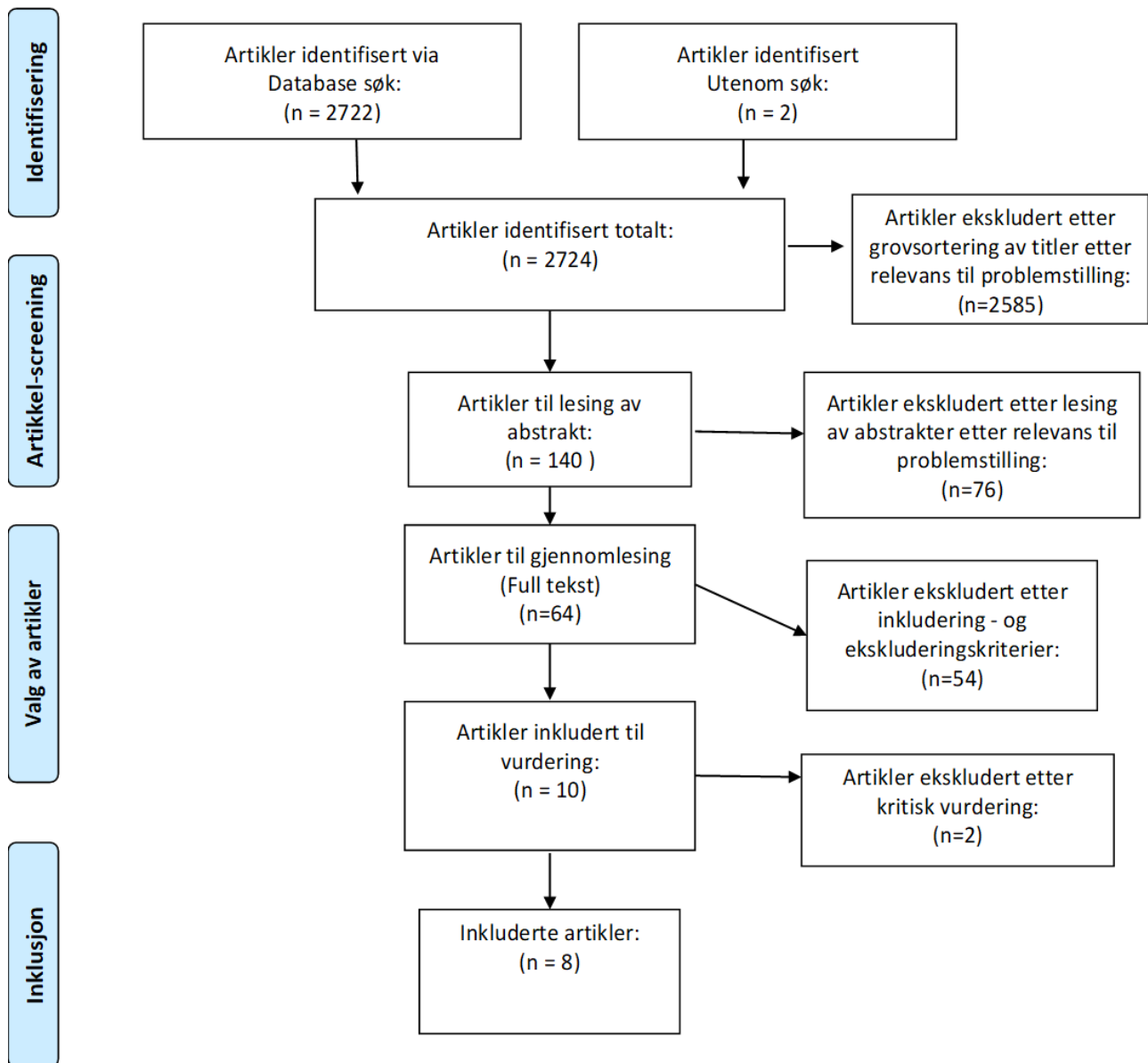


Abstraktene for disse 140 artiklene ble lest. Etter abstraktlesing ble utvalget av primærstudier 64 artikler. Disse ble lest. Mange falt ut etter inklusjon- og eksklusjonskriteriene, samt på grunn av for dårlig kvalitet på studiene, 54 stykker. De fleste av disse artiklene omhandlet ren undervisning eller telefonoppfølging. Enkelte artikler omhandlet kun HD. Noen artikler kunne ikke anskaffes og noen av treffene var duplikater. Artikler til kvalitetsvurdering etter sjekklister endte på 10. Etter kvalitetsvurderinger endte jeg med å inkludere 8 artikler i denne litteraturstudien, som sammenstilles under resultatdelen i oppgaven.

To av artiklene er vurdert middels kvalitet og en middels-høy. Intervensjonen og standard oppfølging var mindre beskrevet i de to med middels kvalitet. Den ene beskrev ikke hvilke kommunikasjonsverktøy som ble benyttet, kun kort beskrivelse for hvordan det ble utført. Artikkelen som ble vurdert middels-høy var metoden og analysen i artikkelen mindre synlige. Disse ble likevel inkludert fordi innholdet har gode og tydelige beskrivelser og er relevante for å kunne svare ut problemstillingen. I denne studien er det i hovedsak en psykolog som gjennomfører en stor del av intervensjonen, ikke en sykepleier, men har allikevel valgt å inkludere denne fordi den kan belyse og forsterke funnet opp mot problemstillingen. Psykologen benytter en metode som i en viss grad kan være overførbart til sykepleieoppfølging. Det kan bidra til å belyse at en psykolog kan være en nødvendig støttespiller i et multidisiplinært team i oppfølging av denne pasientgruppen. En studie målte ikke livskvalitet eller velvære som en effekt, men antall innleggelses i sykehus. Antall innleggelses i sykehus har betydning for velvære og livskvalitet og jeg valgte å inkludere denne. Da jeg fjernet intervensjoner som kun var basert på vanlig opplæring og ren undervisning av dialysemodalitet, var det mange som falt bort. Det er få treff på studier med rene sykepleieintervensjoner som kan bidra til å besvare problemstillingen.

Artikler som ble med videre, ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister hentet fra helsebiblioteket.no. Sjekklister som ble benyttet til kritisk vurdering var, Randomiserte kontrollerte studier og kvalitative studier. Se flytskjema under som viser oversikt over seleksjonsprosessen.

Figur 3 Flytskjema over seleksjonsprosessen for valg av artikler



4.6 Dataanalyse

Det ble gjennomført en tematisk analyse med støtte i Thomas og Harden (2008) sin metode, av de 8 inkluderte artiklene, for å kunne systematisere, organisere og beskrive funn under resultat kapittelet. Fire artikler svarer ut forskningsspørsmål 1, faktorer som fremmer samvalg, og de fire svarer ut forskningsspørsmål 2, hva kjennetegner sykepleieintervensjoner som kan fremme samvalg, basert på pasientens verdier og premisser. Den tematiske analysen baserer seg på

resultatet i de 4 artiklene som skal finne faktorer som fremmer samvalg, men analysen av de 4 artiklene om intervensjonene, ble gjennomført i selve beskrivelsen av intervensjonen. Dette fordi det var kjennetegnene ved intervensjoner som skulle analyseres og ikke effekten av disse.

4.7 Beskrivelse av analyseprosessen

Tematisk analyse kjennetegnes ved at man setter koder for å samle avsnitt for å kunne systematisere innholdet. Deretter søkes det etter tema som kan samle relevant data (Polit & Beck, 2012, s. 659).

Se tabell 4-6 for analyseprosess for to av artiklene. Tabell 4 og 5 viser trinn 1: Koding av avsnitt.

Tabell 6 viser trinn 2 og 3 i analyseprosessen: Deskriptive temaer til analysetema. Det er kun de fire artiklene som svarer ut forskningsspørsmål 1, som er lagt over i en skjematisk oversikt, se vedlegg 4.

Den tematiske analysen startet ved at artiklene ble grundig lest og stikkord ble skrevet ned i margen ved hvert avsnitt, som gav et bilde på hva avsnittet handlet om. I trinn 1, ble avsnittene satt inni en tabell og hvert avsnitt ble kodet. I trinn 2, ble kodene samlet i større deskriptive temaer som vist i tabell 6. Disse ble notert ned på gule «Post-it lapper» for å se de i sammenheng, tenke gjennom hva kodene omhandlet og hva de fortalte om artiklene. Det ble reflektert over hvordan disse passer til å gi svar til problemstillingen.

I trinn 3 ble de deskriptive temaene videre systematisert inn i analysetemaer. Analysetemaene ble samlet under forskningsspørsmålet. De deskriptive temaene brukte jeg videre som stikkord for meg selv, til å utdype under hvert analysetema i resultatdelen. Dette for å kvalitetssikre at de relevante punktene som ble funnet i artiklene ble med.

Analysetemaene er faktorer som fremmer samvalg:

1. Faktorer som kan fremme samvalg, basert på pasientens premisser og verdier
 - Kunnskap og informasjon
 - Individuelt fokus
 - Relasjon med helsepersonell
 - Sosial og psykososial støtte

I forskningsspørsmål 2 beskriver analysetemaene de ulike kjennetegn på intervensjoner som kan fremme samvalg, basert på pasientens verdier og premisser:

2. Kjennetegn på intervensjoner som kan styrke samvalg basert på pasientens verdier og premisser

- Motiverende intervju som kommunikasjonsverktøy
- Personsentrert undervisning
- Fokus på psykososiale faktorer

Tabell 4 Analyseprosess trinn 1: Koding av avsnitt

Verberne et al, (s.1-2) 2019	Avsnitt	Koder fra avsnitt
	<p>Preparedness for shared decision-making The majority of both patient groups answered they had no prior thoughts on preferred treatment before counselling started (dialysis versus CC: 63% vs. 71%). They had never heard of dialysis before, perceived it as irrelevant to think about it yet: "When there are no clinical signs or symptoms, it [treatment] is far from being on your mind" (dialysis patient), or had been postponing decision-making: "[I had] previously thought about it, but [it] was not an issue yet, so [I] pushed it as far away as possible" (dialysis patient). Patients also described wrong expectations about the disease course: "[I] had never thought it [dialysis] would become really necessary for me" or unawareness of their disease: "[It] was a surprise to hear that my kidneys were functioning so badly" (CC patient). Patients from the dialysis group who did have prior thoughts on preferred treatment experienced a lack of choice and did not see any alternatives than to undergo dialysis, while some were positive to do everything possible. Such patients from the CC group considered dialysis as too burdensome</p>	<p>De fleste hadde ingen tanker i forkant av behandlingen Hadde aldri hørt om dialyse tidligere Ville ikke forholde seg til det Lite kunnskaper</p>
	<p>Timing of shared decision-making Both patient groups reported that counselling on treatment plan was started at the right time (90% vs. 91%), and that there had been enough time to make a decision (79% vs. 87%). Those answering negatively would have preferred more time to consider their situation more extensively, to prepare themselves better: "[Counselling] should have started much earlier, I was shocked when I heard about it [dialysis]. The doctor should have acted more in advance" (dialysis patient), or to still be able to actively try to delay further deterioration of their kidney function: "I would have paid more attention to my health, with better diet. [I] would have been confronted with the consequences of my declining kidney function earlier" (dialysis patient), although some acknowledged that their clinical condition restricted time for decision making. Four patients stated counselling had been started too early because dialysis initiation was still not needed, or they experienced stress about the potential start: "[I have] mixed feelings, it will always be unexpected. I know it for about a year now and think at each hospital visit: what are they going to say?"</p> <p>One third of the patients who had chosen dialysis reported they had felt forced to make a decision, compared to almost none of who had chosen CC (31% vs. 5%, $P = 0.01$). Most patients mentioned to have felt forced due to the circumstances, such as deteriorating health or kidney function, or by their nephrologist. Some mentioned their relatives, or a perceived lack of choice. Less patients of the dialysis group remembered if the possibility of postponing a decision was mentioned (39%)</p> <p>Both patient groups answered they had received enough information to make a decision (81% vs. 73%). However, relatively more patients who had chosen CC indicated to have missed information (6% vs. 17%, $P = 0.18$). They preferred more information about the different treatment options, the trajectory from preparation of dialysis treatment—including the shunt operation—until start, and possible symptoms at low kidney function. Half of the patients who had chosen dialysis remembered that withholding dialysis was discussed as treatment option, against most patients who had chosen CC (50% vs. 86%, $P = 0.002$). One CC patient answered that treatment options other than CC were barely discussed</p>	<p>Timing av samvalg var viktig Noen ønsket mer tid til samvalgsprosessen Individuelt --noen hadde nok tid andre ikke Være mer i forkant, noen fikk info for tidlig Trenger kunnskap og informasjon Mikset følelser—individuelle behov</p> <p>Følte seg tvunget til å ta en beslutning De fleste nevnte at de hadde følt seg presset Av forskjellige grunner Helsen, nyrefunksjonen, eller nefrologene</p> <p>Individuelt- noen fått nok informasjon Ønsket mer informasjon og forberedelse om alle modalitetene</p>
Fortsettelse, (s.2-2) Verberne et al, 2019	Avsnitt	Koder fra avsnitt
	<p>The majority reported they had experienced sufficient guidance from the healthcare team during decisionmaking (96% vs. 95%), and had confidence in their doctor's advice on preferred treatment (92% vs. 78%). Those who experienced insufficient guidance mentioned they needed more time and information. One patient answered: "In retrospect, I did not completely understand what dialysis is. An educational video using simple and comprehensible language would have been nice. Particularly because of [my] reduced capacity to process information due to my high age" (CC patient).</p> <p>Most patients in both groups felt supported by their nephrologist and nurse in their decision (85% vs. 73%). Two patients of the CC group did not feel supported at all. Patients felt supported by their relatives (85% vs. 82%), although explaining their choice could be difficult: "It took a lot of energy to explain our children that I deliberately opted for conservative care. At first, they did not understand it. Now they do" (CC patient).</p> <p>About half of the patients who had chosen dialysis indicated their own opinion as most important in making their treatment decision, compared to almost all patients who had chosen CC Patients of the dialysis group more frequently reported the nephrologist's or nurse's opinion (36% vs. 11%), and of relatives (10% vs. 0%) as most important.</p>	<p>De fleste hadde fått god nok veiledning fra helsepersonell tiltro til legens råd. Mange trengte mer informasjon, mange forstod ikke info Ønsket å repetere, på grunn av høy alder De fleste følte seg støttet i samvalgsprosessen. Tok energi å informere familie, spesielt barn, manglet forståelse for konservativ behandling</p> <p>Deres egen mening var viktig i forhold til samvalg. Pasienter som startet med dialyse. oftere helsepersonell sin mening viktigst. Noen mente familien var viktigst og Individuelle variasjoner</p>

Tabell 5 Analyseprosessen trinn 1: Koding av avsnitt

Cassidy et al, 2018 (s.1-3)	Avsnitt	Koder fra avsnitt
Patients identified the need for HCTs to consider them an expert on their values and needs in modality decision making. Individualization. Individual circumstances including transportation, level of activity, living situation, and support systems were at the core of many modality decisions. <i>"The fact that I live by myself and I am really not medically inclined at all, made me choose [IC-HD] . . . I just didn't feel comfortable to be able to do it by myself at home. If I had a partner, it would have been different. . . I think I would have gone for the peritoneal"</i>		Behov for at relasjon m/helsepersonell mente pasientene var ekspertene på sine behov og verdier. Individuelle behov, transport, aktivitet og livssituasjon, støttesystem var viktig selvtilitt hadde betydning for valg Partner hjemme –valgt PD
To consider a home modality, patients perceived themselves as self-sufficient, had support available, and/or preferred a modality that fit with their life situation. One patient chose home-HD because ". . . my lifestyle, I am very independent and really didn't want to be tied to a clinic." Autonomy. Patients possessed varying levels of independence, ability and willingness to engage, and preferred different quantities of information. Some patients relied on their HCT to make treatment decisions, while others made their own decisions.... <i>he more information you have, it is important. Even though the doctors are helping you, if you don't help yourself you are not going to go anywhere.</i>		Ønsket dialyseform som passet livssituasjonen Autonomi. Varierende grad av selvstendighet, mulighet og vilje, behov for forskjellige informasjon Noen stolte på at helsepersonell tok valget andre ville ta valget helt selv, Viktig med mer informasjon
Emotions. Patients without adequate understanding of their current health state experienced fear, denial, regret, anger, and shock. This patient started dialysis emergently, after a long history of diabetes: I never had any problem in my life, my health very good you know? I am eating good, and then hear "by the way you have kidney problem" . . . I was really mad . . . I start in the dialysis unit. Every day I cry like 3 hours a day . . . Another patient felt misled as to the immediacy of dialysis, as explained by their family member: . . . they told us it could be a couple months [until PD] and then it was . . . like 3 weeks. So when I got the call . . . I kinda wanted to cry too because it was like, boom! . . . It was kind of a shock. This led to the patient feeling regret as they had initially wished to pursue "natural ways". Emotions influenced decision making and impacted patients' processing of information. I didn't want to know certain things. I just knew I had to have dialysis and that was enough for me.		Uten adekvat forståelse av sin helse- bar preg av frykt, benektelse, anger, sinne og sjokk-emosjonelle Lite forberedt Psykososiale faktorer
The content and format of education delivered to patients influenced decision making, with individual patient factors impacting the effectiveness of the educational support. Tailored education. Patients tended to receive information more effectively, with active engagement and motivation to learn when provided in accordance with their preferred learning styles. <i>They gave him a [FoC Binder] and it was like, really a 23-yearold doesn't really want to sit and read a big book. I mean, us as adults don't like to either</i>		Innhold-struktur på undervisningen Individuelle undervisningen Målrettet, skreddersydd undervisning- mer mottakelig for informasjon, mer motivert til å lære
Fortsettelse, (s.2-3) Cassidy et al, 2018	Avsnitt	Koder fra avsnitt
Demographic and generational variance was apparent in the way certain participants wished to receive information. Quite a few people don't know how to use a computer. There are older people or people who have eyes issues . . . I want to get all the information about kidney, but I personally wouldn't just buy a computer. Patients' requests to improve the current educational support included more face-to-face education from clinicians and patients, videos on dialysis, online educational classes, and written information via pamphlets. Available resources were not always apparent to the patients: "I like the idea of a patient partner, that would have been really cool."		Demokratiske og generiske variasjoner hadde betydning for hvordan man tok imot undervisning. Mer ansikt til ansikt undervisning mellom Helsepersonell (HP) og pasient Undervisningsformer Pasientpartner var et ønske
Appropriate time and information. Providing time and repeated exposure to information enhanced patient-informed decision making. . . we were really well equipped by the time we got home and on our own that we were really quite confident and quite capable of doing [Home-HD] ourselves. The appropriate amount of time differs among patients. When not given enough time, patients felt rushed, barraged with information, and overwhelmed. Well, it was just that I had to make a decision and it was like somebody was tapping their foot saying, "you've got to make a decision now."		Timing i forkant av valg Repetere informasjon Selvtilitt øker med informasjon Individuelle forskjeller i tid til informasjon
Patients also reported feeling they did not receive balanced information in terms of both the benefits and drawbacks of each modality and desired a more pragmatic approach. Basically it boils down to that they don't want to scare the patients . . . I have had doctors tell me one thing and because I have been through it, I knew they were trying to fluff it up so you wouldn't feel bad. . . the patient's not making an informed decision. They are only hearing one side of it. One patient had 2 clinicians providing information, one presenting options in a hopeful manner, while the other was more realistic about life on dialysis. The patient preferred the latter approach: <i>Well, because I think as an autonomous person, I should have all the information and not just the rose-colored glasses information . . .</i>		Ønsket mer balansert og realistisk informasjon, fordeler/ulempes- sannheten ivareta autonomien
Subsets of both patient groups answered that decisionmaking could have been better (12% vs. 21%). Suggested improvements were: more information on all treatment options, tailoring of information to an individual's situation, and more time, deliberation, and involvement in decision-making Twelve patients who had chosen dialysis answered to still have doubts about their treatment decision at the moment of the survey, compared to none of who had chosen CC (17% vs. 0%, P = 0.03). These patients were reconsidering their decision: "Should I really do it [dialysis] considering my age?" (still pre-dialysis), or doubting which dialysis modality would be best: "Whether or not to start dialysis is not difficult, but if I can do everything on my own is uncertain" (choice for peritoneal dialysis). One patient indicated to regret his decision to start dialysis: "[I] do not know if I want to live longer, [I] would rather have died back then [before start]". Another patient did not doubt his decision for dialysis, although: "If I would have to decide again: [I would choose to] withhold dialysis. [My] health has deteriorated a lot. Four years ago, I felt much more vital".		Samvalg kunne vært bedre, inkludert Trenger mer informasjon om alle modalitetene Målrettet, skreddersydd undervisning ut fra individuelle sin situasjon Hadde fortsatt tvil etter valget var tatt Angret på valget Skal jeg ha dialyse i min alder? Usikkerhet, Vanskelig å vite om man kan klare dialyse selv hjemme Angret

Fortsettelse, (s.3-3) Cassidy et al, 2018	Avsnitt	Koder fra avsnitt
Both patient groups had contrasting reasons for their treatment choice: patients who had chosen dialysis most frequently mentioned a perceived lack of choice, and life prolongation; while patients who had chosen CC most frequently mentioned the treatment burden of dialysis, its impact on their quality of life, and their age and sense of life completion		Manglet informasjon De som valgte konservativ behandling, mente dialyse var en byrde og gikk ut over livskvaliteten
Educational supports utilized by patients had a significant impact on their perception of each modality. However, not all resources were accessed, even when offered. The resources used by patients are highlighted in Table 2. The multidisciplinary teams were influential in supporting patients through the predialysis period and in dialysis modality choice. Patients benefited from group learning and the shared patient experiences and perceptions. <i>Well, I think the classes here . . . really sharpened you up . . . you had no idea what you were getting into until you went to them. And when they had the [patients] that already went through it, they are talking about it, it really helped</i>		Gruppeundervisning var gunstig fordi Delte erfaringer og perspektiver God støtte til undervisning var viktig for samvalg
Patients reported consistently utilizing the HCT, family, and friends as an educational resource; therefore, it is important to understand these experiences as highlighted in Table 2. Partnership with HCT. Nephrologists play a significant role in modality education and decision making. When a trusting partnership was established, patients had an enhanced sense of importance, control, and respect. When patients felt like valued members of the HCT, they were more likely to be receptive to information, be engaged in their care, and participate in shared decision making. I really appreciated [the doctor's] trust in me to assess myself and how much I could tolerate . . . his manner in general has always been <i>"this is a partnership"</i> . . . <i>I mean the choice about [Home-HD] it was always my choice . . . I think his manner is really a model of how to engage patients in their own care.</i> Yet when there was not a sense of partnership, the opposite was found: <i>"I feel like I was kinda forced. Because they really pushed for me to start dialysis. Each appointment they kept asking me."</i> Patients were less likely to identify other HCT members as vital to decision making; however, when able, feedback was generally positive. Patients stated the case manager was an important educator, the social worker helped them cope and ease fears, and nurses provided emotional support.		Sosial støtte + emosjonell støtte Familie og venner som ressurser i undervisningen HP har betydning Partnerskap med HP var essensielt, likeverdighet og følelse av kontroll, respekt, følte seg viktig - mer mottakelig for informasjon motiverende til å ivareta egen helse- ingen partnerskap - motsatt effekt: føler seg presset til valget
Family and friends. Patients relied on family and friends, and lack of support often influenced the decision for IC-HD over a home-based therapy. Some patients relied on family members to educate them as one patient acknowledged, <i>"My sister is also a Nephrologist so I talk a lot with her."</i> Other patients relied on family solely for moral support and assistance with dialyzing. Patients reached out to friends who had past experiences with CKD and dialysis. These supports influenced dialysis modality decisions, gave insight into the dialysis experience, and aided in the coping process. . . . <i>when I read [KFoC Binder] I ring people I know are in the medical field . . . my sister, my niece, my nephew. I would call them and I would say "what does that mean?"</i>		Støtte av familie og venner hadde betydning for samvalg og undervisningen, moralsk støtte Oppklarende, fikk støtte i etterkant av undervisningen Bedre innsikt om dialysemodalitetene Førte til mestring

Tabell 6 Analyseprosessen trinn 2 og 3: Deskriptive tema til analysetema

Verberne et al, 2019	Koder fra avsnitt	Cassidy et al, 2018	Koder fra avsnitt	Deskriptive temaer	Analysetemaer
De fleste hadde ingen tanker i forkant av behandlingen- aldri hørt om dialyse tidligere Ville ikke forholde seg til det Lite kunnskaper .Timing av samvalg var viktig Noen ønsket mer tid til samvalgsprosessen Individuelt --noen hadde nok tid andre ikke Være mer i forkant, noen fikk info for tidlig Mikset følelser--individuelle behov Følte seg tvunget til å ta en beslutning De fleste nevnte at de hadde følt seg presset Helsen, nyrefunksjonen, eller nefrologene Individuelt- noen fått nok informasjon Deres egen mening var viktig i forhold til Pasienter som startet med dialyse ment oftere at det var helsepersonell sin mening som var viktigst Noen mente familien var viktigst Individuelle variasjoner De fleste hadde fått god nok veiledning fra helsepersonell Hadde tiltro til legens råd forstod ikke info, repetere, på grunn av høy alder. De fleste følte seg støttet i samvalgsprosessen. Tok energi å informere familie, spesielt barn, manglet forståelse for konservativ behandling. Samvalg kunne være bedre, mer inkludert. Trenger mer informasjon om alle modalitetene Målrettet, skreddersydd undervisning ut fra individuelle sin situasjon Hadde fortsatt tvil etter valget var tatt Angret på valget. Skal jeg ha dialyse i min alder? Usikkerhet. Vanskelig å vite om man kan klare dialyse selv hjemme. Angret .Manglet informasjon. mente dialyse var en byrde og gikk ut over livskvaliteten	Individuelle behov , transport, aktivitet og livssituasjon, støttesystem var viktig selvtillit hadde betydning for valg Partner hjemme --valgt PD Ønsket dialyseform tilpasset livssituasjonen Autonomi. Varierende grad av selvstendighet, mulighet og vilje , behov for forskjellige informasjon Noen stolte på at helsepersonell tok valget andre tok valget selv, Viktig med mer informasjon Uten adekvat forståelse av sin helse- preg av frykt, benektelse, anger, sinne og sjokk-emosjonelle Lite forberedt - Psykososiale faktorer Innhold og struktur på undervisningen Individuelle, Målrettet, skreddersydd undervisning- mer mottakelig for info mer motivert til å lære Demokratiske og generiske variasjoner hadde betydning for hvordan tok imot undervisning Mer ansikt til ansikt undervisning mellom Helsepersonell (HP) og pasient Pasientpartner var et ønske. Timing i forkant av valg Repetere informasjon. Selvtillit øker med info Individuelle forskjeller i tid til informasjon Ønsket mer balansert og realistisk informasjon, fordeler/ulempes- si sannheten ivareta autonomien Gruppeundervisning var gunstig fordi Delte erfaringer og perspektiver God støtte til undervisning var viktig for samvalg Sosial støtte + emosjonell støtte Familie og venner som ressurser undervisningen Partnerskap med HP var essensielt, likeverdighet og følelse av kontroll, respekt, følte seg viktig - eksperter mer mottakelig for informasjon motiverende til å ivareta egen helse- ingen partnerskap - motsatt effekt: føler seg presset til valget. Støtte av familie og venner hadde betydning for samvalg og undervisningen, moralsk støtte Oppklarende , fikk støtte i etterkant av undervisningen. Bedre innsikt om dialysemodalitetene Førte til mestring	Behov for informasjon, god nok adekvat kunnskap som er realistisk og balansert, ikke pynte på det Individuelle behov og forskjeller-livserfaringer- unike hver og en sosial og psykososiale støtte Dialyse som byrde i fht livskvalitet Ivareta autonomi Skreddersydd undervisning Repetere informasjon Individuelt tilpasset undervisning Familien og venner viktig for samvalg Timing av informasjon Ansikt til ansikt undervisning Relasjon som partnerskap, tillitt, respekt, motivasjon Tiltro til helsepersonell Motsatt- følelsen av tvang Økt selvtillit fremmer samvalg Usikkerhet- mangel på kunnskap, tvil og anger	Kunnskap og informasjon Individuelt fokus Relasjon med helsepersonell Sosial- og psykososial støtte		

5 Resultater

I dette kapitlet vil resultatet av den tematiske analysen bli beskrevet. Beskrivelsene er delt i to underkapitler, hvor hvert kapittel svarer ut hver sine forskningsspørsmål. Skjematisk oversikt over de 8 inkluderte artiklene presenteres i tabell 4 og 5. Tabell 4 viser oversikt over artiklene til ut forskningsspørsmål 1. Tabell 5 viser oversikt over artiklene til forskningsspørsmål 2.

5.1 Oversikt over de inkluderte artiklene

Tabell 7 Skjematisk oversikt over inkluderte artikler til forskningsspørsmål 1

Forfatter+ år, land & tittel	Hensikt,	Design & metode	Deltaker	Studiens hovedfunn	Kvalitet
Harwood & Clark, 2014, London: «Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease»	Finne personlige og strukturelle faktorer som legger til rette for samvalg, samt barrierer	Kvalitativ etnografi, med intervju. Individuelle intervjuer med pasienter og gruppeintervjuer av helsepersonell	13 Personer > 65 år (65-83), med kronisk nyresvikt stadie 3-4. 4 helsepersonell ble gruppeintervjuet	Helsepersonell beskriver oppfølgingen som en individualisert oppfølging med god relasjonsbygging, de hadde en formening om hva som var riktig valg av dialyse for pasienten og ville forsøke å påvirke valget. De mente den største barrieren for å få en optimal hjemmedialyse behandling var sosial støtte og finansielle ressurser. Pasientene la vekt på håp og det å ha kontroll over egen situasjon og tilstand, samt sin egen livskvalitet De merket at det var begrensede valgmuligheter for eldre, og var opptatt av det individuelle fokuset. Tidligere livserfaring, livstil, tro og verdier hadde betydning for valg. Pasientene hadde behov for støtte fra både familie og helsepersonell. De var usikre på dialysebehandling og sin tilstand og hadde behov for mer informasjon. Her fant studien kjønnsforskjeller i fh. ønske om informasjon De tok ofte valget basert på råd fra helsepersonell. Konklusjon: Sosiale og kontekstuelle faktorer sammen med alder har betydning for samvalg. Støttende intervensjoner nødvendig for å øke de eldres fordeler med hjemme-dialyse	Høy
Cassidy et al, 2018, Canada: «Educational support around dialysis modality decision making in patients with chronic kidney disease: A qualitative study».	For å kunne forstå samvalg-prosessen ville de undersøke pasientenes erfaringer	kvalitativ deskriptiv studie	12 personer >18 år (median 62), med kronisk nyresvikt i PD, HD eller hjemme HD behandling med oppstart 6 mnd. før studien	Pasientene ønsket at helsepersonell så på dem som eksperter på sine egne behov, og la vekt på viktigheten av autonomi, selvtilitt og individuelt fokus. Viktig med god og adekvat informasjon. Relasjonen til helsepersonell som et partnerskap var essensielt. De ønsket å føle seg likeverdige som helsepersonell for å kunne delta i samvalg og være motivert. Familie og venner var viktige støttespillere. Konklusjon: Samvalg av dialyse behandling er komplekst og blir påvirket av pasientens «health literacy», motivasjon til å ta imot informasjon, predialytisk livsstil, sosial støtte og verdier. Det krever fleksibilitet til å individualisere pasientforberedelsene.	Høy
Verberne et al, 2019, Netherlands: «Older patients experiences with a shared decision-making process on choosing dialysis or conservative care for advanced chronic kidney disease»	Finne mer ut av de eldre sine erfaringer med samvalg (shared-decision-making)	En undersøkelses studie i samarbeid med «The Dutch Kidney Patients Association»	99 personer >70 år som hadde valgt dialysebehandling	Mange følte stress ved å starte opp dialysebehandling og trengte tid til å forberede seg. Baisansert info om alle modalitetene var viktig. Pasientene uttrykte et behov for mer individualisering, mer tid og involvering i valget av dialyse. Det kom frem at det var nødvendig med god selvtilitt for å mestre hjemmedialyse Konklusjon: Erfaringene blant de eldre var forskjellige i forhold til samvalg om dialysebehandling eller konservativ behandling og de fant viktige barrierer til samvalg. Det viktigste er å starte tidlig nok med forberedelsene til valg og bør være en mer dynamisk prosess	Høy
Saeed et al, 2019, USA: «Patients' perspectives on dialysis decision-making and end-of-life care»	Undersøke pasientperspektiv i forhold til erfaringer om samvalg og palliativ omsorg	Tverrsnittstudie	450 voksne personer som er under kronisk dialyse behandling	71% av pasientene ønsket å diskutere mer om sin livskvalitet, 50,4% hadde psykososiale bekymringer, nesten 19 % angret på valget. 82% mente livskvalitet burde være hovedmålet med hvilken behandling som skulle velges., og 50% ønsket hjelp til spirituell, sosial og psykologiske utfordringer. Konklusjon: De fleste pasientene ønsker en mer detaljert sykdomsrelatert kunnskap inkludert info om prognose og ønsker å være del av en «Advanced care planning»	Høy

Tabell 8 Skjematisert oversikt over inkluderte artikler til forskningsspørsmål 2

Forfatter+ år, land & tittel	Hensikt & kort beskrivelse av intervensjon	Design & metode	Deltaker & sted	Studiens hovedfunn	Kvalitet
Chow & Wong, 2010, Hong Kong: «Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme».	Undersøke om den sykepleieintervensjonen de har startet med har effekt på å øke livskvalitet hos pasienter i PD, i Hong Kong Intervensjon: Sykepleier samarbeidet med pasient og pårørende for å diskutere utskrivelsesplan fra sykehuset, i samsvar med pasientens fysiske, psykiske, sosiale, kognitive og emosjonelle behov. Motiverende intervju for å få frem pasientperspektiver og få til en relasjon basert på autonomi og samarbeid. Deretter en individuell undervisnings- og trenings program og telefonoppfølging	RCT-studie med en pre-test og en post-test	85 Nyresvikt pasienter fra to lokalsykehus i Hong Kong. Median alder 57 (23-78) PD-behandling	Intervensjonen hadde positiv effekt på symptomer og stresset som sykdommen kan gi, søvn, fysiske smerter, emosjonell velvære og sosial funksjon og pasienttilfredshet Konklusjon: Viser god effekt på pasienter som fikk PD- behandling , spesielt med tanke på økt velvære. Dette hadde god effekt på hvordan pasientene hadde det også i overføringen fra sykehus til hjemmet.	Høy
Garcia-Liana et al, 2014, Spania: «Motivational Interviewing Promotes Adherence and Improves Wellbeing in Pre-Dialysis Patients with advanced chronic kidney disease»	Se på om en individuell pre-dialytisk oppfølging med motiverende intervju som metode, har effekt på etterlevelse av behandling, emosjonell status og helserelevanter livskvalitet for denne pasientgruppen Intervensjon: Pasientene hadde vanlig oppfølging med nefrolog og sykepleier samt ernæringsfysiolog. Selve intervensjonen var oppfølging av psykolog over 6 mnd. Dette innebar 6 individuelle konsultasjoner på 90 min hver. Konsultasjonene innebar bruk av motiverende intervju til å jobbe med adherence til behandling og forståelse av sin sykdom og egen helse, samt mestring av egen helse og endring. Fokus på det emosjonelle og opplæring og øvelser i teknikker og strategier til å mestre stressorene. Styrking av selvtillit og personlig styrke. Trene på kommunikasjonsteknikker og forberede til samvalg	«Non-random sample» studie	42 personer >18 år (median alder 64 år (20-86) med avansert kronisk nyresvikt, under pre-dialytisk behandling. GFR 20ml/min eller lavere.	Intervensjonen førte til bedre «adherence» av behandlingen. 93% nådde sine behandlingsmål etter programmet. Forekomst av depresjon og angst ble signifikant lavere. Generell helse ble signifikant bedre inkludert emosjonelle faktorer. Konklusjon: Pasientene rapporterte en signifikant bedring i etterlevelse og forståelse av behandlingen, lavere grad av depresjon og angst, samt bedre helserelevanter livskvalitet	Middels-høy
Massey et al, 2016, Oxford: «Early home-based group education to support informed decision-making among patients with end-stage renal disease: a multi-centre randomized controlled trial».	Undersøke effekten om en «tidlig hjemmebasert gruppe undervisning» har på kunnskap og kommunikasjonen rundt dialysebehandling Intervensjon: I tillegg til standard oppfølging med konsultasjon med nefrolog, sykepleier, sosionom og ernæringsfysiolog, fikk de individuell samtale med sykepleier /sosiolarbeider med spesialisering innenfor nefrologi, hjemme hos seg selv, med fokus på nyrefunksjon, årsak og typer av nyresykdom, potensielle fysiske, psykiske og materielle konsekvenser av nyresykdommen, forklaring av behandling med fordeler og ulemper med de forskjellige behandlingalternativer. Konsultasjonen var basert på nøytral, objektiv tilnærming med hovedfokus på det psykososiale (livskvalitet, jobb, relasjoner). Deretter var det gruppeundervisning hjemme hos pasientene.	RCT-studie, cross-over design	80 personer >18 år, med kronisk nyresvikt som kommer til å ha behov for dialyse behandling i løpet av 12 mnd. ble inkludert	De så de en signifikant økning av kunnskapsnivå og en forbedret kommunikasjon etter intervensjonen Studien viser til viktigheten av psykologiske faktorer for å kunne få til helserelevante endringer hos pasientene Konklusjon: Denne intervensjonen gir støtte til informert samvalg. Pasientene fikk en betydelig mer positiv holdning til behandlingen..	Middels
Fishbane et al, 2017, New York: «Augmented Nurse Care management in CKD stages 4 to 5: A randomized Trial»	Forbedre oppfølgingen til pasienter med kronisk nyresvikt 4-5 i USA, med å undersøke en sykepleieintervensjon og se på effekten av denne Intervensjon: Sykepleier hadde hjemmebesøk sammen med pasienten og pårørende. «Health-literate», pasientsentrert undervisning ble gitt om kronisknyresvikt, selvbehandling og forskjellige behandlingalternativer. Motiverende intervju ble benyttet til å fremme forståelse, samarbeid og få frem meningsfull kommunikasjon. Etter hjemmebesøk utviklet sykepleier en pasientsentrertbehandlingsplan sammen med nefrolog og deretter fulgte sykepleieren opp pasientene per telefon.	RCT-studie, (Parallell, 2 armet gruppe)	Personer >18 år med kronisk nyresvikt (GFR<30ml/min/1.73 m ²) Personene som ble inkludert måtte ha god kognitiv funksjon. USA	De så en bedring i pasientforberedelse i forkant av behandling i form av at pasientene fikk mer kompleks oppfølging Konklusjon: Denne sykepleieintervensjonen førte til reduksjon i antall innleggelses for pasienter med kronisk nyresvikt i endestadie og antall pasienter som fikk PD behandling økte.	Middels

5.2 Faktorer som fremmer samvalg

I dette kapitlet presenteres de fire undertemaene, kunnskap og informasjon, individuelt fokus, relasjon med helsepersonell og sosial- og psykososial støtte, som til sammen beskriver faktorer som fremmer samvalg.

5.2.1 Kunnskap og informasjon

Pasientens kunnskap om sin helsetilstand, prognose og de forskjellige dialysemodalitetene var viktige faktorer for å fremme samvalg og er gjennomgangstema i artiklene. For å kunne ta samvalg må pasientene ha nok kunnskap om hva valget består av, og hvilke utfordringer og fordeler valget kan ha. Et av målsettingen til samvalg er at det skal være et informert valg. Pasientene ønsker mer informasjon basert på sitt eget behov som blir skreddersydd til hver enkelt. Dette vil fremme samvalg fordi samvalget skal være i tråd med pasientens verdier og behov.

De fleste pasientene ønsket å vite mer om sin prognose (78%) og om sin medisinske tilstand (80%) for å kunne ta et samvalg. 53% rapporterte at de hadde fått god nok informasjon, mens 27% følte de hadde fått for lite. Gode kunnskaper om alle behandlingsoalternativer, inkludert alternativet om konservativ behandling var viktig og ønskelig (Saeed et al, 2019).

I tillegg viste flere studier hvor viktig individuelt tilpasset kunnskap og informasjon var for å fremme samvalg for pasientene. En faktor var å få informasjon om hva de ulike alternativene for dialyseform faktisk betydde for den enkelte. Flere av pasientene var usikre i forhold til sin tilstand og de forskjellige dialyseformene. De hadde hørt om andre som har forskjellige opplevelser etter oppstart av dialyse. Det gjorde dem usikre på hva som kom til å skje. Dette bar preg av at mange ikke følte de hadde noe reelt valg, og flere angret på valget. Helsepersonellet rapporterte at en viktig faktor for å kunne ta et samvalg, var god nok undervisning i de alternativene de hadde, slik at de lettere kunne sette dette i en kontekst til sitt eget liv. De forsøkte få frem pasientens behov og undervise slik at de kunne forstå hva behandlingen virkelig innebar (Harwood & Clark, 2014).

Det var derfor viktig med «skreddersydd» undervisning tilpasset til den enkelte (Verberne et al, 2019). Dette ble mer effektivt og førte til større engasjement og motivasjon, som fremmer samvalg (Cassidy et al, 2018).

En annen faktor var å få informasjon som var realistisk, og at helsepersonell sa det som det var. Pasientene ønsket en mer balansert informasjon om både positive og negative følger av behandlingen. De mente at helsepersonell «pyntet» for mye på det, for å unngå å skremme pasientene. Pasientene følte de ikke fikk et realistisk bilde å forholde seg til, og mente at dette var med på å redusere autonomien (Cassidy et al, 2018).

Faktorer som mer tid til undervisning, mer mulighet for diskusjoner og mer rom for større involvering av pasientene i selve valgprosessen fremmer samvalg. For å få til dette bør undervisningen være en mer dynamisk prosess. Flere av de eldre trengte mer tid og mer repetisjon i forberedelsene (Verberne et al, 2019). Dette gjenspeilte seg i flere studier. God nok tid og riktig tidspunkt for når undervisningen skulle inntre var vesentlig (Cassidy et al, 2018).

En viktig faktor som fremmer samvalg var å få støtte til undervisning av andre pasienter, familie og helsepersonell. De anså denne støtten som en signifikant betydning for deres valg. Det er positivt med gruppeundervisning hvor de kan lære av hverandres erfaringer. En pasient gav uttrykk for at det kunne vært en god ide å ha en «pasientpartner» som de kunne forholde seg til. Pasientene etterspurte i tillegg mer ansikt-til-ansikt undervisning fra helsepersonell og andre pasienter (Cassidy et al, 2018).

5.2.2 Individuelt fokus

Det var ikke bare betydningen av individuelt tilpasset informasjon som var en viktig faktor for å fremme samvalg, studiene viste også hvor viktig det var med et individuelt fokus. Hva hver og en enkelt person har med seg, har betydning for samvalg.

Tidligere livserfaringer sammen med ny informasjon fra helsepersonell hadde stor betydning i samvalgsprosessen. Alle har forskjellige individuelle utgangspunkt, som må tas hensyn til. Noen hadde lite kunnskaper om dialyse i forkant og andre hadde mye. Enkelte hadde positive erfaringer om forskjellige dialysebehandlinger og andre hadde negative erfaringer, som for eksempel at flere eldre hadde hatt venner som døde av nyresvikt. Dette hadde innvirkning på valget ved at de ofte var redd for å starte dialyse, og ville kun ha konservativ behandling (Harwood & Clark, 2014). Hvis ikke disse individuelle perspektivene kommer frem og bearbeides, kan dette begrense samvalget ved at pasientene utelukker en behandling basert på sin negative opplevelse. Den unike

karakteristikk hver og en person har, livserfaringer og verdier til hver og en, har betydning for samvalg (Cassidy et al, 2018). Det blir viktig å identifisere pasientenes verdier og premisser, slik at de kan ta det valget som er riktig for en selv.

Pasientene sine individuelle livssituasjoner hadde også betydning for valg av dialyse. Faktorer som transportmuligheter, grad av sin aktivitesfunksjon og grad av støttesystem rundt seg, var ofte avgjørende for hvilke valg de tok. De som var alene valgte ofte HD, fordi de trengte støtte av helsepersonell til å utføre dialysebehandlingen (Cassidy et al, 2018). Uten ressurser til å mestre for eksempel PD, ble valgmulighetene innskrenket. Dette vil kunne føre til at pasientene ikke har samvalg, men føler seg tvunget til å ta et valg basert på andre faktorer, enn sine behov og verdier.

I forhold til autonomi, har pasientene varierende grad av selvstendighet, mulighet og villighet til å delta i samvalg, som har betydning for hvilken oppfølging og hvilken informasjon man trenger. Noen ønsket sterkt å ta valget selv, mens andre ønsket å overlate valget til helsepersonell. Følelsesmessige faktorer hadde betydning for hvor mye de deltok i samvalg. En pasient sa «Jeg visste bare at jeg måtte ha dialyse og mer trengte jeg ikke å vite» (Cassidy et al, 2018). Det viste seg å være kjønnsforskjeller i forhold til hvor mye informasjon man ønsket. Menn var mindre søkende etter informasjon om dialyse, enn kvinner. Dette førte til at de oftere utsatte valget. Flere kvinner hadde utsagn som: «jeg vil vite hva de gjør, og hva jeg må gjøre for å forberede meg ... men utsagnet til mennene var mer: «hvis jeg må ha det, så må jeg ha det. Jeg skal gjøre alt jeg kan for å unngå det, tror jeg» (Harwood & Clark, 2014). Det er individuelle forskjeller i på hvordan de tok valget også, som kan gjenspeiles i de andre individuelle faktorene. 45% sa at de tok valget fordi legen anbefalte dette. 38% sa at de tok valget selv (Saeed et al, 2019).

5.2.3 Relasjon med helsepersonell

Det viser seg i studiene at helsepersonell kan være en faktor som både fremmer, men også hemmer samvalg. Helsepersonell sin støtte ble generelt verdsatt av pasientene i studiene. Men det bar også preg over at helsepersonell ofte tok avgjørelsen for pasientene.

Helsepersonell fremmer samvalg når de har en tillitsfull relasjon til pasientene (Harwood & Clark, 2014). I den ene studien ble det lagt stor vekt på partnerskapet mellom helsepersonellet og pasienten. Når en tillitsfull relasjon ble etablert mellom helsepersonell og pasient fikk de en følelse

av å ha kontroll og fikk respekt. Pasientene ble ekspertene for deres egne verdier og behov. Når pasientene følte seg likeverdige sammen med helsepersonellet ble de mer mottakelig for informasjon, ble mer involvert i oppfølgingen og ble delaktige i valg av dialyse. Der det ikke var etablert et slikt partnerskap, fant de det motsatte. Da følte pasientene at de på en måte ble tvunget til valget av dialyse (Cassidy et al, 2018).

Helsepersonellet fremmer samvalg ved å fjerne barrierer og søke etter ressurser for mestring hos pasientene. Det er også viktig for samvalg at helsepersonell er bevisst den påvirkningskraften de har på pasientene. Mange pasienter er som blanke ark i møte med helsepersonell. 71% av pasientene hadde ingen tanker i forkant før de begynte konsultasjoner med helsepersonell. Dette gjør pasientene helt avhengig av helsepersonell sin informasjon og støtte (Saeed et al, 2019) og pasientene hadde tillit til helsepersonellet sine anbefalinger, og tok det valget som de mente var best for dem, spesielt de eldre (Harwood & Clark, 2014). En tredjedel av pasientene rapporterte at de hadde følt seg presset til å ta et valg. Årsaken til dette mente de var dels på grunn av helsesituasjonen, nyrefunksjonen eller helsepersonellet (Verberne et al, 2019).

Helsepersonellet visste de kunne påvirke valget dersom de, for eksempel mente, ut fra sine forhåndserfarte kriterier, at pasienten ikke kunne mestre hjemmedialyse. De mente de heller burde tilstrebe å se at alle potensielt kan klare hjemmedialyse, og forsøke å identifisere barrierene, for å fremme samvalg (Harwood & Clark, 2014).

5.2.4 Sosial og psykososial støtte

Det er ikke bare støtten fra helsepersonell som er en viktig faktor for å fremme samvalg, studiene viste også hvor viktig familie og venner er for samvalg. En annen vesentlig faktor som kommer frem er fokus på psykososial støtte.

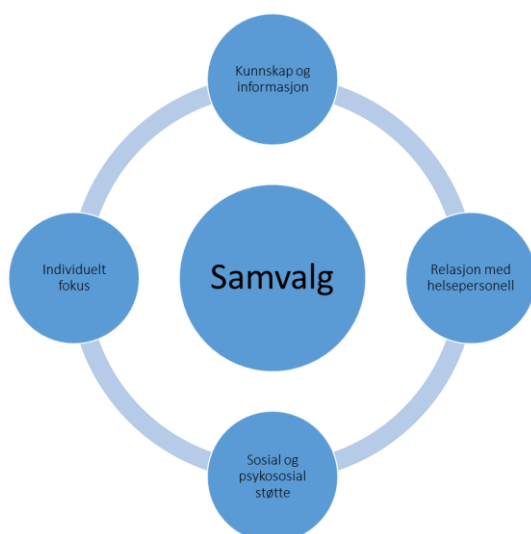
Studiene viste at støtte fra familie og venner fremmet samvalg. 85% av pasientene følte seg støttet av sin familie (Verberne et al, 2019). To tredjedel av de 450 deltakerne ønsket aktiv familieinnblanding i de medisinske beslutningene (Saeed et al, 2019). Pasientene stolte på sine familier og venner. De var ofte med på undervisningsprosessen og sørget for oppklaringer i ting som var uforståelig eller misvisende. Noen pasienter støttet seg til at familiemedlemmer skulle undervise dem. Mange hadde behov for støtte fra omgivelsene i form av transport til og fra

sykehuset og assistanse med dialyse, spesielt hos eldre. De trengte ofte hjelp til fysisk løfte og håndtere PD-varer, gjøre oppkoblingene til dialyse og skrive ned resultater (Harwood & Clark, 2014). Pasienter brukte sine venners erfaring med nyresvikt og dialysebehandling. Dette fremmet samvalg mestring av dialyse.

Mangel på støtte påvirket ofte valget i fordel til HD behandling på sykehuset (Cassidy et al, 2018). De som valgte HD var de pasientene som var alene. De som hadde god sosial støtte rundt seg valgte ofte PD (Harwood & Clark, 2014). Over 80% støttet seg til familien for emosjonell støtte og ønsket at familiemedlemmer skulle ta beslutningen for dem, dersom de ikke skulle kunne ta denne beslutningen selv (Saeed et al, 2019).

Psykososial støtte ved blant annet å øke selvtilliten fremmer samvalg (Harwood & Clark, 2014) og halvparten ville ha støtte til å håndtere spirituelt, sosial og psykososiale bekymringer eller utfordringer (Saeed et al, 2019). Pasienter uten adekvat forståelse for sin helsetilstand gav uttrykk for frykt, benektelse, anger, sinne og sjokk. Dette var psykiske faktorer som fikk betydning for valget og forberedelsesprosessen. Mange unngikk dialyse på grunn av disse faktorene og ville at alt skulle gå «en naturlig vei» (Cassidy et al, 2018). Pasientene som hadde valgt konservativ behandling, valgte det med bakgrunn i psykososiale faktorer. Livskvaliteten, alder og hvor i livet de var hadde også innvirkning på valget (Verberne et al, 2019). 70% ønsket at helsepersonell skulle ha samtaler med dem om deres livskvalitet og enda større prosent av pasientene mente at livskvalitet var essensiell faktor i deres fremtidige oppfølging (Saeed et al, 2019).

Figur 4 Oppsummering: Faktorer som fremmer samvalg, fra resultatet



5.3 Kjennetegn på intervensjoner som fremmer samvalg

I dette kapitlet presenteres de tre undertemaene, motiverende intervju som kommunikasjonsverktøy, personsentrert undervisning og fokus på psykososiale faktorer, som til sammen beskriver kjennetegn på intervensjoner som fremmer samvalg.

5.3.1 Motiverende intervju som kommunikasjonsverktøy

Det første kjennetegnet som gikk igjen i 3 av de 4 studiene var bruk av motiverende intervju (MI). MI blir bruk i forskjellige intervensjoner, men med de samme prinsippene. De har brukt MI for å blant annet identifiserer både behov og verdier, samt stressorer og refleksjoner som skaper forståelse. Gevinstene ligger i at alt stammer fra pasienten sine egne refleksjoner.

MI kan benyttes i forskjellige sammenhenger. Det ble benyttet for å få en forståelse av pasientperspektivene og få startet en relasjon bygget på samarbeid og autonomi. Studien viser god effekt i forhold til økt velvære (Chow & Wong, 2010). MI ble brukt for å hjelpe til med etterlevelse til den medisinske behandlingen, og til å finne frem til de emosjonelle stressorene pasientene hadde i forhold til sin sykdom og behandling. Det ble også jobbet med å håndtere disse stressorene. MI ble videre brukt til å styrke selvtilliten og utfordre negative tankemønstre, for å fremme personlig styrke. MI ble brukt til opplæring i kommunikasjonsteknikker og til å forberede til samvalg, for å få frem fordeler og ulemper i forhold til valget. Dette gav et mer balansert valg. Denne metoden førte til at de fleste nådde sine motivasjonsmål og hadde effekt på adherence, depresjon, angst og livskvalitet (García-Liana et al, 2014). Det ble lokket frem forståelse og en meningsfull kommunikasjon, med MI, for å fremme samvalg. Dette førte til en bedre pasientforberedelse med spesielt vekt på kommunikasjon (Fishbane et al, 2017).

Den ene studien beskriver ikke hvilket verktøy de bruker i kommunikasjonen, men forklarer at det en prosess, basert på nøytral og objektiv tilnærming, for å finne ut av personlig og medisinsk historikk (Massey et al, 2016).

Alle intervensjonene som benyttet MI, sørget for god systematisk opplæring i MI for å sikre at de kunne alle trinnene og prinsippene i MI grundig. Treningsprogrammet bestod av en teoretisk del, og case-simulering under veiledning for å sikre at intervensjonen med MI ble riktig utført (Chow & Wong, 2010). Andre hadde grundigere intensiv trening i MI prosedyrer, som inkluderte 40 timer med veiledet trening i «workshops» (García-Liana et al, 2014).

5.3.2 Personsentrert undervisning

Et annet kjennetegn som viste seg i alle de inkluderte studiene var at helsepersonellet hadde et personsentrert tilnærming til pasientene under oppfølgingen. De fleste studiene benyttet MI som kommunikasjonsverktøy, som er en personsentrert metode, og hadde fokus på det individuelle.

Kommunikasjonen tok utgangspunkt i en personsentrert tilnærming for å komme fram til pasientens behov, med personsentrert tilnærming både før og etter undervisningen. Det ble sett på hvilke tidligere erfaringer og misoppfattelser som pasienten kunne ha, og det ble sjekket ut om undervisningen og informasjonen var forstått. Det ble fanget opp individuelle behov eller utfordringer. Dersom det kom opp noe som det var nødvendig å se nærmere på, henviste sykepleieren til rette instanser for videre oppfølging (Chow & Wong, 2010). Det ble lagt opp til individuelt program med personsentrert tilnærming. Alle konsultasjonene bygget på MI for å få til den personsentrerte tilnærmingen (García-Liana et al, 2013). Sykepleierne tilrettela undervisningen basert på pasientens personlig, kognitiv og sosiale ferdigheter for å tilrettelegge for en patientsentrert undervisning. Det ble laget individuelle planer med personsentrerte mål (Fishbane et al, 2017). Individuelle samtaler med pasientene hvor tilnærmingen hadde hovedfokus på individuelle behov var sentralt for å få til en personsentrert undervisning (Massey et al, 2016).

5.3.3 Fokus på psykososiale faktorer

Kjennetegn på intervensjonene var ikke bare personsenteret tilnærming og bruk av MI, men alle intervensjonene la også vekt på psykososiale faktorer.

Psykososiale faktorer ble ivaretatt på ulike måter i de forskjellige intervensjonene.

Utskrivelsesplaner ble laget ut fra pasientens fysiske, sosiale, kognitive og emosjonelle behov.

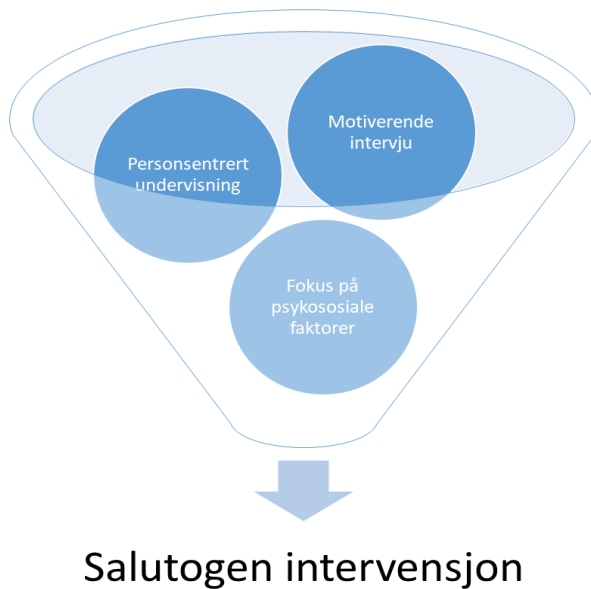
(Chow & Wong, 2010). Det ble lagt vekt på psykoedukasjon på den emosjonelle involveringen i sykdomsprosessen. Pasienten fikk støtte til identifisering av stressorene av det å ha kronisk

nyresvikt og finne ut av sin egen reaksjon på disse. Deretter ble det trent på avslapningsteknikker.

Det ble fokusert på å styrke selvtillit og utfordre negative tankesett. Begrensinger hos pasienten ble identifisert og jobbet med, å fremme personlig styrke til å mestre disse. Rollespill ble benyttet for å trene på kommunikasjon som kan føre til økt sosial støtte fra familie og helsevesenet, og for å minimalisere stressorer mest mulig. (García-Liana et al, 2013).

Psykososiale utfall ble målt og vektlagt. Hvilken påvirkning sykdommen og behandlingene kan ha på livskvalitet, fysisk –og psykiske tilstand, relasjoner og på arbeidsforhold var viktig å få frem. Faktorer som boforhold og finansiell situasjon ble også innhentet. De undersøkte hvordan pasientene tilpasset og mestret sin sykdom (Massey et al, 2016). Psykososiale faktorer ble innhentet ved hjelp av MI (Fishbane et al, 2017).

Figur 5 Oppsummering: Kjennetegn på salutogen intervensjon fra resultatet



6 Diskusjon

I dette kapittelet blir funnene fra litteraturstudien diskutert opp mot min problemstilling og teorien beskrevet i kapittel 2.

Hensikten med denne studien var å innhente, sammenstille og beskrive forskning om ulike faktorer som fremmer samvalg i forbindelse med valg av dialyseform, og beskrive kjennetegn ved ulike sykepleieintervensjoner som bidrar til samvalg, basert på pasientens verdier og premisser. Resultatet viser at individuelt fokus og skreddersydd undervisning fremmer samvalg. Relasjon mellom helsepersonell og pasient bør være et partnerskap, basert på likeverdighet, tillit og respekt og sosial - og psykososial støtte er også viktige faktorer som fremmer samvalg. Kjennetegn på intervensjonene som denne studien har kommet frem til er personsentrert undervisning, bruk av motiverende intervju, samt fokus på psykososiale faktorer. Denne studien viser at det er muligheter for forbedring i oppfølgingen av predialytiske pasienter for å imøtekomme deres behov for samvalg basert på sine egne verdier og premisser.

6.1.1 Faktorer som kan fremme samvalg, basert på pasientens premisser og verdier

God nok, målrettet kunnskap om sin helsetilstand, prognose og dialysemodalitetene er fortsatt nødvendig for samvalg. Tverrsnittstudien fra 2019 viser til at over halvparten av deltakerne fikk god nok informasjon, så helsepersonell er på riktig spor i forhold til undervisning og opplæring av pasienter med kronisk nyresvikt. Likevel er det noe som mangler, og tidligere forskning viser til et informasjonsbehov (Murray et al, 2008) og resultatene viser til en usikkerhet blant pasientene i forhold til sin sykdom og behandling.

6.1.2 Individuelt fokus og skreddersydd undervisning

Resultatet viser at skreddersydd undervisning mot hver enkelt pasient, og et individuelt fokus er viktige faktorer som kan forbedre undervisningen. Det var også gunstig for pasientene og samvalg at familie og venner ble inkludert i undervisningsprosessen.

Individuelt fokus er vesentlig fordi individuelle forskjeller påvirker samvalget, og i tillegg skal det baseres på hver og en pasient sine egne premisser og verdier. Det bør tas hensyn til de forskjellige behovene når man planlegger oppfølgingen for å kunne skreddersy til hver enkelt. Får vi dette til i praksis? Mange mener det er opplagt at det skal være et individuelt fokus, og jobber i teorien

målrettet for dette, men hvorfor viser da forskning at det trengs forbedringer? Det kan virke som at det er en utfordringen i å implementere teorien ut i praksis. Kan det ligge i selve kompetansen, eller er det ressurser generelt som kan være barriere?

I dag er undervisningen ofte en felles gruppeundervisning som baserer seg på et undervisningsmateriale som gjentar seg til alle pasienter. Det er liten mulighet til individuell tilpasning. Det betyr at undervisningen blir mindre skreddersydd til hver enkelt pasient.

Resultatet viser at det er viktig med individuelt skreddersydd undervisning, men på den andre siden viser resultatet også at gruppeundervisning som form, er gunstig fordi de fant sosial støtte hos medpasienter, samtidig som det var nyttig å lære av hverandres erfaringer. Eldre fant ofte vennskap og sosial støtte hos medpasienter og helsepersonell. Pasientene ønsket også i stor grad å ha med seg sin familie og venner på undervisningen som sosial støtte og til hjelp til å oppklare eventuelle misoppfattelser.

Pasientene ønsket en mer balansert og realistisk undervisning, slik at de ble tryggere på hva som skulle skje. I følge den Europeiske retningslinjen skal undervisningen være velbalansert og strukturert (Covic et al 2010) og godt diskutert slik at pasienten kan ta rasjonelle valg (KDOQI, 2006). Pasientene hadde i tillegg behov for å få en forståelse for hvilken betydning de forskjellige dialyseformene hadde, og hvordan de passet inn i den enkeltes liv. Dette forsterker behovet for en mer skreddersydd undervisning og det er behov for å se nærmere på om gruppeundervisningen kan enten endres på, eller om det til fordel for samvalg bør satses på mer individuell tilpasset undervisning.

Dersom undervisningen kun skal være individuell, vil det være ressurskrevende å få til på sykehuset. Det er mange pasienter som trenger undervisningen, og dersom ikke flere pasienter av gangen kan få undervisning samtidig, vil det kreve en økning i konsultasjoner med hver enkelt pasient. Dette vil kunne medføre et økt ressursbehov i form av for eksempel flere sykepleiere, flere kontorer og kompetanseoverføring. Kanskje det til og med kan føre til utvidet arbeidstid på poliklinikk og dermed økt bruk av ressurser på kveldstid. Men kan det være andre muligheter som ikke krever for mye ressurser, som vil kunne være realistisk å få til på kort tid, for å forbedre kvaliteten på pasientforberedelsene. Kanskje er det likevel mulig å tilpasse undervisningen mer til den enkeltes

behov ved å ha individuell undervisning eller samtaler i tillegg til vanlig gruppeundervisning, både før og etter.

Dette kan føre til en mer målrettet og effektiv undervisning som skaper et større engasjement og motivasjon og i tillegg være ressursbesparende i forhold til at behandlingen blir mer optimal og det blir en reduksjon i antall sykehusinnleggelseser (Owen et al, 2016). Pasientene vil kunne få en mer helhetlig oppfølging som også bidrar til å styrke mental helse og velvære, som igjen vil være ressursbesparende for samfunnet vårt (Garcà-Liana et al, 2014). Det vil bidra til at pasientene mestrer behandlingen og antall pasienter som må endre til en annen dialyseform reduseres. Dette er ressursbesparende. Samtidig vil antall pasienter med peritonitter reduseres og andre infeksjoner som for eksempel i og rundt Pd- kateterutgangen (Figueiredo, 2016).

På sykehuset i dag har sykepleierne og nefrologene individuelle samtaler med pasientene gjennom hele forløpet. Her kan det være muligheter til å utvide og kvalitetsikre disse samtalene for å sikre en individuell oppfølging. Dette vil kunne skreddersy oppfølgingen bedre slik at det fremmer samvalg basert på pasientens verdier og premisser. I disse individuelle samtalene har man muligheter til å identifisere behov og verdier til pasientene og skape en motivasjon.

Motivasjon er viktig forutsetning for læring, og fremmer adherence (Ryan & Deci, 2017, s. 13). Retningslinjen fra 2006 (Figueiredo et al, 2016) understreker at undervisningen skal være en voksenopplæring hvor man antar at de voksne i utgangspunktet er motivert og har selvinnsett. Selvbestedelsesteorien er en salutogen teori innenfor psykologien, som viser til forskjellige typer motivasjon som kan lede til autonomi, slik at man kan gjøre endringer eller ta valg basert på sin egen indre motivasjon. Denne teorien beskriver motivasjon i to former, hvor den ene er en indre motivasjon, som er frivillig og reflekterer ens egne interesser og verdier, og den andre er ytre motivasjon, som kan anses som et ytre press fra andre eller annet, som fører til at man gjør noe som en selv ikke ser verdien av. Indre motivasjon kan føre til personlig utvikling, som igjen fører til opplevelse av velvære (Ryan & Deci, 2017, s. 14 & 100).

Resultatet viser at flere følte seg tvunget til å ta et valg, samtidig som de ønsket mer autonomi. Betyr dette at helsepersonellet møter pasientene med en forutsetning for at de allerede er motivert og vet hva de selv trenger? For å fremme samvalg bør det sikres at pasientene har en

indre motivasjon, slik at de deltar på samvalg og føler at de selv har kontroll på hva de trenger og hvilket valg de skal ta. Tidligere forskningen viser til et gap i kommunikasjonen som gjelder utover den generelle informasjonen om sykdommen og behandlingsalternativer (Song et al, 2010) og en av de vanligste barrierene til PD er relatert til motivasjonen til pasienten (Pirkle, 2019). Da bør ikke undervisning ta utgangspunkt i at pasienten allerede er motivert men heller sørge for at disse individuelle samtalenes sykepleiere og legene har med pasienten skaper en indre motivasjon slik at det fremmer samvalg.

I praksis bør de individuelle samtalenes før og etter undervisning være motiverende samtaler. Her kan motiverende intervju bli benyttet slik at det blir en salutogen tilnærming hvor helsepersonell er anerkjennende, lyttende, og stiller åpne spørsmål slik at pasienten reflekterer rundt sine verdier og identifiserer ressurser og behov (Dietscher et al, 2017, s. 279). Dette vil medføre at pasienten blir motivert til å følge opp behandlingen sin og vil være mer mottakelig for informasjon og undervisning. Dette bidrar til en effektivisering og kvalitetssikring i forhold til utbyttet av undervisningen som blir gitt gruppebasert. Helsepersonell på sykehus har generelt et patogenetisk perspektiv som fører til en distansering mellom helsepersonell og pasientene. Dette gjør at pasientene får en mer passiv rolle, som igjen kan bidra til at pasientene mister sin indre motivasjon (Dietscher, Winter & Pelikan, 2017, s. 277-278). Derfor vil det bli viktig med kompetanseheving innenfor salutogenese og motiverende intervju som kan sikre en implementering i praksis (se mer om MI under kap. 6.1.5, intervensjoner som kan styrke samvalg)

6.1.2.1 Rett kompetanse fremmer samvalg

For å styrke en personsentrert og skreddersydd undervisning til pasientene som fremmer samvalg er det viktig med kompetanse for å ivareta og implementere dette i praksis.

For å se nærmere på kompetansen til sykepleiere som skal følge opp denne pasientgruppen sier retningslinjene innenfor PD generelt lite om kompetansen til sykepleierne som skal følge opp pasienter med nyresvikt. I hovedsak sier de at det skal være en erfaren PD-sykepleier, eller sykepleier med kompetanse innenfor nefrologi og dialyse (KDOQI & ISPD) Den kliniske retningslinjen fra NICE (2011), sier det er viktig at sykepleieren er en spesialsykepleier med rett kompetanse til å undervise og følge opp pasienter i PD. Den kliniske retningslinjen for «shared decision-making» fra Renal Physicians Association, anbefaler intensivsykepleiere. I dag er det erfarne nyresykepleiere som følger opp denne pasientgruppen, samtidig vises det til et behov for

mer avansert kompetanse for å forbedre den predialytiske oppfølgingen. Nyresykepleiere bør bli støttet til å øke sin kompetanse innenfor kunnskapsbasert praksis for å videreutvikle og implementere sykepleieintervensjoner, samt benytte andre metoder i pasientoppfølgingen. Siden nyresykepleierens rolle har en stor betydning for pasientene bør effektiviseringen av nyreklinner bidra til å utvikle spesialistsykepleiere (Walker Abel & Meyer, 2012).

Det bør sees på andre muligheter for å støtte nyresykepleierne i oppfølgingen. Avansert klinisk allmennsykepleiere er den nye spesialistsykepleieren i Norge som skal yte helhetlig helsehjelp i en selvstendig rolle og funksjon. Det er dokumentert at AKS arbeider med en helhetlig personsentrert tilnærming der dialog med pasienter og pårørende vektlegges, og kan bidra med personsentrerte intervensjoner (Fagerström, 2019, s. 21). En AKS jobber kunnskapsbasert og har tilegnet seg kunnskaper på et ekspertnivå. En AKS jobber spesielt med pasienter med komplekse sykdommer og deltar i kompleks beslutningstaking (Schober et al, 2020). Coaching, veiledning og forskning er også en del av kompetansen (Fagerström, 2019, s. 41). AKS kan med dette bidra inn både med forskning for å understøtte sykepleieintervensjoner, evaluere disse og samtidig jobbe klinisk sammen med nyresykepleierne. Dette kan bidra til raskere implementering av teori til praksis, samt forsterke den kliniske pasientoppfølgingen.

Dersom en AKS spesialiserer seg innenfor nefrologi kan dette gi enda større muligheter til å kvalitets sikre og forsterke oppfølgingen med pasienter og pårørende. På den andre siden kan man også tenke motsatt, at enkelte nyresykepleiere videreutdanner seg til AKS med nefrologi som sitt spesialområde for å kunne ha en fullverdig kompetanse til å drifte og lede poliklinikker i sykehus. For å få til en helhetlig oppfølging med personsentret, skreddersydd undervisning bør muligheten for samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten også sees på, om det er muligheter for tettere samarbeid om pasienter med nyresvikt. Stortingsmeldingen (2008-2009) om samhandlingsreformen, påpeker at disse tjenestene må samarbeide mer på tvers. Det er mange AKS som arbeider i primærhelsetjenesten som kan være støttende i oppfølgingen av denne og andre pasientgrupper for å sikre samvalg og samtidig forbedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

6.1.3 Relasjon mellom helsepersonell og pasient som et likeverdig partnerskap

Pasientene etterlyste mer «ansikt til ansikt» fra helsepersonell, og for å få motivasjon ønsket pasientene at relasjonen mellom helsepersonell og pasienten var et partnerskap basert på likeverdighet, respekt og tillit. Dette partnerskapet førte til at pasientene fikk en opplevelse av at de var viktige og fikk følelse av å ha kontroll. De ble eksperter for egne verdier og behov. Dette bidro til mer involvering fra pasienten, de ble mer mottakelig for informasjon og mer delaktige i samvalg. Denne relasjonen er salutogen og skaper en indremotivasjon som er helsefremmende, ved at det blant annet gir økt selvtillit og velvære (Dietscher et al, 2017, s. 279). Der de ikke fikk etablert et slikt partnerskap viste det seg at dette skapte motsatt effekt, som bidro til at pasientene følte seg tvunget til å ta valget. Dette kan sees i sammenheng med at pasientene ble påvirket av en ytre motivasjon i stedet og gav dem en følelse av at valget ikke var fritt.

Resultatet viste at relasjonen til helsepersonell har stor betydning for samvalg, og kan være en faktor som både fremmer, men også hemmer samvalg. Derfor er det viktig at sykepleierne tilstreber denne relasjonen med sine pasienter i de individuelle samtalene.

Resultatet viser at helsepersonell gir emosjonell og sosial støtte til pasientene og har i hovedsak en tillitsfull relasjon, som pasientene verdsetter. Dette fremmer samvalg og er i tråd med det salutogene perspektivet. Men på den andre siden påvirker helsepersonell i stor grad valget pasientene tar. Hvordan dette skjer har betydning for samvalg. I resultatet kommer det frem at en del pasienter trenger støtte til valg og ønsker å lytte til helsepersonellet sine råd. De fleste pasientene startet kommunikasjonen med helsepersonell på «blanke ark», som gjør pasientene helt avhengig av informasjon og råd fra helsepersonell. Dette kan på den ene siden skape en tillitsfull relasjon og støtte til pasientenes valg, men på den andre siden kan dette bidra til at helsepersonell får for stor påvirkningskraft, som kan være en barriere for samvalg.

Resultatene viste også at helsepersonell bevisst påvirket valget ut fra forhånderfarte kriterier. Dersom de trodde at pasienten ikke kom til å mestre for eksempel PD førte helsepersonell valget vekk fra PD. Med dette vil det ikke føre til samvalg basert på pasientens verdier og premisser, og det blir i tillegg færre i PD. En tredjedel av pasientene følte seg presset av helsepersonell til å ta et valg. Dette gjald spesielt for de eldre. De følte ofte at de ikke hadde noen valg, og de var heller ikke klar over at dialyseoppstart var frivillig. De eldre var da mindre fornøyd med behandlingen (Ladin et

al, 2017). I den kliniske retningslinjen for samvalg står det at dersom helsepersonell ser at en behandlingsform ikke lar seg gjennomføre, må helsepersonell diskutere dette godt med pasientene slik at pasienten får en forståelse for hvorfor valget må bli slik (RPA, 2010). Måten helsepersonell håndterer denne kommunikasjonen på, kan være avgjørende på hvordan pasienten selv oppfatter valget, samt hvordan pasienten føler seg inkludert og ivaretatt med henhold til sin autonomi. I et salutogent perspektiv er det viktig å se etter ressurser for mestring for å fjerne disse barrierene. Dette vil fremme samvalg og styrke SOC, som igjen vil føre til mestring. En god SOC vil si at man har en forståelse for sin livssituasjon og en tro på at en har ressurser til å mestre og finne løsninger, slik at man blir motivert for å takle utfordringer (Langeland, 2009). Dette perspektivet bør være til stede under samtalene med pasientene, slik at pasientene har mulighet til et valg som blir basert på sine egne verdier og premisser samt oppleves som et fritt valg.

På en annen side kan helsepersonell bevisst styre pasienten til å velge PD for å øke antall i PD behandling. En studie fra 2013 fant at dersom de anbefaler pasientene å velge PD, fører dette til en økning i antall PD. I denne oppfølgingen gikk helsepersonell aktivt inn for å motivere pasientene til å la PD være førstevalg. Resultatet var en kontinuerlig økning av PD behandling over tid (Yu, Yang & Huang, 2013). Dette vil kunne være gunstig i forhold til helsedirektoratets ønske å øke antall pasienter i PD, men vil kunne være motstridene i forhold til retningslinjer for samvalg.

En annen årsak til at helsepersonell styrer pasientene til valg av dialyseform kan være med bakgrunn i ressurser og kompetanse på hvert sykehus som har vært diskutert lenger opp. Det er for eksempel et begrenset antall pasienter i PD som en spesialsykepleier har mulighet til å følge opp. Dette vil begrense antallet automatisk. Dersom PD-sykepleier ikke kan følge opp flere pasienter, må de over i HD i stedet. De europeiske retningslinjene er tydelig på at man bør samarbeide med andre helseforetak for å kunne ha alle valgmuligheter for behandlingsformer tilgjengelig. I dag har forskjellige sykehus områdefunksjoner slik at man kan nå bredt ut, også til de som ikke har tilbudet på sitt nærmeste sykehus. Men det hjelper lite dersom kompetansen og ressursene i disse sykehusene ikke er nok til det antall pasienter som ønsker PD. Med bakgrunn i punktene over vil være nødvendig for helsepersonell å ivareta pasientens mulighet til samvalg og ikke la andre faktorer enn pasientens sine verdier og behov styre valget. Dersom pasientenes ønske om valg ikke samsvarer med hvilken dialysemulighet det fysiologisk er mulighet til, bør det diskuteres nøye med pasienten og pårørende slik at de forstår og blir inkludert i valget (NICE, 2011).

6.1.4 Betydningen av sosial – og psykososial støtte

Resultatene viser at sosial – og psykososial støtte er vesentlig for samvalg, og bidrar til å styrke SOC. Sosial støtte fra familie og venner har spesielt stor betydning. Pasientene stolte på dem og støttet seg til dem i forhold til det både det emosjonelle og det praktiske. De eldre la spesielt vekt på viktigheten av sosial og psykososial støtte og mente det er avgjørende for om PD ble en suksessfull behandling. De som valgte HD var de pasientene som var alene. Depresjon, angst og psykisk stress henger sammen med sosial støtte, og eldre kan være mer utsatt (Hurst & Figueiredo, 2015).

Pasienter med kronisk nyresvikt som nærmer seg dialyse har ofte innskrenket livskvalitet, er deprimerte og plaget med angst (Tong et al, 2013). I tillegg skal de mestre å holde motivasjonen sin oppe for å lære seg de forskjellige behandlingsalternativene for å kunne ta et valg. Med denne belastningen på sin helse både fysisk og mentalt, kan det være utfordrende å ha god selvinnsett og selvtillit. Resultatene viste til at pasientene var redd for sin egen kompetanse til å mestre hjemmedialyse. Sykepleieren bør sikre at pasienten får nok kunnskap for å bidra til å øke selvtilliten. Dette kan de gjøre med å sjekke ut om pasienten har enten misoppfattet noe eller mangler noe kunnskap i de individuelle samtalene.

Dersom man ikke har sosial- og psykososial støtte rundt seg kan det bidra til at pasienten får en opplevelse av å ikke mestre situasjoner i livet sitt. Dette kan igjen bidra til psykiske utfordringer som depresjoner og angst (Langeland, 2009). Resultatet viser at pasienter uten adekvat forståelse for sin helsetilstand gav uttrykk for frykt, benektelse, anger, sinne og sjokk. Det blir viktig at helsepersonell gir støtte til pasientene for å redusere disse stressorene, ved blant annet å gi god nok informasjon. Like viktig er å identifisere alle andre stressorer som pasienten har i forhold til sin helse, og være støttende i forhold til at pasienten kan håndtere disse. En faktor som kan gi støtte til pasienten er "hjelp pasienten med å finne ressurser som fremmer helse på tross av sykdommen.

Det vil kunne ha direkte innvirkning på både samvalg, sykdommen og behandlingen dersom helsepersonell ikke identifiserer stressorene og gir støtte til mestring av disse. Det kan føre til dårligere prognose og økt dødelighet (Goh & Griva, 2018). Andre symptomer knyttet til nyresvikten, som smerter og utmattelse, kan bidra til redusert fysisk og psykisk kapasitet (Roberti et al, 2018). Dette forsterker behovet for å ivareta mental helse og selvtillit. Men selv om livskvalitet og mental helse har stor betydning for alle, er det kommet frem i tidligere forskning at pasientene savner mer

fokus på hvilken innvirkningen dialysebehandlingen kan ha på livskvaliteten og mental helse (Song et al, 2010), så hvordan skal sykepleierne imøtekomme dette i praksis? Det er viktig at sykepleierne inkluderer en salutogen tilnærming med fokus på å styrke salutogen tenkning og SOC i oppfølgingen av denne pasientgruppen. Dette krever igjen kompetanse, både i salutogenese, men også i metoder og samtaleteknikker.

Sykepleierne trenger kompetanse (se mer om kompetanse i 6.1.2.1) i å ha samtaler som har fokus på å øke pasientenes bevissthet om deres potensial, deres indre og ytre ressurser som for eksempel personlige kvaliteter, mestringsevne og sosial støtte vil styrke SOC (Langeland, 2009). Sykepleieren bør ha fokus på at pasienten har passende utfordringer som gir mestringsopplevelser og samtidig investere blant annet i pasientenes følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål for å skape mening. Det er flere metoder innenfor psykiatri som kan bidra til å støtte pasientens mentale helse og velvære. Samtalegrupper basert på salutogene terapiprinsipper har resultert i en signifikant bedring av SOC. Høyere grad av sosial støtte førte til høyere SOC (Langeland, 2009). Men salutogene prosesser trenger støtte av salutogene strukturer for å få til ønsket effekt, så hvordan kan det implementeres på sykehus.

6.1.4.1 Implementering av salutogenese på sykehus

Det skal være pasientens helsetjeneste med blant annet mål om at alle skal bli informert, oppleve å ha innflytelse og ha makt over egne valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Så på en side burde det ikke vært utfordrende å ha salutogene personsentrerte sykepleieintervensjoner på sykehuset, og noen sykepleiere er på god vei til å implementer en mer personsentrert tilnærming. På en annen side har helsevesenet i Norge lenge hatt et perspektiv i form av at helsepersonellet vet best og skal gi råd og behandling til pasientene som de helst skal følge. Dette kan være en barriere for å implementere salutogene, personsentrerte intervensjoner.

Forskningen viser til at dette er utfordrende å få til en slik implementering og har kommet frem til forslag som kan fremme dette. For det første krever det at det blir implementert i organisasjonen og det trengs støtte av ledelsen og for det andre krever det et budsjett som er øremerket for dette. Dersom det blir innført på et organisatorisk plan kan det føre til at det tas mer ansvar for implementeringen av salutogenese. Kompetanseheving blir selvsagt viktig samt undervisning av andre helsepersonell. Det er også essensielt at disse salutogene intervensjonene blir evaluert og

bygger opp om mer forskning (Dietscher et al, 2017, s. 281). På den andre siden kan helsepersonell ta frem «ikke skade prinsippet» fra helsepersonell-loven, og si at vi faktisk har en plikt til å benytte dette perspektivet. Slik at det kommer et krav fra helsedirektoratet om at dette skal implementeres som en del av pasientsikkerheten. Helsepersonell faktisk bør faktisk, ut fra «ikke skade prinsippet» fjerne unødvendige stressorer som ikke er helsefremmende og som kan føre til mer skade for pasienten (Dietscher et al, 2017, s. 279).

En studie fra 2016 kom frem til to hovedfaktorer som kan føre til at pasientene får en optimal behandling. Den ene er at pasientens psykiske tilstand er god, med mindre angst og depresjon og den andre faktoren er at pasienten deltok i samvalgsprosessen (Roberti, Mau, Wienke & Girndt, 2016). Dette understreker betydningen sosial og psykososial støtte har for helse, og hvor viktig det er å iverksette salutogene intervensjoner som fremmer samvalg.

6.1.5 Intervensjoner som kan styrke samvalg

Resultatene viser til tre kjennetegn som kan bidra til en sykepleieintervensjon som fremmer samvalg, basert på pasientene verdier og premisser. Bruk av det helsefremmende pedagogiske verktøyet motiverende intervju (MI), personsentrert undervisning og fokus på psykososiale faktorer. Kjennetegnene støtter opp mot faktorene som fremmer samvalg, og kan være en nyttig tilnærming i salutogene sykepleieintervensjoner slik at vi sikrer at det blir et samvalg som baserer på pasientens verdier og premisser.

Resultatet viste at nesten alle benyttet seg av MI i intervensjonen. MI er blir mer og mer benyttet innenfor oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Dette er en klinisk, salutogen kommunikasjonsform som sykepleiere kan benytte til å få frem pasientenes personlige motivasjon for å endre noe, fremme helse eller komme frem til en beslutning i tilfeller der personen er usikker på hva han/hun skal bestemme seg for (Droppa & Lee, 2014). Det er nettopp dette vi skal støtte pasientene til, ta beslutninger og fremme egen helse.

Resultatet viser at MI kan benyttes til mange forskjellige behov og målsetninger. På den ene måten kan det benyttes for å bygge opp en relasjon og fremme etterlevelse av behandlingen. På den andre måten kan det brukes til å identifisere stressorer og andre faktorer eller behov. Det kan også benyttes til å håndtere stress og styrke selvtillit. I forbindelse med samvalg kan MI benyttes til å

både kartlegge behov, benyttes i opplæring samt finne frem til fordeler og ulemper i forhold til dialyseformene. Dette resultatet tilsier, jamfør de faktorene som ble funnet og diskutert i kapitlet over, at MI vil kunne være et nødvendig verktøy som sykepleierne bør benytte i de individuelle samtalene.

MI baserer seg på et partnerskap mellom pasient og helsepersonell med et personsentrert fokus. Sykepleieren skal møte pasientene med en antakelse om at det er de som vet best hva de trenger, og sykepleieren kommuniserer på en slik måte at pasientene reflekterer og kommer frem til hva som har betydning for en selv og hva som er viktig å gjøre videre. Helsepersonell kan med hjelp av MI hente ut personens egne verdier, motivasjon, evner og ressurser ved å følge spesielle trinn i MI (Droppa & Lee, 2014). Disse prinsippene imøtekommer faktorene som fremmer samvalg og følger det salutogenetiske perspektivet. Dette bidrar til adherence av behandlingen, fører til et samvalg basert på de rette premissene.

I resultatet kom det frem at alle hadde fått grundig opplæring og trening i å bruke MI. Dette mente de var vesentlig for oppfølgingen. Grundig undervisning i MI bør derfor gis til sykepleiere som følger opp denne pasientgruppen. På den ene siden har sykepleiere en viss grad av grunnkompetanse innenfor MI (McCormack & McCance, 2006), men på den andre siden er det lite benyttet i praksis. Sykepleier med trening i MI utøvde dette i varierende grad. Det viste seg at det er utfordrende å implementere MI i praksis og det gjenspeiler seg i mangel på kompetanse (Noordman et al, 2012). AKS kan som nevnt tidligere bidra inn med sin kompetanse (se punkt 6.1.2.1 om kompetanse). Helsedirektoratet har lagt føringer på at dette er et viktig verktøy innenfor helsefremmende pedagogikk og det er laget en nettside med undervisning og opplæringsfilmer for helsepersonell: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>.

Resultatet kan genereres over til andre pasientgrupper. Alle beslutninger innenfor behandling skal være et samvalg uansett hvilken sykdom som ligger til grunn. MI ble blant annet benyttet i oppfølgingen for å bedre kardiovaskulær risiko hos personer med diabetes (Greaves et al, 2008), og i oppfølgingen av kvinnelige hjertepasienter med fedme (Low, Giasson, Connors, Freeman & Weiss, 2012). Andre tidligere studier viser at MI fører til adherence i forhold til fysisk aktivitet (Van Vilsteren, De Greff & Huisman, 2005) og til en bedre oppfølging av væskebehandling (Fisher et al, 2006). Fagområder bør se mer på om MI kan være en effektiv intervensjon som bedrer

oppfølgingen, og samtidig se på behovet for å utdanne AKS til å lede disse. Dette ligger innenfor en AKS sin kjernekompetanse som også består av ledelse, både på klinisk - og systemnivå (Fagerström, 2019, s. 43).

MI er godt dokumentert og vel benyttet (Noordman et al, 2012), men det ble funnet kun en studie hvor MI er benyttet spesifikt innenfor PD. Men det er gjort blant annet en nyere studie fra 2018, som undersøkte hvilken effekt MI har på helsestatusen til pasienter i HD. De fant ut at dette er en metode som var effektiv i forhold til å redusere angst, depresjon og bedret den generelle helsen. Studien konkluderer med at de anbefaler sykepleiere å benytte slike intervensjoner i oppfølgingen av pasienter i HD (Dashtidehkordi, Shahgholian, Maghsoudi & Sadeghian, 2018). Denne anbefalingen bør også overføres til å gjelde for sykepleiere som jobber med PD.

Alle intervensjonene kjennetegnes ved at de hadde en personsentrert tilnærming. Personsentrert tilnærming dreier seg om å bygge opp gjensidig tillit samt utvikle gode terapeutiske relasjoner (McCormack & McCance, 2010, s. 1). Resultatet er i tråd med pasientenes ønske om fokus på det individuelle og er helsefremmende. Kjennetegnene fra intervensjonene var fokus på individuelle samtaler hvor de hadde en personsentrert tilnærming. Disse samtalerne hadde de både før og etter undervisningen. Først for å fange opp behov, tidligere erfaringer, emosjonelle utfordringer, personlige, kognitive og sosiale ferdigheter. Etterpå ble det sjekket ut om noe var misoppfattet eller om det var kommet frem andre behov. Dette gjenspeiler seg i faktorene som ble funnet som fremmer samvalg, og kan implementeres i de individuelle samtalerne som sykepleierne har på sykehuset.

Et annet kjennetegn fra resultatet er fokus på psykososiale faktorer. Dette var også en av faktorene som fremmet samvalg. Det ble lagt vekt på hvilken betydning sykdommen kan ha på disse faktorene. Psykososiale faktorer ble vektlagt og snakket om. Stressorer ble identifisert og teknikker ble trent på slik at pasienten kunne håndtere disse stressorene. Dette er i tråd med salutogenese og vil føre til mer velvære og helse relatert livskvalitet hos pasientene (Eriksson & Lindström 2015, s.14). (Se mer om betydningen av psykososiale faktorer under punkt 6.1.4).

Resultatet viste at disse intervensjonene hadde fokus på øke selvtillit og undersøke hvordan pasientene mestret og tilpasset seg sykdommen sin. Dette er et salutogent fokus som er viktig for å ivareta mental helse og vil kunne bidra til mer velvære for pasienten (Klang et al, 1998). Økt velvære bidrar igjen til å fremme samvalg (Campbell-Crofts & Stewart, 2019).

6.2 Diskusjon av metode og forskerrolle

Styrken med metoden er at søket er grundig, systematisk og korrekt gjennomført av en bibliotekar. Søket kan gjentas av andre. Ved revisjon, kan det samme søket gjøres om igjen, bare med endret dato, får å se etter nye studier.

Siden søket ble utført som en del av utvikling av en fagprosedyre, ble det mange treff på primærstudier og det ble utfordrende å gjennomgå et så stort treff, og holde oversikten over resultatet på litteratursøket. Et stort antall treff gjorde det samtidig mer komplisert å forklare seleksjonsprosessen i oppgaven for å få dette forståelig.

Siden treffet var stort og omfattende krevde det tydelige inklusjon- og eksklusjonskriteriene, for å forenkle grovsorteringen. Hele resultatet ble systematisert av bibliotekar og skriftliggjort slik at det var mulig å holde oversikt. Ved å printe ut disse i papirformat, ble det enklere gjennomgå sorteringen.

En svakhet kan være at noen artikler «glapp» i grovsorteringen, siden listen var lang og noen relevante artikler kan da blitt oversett. Samtidig gav det meg et godt innblikk i hva som finnes av forskning rundt emnet, og et helhetsbilde på hva som finnes i litteraturen, som er en styrke.

Jeg tilstrebet et salutogent fokus under selekteringen. Utfordringen ble at det var få artikler som var rettet mot dette innenfor PD. Det var noen artikler som gjaldt pasienter i HD som kunne vært inkludert for å gi et større bilde, men dette var en av eksklusjonskriteriene som jeg valgte å følge. Dette på grunn av oppgavens størrelse. Jeg kunne ha økt med antall år og gått lenger tilbake i tid. Når jeg søkte enkeltvis via andre artikler, dukket det opp noen fra før 2010, men valgte å se på nyere forskning for å forminske antall treff.

Flere artikler var om standard undervisning som vi gjør i dag, og som pasienterfaringene mener ikke er godt nok for å få til et samvalg. Oppfølging av nyresvikt er et stort felt og innehar forskjellige oppfølginger og råd ut fra symptomene som nyresvikt gir. Dette viser seg i et stort forskningsfelt,

spesielt i PubMed. Dette gav utfordring med stort antall treff, men dersom vi la til flere begrensninger i PubMed, forsvant mange artikler og vi ble redd for å miste relevant forskning.

Gjennomgang av resultatet fra litteratursøket til en kunnskapsbasert fagprosedyre, skal gjennomgås av minst to personer, etter minstekrav fra kunnskapssenteret. Nå ble det kun utført av en. Dette er en svakhet fordi jeg som forsker kan ha enten oversett eller inkludert artikler som en annen forsker ikke ville gjort. Dersom man er minst to personer vil man kunne drøfte artikler og kvalitessikre selekteringen.

Min forskerrolle viser seg i mitt eget syn og tanker om temaet og problemstilling. Dette har innvirkning på hvilke temaer som blir lagt vekt på. Refleksjonene til en annen forsker kunne resultert i andre formuleringer på temaer, samt lagt vekt på andre faktorer i diskusjonen.

Mine refleksjoner fører meg i stor grad til hva som kommer frem under diskusjonsdelen. Samtidig har det brede litteratursøket gitt meg en pekepinn fra forskningens perspektiv, som jeg bevisst har benyttet til å føre meg igjennom diskusjonen. Hadde søket mitt vært smalt hadde jeg hatt få treff og færre artikler å støtte meg på i argumentasjonen.

Likevel har jeg hatt tanker underveis om at jeg burde gjort et nytt, smalere søk direkte på problemstillingen til denne oppgaven og ikke brukt søket til fagprosedyren, for å forenkle seleksjonsprosessen. Men helhetlig er jeg glad for det brede søket, slik at jeg kom i dybden på temaet. Hadde søket kun vært rettet mot for eksempel intervensjoner som gir velvære i forhold til PD, kunne det blitt for snevert, siden PD er et spesialområde. Det kunne vært benyttet kvalitative intervjuer for å belyse dette temaet, men siden de fleste oppfølgingene her i Norge ikke har spesifikke intervensjoner, ville muligens ikke kjennetegn på effektive intervensjoner blitt funnet. Litteraturstudien gir et dypere svar og utvider argumentasjonen som gir støtte til salutogen oppfølging. Denne metoden var rett for denne oppgaven, og valg av metode for dataanalyse, med bruk av tematisk analyse, gav meg muligheten til å være fleksibel slik at jeg kunne sammenstille forskjellige typer data ved å innhente både kvalitativ og kvantitative data. Ulempen med tematisk dataanalyse er at det er fare for at ikke alt blir analysert. Min oppgave som forsker har vært å forsøke å tematisere mest mulig systematisk og forsøkt å ha høyt fokus på å få frem de viktigste relevante temaene fra artiklene.

7 Konklusjon

Samvalg er nødvendig og må baseres på pasientens egne verdier og premisser. Denne studien kommer frem til at sykepleiere og annet helsepersonell bør ha en salutogen- personsentrert tilnærming til pasienter og pårørende, hvor det blir lagt vekt på individuelle verdier og ressurser. En skreddersydd undervisning ut fra den enkeltes behov og økt fokus på sosial og psykososial støtte for å ivareta mental helse og selvtillit fremmer samvalg.

Det er nødvendig med en sykepleieintervensjon som kan lokke frem refleksjoner hos pasienten som kan føre til en identifisering av hva som er det rette valget, basert på pasientens verdier og premisser. MI kan være et viktig verktøyet for å imøtekomme pasientenes behov, og få til en salutogen oppfølging, som i tillegg kan ivareta mental helse og selvtillit.

Sykepleiere bør øke sin kompetanse på salutogenese og bruk av helsefremmende pedagogikk. De bør kurses mer i MI for å kunne benytte dette verktøyet for å få frem pasientens behov og verdier. Dette er viktig for å få en helhetlig oppfølging og et samvalg basert på personens verdier og premisser. Er valget det rette for pasienten vil det kunne føre til motivasjon og mestring, og PD oppfølgingen kan få bedre kvalitet med bedre behandlingmessige utfall i form av økt velvære og helse relatert livskvalitet. Det er nødvendig med mer forskning og kompetanse innenfor salutogene sykepleieintervensjoner. Det kan anbefales å se på AKS sine kompetanseområder og teste ut om denne gruppen med spesialsykepleiere bør ha en større rolle innenfor oppfølging av spesialområder inne på sykehus.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass publishers. San Francisco. Oxford.
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium* (1.utgave, 1. opplag) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bailey, P. K., Hamilton, A., Clissold, R. L., Inward, C. D., Caskey, F. J., Ben-Shlomo, Y., & Owen-Smith, A. (2017). Young adults' perspectives on living with kidney failure: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2018 Jan 10;8(1):e019926.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019926>
- Biggar, P., Hidde, D., & Ketteler, M. (2019). Needs Around Dialysis Treatment from Different Perspectives (NADIP): Results of the Exploratory German Multicenter Survey. *Kidney Blood Press Res* 2019; 44:1233–1246. <https://doi.org/10.1159/000502716>
- Birkeland, K., I., Gullestad, L. & Aabakken, L. (2017). *Indremedisin I og II*. Drammen. Vett & Viten.
- Blake, P. G., Quinn, R. R. & Oliver, M. J. (2012). Peritoneal Dialysis and the Process of Modality Selection. *Peritoneal Dialysis International*, Vol. 33, pp. 233–241.
doi:10.3747/pdi.2012.00119
- Boateng, E. A., East, L. (2011). The impact of dialysis modality on quality of life: a systematic review. *Journal of Renal Care*. Dec; 37(4):190-200 <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2011.00244>
- Campbell-Crofts, S. Stewart, G. (2017). How perceived feelings of "wellness" influence the decision making of people with predialysis chronic kidney disease. *J Clin Nurs*. 2018 Apr; 27(7-8):1561-1571 <https://doi.org/10.1111/jocn.14220>
- Cassidy, B. P., Harwood, L., Getchell, L. E., Smith, M., Sibbald, S. L., & Moist, L. M. (2018). Educational Support Around Dialysis Modality Decision Making in Patients with Chronic Kidney Disease: A Qualitative Study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, Volume 5: 1–9. <https://doi.org/10.1177%2F2054358118803323>
- Chan, C. T., Blankestijn, P. J., Dember, L. M., Gallieni, M., Harris, D. C.H., Lok, C. E., Mehrotra, R., Stevens, P. E., Yee-Moon Wang, A., Cheung, M., Wheeler, D. C., Winkelmayer, W. C., Pollock, C. A. (2019). Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International*. Volume 96, Issue 1, July 2019, Pages 37-47.
<https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.01.017>

- Chen, N-H., Lin, Y-P., Liang, S-Y., Tung, H-H., Tsay, S-L., & Wang, T-J. (2017). Conflict when making decisions about dialysis modality. *J Clin Nurs*. 2018 Jan; 27(1-2):e138-e146.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13890>
- Chow, S. K. Y., Wong, F. K. Y. (2010). Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (8), 1780-1792. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05324.x>
- Covic, A., Bammens, B., Lobbedez, T., Segall, L., Heimbürger, O., van Biesen, W., Fouque, D., & Vanholder, R. (2010). Educating end-stage renal disease patients on dialysis modality selection: clinical advice from the European Renal Best Practice (ERBP) Advisory Board. *Nephrol Dial Transplant*. 2010 Jun; 25(6):1757-9. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq206>
- Dashtidehkordi, A., Shanggholian, N., Maghsoudi, J., & Sadeghian, J. (2018). The Effects of Motivational Interviewing on the Health Status of Patients Undergoing Hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2018 ;23(4):287-291.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_75_17
- Davis, J. L., Davison, S. N. (2017). Hard choices, better outcomes: a review of shared decision-making and patient decision aids around dialysis initiation and conservative kidney management. *Current opinion in Nephrology and Hypertension*: May 2017 - Volume 26 - Issue 3 - p 205-213. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000321>
- Devoe, D. J., Wong, B., James, M. T., Ravani, P., Oliver, M. J, Barnieh, L., Roberts, D. J., Pauly, R., Manns, B. J., Kappel, J., & Quinn, R. R. (2016). Patient Education and Peritoneal Dialysis Modality Selection: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Kidney Dis*. 2016 Sep;68(3):422-33. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.02.053>
- Dietscher, Winter & Pelikan (2017) The Application of Salutogenesis in Hospitals. Mittelmark M.B. Sagy, S. Eriksson, M. Bauer, G.F. Pelikan, J.M. Lindström, B. Espnes, G.A. (Red). The Handbook of Salutogenesis (Springer, side 277-298.) ISBN 978-3-319-04600-6 (eBook)
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Doris, M., Doherty, S., Orme, J., 2017, I: Mittelmark, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G.F., Pelikan, J.M., Lindstrøm, B., Espnes, G.A., (Eds.) (2016). *The handbook of salutogenesis*. Springer: (e-book) ISBN 978-3-319-04599-3, ISBN 978-3-319-04600-6, DOI 10.1007/978-3-319-04600-6
- Droppa, M. & Lee, H. (2014). Interviewing a journey to improve health. *Nursing2014*; The peer

reviewed journal of clinical excellence: March 2014 - Volume 44 - Issue 3 - p 40-45. [Doi: 10.1097/01.NURSE.0000443312.58360.82](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000443312.58360.82)

Eriksson, M og Lindström, B. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fagerström, L. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., Walker, R., & Brunier, G. (2016). ISPD GUIDELINES/RECOMMENDATIONS A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Peritoneal Dialysis International*, Vol. 36, pp. 592–605.

<https://doi.org/10.3747/pdi.2015.00277>

Finkelstein, F. O., Wuerth, D., & Finkelstein S. H. (2009). Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney International*. Volume 76, Issue 9, 1 November 2009, Pages 946-952. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.307>

Fishbane, S., Agoritsas, S., Bellucci, A., Halinski, C., Shah, H. H., Sakhiya, V., & Balsam, L. (2017). Augmented Nurse Care Management in CKD Stages 4 to 5: A Randomized Trial. *Am J Kidney Dis*. 2017 Oct; 70(4):498-505. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.02.366>

García-Liana, H., Remor, E., del Peso, G., Celadilla, O., & Selgas, R. (2013). Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. *J Clin Psychol Med Settings*. 2014 Mar;21(1):103-15.

<https://doi.org/10.1007/s10880-013-9383-y>

Goh, Z. S., & Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges - a narrative review. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2018 Mar 12; 11: 93-102. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>

Harwood, L. & Clark, A., M. (2014). Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 23, Issue 23-24.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12582>

Helsedirektoratet (2015). *Well-being på norsk*.

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/well-being-pa-norsk> 79 sider

Helsenorge.no (2020) (Norsk Helsenett). <https://minhelse.helsenorge.no/samvalg/verktoy/kronisk-nyresvikt/mitt-valg?>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. (Meld. St. 11. 2015-2016). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. (Meld. St. 13 2016-2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/?q=meld.st.13>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste* (Meld. St. 34 (2015-2016)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Hurst, H., & Figueiredo, A. E., (2015). The Needs of Older Patients for Peritoneal Dialysis: Training and Support at Home. *Perit Dial Int*. 2015 Nov; 35(6):625-9. <https://doi.org/10.3747/pdi.2014.00337>
- Hussain J. A., Flemming, K., Murtagh F. E. & Johnson, M. (2015). Patient and health care professional decision-making to commence and withdraw from renal dialysis: a systematic review of qualitative research. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015 Jul 7;10 (7):1201-15. <https://doi.org/10.2215/CJN.11091114>
- Hsu, C-K., Lee, C-C., Chen, Y-T., Ting, M-K., Sun, C-Y., Chen, C., Hsu, H-J., Chen, Y-C. & Wu, W. (2018). Multidisciplinary predialysis education reduces incidence of peritonitis and subsequent death in peritoneal dialysis patients: 5-year cohort study. *PLoS ONE*. 13(8): e0202781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202781>
- Johns, T. S., Yee, J., Smith-Jules, T., Campbell, R. C. & Bauer, C. (2015). Interdisciplinary care clinics in chronic kidney disease. *BMC Nephrology* (2015) 16:161. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0158-6>
- Klang, B., Björvell, H., Berglund, J., Sundstedt, C., & Clyne, N. (1998). Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. *J Adv Nurs*. 1998 Jul;28(1):36-44. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00639.x>
- Ladin, K., Lin, N., Hahn, E., Zhang, G., Koch-Weser, S. & Weiner, D.E. (2027). Engagement in Decision-making and patient satisfaction: a qualitative study of older patients' perceptions of dialysis initiation and modality decisions. *Nephrol Dial Transplant* 32: 1394–1401. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw307>
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse.

Forskning, 2009; 4:288-296

- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 26 (2), 38-48. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/12/betydningen-av-en-salutogen-tilnaerming-fremme-psykisk-helse>
- Massey, E. K., Smak Gregoor, P. J. H., Nette, R. W., van den Dorpel, M. A., van Kooij, A., Zietse, R., Zuidema, W., C., Timman, R., Blusschbach, J. J., & Weimar, W. (2015). Early home-based group education to support informed decision-making among patients with end-stage renal disease: a multi-centre randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*. 2016 May; 31(5):823-30. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv322>
- McCormack, B., McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 2006. Dec;56(5):472-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Morton, R. L., Tong, A., Howord, K., Snelling, P., & Webster, A. C. (2010). The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ* 2010; 340: c112. <https://doi.org/10.1136/bmj.c112>
- Murray, M. A., Brunier, G., Chung, J. O., Craig, L. A., Mills, C., Thomas, A., Stacey, D. (2008). A systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Elsevier, Patient Education and Counseling*. Volume 76, Issue 2, August 2009, Pages 149-158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.010>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011). Peritoneal Dialysis: Peritoneal Dialysis in the Treatment of Stage 5 Chronic Kidney Disease. NICE Clinical Guidelines, No. 125 London: *National Institute for Health and Clinical Excellence* (UK); 2011 Jul. Hentet fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92235/pdf/Bookshelf_NBK92235.pdf
- National Kidney Foundation. KDOQI 2006 updates clinical practice guidelines and recommendations. *Nephrology Nursing Journal*, vol. 33, no. 5, Sept.-Oct. 2006, p. 487. Hentet fra: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/12-50-0210_jag_dcp_guidelines-hd_oct06_sectiona_ofc.pdf
- Noordman, J., van der Lee, I., Nielen, M., Vlek, H., van der Weijden, T., van Dulmen, S. (2012). Do Trained Practice Nurses Apply Motivational Interviewing Techniques in Primary Care Consultations? *J Clin Med Res. & Elmer Press*. 2012;4(6):393-401. <http://dx.doi.org/10.4021/jocmr1120w>

- Nordtvedt, M., W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., V., & Reinar, L., M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe
- Nyremedisinsk avd. OUS. Metodebok for indremedisinere, 2016
- Owen, J., Walker, R. J., Edgell, L., Collie, J., Douglas, L., Hewitson, T. D., & Becker, G. J. (2006). Implementation of a pre-dialysis clinical pathway for patients with chronic kidney disease. *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 18, Number 2: pp. 145–151.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi094>
- Panocchia, N., Bossola, M. & Tazza, L. (2014). Decision-making in the Implementation or Withdrawal of Dialysis in the Old Complex Patient. *Italian Journal of Medicine*; Volume 8:6-10 <http://dx.doi.org/10.4081/itjm.2014.172>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2017). § 3-1. *Rett til medvirkning og informasjon*. Lov om pasient- og brukerrettighet. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pike, E., Hamidi, V., Ringerike, T., Wisløff, T., Desser, A., Harboe, I., & Klemp, M. (2013). Health technology assessment of the different dialysis modalities in Norway. *Report from Kunnskapssenteret no.19-2013*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2013. Hentet fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_19_dialyse.pdf
- Pirkle, J. L. Evaluating patients for chronic peritoneal dialysis and selection of modality. I UpToDate. Version 24.0 2019. Hentet 03.12.2019 fra:
https://www.uptodate.com/contents/evaluating-patients-for-chronic-peritoneal-dialysis-and-selection-of-modality?search=evaluating%20patients%20for%20chronic%20peritoneal%20dialysis%20and%20selection%20of%20modality&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Polit, D., F. & Beck, C., T. (2017). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Renal Physicians Association (2010). KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access. *Am J Kidney Dis* 48:S1-S322, Hentet fra:

[https://cdn.ymaws.com/www.renalmd.org/resource/resmgr/Store/Shared Decision Making Toolk.pdf](https://cdn.ymaws.com/www.renalmd.org/resource/resmgr/Store/Shared_Decision_Making_Toolk.pdf)

Roberti, J., Cummings, A., Myall, M., Harvey, J., Lippiett, K., Hunt, K., Cicora, F., Alonso, J. P., & May, C.R. (2018). Work of being an adult patient with chronic kidney disease: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*. 2018 Sep 4;8 (9):e023507.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023507>

Robinski, M., mau, W., Wienke, A., & Girndt, M. (2016). The Choice of Renal Replacement Therapy (CORETH) project: dialysis patients' psychosocial characteristics and treatment satisfaction. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 32, Issue 2, February 2017, Pages 315–324.

<https://doi.org/10.1093/ndt/gfv464>

Ryan, R. M., & Deci., E. L. (2017). *Self-determination theory, Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. NewYork: The Guilford press.

Saeed, F, Sardar M. A., Davison, S. N., Murad, H., Duberstein, P. R., Quill, T. E. (2019). Patients' perspectives on dialysis decision-making and end-of-life care. *Clinical Nephrology*. 2019, May; 91(5):294-300. Doi:[10.5414/CN109608](https://doi.org/10.5414/CN109608)

Sauvé, C., Vandyk, A.D., & Bourbonnais, F.F. (2016). Exploring the facilitators and barriers to home dialysis: A scoping review. *Nephrology Nursing Journal*, 43(4), 295-308.

https://www.researchgate.net/profile/Amanda_Vandyk/publication/306822814_Exploring_the_Facilitators_and_Barriers_to_Home_Dialysis_A_Scoping_Review/links/57c0558608aed246b0fb5c6e/Exploring-the-Facilitators-and-Barriers-to-Home-Dialysis-A-Scoping-Review.pdf

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020) International council of nurses. *Guidelines on advanced practice nursing*. Hentet fra:

[https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN APN%20Report EN WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)

Segall, L., Nistor, I. Van Biesen, W., Brown, E. A., Heaf, J. G., Lindley, E., Farrington, K., & Covic, A. (2017). Dialysis modality choice in elderly patients with end-stage renal disease: a narrative review of the available evidence. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 32, Issue 1, January 2017, Pages 41–49, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv411>

Song, M-K., Lin, F-C., Gilet, C. A., Arnold, R. M., Bridgman, J., C. & Ward, S. E. (2013). Patient perspectives on informed decision-making surrounding dialysis initiation. *Nephrol Dial Transplant* (2013) 28: 2815–2823. <https://doi.org/10.1093/ndt/gft238>

Stanley, M., Kelly, J., & Harris, D. Acceptance onto dialysis. CARI guidelines. (2005) *Nephrology*

2005; 10, S46-S60. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1797.2005.00486.1.x>

Thomas, J. & Harden, A. (2008) Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2008, 8:45.

<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>

Tong, A., Lesmana, B., Johnson, D. W., Wong, G., Campbell, D., & Craig, J. C., (2013). The Perspectives of Adults Living With Peritoneal Dialysis: Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *American Journal of Kidney Diseases*. Volume 61, Issue 6, June 2013, Pages 873-888.

<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2012.08.045>

Valentijn, P.P, Pereira, F. A., Ruospo, M., Palmer, S. C., Hegbrant, J., Sterner, C. W., Vrijhoef, H. J. M., Ruwaard, D., & Strippoli, G. F.M. (2018). Person-Centered Integrated Care for Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.

Clin J Am Soc Nephrol. 2018 Mar 7;13 (3):375-386. <https://doi.org/10.2215/CJN.09960917>

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 Nephrology*, volume 20, Article number: 264.

<https://doi.org/10.1186/s12882-019-1423-x>

Walker, R. C., Morton, R. L., Palmer, S.C., Marshall, M. R., Tong A., & Howard, K. (2028). A Discrete Choice Study of Patient Preferences for Dialysis Modalities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. January 2018, 13 (1) 100-108. <https://doi.org/10.2215/CJN.06830617>

Woodrow, G., Fan, S. L., Reid, C., Denning, J., & Pyrah, A. N. (2017). Renal Association Clinical Practice Guideline on peritoneal dialysis in adults and children. *BMC Nephrology* 18(1):333.

DOI: [10.1186/s12882-017-0687-2](https://doi.org/10.1186/s12882-017-0687-2)

Yu, X., Yang, X., & Huang, N. (2013). Management of a Rapidly Growing Peritoneal Dialysis Population at the First Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University. *Peritoneal Dialysis International*, Vol. 34, pp. S31-S34.

<https://doi.org/10.3747/pdi.2013.00122>

Zee, J., Zhao, J., Subramanian, L., Perry, E., Bryant, N., McCall, M., Restovic, Y., Torres, D., Robinson, B. M., Pisoni, R. L., & Tentori, F. (2018). Perceptions about the dialysis modality decision process among peritoneal dialysis and in-center hemodialysis patients. *BMC Nephrol*. 2018 Oct 29;19(1):298.

<https://doi.org/10.1186/s12882-018-1096-x>

7.1 Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1 Oversikt over MeSH ord satt inn i PICO

Tabell 2 Utvidet PICO-skjema for søkeord brukt i Embase og Cinahl samt tekstord

Tabell 3 Forenklet oversikt over søk etter primærstudier

Tabell 4 Analyseprosess trinn 1: Koding av avsnitt

Tabell 5 Analyseprosessen trinn 1: Koding av avsnitt

Tabell 6 Analyseprosessen trinn 2 og 3: Deskriptive tema til analysetema

Tabell 7 Skjematisk oversikt over inkluderte artikler til forskningsspørsmål 1

Tabell 8 Skjematisk oversikt over inkluderte artikler til forskningsspørsmål 2

Figur 1 Kunnskapspyramiden hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no>

Figur 2 Oversikt over trinn 1 i utvalgsprosessen: «Mappeinndeling»

Figur 3 Flytskjema over seleksjonsprosessen for valg av artikler

Figur 4 Oppsummering: Faktorer som fremmer samvalg, fra resultatet **Feil! Fant ikke referanseskilden.**

Figur 5 Oppsummering: Kjennetegn på salutogen intervensjon fra resultatet

7.2 Vedlegg

Vedlegg 1. Utvidet PICO-skjema

Vedlegg 2. Dokumentasjon på litteratursøk

Vedlegg 3. Skjematisk oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 4. Analyseprosessen

Vedlegg 5. Brage-skjema