



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bachelor i sykepleie

Kronisk nyresvikt og ernæring

Emnekode: SY180H

Kandidatnr.: 27

Antall ord: 9861

Dato for innlevering: 26.04.2013

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1.0 INNLEDNING	2
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	2
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	3
1.4 Oppgavens hensikt	3
1.5 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 METODE	5
2.1 Litteraturstudium som metode	5
2.2 Databaser, søkeord	6
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk	8
2.4 For forståelse og etiske overveielser	10
3.0 TEORI.....	12
3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori	12
3.2 Kronisk nyresvikt	13
3.3 Ernæringsstatus	14
4.0 DRØFTING.....	16
4.1 Utfordringer for nyresviktspasienten	16
4.2 Sykepleierens vurdering av ernæringstilstand.....	19
4.3 Å lære det nødvendige.....	23
4.4 Har vi gode nok retningslinjer for ernæring til pasienter med kronisk nyresvikt?	26
5.0 AVSLUTNING	30
LITTERATURLISTE	32

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Jeg er en sykepleierstudent med erfaringer og interesse for temaet kronisk nyresvikt og ernæring. Denne bacheloroppgaven handler om sammenhengen mellom disse to områdene ut fra et sykepleierperspektiv. Problemstillingen jeg har tatt utgangspunkt i er:

”Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med kronisk nyresvikt til å ivareta en god ernæringsstatus?”

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt å se på kronisk nyresvikt siden dette er et tema som interesserer meg, og jeg synes det er en pasientgruppe som det er for lite fokus på. Jeg har valgt å fokusere på ernæring for disse pasientene siden ernæring ut fra mitt synspunkt ikke prioriteres nok. Jeg har også oppfatningen av at det er for lite kunnskap om ernæring, hvor de færreste har kunnskaper om at denne pasientgruppen ikke skal ha ”vanlig” pasientkost. Dette gjelder mannen på gata, men dessverre i min erfaring også helsepersonell. I praksis fikk jeg inntrykk av at det er for dårlig kunnskap om ernæring generelt hos pleiere, men spesielt for spesifikke pasientgrupper som pasienter med kronisk nyresvikt. Jeg ønsker derfor å lære mer om dette temaet for å kunne møte pasientgruppen bedre forberedt, og for å kunne være en framtidig ressurs for pasienter, pårørende og medarbeidere.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

I oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i pasienter som er inne på sykehuset for dialyse. Dette har jeg valgt siden disse pasientene er kommet til et stadium hvor de trenger mer hjelp og assistanse fra sykepleieren. Jeg har valgt å utelukke pasienter som har kronisk nyresvikt i de første stadier, siden sykepleiere vanligvis har lite kontakt med dem. Jeg har også avgrenset ved å utelukke pasienter med akutt nyresvikt, siden denne gruppen er i en annen sammenheng med annet sykdomsforløp enn den kroniske varianten. I problemstillingen har jeg skrevet begrepet god ernæringsstatus, og med god ernæringsstatus mener jeg at personen er normalvektig, har et variert kosthold og får i seg nok næringsstoffer. Dette er min forståelse av begrepet. Jeg bruker også begreper som ernæring og kost/kosthold mye gjennom oppgaven. Ernæring er prosessene hvor næringsstoffer tas opp og omsettes i kroppen for å opprettholde de normale fysiologiske funksjoner (Pedersen et.al., 2009:17). Kost/kosthold er utvalget av tilberedte matvarer som vi vanligvis spiser (Pedersen et.al., 2009:20). I oppgaven vil jeg komme til å snakke om underernæring og feilernæring.

1.4 Oppgavens hensikt

Min hensikt med oppgaven er å forsøke å skape større forståelse og bedre kunnskap om ernæring knyttet til sykdommen kronisk nyresvikt. Dette er spesielt med hensyn til helsepersonell, sykepleiere spesifikt. Jeg vil undersøke hvordan sykepleieren kan møte, veilede og hjelpe pasienten og evt. hans pårørende med ernæringen for å få et best mulig sykdomsforløp. Med dette tenker jeg på minst mulig komplikasjoner, smerter og ubehag for å kunne oppleve velvære. Jeg tenker også at sykepleieren bør forsøke å hjelpe pasienten best mulig med ernæringen slik at han etter hvert kan selv kan sørge for å ivareta sin egen ernæringsstatus hvis det er mulighet.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med å beskrive litteraturstudium som metode, for så å gå inn på teorien. I teorien vil jeg vise til Virginia Henderson, som er en sykepleieteoretiker som jeg synes passer til mitt tema, for å trekke inn hennes tanker om hva sykepleie er gjennom drøftingen. Jeg vil også gå inn på hva kronisk nyresvikt konkret er. Så vil jeg se på hva teorien sier om ernæringsstatus før jeg begynner på drøftingen. I drøftingen har jeg forsøkt å svare på problemstillingen ut fra forskjellig teorier og mine egne erfaringer fra praksis.

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudium som metode

Metode er et redskap for å hjelpe oss til å samle inn data, og kan fortelle oss noe om hvordan en bør gå frem for å belyse spørsmål på en faglig måte (Dalland, 2007). I min oppgave, har jeg valgt litteraturstudium, eller kildegranskning. Dette tar utgangspunkt i tolkning av skriftlig materiale (kilder). Teksttolkningen kan danne utgangspunkt for kvalitativ analyse eller være supplerende til undersøkelser som intervju, observasjon osv. Poenget med et litteraturstudium er å kaste ytterligere lys over hvordan en gruppe mennesker tenker og oppfatter virkeligheten (Aadland, 2004).

Fordelen med metoden er at en får god bredde av at en forholder seg til flere kilder, og ut fra dette kan trekke ut den informasjonen og kunnskapen som er sentral for oppgaven.

Informasjonen en skaffer bygger på forskning som allerede foreligger, og gir en derfor muligheten til å knytte kunnskap sammen. Ved at forskningen bygger på tidligere forskning, altså er kumulativ, kan en i større grad se sammenheng mellom egne tanker og undersøkelser og hva de store linjene i forskningen sier (Dalland, 2007).

Metoden kan også være mindre tidskrevende enn ved bruk av for eksempel intervju og observasjoner, siden disse krever at en forbereder seg, utfører og behandler informasjonen for så å sammenligne med annen litteratur og kilder. Dog kreves det at en søker, går gjennom og siler ut stoff som ikke passer til oppgaven, samt vurderer om det som er relevant er faglig forsvarlig å benytte seg av. Dette gjør at en må forholde seg til mange forskjellige syn og problemstillinger om temaet, og det er derfor viktig å kunne noe om stoffet. Det kan da bli lettere å vurdere tilleggsopplysningene som problemstillingen krever. Dette er knyttet til det å stille krav til dataen en finner, hvor en må se på dataens relevans for problemstillingen og hvor pålitelig de er innsamlet. Feilkilder kan for eksempel føre til redusert pålitelighet, (Dalland, 2007) hvor et eksempel er hvordan man tolker en tekst individuelt.

Ulempen med denne metoden er at en selv ikke er ute i ”feltet”, slik som ved observasjon og intervju. Resultatene en får fra slike metoder er veldig aktuelle siden de er helt ”ferske”, i motsetning til forskning som kanskje er 5 år. En annen ulempe er at forskerens forforståelse kan prege utvalg av litteratur, selv om det er en målsetning å unngå nettopp dette. Dalland (2007) sier at det er flere normer en må følge uansett hvilken metode en benytter seg av, hvor disse bl.a. går ut på at resultatene skal være i overensstemmelse med virkeligheten, dataene skal være systematisk utvalgt og brukes nøyaktig. I tillegg skal forskerens forforståelse klargjøres, resultatene må være kontrollerbare og forskningsvirksomheten bør helst være kumulativ. Data som velges skal velges strategisk for å unngå at forskeren benytter data som gir han svaret han ønsker, hvor det viktige ikke blir at en får ”rett”, men heller finner sannheten. Med sannhet menes det at en argumenterer på en faglig overbevisende måte for det utvalget som er gjort. Det blir viktig at en er sin forforståelse og påvirkninger bevisst, slik at en aktivt kan tydeliggjøre den for seg selv og lesere (Dalland, 2007).

Valg av metode spiller inn på hvordan utforming på oppgaven blir samt resultatene en oppnår. Dalland (2007) sier at det er viktig å spørre seg om metoden var et godt redskap for å kunne få besvart sin problemstilling, hvor jeg synes litteraturstudiumet har gitt meg en god oversikt. Da tenker jeg på at jeg har sett på oppdatert litteratur og forskning fra flere forskjellige land, sett flere forskjellige metoder for hvordan en kan løse problemstillingen og har trukket ut det som er relevant for min problemstilling.

2.2 Databaser, søkeord

I denne oppgaven har jeg hovedsakelig benyttet meg av databasene PubMed, Ovid Nursing og SveMed+. Det er i alle fall disse databasene jeg har fått gode treff med litteratur som er relevant for oppgaven min. Disse databasene har gode søkemotorer hvor en kan avgrense søket for å få treff som er mest mulig relevant for min problemstilling. PubMed gir en tilgang til mange gode vitenskapelige artikler, det negative er at ingen finnes på norsk og at flere ikke finnes i full tekst, kun abstract. Ovid Nursing har vitenskapelige artikler som er mer sykepleierrettet, men kan være litt vanskelig å søke i, hvor en bør ha klart for seg hvordan en vil innsnevre søket. En har heller ikke tilgang til denne siden over alt, men må ha opprettet bruker gjennom Helsebiblioteket eller være tilknyttet Universitetets internett. SveMed+ har

jeg benyttet for å få et mer nordisk perspektiv på temaet, siden det er forskjeller på helsesystemene i forskjellige land. Treffene fra denne basen er derfor veldig relevant og gjenkjennbar slik jeg kjenner helsesystemet. Jeg har satt opp en tabell over databaser, søkeord, antall treff og hvor mange som var relevante for problemstillingen for å få bedre oversikt:

Databaser:	Søkeord:	Antall treff:	Relevante:
PubMed	“Kidney failure AND nutrition”	721	0
PubMed	“Chronic renal failure AND nutrition	578	0
PubMed	“Chronic renal failure AND nutrition AND nursing”	3	0
PubMed	“Nutrition guidelines in chronic renal failure”	35	1
Ovid Nursing	“Kidney failure AND nutrition”	290	0
Ovid Nursing	“Chronic renal failure AND nutrition”	35	1
SveMed+	“Nursing AND chronic renal failure AND nutrition”	0	0
SveMed+	“Kidney failure nutrition”	12	1
SveMed+	“Sykepleie njursvikt”	8	1

Ut fra disse søkeordene har jeg fått diverse treff, hvor jeg har sortert ut det som er mest relevant for min problemstilling. Uten å inkludere ordet ”nutrition” i søket får jeg veldig store mengder med treff, og veldig få som er relevante. I SveMed+ kan man søke både på engelsk og svensk, men har ikke så stor mengde med treff som andre databaser, og jeg kunne derfor ikke søke mer spesifikt enn det jeg har gjort siden det ikke ga noen treff. Det er også mange fagartikler, og få vitenskapelige artikler. Ovid Nursing er en database som er rettet mot sykepleiefaget. Artikkene fra denne databasen som ikke har blitt brukt har jeg utelukket siden noen av dem er veldig konkrete i forhold til andre problemstillinger, er utdaterte og gamle eller for at jeg ikke har tilgang til dem i full tekst. PubMed er en stor database hvor en får veldig mange treff generelt, og jeg bruker alltid å avgrense ved å bruke ”free full text available”, slik at jeg har tilgang på alle artikkene som kommer frem. PubMed er også beregnet på alle profesjoner, men ved å inkludere ”nursing” i søket får jeg kun 3 urelevante

treff. Jeg fant ikke en relevant artikkel før jeg endret på søkeordene og inkluderte ordet «guidelines», siden jeg allerede hadde funnet noen relevante artikler med dette ordet. Jeg fikk også færre treff som gjorde det lettere å få oversikt over artikler med mulig relevans.

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Det å søke etter vitenskapelige artikler på internett stiller krav til at en kan vurdere hva som er useriøse og feilaktige kilder på informasjon, og hva som er korrekt og relevant for min problemstilling. En må derfor være kritisk i møte med litteraturen i forhold til benyttet database som hvordan jeg fant denne artikkelen, forfatter(e) og om dette faktisk er relevant og kvalitetssikret, slik at en kan benytte det til referering og i faglig sammenheng (Dalland, 2007). Jeg har kun benyttet seriøse databaser, og unngått å bruke for eksempel Google, siden den gir mange useriøse og upålitelige kilder. Jeg har også sikret litteraturen ved å se hvem som har skrevet den og hvilken bakgrunn de har, samt at de er objektive i sitt arbeid og selv henviser til annen forskning. På seriøse artikler står det ofte kontaktinformasjon under forfatter(e), og dette mener jeg kan være et kvalitetsstempel. Jeg har også sett på litteraturens relevans for problemstillingen, og en del av kildekritikken er å utelukke de artiklene som ikke er relevante, selv om de er seriøse kilder. Kildekritikk som begrep brukes for å fastslå om en kilde er sann, og er et samlebegrep for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2007). Litteraturstudium bygger på allerede eksisterende litteratur, og det er derfor viktig at litteraturen blir presentert. Disse artiklene har jeg benyttet meg av:

Riktlinjer för nutrition vid hemodialys – användbara i vardagen för personal inom dialysvård
Er skrevet av Sara Lundström, som er klinisk ernæringsfysiolog innen nyremedisin ved Norrlands universitetssykehus.

Dette er en fagartikkel i det nordiske tidsskriftet Dialäsen som omhandler viktigheten av at personalet som jobber med dialysepasienter har noen retningslinjer å følge for at pasienter ikke blir underernærte. Dette siden dialysen «stjeler» aminosyrer, peptider og karbohydrater fra pasienten, slik at pasienten må være klar over dette og kompensere for tapet gjennom kosten. Retningslinjene er laget for å være praktisk anvendbare for helsepersonell. Artikkelen viser også til Svensk Njurmedicinsk Förenings hjemmeside som har retningslinjer for ernæring knyttet til hemodialyse, peritonealdialyse samt ernæring ved kronisk nyresvikt uten

dialysebehandling. Retningslinjene er utarbeidet i 2012 og har tatt utgangspunkt i svenske pasienter.

Var beredd på att patienten inte förstår dig

Er også en fagartikkel i bladet Dialäsen, og er skrevet av nefrologisykepleier Gunilla Lundmark ved dialyseavdelingen i Skövde. Artikkelen handler om nyresviktpasienters behov for informasjon og undervisning i oppstarten av dialysen og hvordan undervisningen oppfattes. Det har blitt tatt utgangspunkt i intervju av fem pasienter med åpne spørsmål, noe som gir pasientene muligheten til å fortelle fritt om sine erfaringer.

A.S.P.E.N. Clinical Guidelines

Denne vitenskapelige artikkelen er skrevet av Rex O. Brown og Charlene Compher, samt at det er godkjent av A.S.P.E.N. styret. Brown har en doktorgrad innen farmasi, mens Compher har en PhD, er Editor in Chief i A.S.P.E.N. og jobber ved University of Pennsylvania School of Nursing.

Artikkelen viser til retningslinjer for ernæring til pasienter med både akutt og kronisk nyresvikt. Retningslinjene er ment som et supplement til profesjonell kunnskap, vurdering og erfaringsbaserte kunnskaper, og er tiltenkt til helsepersonell deriblant sykepleiere. Her har de utarbeidet retningslinjer som kan bli veldig tekniske, men er et hjelpemiddel til hva en burde tenke på ernæringsmessig hos pasienter med nyresvikt. Retningslinjene er satt sammen av professorer og et «board of directors» som gjør dem troverdige.

Nutrition in Advanced Chronic Kidney Disease

Det er tre forfattere bak denne artikkelen, hvor alle jobber innen divisjonen nefrologi ved Vanderbilt University Medical Center i Tennessee. Mary B. Sundell har en doktorgrad i Nutrition og Dietetics, og koordinerer studier relatert til ernæring og aktivitet hos pasienter med kronisk nyresvikt i siste stadium ved nefrologidivisjonen. Pupim og Ikizler har begge en medisinsk doktorgrad. Pupim jobber som klinisk forsker innen fagområdet nefrologi i California, samt som adjunkt ved fakultetet for nefrologi i Vanderbilt University Medical Center. Ikizler er også ved divisjonen for nefrologi i Vanderbilt University Medical Center,

samt at han er direktør ved klinisk research i nefrologi og medisinsk direktør og CEO ved Vanderbilt Dialysis Outpatient Facility.

Denne vitenskapelige artikkelen har sin fokusgruppe på de dårligste pasientene på stadium fem. Artikkelen beskriver de mest brukte metodene for å opprettholde en god ernæringsstatus hos pasientene, spesielt med et fokus på de som gjennomgår hemodialyse. Forskerne har brukt retningslinjene fra National Kidney Foundation som et grunnlag, og har fokusert på ernæringsstatus knyttet til protein-energi, administrering av protein og energiintak og veiledning og oppfølging av pasientens ernæringsstatus. Artikkelen gir en god oversikt over de mest brukte markører for å vurdere ernæringsstatus, men kan derfor også bli litt for lite dyptgående på enkelte temaer.

2.4 Forforståelse og etiske overveielser

I møte med en tekst vil alle ha sin forforståelse. Den avgjør om vi finner mening i for eksempel en tekst. Forforståelse, eller fordommer, kan hjelpe en å finne orden, lage system eller skape mening i det en møter (Aadland, 2004). Forfatteren sier at det er umulig å forstå noe uten at man har forforståelse, og med det et system til å tolke og forstå det som en leser, ser og oppfatter. Min forforståelse er knyttet til de erfaringer jeg har gjort meg i praksis, hvor jeg ikke tror at sykepleiere er gode nok å ivareta ernæringen hos pasienter med kronisk nyresvikt eller kan nok om hvordan en kartlegger ernæringsstatus. Jeg tror at pasientene hadde vært sterkere rustet i møte med sykdommen hvis sykepleiere hadde større fokus på ernæringen, og at flere pasienter kunne unngått å bli under- eller feilernærte med bedre oppfølging og veiledning.

Etiske overveielser er knyttet til at en tenker gjennom hvem som har nytte av kunnskapen en prøver å fremskaffe (Dalland, 2007). Gjennom mitt arbeid tenker jeg først og fremst at jeg har stort utbytte av dette som sykepleier, og at jeg blir å besitte mye kunnskap om temaet. Utenom dette har jeg et ønske om at sykepleiere generelt skal ha bedre kunnskap for å kunne ivareta ernæringsstatusen hos pasienter med kronisk nyresvikt. Etiske overveielser er også viktig når man skriver om innhold og meninger, og en del er blant annet det å tolke teksten og

gjengi den korrekt. Jeg har benyttet artikler på andre språk, og dermed er rett oversettelse en viktig del slik at en ikke mister betydningen eller tar teksten ut av sammenheng.

3.0 TEORI

3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Hendersons tanker om sykepleie går under sykepleieteorien behovsteori, som tar utgangspunkt i å dekke grunnleggende behov. Med grunnleggende behov tenker en på allmennmenneskelige behov som er viktige for å opprettholde normal menneskelig funksjon, helse og velvære. De grunnleggende behov og behovsteorien er nært knyttet til Maslows behovshiarki. Sykepleierens funksjon blir å assistere og ivareta de grunnleggende behovene som svekker pasienten ved sykdom og helsesvikt (Kristoffersen, 2005). Sykepleien må da ta utgangspunkt i pasientens oppfatning av sine behov og hvordan de best kan dekkes (Kirkevold, 2001). Hendersons sykepleiedefinisjon viser dermed til det å utføre de gjøremål som er nødvendig for helse, helbredelse eller en fredfull død (Kristoffersen, 2005).

Gjøremål som bidrar til å ivareta menneskets grunnleggende behov knyttes til Hendersons 14 grunnleggende sykepleieprinsipper. Disse er av fysisk, psykososial og eksistensiell karakter, og Henderson mener det er en nær kopling mellom menneskets ulike dimensjoner. Hun mener at det er gjennom samtale med pasienten en finner ut hva han trenger hjelp til og hvordan den bør gis (Kristoffersen, 2005). Ut fra disse 14 behovene gir Henderson eksempler på ulike sykepleietiltak, hvor tiltakene enten er ut fra sykepleiens eget initiativ, eller forordnet av lege eller andre profesjoner. Hun mener at sykepleiere må følge noen generelle metoder, som for eksempel å utføre legeforordnede tiltak knyttet til behov, planlegge pleien (fortrinnsvis i skriftlig plan) og å skape et "konstruktivt forhold" til pasienten. Med konstruktivt forhold mener hun at sykepleier/pasient-forholdet må få utvikle seg naturlig (Kirkevold, 2001). Henderson har også en definisjon på hva hun mener er profesjonell sykepleiepraksis, hvor denne er basert på definisjonen til American Nurses' Association. Dette skriver hun i *Sykepleiens natur* (1998:31), hvor profesjonell sykepleiepraksis i følge henne er å: *"utøve en gjerning som omfatter å observere, pleie og gi råd til syke, skadede eller uføre personer, eller å opprettholde helse eller avverge sykdom hos andre, eller å holde oppsyn med og undervise annet personell [...]"*.

Hendersons sykepleiedefinisjon har som mål at pasienten skal kunne gjenvinne selvstendighet, helse og helbredelse ved hjelp fra sykepleieren. Ved kronisk sykdom vil det da bli et mål at pasienten får det best mulig i sin situasjon, og opplever velvære. Sykepleieren vil ut fra Hendersons syn hjelpe pasienten med å få dekt sine grunnleggende behov. Et sentralt poeng i hennes teori er også at pasienten kjenner sine egne behov best, og at en skal handle ut fra pasientens ønsker. Pasienten bør ha en aktiv og ansvarlig rolle så fremst det er mulig, og sykepleieren skal da ha en assisterende funksjon for å ivareta behovene. Gjøre mål som utføres for å dekke behovene skal dermed utføres slik pasienten selv ville ha gjort det hvis pasienten hadde hatt tilstrekkelige kunnskaper, krefter og/eller vilje (Kristoffersen, 2005). Sykepleien kommer dermed inn når personen ikke klarer å opprettholde et helsefremmende eller lindrende livsmønster, hvor dette kan føre til nedsatt helse. Sykepleieren må da iverksette støtte og erstattende tiltak, og dette gjelder både for friske og syke, men må være i tråd med pasientens personlige livsmønster (Kirkevold, 2001).

Menneskesynet til Henderson er preget av at hun oppfatter mennesket som et selvstendig, aktivt handlende individ som tolker og uttrykker sine behov ut fra sin kulturelle og sosiale bakgrunn. Menneskets evne til å oppfatte og se andre menneskers behov er i følge henne begrenset, og det er et fundamentalt premiss for utøvelse av sykepleie. Dette fordi sykepleieren må ta utgangspunkt i dette premisset for å gjøre sitt fremste for å kunne forstå pasientens opplevde behov, som er avhengig av pasientens oppfatning av dem samt diagnose og tilstand. Henderson viser til at dette er en del av sykepleierens særegne funksjon, men hun understreker også at sykepleieren er en del av det delvis overlappende og komplementære helseteamet. Hun advarer mot å lage for skarpe skiller mellom de ulike faggruppene, men mener at sykepleie må bygge på forskningsbasert kunnskap, uten at individets særegenhet overses. Individet er i fokus, men hun understreker også pårørendes viktighet for å møte pasientens behov, og dermed også rollen deres for utøvelsen av sykepleie (Kirkevold, 2001).

3.2 Kronisk nyresvikt

Nyrenes oppgave er å vedlikeholde riktig volum og sammensetning av stoffer i kroppens væskerom, som er både inne i cellene (intracellulært) og mellom cellene og i blod og lymfekar (ekstracellulært). Nyrene gjør dette ved å skille ut avfallsstoffer, samt regulerer

elektrolytt- og væskebalansen og syre-base-balansen i kroppen. Det gjøres også ved at nyrene produserer og utskiller renin og erythropoietin, og aktiverer vitamin D, altså nyrene har en endokrin funksjon (Hartmann, Jenssen & Julsrud, 2008). Ved nyresvikt vil disse livsviktige funksjonene bli redusert og etter hvert slutte helt. I medisinsk sammenheng beregnes nyrefunksjonen til en person ut fra den glomerulære filtrasjonshastigheten (GFR), som er den mengden væske som blir filtrert i nyrene per minutt. Denne hastigheten er redusert ved nyresvikt. En bruker også kreatininverdien som finnes i plasma som markør for GFR, men denne kan være et dårlig mål for nyrefunksjon. Derfor måler en nyrefunksjonen ved å samle døgnurin (Almås, 2010). Personer som har kronisk nyresvikt i et tidlig stadium har andre betingelser å forholde seg til enn på et senere stadium med hensyn til for eksempel medikamenter, dialyse og oppfølging. Uansett hvilket stadium, har de som gruppe samme diagnose og er kronisk syke (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Uremi kjennetegnes av at nyrenes funksjon er så dårlig at det blir en opphopning av giftige avfallsstoffer fra proteinmetabolismen, som ikke lenger fungerer slik den skal. Det blir også forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen, syre-base-balansen samt den endokrine funksjonen som er knyttet til hormonproduksjon og sekresjon (Almås, 2010). Uremi har også karakteristiske symptomer som hudkløe, kvalme, brekninger, anoreksi, slapphet, muskelsvakhet, endringer i mental status, kramper og bevissthetsreduksjon. Ved alvorlig uremi vil en også kunne finne tegn til på uremisk perikarditt og lungeødem (Hartmann, Jenssen & Julsrud, 2008). Når en person med nyresvikt har kommet så langt at han er uremisk må han ha nyreerstattende behandling som er enten dialysebehandling eller transplantasjon for å overleve (Almås, 2010).

3.3 Ernæringsstatus

Ernæringsstatus som begrep viser til i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer er oppfylt, og er et resultat av tilførsel, forbruk og tap av ulike næringsstoffer. God ernæringsstatus blir i denne sammenhengen knyttet til balansen mellom inntak, forbruk og tap av næringsstoffene, slik at det ikke oppstår overernæring/overdosering eller underernæring/ernæringsmangler (Sjøen & Thoresen, 2008:96). Ernæringsbehovet endres ved sykdom, og fører til andre problemer og mål for pasient og helsepersonell. Dette skjer hvis

man får i seg for lite energi og kroppen dermed starter en nedbrytningsprosess som gir pasienten mindre krefter og energi. Sentrale mål for å unngå dette kan være å forhindre eller minimere tap av cellemasse, å gi størst mulig sjanse for helbredelse, å sikre mulig gjenoppbygging av tapt vev og å gi optimal mulighet for at krefter og livskvalitet gjenvinnes (Hessov & Jeppesen, 2011).

Underernæring oppstår hvis inntaket og omsetningen av energi og næringsstoffer ikke er tilstrekkelig til å oppfylle menneskets behov for energi og næringsstoffer. Det oppstår da uønskede virkninger på kroppens størrelse og sammensetning samt funksjon. Med funksjon menes fysisk, psykisk og atferdsmessig påvirkning. Langvarig underernæring og kronisk sykdom kan bl.a. medføre vitamin- og mineralmangel (Hessov & Jeppesen, 2011).

Underernæring kan ha flere negative konsekvenser for pasienten som nedsatt infeksjonsmotstand, økt bruk av antibiotika, dårlig sårtilheling og nedsatt muskelkraft. Ved nedsatt muskelkraft følger nedsatt ventilasjon, dårlig hostekraft og langsom mobilisering også med. Feilernæring er et begrep som også er aktuelt for en persons ernæringsstatus, hvor en ved feilernæring har feil sammensatt kosthold. Det kan bety at en kan spise nok energiholdig mat, men at en får for lite av spesifikke næringsstoffer og noen ganger for mye av andre (Sjøen & Thoresen, 2008).

4.0 DRØFTING

4.1 Utfordringer for nyresviktpasienten

Når man snakker om ernæring til nyresviktpasienter skiller en ikke mellom pasienter med akutt eller kronisk nyresvikt, men fokuserer oftest på hvor langt nyresvikten har progrediert – altså om det er oppstått urinforgiftning. Pasienter med uremi har ofte dårlig matlyst, noe som mest sannsynligvis kan knyttes til opphopningen av avfallsstoffer i blodet. Opphopningen kan føre til kvalme og brekninger, noe som ødelegger appetitten til pasienten. Et tiltak kan da være kvalmestillende medikamenter som sykepleier kan forordne i samarbeid med lege. Sykepleieren kan også hjelpe pasienten i å finne ut om det er eventuelle matvarer, lukter osv. som trigger kvalmen og sørge for optimal hygiene av både kropp og munnhule (Knutstad, 2008). I praksis erfarte jeg at det vanligste var å forordne kvalmestillende, mens matvarer, lukter og hygiene i sammenheng med kvalme ble nedprioritert. Kvalmestillende medikamenter hadde alene ikke bestandig like god effekt, og hvis pasienten for eksempel opplevde en spesifikk lukt som kvalmende forsvant ikke kvalmen før rommet var skikkelig luftet eller årsaken ble fjernet.

Opphopningen av avfallsstoffer som skaper kvalme er giftige og nitrogenholdige, men etter hvert som pasienten responderer på dialysen avtar som oftest kvalmen. De nitrogenholdige avfallsstoffene er nedbrytningsprodukter fra proteiner, som ikke skilles ut i nyrene ved sykdommen. Derfor kan pasienter med nyresvikt ha nytte av proteinfattig kost. Utfordringen blir å balansere proteininntaket mot den normale nedbrytningen av kroppens proteiner, hvor et lavere proteininntak enn 0,5 gram per kilo idealvekt per dag er vanskelig å gjennomføre (Knutstad, 2008). Sundell, Pupim & Ikizler (2007) viser til at nyresviktpasienter som gjennomgår hemodialyse, som betyr at blodet blir rensset gjennom en maskin, ofte har små proteinlager samt større sjanse for å bli undervektige.

Pasienter som er innlagt på sykehuset er avhengig av korrekt og tilstrekkelig ernæring under oppholdet, hvor ernæring regnes som en viktig del av behandling siden mangel på dette

punktet kan karakteriseres som sviktende omsorg (Glindvad & Ravn, 2004). Dette i tråd med Hendersons sykepleierteori, hvor sykepleie også inkluderer tilstrekkelig næring (Kristoffersen, 2005). Det viser til at sykepleiere kan se på ernæring som en del av sykepleien de utfører, ikke kun en nødvendighet og rutine. Med et slikt syn kan man kanskje se betydningen ernæringen kan ha, samt forbedringspotensialet som finnes. Noen sykehus og avdelinger har ikke erklærte retningslinjer for kost- og ernæring til å sikre og synliggjøre at ernæring er en del av behandlingen. Det kan være en stor fordel med kliniske retningslinjer som har som overordnet mål å sikre at pasientene mottar ernæringsmessig pleie av høy kvalitet, dette for å sikre et optimalt innleggelsesforløp. Retningslinjene gjør det lettere for sykepleiere å utøve god klinisk praksis, og gjør at de har et redskap å støtte seg på. De kliniske retningslinjene kan for eksempel inneholde prosedyrer for hvordan og når man screener pasienter for å identifisere en eventuell ernæringsrisiko, hvilke kosttilbud bestemte grupper av pasienter bør ha, hvem som har ansvar for de bestemte oppgavene (sykepleier, hjelpepleier, lege osv.), hvordan måltidene organiseres og hvordan kvaliteten sikres. For å skape en målrettet innsatts ovenfor pasientenes ernæring må flere yrkesgrupper involveres samt pasientene selv, og en kan for eksempel få hjelp av en brukergruppe. Arbeidet på avdelingen kan også sikres faglig forsvarlighet og gjøres mer effektivt ved at hver yrkesgruppe vet hvilke oppgaver de skal utføre. Det kan også være trygghetsskapende for både pasienter og personalet (Glindvad & Ravn, 2004).

Pasienter med uremi har nedsatt motstandskraft mot for eksempel infeksjoner, og dermed oppstår det hos mange betennelser i munnhule og på tungen. Det gjør at spyttet endres og munnhulen blir sensitiv, som kan skape ubehag ved inntak av mat og drikke. Ved mistanke om betennelse i munnslimhinnen, stomatitt, er det en viktig sykepleieroppgave å administrere legemidler for å øke velvære og opprettholde matlyst. Stomatitt skyldes oftest sopp, og pasienten må derfor være påpasselig med munnhygiene eller sykepleieren assisterer ved behov.

Et annet problem som kan redusere matlyst og velvære hos pasientene er obstipasjon. Obstipasjon kan oppstå hos pasienter med nyresvikt siden de ofte har væskerestriksjoner i forhold til hvor mye de kan drikke, og kan være trett og sliten slik at de er i liten aktivitet. Sykepleieren kan i samarbeid med lege gi pasienten laksantia, og hvis pasienten har redusert hukommelse registrere hvor ofte pasienten har avføring for å forebygge obstipasjon i fremtiden. Selv yngre pasienter kan oppleve å ha lette mentale forandringer som

hukommelsessvikt og atferdsforandringer, dette på grunn av kroppens nedsatte mulighet til å skille ut avfallsstoffer. En kan også bli søvnig, utmattet og få søvnproblemer (Knutstad, 2008). Erfaringsmessig har jeg ikke opplevd at nyresviktpasienter har hatt stomatitt eller lette mentale forandringer, mens obstipasjon og utmattelse oppstår ganske ofte, gjerne hos samme pasient. Det hos pasienter som er utmattet og sengeliggende, og dermed ikke får den positive effekten av fysisk aktivitet.

Når pasienter reduserer proteininntaket økes ofte inntaket av fett og karbohydrater, som i lengden kan være skadelig for hjerte og kar. Pasienter med kronisk nyresvikt er svært utsatt for hjerte- og karsykdommer, og det er derfor en fordel å forsøke å innta så "hjertevennlig" kost som mulig for eksempel ved å holde seg til sunne fettsyrer, som flerumettede, og unngå skadelige mettede fettsyrer. Dette kan virke ekstra frustrerende for pasienten siden han ofte må forholde seg til kostrestriksjoner med lite frukt og grønt i tillegg, som kan gjøre det vanskelig for pasienten å få i seg nok variert mat, og å få dekt vitamin- og mineralbehovet (Knutstad, 2008). En ser dermed hvor viktig det er at sykepleieren kan hjelpe pasienten med denne usikkerheten, siden han må forholde seg til mange restriksjoner, meninger og oppfatninger fra forskjellige hold.

Glindvad & Ravn (2004) sier at sykepleieren skal kunne veilede pasienten i forhold til fordelingen av protein, fett og karbohydrater, samt veilede de pasientgruppene som i perioder kan være i risiko for mangel eller overdosering av næringsstoffer. Om dette viser Henderson til viktigheten av at sykepleieren kan veilede, informere og gi råd til pasienten ved usikkerhet. Dette for at pasienten i størst mulig grad skal kunne gjenvinne selvstendighet, og ha en aktiv rolle i forhold til sin egen sykdom og ernæringsstatus. Sykepleieren blir i denne sammenhengen i en assisterende rolle, hvor pasienten aktivt skal ta styringen ut fra sine behov hvis forholdene tillater det (Kirkevold, 2001).

En person med kronisk nyresvikt kan være i forskjellig helsetilstand ut fra hvilket stadium han befinner seg på, og ut fra egne faktorer som for eksempel alder og motivasjon. Henderson antyder at sykepleierens funksjon bl.a. er å observere, ta seg av og gi råd til pasienter, samt og hjelpe annet personell. I samsvar med dagens helsesystem ser en at helsepersonell arbeider i team, og pasienten har mange forskjellige personer å forholde seg til. Derfor er det viktig at sykepleieren for eksempel underviser og hjelper annet personell til å besitte den nødvendige kunnskapen for akkurat denne pasienten. Alle medlemmer av teamet må også se på pasienten

som hovedpersonen i samarbeidet (Henderson, 1998), og at det er han som står i sentrum for våre oppgaver. I mange tilfeller kan det være fruktbart å snakke med pasientens pårørende, for eksempel hvis kona lager all maten i forholdet eller hvis pasienten selv er usikker på kosthold og hva han egentlig inntar. Det blir da viktig at pårørende kjenner godt til pasientens vaner (Kristoffersen, 2005).

Erfaringsmessig synes jeg at sykepleiere er flinke til å inkludere pårørende i spørsmål om ernæring. Pasientene synes ofte det er en trygghet at pårørende kan bekrefte kostholdet deres og være med under veiledning og rådgivning. Dette ved at pårørende kan hjelpe pasienten å huske hva som blir sagt av informasjon, samt bidra til at bestemte tiltak iverksettes i hjemmet. Det kan for eksempel være å legge om deler av kosten, som det å ekskludere melk fra måltider og finne andre alternativer. Pårørende er ofte opptatt av å følge retningslinjer og veiledninger som gis, og kan dermed være en støtte for pasienten når han må endre vanene, som kan oppleves som vanskelig. Pårørende blir dermed en støtte for pasienten, og kan være en viktig ressurs for både pasient og sykepleier.

4.2 Sykepleierens vurdering av ernæringstilstand

For at sykepleieren skal vite hva en pasient trenger av inntak og om han er underernært/feilernært må en vurdere ernæringstilstanden. I følge Hesso & Jeppesen (2011) er dette parametre som bør inkluderes for å vurdere tilstanden: høyde, vekt, BMI og en objektiv klinisk undersøkelse. Kostregistrering er et viktig hjelpemiddel ved vurdering av pasientens ernæringsmessige risiko. En kostregistrering innebærer at en noterer ned alt inntak av mat og drikke ettersom det inntas (Sjøen & Thoresen, 2008). I praksis var det en pasient som noterte ned alt han spiste og drakk en ukedag for at legen skulle få et innblikk i hans kostinntak. Dette hos en pasient som var underernært, men selv mente han spiste for mye. Slik kunne en gi et mer realistisk bilde av hva han bør innta og hva som faktisk blir inntatt.

Registreringen kan skje ved innleggelse på sykehuset og ved pasienter som har behov for individuell ernæringsoppfølging, som ved dialysepasienter, hvor det daglig skal foretas kostregistrering. Det kan for eksempel være registrering og beregning av energi- og

proteininntak samt veiing. Kostregistreringsskjema utfylles så nøye som mulig for å kunne danne grunnlag for vurdering og beregning, hvor en skal notere ned alt som inntas av fast og flytende føde. Om pasienten selv gjør dette eller sykepleier, bestemmes ut fra pasientens forutsetninger (Hessov & Jeppesen, 2011). I min praksis erfarte jeg at oppegående pasienter oftest selv skrev ned alt av mat og drikke, men at det kun ble gjennomført ved svært underernærte pasienter. Jeg mener at en også bør bruke registreringer for pasienter som er i en dialysefase slik at en fanger opp eventuelle problemer. Da kan en kanskje også unngå at nyresviktpasientene blir feilernærte og/eller underernærte.

Hvis pasienten selv registrerer inntaket skal sykepleier gå gjennom registreringene. Ved kostregistreringer er det viktig at sykepleieren er så nøytral som mulig, og ikke lar sine egne mat- og spisevaner farge meningene. Det er viktig å være åpen over pasientens vaner, siden de er personlige og kan være dypt sammensatt. Mat er en del av vår kultur og identitet, og fordømmelse kan være krenkende og skape et dårlig samarbeid. Sykepleieren kan for eksempel ikke bestille mat, servere maten, informere, gi råd og veilede før en har samlet informasjon om pasientens kost. Pasienten skal også være deltakende i avgjørelser og ha innflytelse på valgene som tas (Glindvad & Ravn, 2004). Uten å vite hvordan et menneske spiser kan det være vanskelig å gi råd som mottakeren oppfatter som meningsfull (Sjøen & Thoresen, 2008). Henderson mener at pasienten er *”en aktiv og ansvarlig deltaker i den sykepleien han mottar”* (Kristoffersen, 2005:36) og at pasienten derfor bør være med i beslutninger om ernæringsstatusen hans. Her synes jeg det syndes mye i praksis, hvor sykepleiere ofte tenker at pasienten ser *”så godt ut”* at han trenger da vel ikke mer enn to brødskiver. Dette uten å forhøre seg med pasienten først. Sykepleiere spør ofte pasienten når matkort utfylles for å få innsikt i pasientens allergier, vaner og ønsker i forhold til kostholdet, men ikke alltid. Det bør være en selvfølge at en spør pasienten hva han vil ha av mat og drikke, og ikke tar beslutninger ut fra hva sykepleieren selv mener han behøver. Slik kan en kanskje unngå at pasienten ikke føler seg overkjørt. Mange voksne pasienter vet ofte hva de trenger i løpet av dagen for å holde stabil vekt og for å unngå at for eksempel vitaminmangel oppstår. De trenger kanskje heller litt ekstra veiledning i forhold til de endrede forholdene som oppstår ved kronisk nyresvikt, slik at de skjønner at de mister mer proteiner og eventuelt bør øke inntaket.

Før en eventuell kostregistrering kan kostanamnese være en god pekepinn for å få innsyn i pasientens ernæringsstilstand. Kostanamnese er et intervju hvor pasienten beskriver hvordan

sine vanlige måltider er i en bestemt periode eller over lengre tid. Forutsetningen for å ha en kostanamnese er at pasienten har god hukommelse, er ærlig og har kunnskap om forskjellige matvarer og dets innhold (Sjøen & Thoresen, 2008). Gjennom min erfaring er de største manglene knyttet til kunnskap om matvarer og innhold, og der har kanskje sykepleieren et forbedringspotensiale.

Kostregistreringen og kostanamnesen kan ses i sammenheng med parametre for å vurdere ernæringstilstand. Pasientens BMI (body mass index), som viser sammenhengen mellom høyde og vekt, kan være en parameter. BMI har sin fordel med at det er enkelt å regne ut, hvor tallet en får kan gi en pekepinn på om pasienten er undervektig, normalvektig eller overvektig. Svakheten med BMI er at den ikke tar høyde for mengde fett og muskelmasse. Fett er større i omfang, men er lettere enn muskelmasse (Sjøen & Thoresen, 2008). Det vil i teorien si at en veldig muskuløs pasient kan få en BMI som tilsier at han er overvektig. En kan bruke BMI som en veileder og pekepinn, men det bør da brukes i sammenheng med andre metoder pga. sine mulige feilkilder. På noen kurveark i praksis hadde man egne rubrikker for å fylle inn pasientens BMI, men dette ble sjeldent utført, til tross for at man hadde pasientens høyde og vekt.

Det å beregne energibehov kan være en oversiktlig måte for å vite om pasienten for eksempel har et for lite matinntak, hvor en da kan forebygge underernæring siden en har et estimat på hvor mye han egentlig burde få i seg per dag. Denne metoden har ikke blitt brukt i praksis slik jeg har erfart, men er nok ikke umulig å innføre hvis en har rutiner på det. Å beregne energibehov er ikke spesielt vanskelig eller tidskrevende, og bør derfor være gjennomførbart for sykepleiere å ta i bruk. En kan også lettere se fordelingen av næringsstoffer som pasienten får i seg, og kan kanskje lettere ta tak i en eventuell feilernæring eller mangelsykdommer.

I forhold til ernæring er viktige spørsmål for eksempel hva pasienten liker å spise og drikke, allergier, hvor ofte han spiser og om det er til spesielle tidspunkter (Kristoffersen, 2005). Erfaringsmessig synes jeg sykepleiere er gode til å dokumentere eventuelle allergier, og hva pasienten ikke liker av mat og drikke, mens hvilken tid han helst spiser på dagen blir nedprioritert. Dette kan forklares ved at en på sykehus ofte får de forskjellige måltidene til bestemte tidspunkt, og at det sparer tid at alle får måltidene servert samtidig. En kan dog fortsatt sette av mat og forsøke å opprettholde pasientens rutiner i høyest mulig grad. Det andre prinsippet av Hendersons 14 grunnleggende sykepleieprinsipper handler nettopp om behovet

for å spise og drikke tilstrekkelig (Kristoffersen, 2005). Jeg mener at en også kunne ha tilført å spise og drikke variert, siden kostholdssammensetningen også er av betydning, spesielt ved langtidspasienter som pasienter med kroniske sykdommer ofte er. På dette punktet er det viktig at sykepleieren kartlegger ønsker og vaner, for så å legge til rette forholdene slik at for eksempel pasienten har energi til å innta mat og drikke. Her spiller punkt 5, som er søvn og hvile, inn. Hvis pasienten sover dårlig om natten, og derfor er sliten og trett, kan det være viktig at dette behovet dekkes for at pasienten skal ha overskudd til å spise og drikke tilstrekkelig. I praksis så jeg at trette pasienter ofte ble mindre oppmerksom på hva de spiste og drakk. Det kan da bli en større risiko for feilernæring med ensidig kost over tid. Alle Hendersons punkter spiller inn på hverandre, hvor også å holde kroppen ren og velstelt og få fjernet kroppens avfallsstoffer er viktig for pasientens matlyst. Her spiller sykepleierens struktur og organiseringsevne inn, siden det å kunne planlegge stell, hvile og matinntak er viktig for at pasienten skal oppleve størst mulig velvære (Kristoffersen, 2005).

Henderson uttrykker i International Council of Nurses sin publikasjon Sykepleiens grunnleggende prinsipper at: *«Intet fag i sygeplejerskeuddannelsen er viktigere end ernæringslæren»* (Glindvad & Ravn, 2005:17). Hun ser også sykepleie som et praktisk fag som stiller krav til sykepleierens kunnskaper for å kunne utøve god sykepleie (Glindvad & Ravn, 2005). Ernæring er et grunnleggende behov for mennesker, og det er derfor en viktig sykepleieoppgave å dekke dette behovet. Hun skriver at det er en krevende prosess både for sykepleier og pasient å dekke behovet for mat og drikke ved sykdom. Ut fra Hendersons teori er det viktig at sykepleieren da har kunnskap om pasientens livsmønster. Livsmønster er personens etablerte vaner som har oppstått og blitt lagt gjennom hele pasientens liv, og er hans måte å ivareta sine grunnleggende behov på. Sykepleieren bør kjenne til disse individuelle vanene som er knyttet til de ulike behovene. Det kan være for å bedre kunne ivareta hans individuelle behov, siden de er forskjellige mellom hver enkelt pasient (Kristoffersen, 2005). Dette kan en kanskje lettest se i praksis hos pasientene med mest utpreget livsmønster, samt de med individuelle vaner og behov som er ulike våre egne. Et eksempel kan være en nyresviktpasient med annen etnisk og kulturell bakgrunn. Han kan ha et annet forhold til mat og andre vaner knyttet til tidspunkt, tilberedelse av maten osv. Sykepleieren må da ta andre hensyn og forhåndsregler i forhold til denne pasienten, og uten å kartlegge hans livsmønster vil hun kanskje skape et dårlig grunnlag for samarbeid som kan svekke læringsviljen til pasienten.

4.3 Å lære det nødvendige

Nyresviktpasienter har mange begrensninger i sitt kosthold og må for eksempel ofte unngå frukt og grønt. Disse matvarene inneholder kalium, som nyrene får problemer med å skille ut i den senere utviklingen av nyresvikten. For mye kalium kan utløse arytmier (hjerterytmeforstyrrelser (Jacobsen m.fl., 2009), og kan derfor være fatalt. Media påvirker også en persons oppfatning av hvordan han bør spise, som kan gjøre at pasienten har mange forutinntatte meninger. Disse kan være lite samsvarende med hva for eksempel lege og ernæringsfysiolog mener han må innta ut fra sin sykdom og sine verdier, som blodprøver, blodtrykk, syre-base-forstyrrelser, diurese, ødemer osv. Pasienten kan dermed forsøke å spise fem om dagen av frukt og grønt som det anbefales gjennom kostholdsveiledninger (Helsedirektoratet, 2011), mens legen til en nyresviktpasient vil anbefale han å innta minst mulig av disse ut fra hans sykdom og kaliumverdier. Her ser en også viktigheten av at pasienten har rett informasjon som angår han selv, altså relevant for ham.

I Norges offentlige utredninger, ”*pasienten først!*” (1997:2) vises det til at informasjon som gis pasienten må være lik, og ikke variere ut fra hvem som gir den. Her står det at: ”*Informasjon er det som pasienten har forstått, ikke det som blir sagt*”. Det blir derfor helt nødvendig å vite hva pasienten vet fra før av, og hva han selv mener han behøver mer informasjon om. Hendersons siste punkt av hennes fjorten handler om at sykepleier skal hjelpe pasienten med ”*å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling*” (Kristoffersen, 2005:36), og at det dermed er en sykepleieroppgave at pasienten har kunnskap om faktorer som kan bedre hans helse. En sykepleier i praksis fortalte meg om hennes erfaringer om læring hos pasientene. Hennes erfaringer tilsa at de pasientene som ønsket å lære mest mulig for å mestre sin livssituasjon og sykdom, ofte ble raskest selvstendig. Disse pasientene var ofte yngre og mer motiverte til å bli friske, dette siden de hadde familie og jobb som de ønsket å være delaktige i. Knutstad (2008) sier at læring er en individuell prosess, hvor følelsesmessige reaksjoner er en viktig del av drivkraften. Derfor vil det ved motvilje ikke skje læring, uansett hvor god en er til å formidle verdifull kunnskap. Jeg tror derfor at det blir viktig å ha et godt utgangspunkt mellom formidler og mottaker, og at sykepleieren kommer lengre med å motivere og veilede pasienten hvis hun tar høyde for hans bakgrunn.

Lundmark (2005) mener at alle nyresviktspasienter har forskjellige utgangspunkt med seg i møte med ny kunnskap, og det er ut fra dette utgangspunktet pasientene oppfatter sitt behov for undervisning og kunnskap. Sykepleiere bør derfor være seg bevisst hvilket utgangspunkt pasienten har og være der pasienten befinner seg. Dette for å kunne skape et miljø som gjør det mulig for sykepleieren å fange opp hva pasienten oppfatter av undervisningen, og hvordan han ønsker den lagt opp. Pasientene må sees som unike individer som har sine erfaringer og historier med seg for at undervisningen skal være fruktbar. Pasientene kjenner tross alt sine behov best. Dette i tråd med Hendersons tanker om pasienters unike livsmønster. Forfatteren viser også til at det ofte er stor forskjell på hva sykepleiere tror pasienten vil vite noe om, og hva pasienten synes er viktig kunnskap. Derfor blir det uhyre viktig at sykepleieren forhører seg med hver enkelt pasient før undervisningen, slik at de føler at kunnskapen gjelder akkurat dem. Dette bør en også tilstrebe ved undervisning av flere pasienter samtidig (Lundmark, 2005).

Ved nyresvikt er ernæringen en del av den konservative, altså den symptomatiske, behandlingen, og har som funksjon å forsinke forverringen av nyresvikten og forsøke å korrigere de fysiologiske forstyrrelsene. I mange land er det diskutert nytten av proteinreduert kost som behandling mot høyt blodtrykk, i tillegg til medisinsk behandling med blodtrykkssenkende medikamenter. En ser nytten av å redusere inntak av kalium og natrium, samt å bruke vanndrivende medikamenter for å korrigere væske- og elektrolyttforstyrrelser (Almås, 2010). Brown & Compher (2010) mener at proteinrestriksjoner er avhengig av hvilket stadium pasienten befinner seg på, og at pasienter på siste stadium behøver økt proteininntak for å kompensere for tap gjennom dialyse. Pasienter på et tidligere stadium kan derimot behøve restriksjoner på proteininntak siden de ikke mottar dialyse like hyppig og for å skåne nyrene for ekstra belastning samt utsette sviktprogresjonen lengst mulig.

Hos nyresviktspasienter bruker en ofte å redusere inntaket av fosfat i kostholdet. Fosfat finnes hovedsakelig i matvarer hvor det er proteiner, som for eksempel melkeprodukter, som er grunnen for at mange nyresviktspasienter må unngå melkeprodukter. Pasienten kan i tillegg ta tablettor som fungerer som fosfatbindere, slik at fosfat ikke tas opp i tarmen, men skilles ut i avføringen (Almås, 2010). Jeg har møtt pasienter som måtte unngå melkeprodukter, men mange av dem vet ikke hvorfor. Jeg mener en bør fortelle pasienter hvorfor en må forholde seg til slike begrensninger, og at kunnskapen kan gjøre at pasienten lettere holder seg til

rådene. Ikke alle pasienter er like interessert i å vite hvorfor, men for de pasienter det er aktuelt for er det viktig at sykepleieren da kan gi svar. Dette i tråd med Hendersons tanker om at sykepleie må sees ut fra hver enkelt, og ikke standardiseres (Kristoffersen, 2005).

Sykepleieren bør derfor kartlegge hva nyresviktpasienten faktisk har kunnskap om, og hva han ønsker å bli bedre på. Dette for å kunne veilede og lære hver enkelt pasient ut fra hans forutsetninger og behov.

Sykepleieren har et ansvar og en funksjon for screening og behandling av pasienter i ernæringsmessig risiko. Sykepleieren har også et ansvar for å følge opp ordineringer fra lege og ernæringsfysiolog. En kan også gjennomføre screening av pasient, beregne pasientens ernæringsbehov og foreta ordinasjon av kostformer som sonde- og parenteral ernæring i samarbeid med lege. Informering av pasienten om kostens betydning, hjelp ved bestilling av mat samt kostregistrering og vektutvikling kan også være en viktig sykepleieroppgave. En bør også sikre at pasienten får den nødvendige hjelp til å spise og drikke ved behov for det (Glindvad & Ravn, 2004). En ser dermed at sykepleieren har mye større funksjon og ansvar enn hva en kanskje tror. Et tverrfaglig samarbeid med for eksempel lege, ernæringsfysiolog, sykepleier, hjelpepleier og kjøkken kan føre til at pasienten får best mulig samsvarende tiltak som er faglig forsvarlige. Sykepleiere og hjelpepleiere samarbeidet godt med kjøkkenet ut fra mine praksiserfaringer, og har bl.a. spesialbestilt næringsdrikker til pasienter med dårlig matlyst. Samarbeidet kan også konkretisere hvilken funksjon og oppgaver hver yrkesgruppe har i forhold til pasienten.

I følge Sjøen & Thoresen (2008) er sykepleierens rolle å ha nok kunnskap om ernæring og utvikling av ernæringsstatus slik at pasienter som behøver tiltak knyttet til sin ernæring, kan få det på et tidlig tidspunkt før eventuelle alvorlige ernæringsmangler oppstår. Henderson mener at sykepleieren ideelt sett arbeider i team og utfører særegne og selvstendige sykepleiefunksjoner, selv om sykepleieren til tider må overta funksjoner fra andre helsearbeidere (Kristoffersen, 2005). Ut fra praksiserfaringer møter sykepleiere mange pasienter som allerede har ernæringsmangler, og jeg synes de raskt iverksetter tiltak, men det når manglene allerede har oppstått. Det er nok forbedringspotensiale på å iverksette tiltak hos "friskere" pasienter for å forebygge at manglene kan oppstå, gjerne med hensyn til samarbeid mellom de ulike profesjonene. Jeg synes at det fort kan oppstå usikkerhet på hvem som skal iverksette tiltakene, og at man kan bruke unødvendig lang tid på å sette i gang.

4.4 Har vi gode nok retningslinjer for ernæring til pasienter med kronisk nyresvikt?

Lundström (2012) har sett på viktigheten av at helsepersonell har lett anvendbare retningslinjer å støtte seg på i møte med nyresviktpasienter, spesielt ved hemodialyse som tapper pasienten for viktige næringsstoffer. Pasientene står i fare for å bli underernærte, som igjen fører med seg lavere overlevelsessjansje og dårligere livskvalitet. Ut fra mine erfaringer har jeg aldri sett at helsepersonell har retningslinjer om ernæring å forholde seg til ved nyresviktpasienter, dette kan være kunnskap som noen besitter, mens andre ikke gjør det eller viser det. Dette gjør tilbudet ikke bare svært forskjellig fra sted til sted, men også etter hvem som er på jobb. Ut fra hva jeg har opplevd i praksis er dette et temaområde som det fokuseres svært lite på, hvor det kan oppstå en oppfatning om at pasienten selv må være ansvarlig for å dekke sin ernæringsstatus. Dette er ikke i tråd med Hendersons sykepleieteori, hvor ernæring er et av pasientens grunnleggende behov som sykepleier skal hjelpe å ivareta. En kan heller ikke som sykepleier regne med at pasienten er informert om viktigheten av at han har en god ernæringsstatus for å bedre sykdomsforløpet, eller at pasienten vet hva dette innebærer. Jeg har møtt flere pasienter som tror de har et sunt og bra kosthold til tross for at de spiser veldig ensidig. Det gjør at pasienten står i fare for feilernæring og mangelsykdommer (Sjøen & Thoresen, 2008).

I følge Glindvad & Ravn (2004) har sykepleieren et ansvar for å vurdere pasientens risiko for underernæring, og skal medvirke ved planlegging av individuell ernæringsterapi. Det kan være gjennom å beregne pasientens energi- og proteinbehov, registrere matinntak, handle ved utilstrekkelig inntak og veie pasienten jevnlig for å følge med vekten. Henderson mener at sykepleieren bør kunne identifisere hva pasienten mangler, og eventuelt fungere som en erstatning, for at pasienten kan bli komplett, hel og uavhengig (Kristoffersen, 2005). Hvis pasienten bare er inne til dialyse kan sykepleieren bruke denne anledningen til å veie pasienten. Pasienter som mottar hemodialyse er avhengig av dialysen flere ganger i uken og det kan derfor være en god rutine å veie pasienten for eksempel hver mandag.

Lundström (2012) har omskrevet faktabokser til konkrete tiltak som personalet på en dialyseavdeling kan gjennomføre, men viser til at alle råd også må tilpasses individet, for eksempel med hensyn til alder, kjønn, vekt og fysisk aktivitet. Pasienter som gjennomgår

hemodialyse er i stor fare for muskelatrofi (muskelsvinn) samt underernæring siden de ved hver dialyse kan miste mellom 10-12 gram protein, og Lundström anbefaler derfor å øke proteininntaket noe for disse pasientene. Ut fra mine erfaringer er det ikke enighet om proteininntaket skal økes eller senkes. Jeg har kun opplevd at proteininntaket har vært tilnærmet normalt som hos andre pasienter, men dette er erfaringer fra kun en avdeling, og kan variere fra sted til sted.

Om proteiner eller energiinntak generelt bør prioriteres kommer an på pasientens ernæringsstatus, hvor Lundström (2012) anbefaler at en ved undervektige og underernærte pasienter prioriterer et høyere totalt energiinntak. Selv har jeg erfart at mange sykepleiere tenker at det er viktig at pasienten spiser sunt, til tross for at han er underernært. En bør selvfølgelig tilstrebe at pasienten får i seg de næringsstoffene han trenger, men her blir det viktig med energitett mat (Glindvad & Ravn, 2004). Jeg har erfart at ønskekost er ganske utbredt på sykehusavdelinger med underernærte pasienter slik at de kan få den maten de ønsker. Sykepleieren bør sørge for at pasienten er klar over at han også trenger karbohydrater for å unngå at musklene brukes som energikilde i stedet for energireserver. Hos overvektige pasienter bør fokuset heller være på at pasienten får i seg tilstrekkelig med proteiner siden han ikke er i fare for at kroppen skal bruke musklene som energikilde (Lundström, 2012).

Sykepleieren har også en viktig oppgave knyttet til ernæringen under dialysen, siden hemodialysen kan vare i flere timer, og dermed trenger pasienten å få tilførsel av næring under eller etter behandling. Lundström (2012) viser også til at det kan være nødvendig med vitamin- og mineraltilførsel ved en konstatert mangel, og gjerne se nivået i forhold til oppstart med dialyse og videre utvikling. Nyresviktpasienter får ofte et problem med overhydrering siden nyrene ikke klarer å skille ut væske og stoffer, natrium spesielt, slik at væsken holdes tilbake i kroppen og det kan oppstå ødemer. Dette må også tas med ved veiing av pasienter, siden det oftest er væskeopphopning som kan være årsak til store vektøkninger på kort tid. Det blir også viktig å begrense saltinntaket for pasienten, for å unngå for stor belastning på nyrene og kretsløpet som ved overhydrering (Lundström, 2012). Ut fra mine erfaringer blir pasientene veid og registrert vekt på oftere når det er mistanke om eller har oppstått ødemer, og det er ofte en god rutine på når pasienten skal veies og hvor ofte. Det viser jo at det også er mulig å ha rutiner på veiing i forhold til ernæring, det må kanskje bare poengteres gjennom å ha faste rutiner gjennom retningslinjer.

Lundströms artikkel viser til viktigheten av individuell vurdering til hver enkelt pasient, og regelmessig oppfølging. Dette kan en i følge henne få til gjennom et godt teamarbeid, hvor en bruker hele teamets erfaringer og kunnskaper. Vurderingsverktøy kan for eksempel være veiing, utregning av BMI, vektutvikling, protein- og energiinntak samt laboratorieverdier som er relevante. Det blir viktig at personalet da kan sette i gang tiltak ved eventuelle potensielle problemer/behov eller allerede oppståtte problem/behov. Ved for eksempel underernæring skal en alltid forsøke å øke inntaket av næring gjennom kostholdet, men hvis dette ikke er mulig bør en iverksette andre tiltak som kaloritette retter, næringsdrikker osv. Hvis ikke kan en vurdere parenteral ernæring.

Ut fra min erfaring ser jeg her klart forbedringspotensialer i helsevesenet. En kan ofte være for dårlig å se pasienten ut fra sin individuelle situasjon, og grer heller pasientene med samme diagnose under en kam. Det vil absolutt hjelpe å ha noen retningslinjer å forholde seg til ved spesifikke diagnoser som kronisk nyresvikt, men det er fortsatt store individuelle forskjeller mellom pasientene.

Slik jeg har sett i praksis arbeider en også sjeldent i store team for å bedre pasienters ernæringsstatus, det er heller slik at sykepleier forteller lege ved visitt at pasienten begynner å se litt tynn ut (ut fra observasjoner fra andre på avdelingen), hvor så lege forordner veiing og noen ganger ernæringsdrikke – for eksempel Nutridrink. Jeg har enda til gode å oppleve i praksis at en regner ut pasientens BMI og/eller måler han med måleband (hofte-midje-ratio (Sjøen & Thoresen, 2008)). Henderson viser til at et hjelpemiddel for å forstå pasientens situasjon er å foreta en datainnsamling, da med utgangspunkt i hennes fjorten prinsipper, hvor en kan kartlegge behovene hans også innen ernæring (Kristoffersen, 2005).

Forfatterne Brown & Compher (2010) har også utgitt retningslinjer for ernæring hos pasienter med nyresvikt, hvor et av punktene i retningslinjene er at pasientene bør ha en form for vurdering av ernæringstilstanden. Sammen med vurderingen bør man også lage en spesifikk plan for ernæringen (nutrition care plan) som også går inn på mengde av næringsstoffer og elektrolytter. Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson mente at det er viktig at sykepleiere dokumenterer sitt arbeid godt, og har oversiktlige planer for arbeidet sitt (Kristoffersen, 2005), hvor en her ser at en utført vurdering slik som Brown & Compher viser til vil skape oversikt for sykepleieren. De legger også vekt på at individuell vurdering av pasientens ernæringsstatus er viktig hvis en skal iverksette tiltak som for eksempel parenteral ernæring.

Så fremst at pasientens fordøyelsessystem er intakt anbefaler de dog enteral ernæring, men ser på parenteral ernæring som en mulighet. I praksis har jeg erfart at en fokuserer på enteral ernæring på alle avdelinger, og jeg har aldri opplevd at en har igangsatt parenteral ernæring hos pasienter med kronisk nyresvikt

5.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg forsøkt å vise hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med kronisk nyresvikt til å ivareta en god ernæringsstatus. Jeg kan konkludere med at sykepleiere har mange oppgaver som kan utføres, men at mange overses av enten for lite kunnskap, manglende fokus på temaet, dårlig definerte roller for personellet eller usikkerhet på hvordan en håndterer situasjonen. Sykepleiere har mange funksjoner og oppgaver, og jeg har benyttet Virginia Henderson for å forsøke å belyse noen av dem. Summerende bør sykepleiere kunne observere, ta seg av og gi råd til pasienter, hjelpe annet personell, arbeide i team, kunne identifisere hva pasienten mangler og hjelpe han å lære det som er nødvendig for god helse og utvikling. Det er mange oppgaver som skal mestres og roller som en skal være i, men de kan fungere som en mal og et mål for sykepleierens forståelse av sin yrkesrolle.

Pasienter med kronisk nyresvikt har mange utfordringer, behov og potensielle problemer knyttet til sin ernæringsstatus. Jeg har forsøkt å belyse noen av disse ut fra erfaringer og kunnskap ervervet gjennom litteratur, for å kunne se hva sykepleieren konkret kan ta fatt i og hvordan dette kan gjøres. Det er ikke en selvfølge at pasientene får i seg korrekt og tilstrekkelig ernæring selv i dagens Norge, og pasientene står i fare for at for eksempel infeksjoner, hjerte- og karsykdommer og vitaminmangel utvikles. Sykepleiere har derfor nok å ta tak i hos pasientgruppen. Jeg tror fortsatt at kunnskapsnivået rundt temaet må bedres, i tillegg til at det må bli større fokus på ernæringen hos disse pasientene, gjerne gjennom å utarbeide retningslinjer for å sikre mest mulig likhet i praksis.

Underveis i arbeidet med denne oppgaven så jeg at det er lite forskning som omhandler dette temaet. Det er få artikler som omhandler ernæring i forhold til pasienter med kronisk nyresvikt spesifikt, og enda færre som er sykepleierelatert. Temaet er absolutt aktuelt slik jeg ser det, men er kanskje noe nedprioritert på internasjonal basis. En mangler fortsatt kunnskaper om ernæringens betydning for pasienter med kronisk nyresvikt, og dermed tror jeg at det blir vanskeligere å vite hva man som sykepleier konkret kan gjøre. Mer forskning vil muligens kunne sette temaet i et større fokus, og kan skape mer spesifikke skiller på hva hver enkelt profesjonsgruppe har ansvar for.

I ettertid ser jeg at det kunne vært fruktbart for meg å intervjuet sykepleiere som jobber med dialysepasienter om hvordan de ivaretar pasientenes ernæringsstatus, eller observert dem i praksis for å se hva de gjør. Det ville dog vært veldig tidskrevende, og ville også kun gitt meg informasjonen knyttet til en avdeling på et bestemt sted, ikke på mer generell basis som jeg ønsker. Jeg har lært mye av å utføre et litteraturstudium, og jeg tror metoden har gjort det mulig for meg å få et tilfredsstillende svar på problemstillingen, så fremst det er mulig.

LITTERATURLISTE

Selvvalgt litteratur er merket med stjerne

Aadland, E. (2004) *"Og eg ser på deg..."* Oslo: Universitetsforlaget

Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) (2010) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal

* Brown, R.O. & Compher, C. (2010) *A.S.P.E.N. Clinical Guidelines – Nutrition Support in Adult Acute and Chronic Renal Failure*. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 2010, 34 (4): 366-377. Hentet fra <http://pen.sagepub.com/content/34/4/366.full>
- Antall sider: 11

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal

Gjengedal, E. & Hanestad, B.O. (red.) (2007) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelen

* Glindvad, J. & Ravn, A.W. (2004) *Ernæring og sygepleje*. København: Munksgaard Danmark
- Kap. 1, 2, 3, 5, 13, 14 og 15. Antall sider: 66

* Hartmann, A., Jenssen, T. & Julsrud, J. (2008) *Nyremedisin – en praktisk veileder*. Oslo: Gyldendal
- Kap. 1, 8 og 9. Antall sider: 91

* Helse- og omsorgsdepartementet (1997) *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. NOU 1997:2. Oslo: Departementet
- Kap. 6. Antall sider: 27

* Helsedirektoratet (2011) *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer/Sider/default.aspx>

- Kap. 5. Antall sider: 17

Henderson, V. (1998) *Sykepleierens natur. Refleksjoner etter 25 år*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal

* Hessov, I. (red.) & Jeppesen, P.B. (2011) *Klinisk ernæring*. København: Munksgaard Danmark

- Kap. 5, 7 og 30 Antall sider: 21

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Cappelen

* Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal

- Kap. 5. Antall sider: 12

* Knutstad, U. (red.) (2008) *Sykepleieboken 3. Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribes

- Kap. 9, 13 og 14. Antall sider: 80

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 23

* Lundmark, G. (2005) *Var beredd på att patienten inte förstår dig*. Dialäsen, 2005 (2): 16-

18. Hentet fra http://www.dialasen.com/PDF/dial2_05.pdf

- Antall sider: 3

* Lundström, S. (2012) *Riktlinjer för nutrition vid hemodialys – användbara i vardagen för*

personal inom dialysvård. Dialäsen, 2012 (4): 32-35. Hentet fra http://www.emagin.se/v5/viewer/files/viewer_s.aspx?gKey=sbkgtq07&gInitPage=1

- Antall sider: 4

* Pedersen, J. I. et. al. (2009) *Grunnleggende ernæringslære*. Oslo: Gyldendal

- Kap. 1, 2, 5, 7, 8 og 9. Antall sider: 105.

Sjøen, R.J. & Thoresen, L. (2008) *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal

* Sundell, M.B., Pupim, L.B. & Ikizler, T. A.(2007) *Nutrition in Advanced Chronic Kidney Disease*. Nutrition Today, 2007, 42 (1): 22-27. Hentet fra
http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi?&S=DDPAPDGIKDHFKDAFNOKMBCBGJMDHAA00&Link+Set=S.sh.17%7c1%7csl_10

- Antall sider: 7

Selvvalgt litteratur

Totalt antall sider: 444