

Kunskaps- och informationsbehov hos sjukskötare på vårdavdelningar angående njursviktpatientens vård

- Kan personalskolning ge bättre förutsättningar för god vård?

Ann-Christine Forss

Examensarbete för högre YH-examen

Utbildningsprogrammet för Avancerad klinisk vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Ann-Christine Forss
Utbildningsprogram och ort: Avancerad klinisk vård
Högre YH-utbildning, Vasa
Handledare: Anna-Lena Glasberg

Titel: Kunskaps- och informationsbehov hos sjukskötare på vårdavdelningar angående njursviktpatientens vård
– kan personalskolning ge bättre förutsättningar för god vård?

Datum 02.04.2013

Sidantal 44

Bilagor 4

Abstrakt

Syftet med studien var att utreda vad sjukskötare anser sig ha för kunskaper om vården av patienter med kronisk njursvikt samt om man med skolningar och en klinisk specialistsjukskötares stöd kan höja kunskapen och genom detta ge god vård och bättre patienthandledning. Studiens form var aktionsforskning med kvalitativa och kvantitativa analysmetoder. Undersökningen genomfördes med kartläggningsenkät bland sjukskötare. Utgående från analysen av denna ordnades implementering i form av skolningstillfällen på avdelningarna. En utvärderingsenkät gav grund för evaluering.

Resultatet i studien visar att sjukskötare anser sig vara i behov av mera kunskap. Implementeringsutvärderingen visar att skolningar av personal ger en upplevd ökad nivå av kunskap. Dessutom ansågs tröskeln lägre till att kontakta njurskötare som resurs efter skolningstillfällena. Sjukskötarna kunde även identifiera brister för att kunna ge en individuellt god vård samt kunde ge förbättringsförslag för ökade förutsättningar att ge god vård och handledning. Sjukskötarna önskade regelbunden skolning och fortsatt aktivt stöd av njurskötaren.

Språk: Svenska Nyckelord: njursvikt, individuell helhetsvård, kunskapsutveckling, patienthandledning

MASTER'S THESIS

Author: Ann-Christine Forss
Degree Programme: Advanced clinical care
Vasa
Supervisor: Ann-Louise Glasberg

Title: Nurses' knowledge and information needs regarding care of patients with chronic kidney disease – can staff training improve conditions for good care?

Date 02.04.2013 **Number of pages** 44 **Appendices** 4

Summary

The aim of the study was to find out what nurses consider as their level of knowledge regarding the care of patients with chronic kidney disease and whether this level can be raised through staff training and support from a clinical nurse specialist, in this way improving care and patient education. The form of the study was action research with qualitative and quantitative analyzing methods. The collection of data was conducted through a questionnaire for nurses, which gave the basis for implementation in the form of staff training on the wards. A second evaluative questionnaire led to evaluation.

The results of the study show that nurses consider there to be a need for more knowledge. The implementation shows that further training for nurses results in a perceived raised level of knowledge. Furthermore, nurses consider it easier to consult a clinical nurse specialist as a resource after the training. Nurses were able to identify shortcomings in order to provide good individual care and gave recommendations for improvements in conditions in order to give good care and patient education. They desired frequent further training and continuous, active support from the clinical nurse specialist.

Language: Swedish

Key words: Kidney disease, individual holistic care, development of knowledge, patient education

Innehåll

1	Inledning	1
2	Syfte och problemprecisering	2
3	Teoretiska utgångspunkter	3
	3.1 Individuell helhetsvård	4
	3.2 God vård	5
4	Teoretisk bakgrund	7
	4.1 Kronisk njursvikt	7
	4.1.1 Njursjukdom och funktionsnedsättning	8
	4.1.2 Patientens behovsklassificering	9
	4.1.3 Njursviktsvård	10
	4.2 Kliniska specialistsjukskötarens roll	13
	4.3 Vårdarens kunskapsutveckling	14
	4.4 Patienthandledning	16
5	Undersökningens metoder	17
	5.1 Aktionsforskning	18
	5.2 Undersökningsgrupp	19
	5.3 Datainsamlingsmetod	19
	5.4 Kvalitativ innehållsanalys	21
	5.5 Beskrivande statistisk analysmetod	21

5.6 Implementeringens praktiska genomförande	22
6 Resultatredovisning	23
6.1 Kartläggningsenkät	24
6.1.1 Sjukdomskunskaper	24
6.1.2 Vårdmetoder	26
6.1.3 Aktiv vård	27
6.1.4 Stödjande vård	29
6.1.5 Samarbete	30
6.1.6 Tillgänglig information och förbättringar	31
6.2 Uppföljningsenkät	34
7 Tolkning av resultat	37
8 Kritisk granskning	40
8.1 Validitet	41
8.2 Reliabilitet	42
9 Diskussion	43

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Finlands njursjukdomsregisters årsrapport 2010 noterar att befolkningen blir äldre, enligt beräkningar för år 2030 utgörs 26 % av befolkningen av personer > 65 år. I dagens läge utgör de 17,6 %. Invånarantalet i Finland år 2010 var 5,375 miljoner. Antalet patienter i aktiv behandling i Finland år 2010 var 4 239 stycken. Störst antal (ca 2500) utgjordes av män i åldern 65-74 år, nästan dubbelt fler än kvinnor i samma ålder. Vanligaste förekommande sjukdomar i registret är typ2 diabetes, glomerulonefrit och typ1 diabetes och trots att typ1 diabetes allmänt ökar har antalet i aktiv njurbehandling sjunkit tack vare bättre diabetesvård.

Ökningen av antalet patienter i aktiv behandling har minskat sammanlagt, antalet beror på det verkliga behovet samt på dödligheten. År 2010 befanns 33 % i hemodialys, 8 % i peritonealdialys samt 59 % transplanterade. Tiden som patienter är i aktiv behandling har ökat under åren 2000-2010, dvs patienterna lever längre. Störst ökning finns bland patienter i hemodialys behandling med 43 % ökning. Under 2010 genomgick 175 stycken patienter njurtransplantation, 437 stycken nya patienter fanns i aktiv vård.

Finlands njursjukdomsregister (2010) är ett nationellt kvalitetsregister som aktivt arbetar med att förbättra vården. Man registrerar grundsjukdomar, behandlingar samt resultat av förebyggande vård men även dialys- och transplantationsverksamhet. Med hjälp av registrets givna prognoser kan vården planeras så att man kan möta behoven.

Jag kommer i mitt arbete på hemodialysavdelning, inremedicinsk poliklinik och peritonealdialys- mottagning i kontakt med njurpatienter i olika delar av vårdkedjan. Jag har fått flera indikationer på att det finns ett uttalat behov av utvidgad kunskap om njurpatientens vård på vårdavdelningar där njurmedicin inte är specialitet inom området. Sjukskötare inom andra specialområden har svårt att se helheten i njurpatientens vård och betydelsen av kontinuerlig individuell helhetsinriktad vård. Andra specialiteters aktuella vårdbehov kan visserligen för tillfället vara det dominerande akuta behovet men för den skull kan inte den

njurmedicinska vården sätts åt sidan. Min tanke var att genom arbetet utreda hur personalen själva upplever detta och vad de vill veta mera om.

Förförståelsen för ”problemet” har som beskrivits uppstått via mitt arbete. Jag har lång erfarenhet av arbete på dialysavdelning och därigenom återkommande kontakter till vårdavdelningar där våra patienter intas. Detta gäller även de patienter som normalt klarar sig med god egenvård t.ex. peritonealdialyspatienter när de behöver sjukhusvård. Oklarheter i vården berör vanligen samma typ av okunskap. Jag vikarierar njurskötare och konsulteras till avdelningar och även då ges bilden av att man gärna vill lära sig mera.

Patienter har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet enligt Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). Vården ska ordnas så inte människovärdet eller hennes övertygelse kränks och så att integriteten respekteras. Modersmål, individuella behov och kulturella bakgrund ska beaktas i mån av möjlighet. Vården ska även ges i samförstånd med patienten. Forskning i vården styrs av Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer (1964) att främst se till patientens hälsa och väl.

Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit (Njur- och leverförbundet rf, 2012) är riktgivande i vården och rehabiliteringen samt vid planerande och förverkligande av socialskydd och även vid vårdens utvärderande. Kriterierna ska stöda planeringen av en individuell god vård. God vård är sakkunnig, jämlik och tar patientens behov i beaktande.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med arbetet är alltså att utreda vilket behov av tilläggs kunskap som sjukskötare som vårdar patienter med njursjukdomar på vårdavdelningar anser sig vara i behov av. Arbetet fokuserar på vården av kronisk njursvikt och akutnjursvikt belyses inte nämnvärt, dock

sammanfaller symtom och kliniska manifestationer till en del. Tanken är att undersöka vad det är som sjukskötarna själva skulle önska mera information om för att kunna ge en bra individcentrerad helhetsvård. Denna datainsamling är sedan grunden i den personalskolning som kommer att genomföras på avdelningarna. Enligt aktionsforskningsprinciper kommer därefter en jämförande enkät att utvärdera om man upplever att man har fått tillgång till mera kunskap.

Problempreciseringens tyngdpunkt ligger på dessa frågor:

- 1) Vad anser sig sjukskötare ha för kunskaper om njurpatientens vård och faktorer som påverkar en njursjukdom?
- 2) Hur kan man förbättra patienthandledningen och vården med god vård i åtanke?
- 3) Hur kan en klinisk specialistsjukskötare/njurskötare utnyttjas som resurs?

3 Teoretiska utgångspunkter

Den teoretiska bakgrunden berör individuell helhetsvård och god vård utifrån bl.a. Eriksson och Neuman. Eriksson (1998, 8) fastslår att den vårdande kultur som innehåller de värderingar som omfattar kärnan i omvårdnaden som stadig grund och utgår från patientens perspektiv utfaller väl. Neumans systemmodell (1995) lyfter fram att klienten ses som ett system, som kan bestå av individ, familj, grupp, samt hur systemet påverkas av olika faktorer. Modellen är holistisk, tar fasta på den unika patientens situation och betonar interaktionen i vårdförhållandet samt målinriktningen i omvårdnaden (Neuman, 1995, 16). Fagerström (2011, 115) konstaterar vidare att kvaliteten på omvårdnaden är beroende på personalens kvalitet, kompetens och kvantitet.

3.1 Individuell helhetsvård

En helhetssyn utgår från den mångdimensionella människan med biologiska, psykologiska och sociala dimensioner. Dessa bör ses integrerade. (Aggleton & Chalmers 2000, 31; Fagerström, 2011, 115). Sjukskötarens helhetssyn på människan är en nödvändighet för helhetsförståelsen av patienten. Sjukskötaren kan därmed planera omsorgen genom att se den unika patientens behov i sitt aktuella sammanhang.

Betty Neumans (1995) systemmodell är helhets- och hälsoinriktad och betonar att människans hälsoliv påverkas av olika faktorer. Planering, betydelsen av prevention, uppföljning och utvärdering är av vikt i individuell vård som ett strategisystem, i vilket ingår elementen klient, omgivning, hälsa och omvårdnad i interaktion. Neuman betonar att man ska se den unika människan med påverkande faktorer och inre faktorer samt beakta hennes resurser. Människan ses som en helhet och i ständig utveckling mot optimal hälsa eller jämvikt i ohälsan. Hon står i ständig kontakt med sin omgivning och därför bör omvårdnadsperspektiv ha flera utgångspunkter. Människan är fysiologisk, psykologisk, sociokulturell, mentalt och kognitivt utvecklingsbar samt andlig. Man kan inte behandla en variabel utan att detta påverkar någon annan. Människan påverkas såväl av sin inre historia som av den aktuella skapade situationen. Man söker ett optimalt tillstånd i livet där man på olika sätt kan utnyttja sina resurser och individuella val. Neuman betonar att man i patientbehovsklassificering (patientassessment) ska beakta alla faktorer som påverkar hälsan, vad det i praktiken betyder för patienten och vad man strävar efter för att omvårdnaden ska stimulera till hälsa. Den professionella vårdaren ska kunna presentera vetenskapliga bevis för sina handlingar baserade på klassificeringen. Neuman betonar vikten av både vårdarens och patientens uppfattning för att kunna sätta relevanta mål samt att man inom det vårdande teamet fattar gemensamma beslut. (Neuman, 1995, 3, 12-38).

Den holistiska formen av medvetandegörande är nonlinear, samtidig, intuitiv och har att göra med sambanden/förhållanden mera än med de enskilda elementen som ingår. Vårdare ska stå utanför det som känns igen men kunna tänka det i jag-form med empatisk medvetenhet. Man ser hela fenomenet bara delvis genom sina sinnen. Tolkning som sker endast intellektuellt missar dimensioner av sensorisk insikt och intuition. Det teoretiska perspektivet strukturerar ut vad man förväntar sig att se, alltså om man söker patologi hittar man det, söker man mönster hittas det. När man förändrar sättet att se ser man något annat men det man betraktar är fortfarande det samma. Patient-skötare-relationen har stor kraft som instrument i vården. Patientens potential blir medvetandegjord när någon annan ser den och patienten blir delaktig. (Newman, 2008, 36-50).

Individuell vård som beaktar hela patienten i sin aktuella och historiska situation och omgivning ska alltså förverkligas i vårdprocessens alla delar av planering, uppföljning och förverkligande. Den unika människan i ständig utveckling bör betraktas såväl helhetsomfattande som i detalj eftersom delarna påverkar helheten och vice versa. För att vårdaren ska kunna tolka behovsklassificeringen i patientvärderingen med empatisk medvetenhet och kunna se fler dimensioner, bör både kunskap och intuition ingå.

3.2 God vård

Fagerström (2011) har beskrivit det goda vårdandets grundplan i tre nivåer: personnivån och relationsnivån, livssammanhanget samt den omkringliggande organisatoriska nivån. På personnivå handlar det om det som verkligen har betydelse för patienten, hur viktigt det är att förstå detta och med hjälp av sjukskötarens kompetens sätta det i omvårdningsplaner och omvårdnadshandlingar. Det aktuella livssammanhanget, som både skötare och patient bär med sig av värderingar i egen historia och kulturella bakgrund, påverkar förståelsen. I det vårdadministrativa komplexet handlar det om ifall det finns tid och rum för god vård.

Sjukskötaren bör veta varför (enligt vetenskapen), vad och hur (kunskapsmässig och praktisk tillämpning) omvårdnaden ska ges. Att tolka situationen och nå en förståelse för helhetsintrycket förutsätter ett etiskt förhållningssätt och inre vishet om vad som är det goda för denna individ. (Fagerstöm, 2011, 104-107).

Ur begreppet evidens hittar man den vårdande verkligheten. Visionen, idealbilden, leder mot det goda vårdandet. Förändringen är inte nödvändigtvis alltid konkret utan kan även vara en visshet om att patienten har det bra. De värderingar, det ethos som styr vårdvetenskapen är att tjäna liv och hälsa samt lindra lidande, värna om värdighet. Värderingarna strävar mot idealet i vårdandet och att förmedla det goda. Ethos och evidens hör ihop och strävar mot det sanningslika, goda vårdandet. Det finns förutsättningar för evidens i forskningsresultat och kunskap men först i en konkret situation och verklighet där de synliggörs och leder till förändring, revision eller visshet blir de evidenta. I sista hand är det ju patienten som avgör om den goda vården har tillkommit henne. (Eriksson, 2012, 38-40).

Eriksson (2012, 37-38) tar upp begreppet praxis som beskriver vårdandet som vårdandets tillämpning och en inre tillämpning. Den inre tillämpningen innebär värnande om patienten och att möjliggöra ett liv värt att leva. Förutsättningen är en vårdande kultur med samma grundvärden. Man tar ställning för det goda för patientens bästa.

När vårdandet karaktäriseras av omtanke och mod att värna om värdighet lindras lidandet och man inges hopp och tillförsikt. Vårdaren som kan, vill och vågar ta ansvar klarar av att upprätthålla sin egen värdighet. Utmärkande för en god närvarande medmänsklighet är den inreväsens-hållningen som känns igen som ”någon vill mej väl”. Caritativt vårdande inrymmer mod att vilja det goda och att ta moraliska beslut som lindrar lidande. (Söderlund, 2012, 123-125). Värdighet kan vara väldigt olik i olika kulturer och utmaningen är således att trots det lära sig upptäcka den, visa aktning i omvårdnaden och hitta argument för den goda vården. (Edlund, 2012, 373).

Det är det verkliga behovet som ska styra vården och vara utgångspunkten i de allmänna riktlinjerna. God vård kan alltså inte enkelt fastslås. Den goda vården är lika mycket intension,

förhållningssätt som tillämpning av grundvärderingar och kunskap. Detta bör skönjas i alla skeden av vården. Sjukskötaren strävar efter det goda för den enskilda patienten. Den vårdande kulturens visioner ses i den vårdande verklighetens evidens men egentligen ligger den avgörande bedömningen av god vård hos patienten.

4 Teoretisk bakgrund

Följande kapitel kommer att lyfta fram vad njursjukdom innebär och därigenom njurpatientens vårdbehov och behovsklassificering. Forskningar som har kunnat påvisa betydelsen av ett välkoordinerat multiprofessionellt samarbete i patientvården samt betydelsen av en klinisk specialistsjukskötare som en viktig länk i vården kommer att tas upp. I kapitlet beskrivs även betydelsen av att se att behovet av ny kunskap är ständigt aktuellt för att kunna utveckla vården. För att utveckla vården behöver både patienter och personal ses i den centrala rollen de har, att man förhåller sig reflekterande till förändring, vilket inlärning med ny kunskap innebär. Patienthandledning som en central roll i vården kommer att beskrivas.

4.1 Kronisk njursvikt

Kronisk njursvikt utvecklas och progredierar långsamt och märks till en början inte så mycket. De flesta symtomen är av väldigt allmän art. Den bästa vården är förebyggande och ävenledes ganska mycket likadan som den egentliga vården, dock i ett mera progredierat skede mera specifik och påtaglig. (Njur- och leverförbundet r.f., 2012).

4.1.1 Njursjukdom och funktionsnedsättning

Njurarna har flera viktiga funktioner. De reglerar kroppsvätskornas sammansättning av bl.a. vatten och elektrolyter samt producerar urin. Saltmängd och vätskevolym kontrolleras genom balansering av urinkoncentrationen. Näringsämnenas förbränning resulterar i utsöndringen av avfallsprodukter. Syra-bas-balansen kontrolleras i njurarna. Njurarna sköter endokrinutsöndring av erythropoetinhormonet, som stimulerar bildningen av erythrocyter i benmärgen. Enzymet renin bildas i njurarna och det inverkar på vätske- och elektrolytbalansen samt blodtrycket. I njurarna bildas även aktivt D-vitamin som deltar i kalciumomsättningen i kroppen. (Salomonsson, Erik & Persson, 2008, 18, 27-28).

De vanligaste orsakerna till kronisk njursjukdom är diabetesnefropati, glomerulonefrit (njurinflammation i glomerulos), hypertoni, amyloidos, polykystisk njursjukdom och kronisk pyelonefrit (symtomatisk bakteriuri). Patienterna har flera allmänna symtom s.s. trötthet, frusenhet, försämrad aptit, illamående, svullnader, andnöd, minskade urinmängder t.o.m. anuri, ett stegrad kreatininvärde, desorientering och ibland uremisk utandningslukt. Kliniskt kan man i urinprov notera abnormalitet med stixprov och göra vidare sedimentutredning av eventuella erythrocyt förändringar samt proteinuri. Blodprover som man kan använda är: P-krea (visar på ökad mängd slaggprodukter i blodet från musklers ämnesomsättning), P-urea (slaggnivå från äggviteämnesomsättning), Pt-krea-cl (mängd plasma som njurarna per tidsenhet kan rengöra ml/s) samt B-Hb (grad av anemi). Diet- och läkemedelseffekter syns i följande: P-Ca (kalciumnivå), P-Pi (fosfornivå), P-Na (natriumelektrolytnivå), P-K (kaliumelektrolytnivå), P-Alb (albumin), Astrup (syra-basbalans), GFR (Glomerulus Filtrations Rate, mäter vätskemängden som per tidsenhet filtreras till plasma genom njurnystan). (Tampereen ammattiopisto, 2011). Se även tabell 1.

Tabell 1. Glomerulus Filtrations Rate (Compton, Provenzano & Johnson, 2002, Tampereen ammattiopisto, 2011).

Stadie	GFR (ml/min/1,73 m ³)	Beskrivning
1	Ca 90	Lätt njurskada, normal eller lätt högre GFR
2	60-89	Njursvikt, krea <150mmol/l, lättsänkt GFR
3	30-59	Medelskada, krea <150mmol/l, symtom, lätt anemi
4	15-29	Grav njursvikt, ca 10 % återstår, krea >150mmol/l, anemi, hypertoni, asidos, hypokalcemi, hyperfosfatemi, kvarstående symtom
5	<15, dialys	Uremi, Krea ca >700mmol/l, Urea >30mmol/l, grava uremiska symtom, grågulblek hud, klåda, trötthet

4.1.2 Patientens behovsklassificering

Det är inte alltid som patienter och vårdare talar samma språk och förstår varandra helt. Enligt undersökning på patienter i hemodialys gjord av Jablonski (2007) framkom 11 fysiska symtom. De fem vanligaste/värsta var trötthet, sömnproblem, kramper, muskelsvaghet samt domningar i händer/fötter. Behovsklassificering enligt patientens behov är inte alltid uppenbar, patienterna berättade inte alltid om symtomet, trodde inte att man kunde göra något eller att det bara var att stå ut. Det största vårdbehovet utgick inte alltid från det allvarligaste, längst varande eller besvärligaste symtomet.

I casestudier av akutnjursvikt framkom att patientbehovsklassificering (assessment) ska omfatta hela patienten. Cardiovasculärt kan det hittas perifera ödem, hjärtsvikt, lungödem, arytmier, hypertoni eller elektrolytrubbningar. Gastrointestinalt kan det ses förändringar i

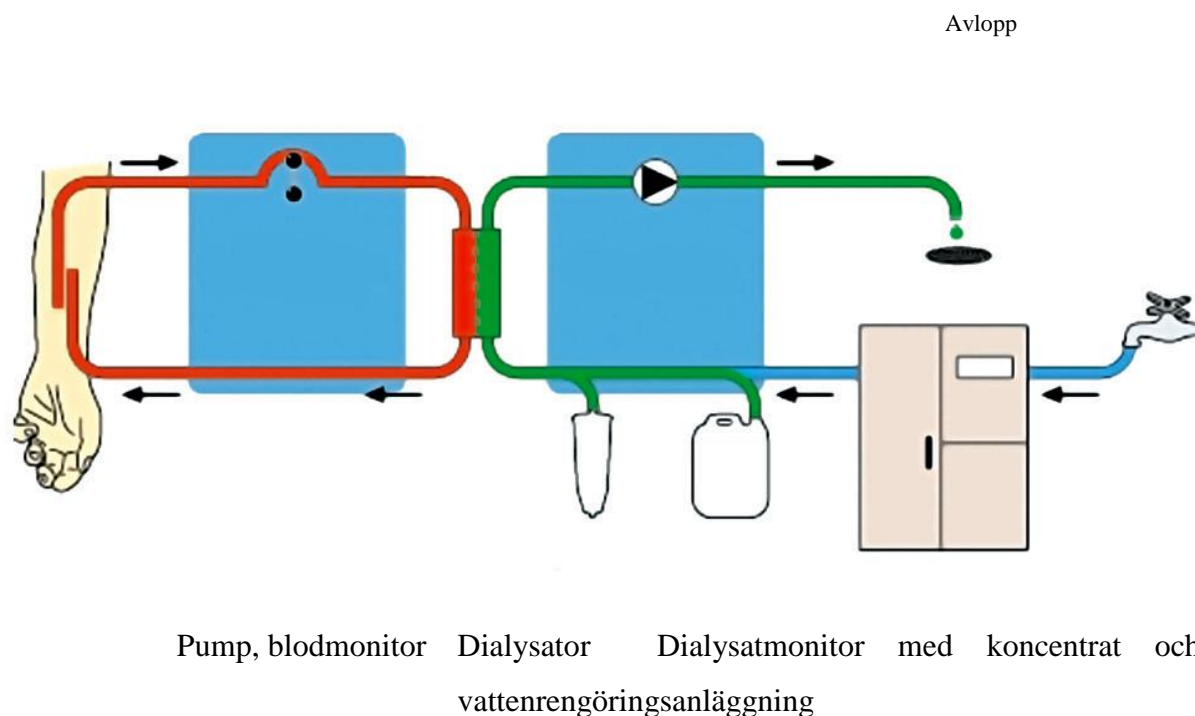
slemhinnor, viktförändringar, blodig avföring och ändrad utandningsluft. Neurologiskt kan noteras mentala, motoriska och sensoriska förändringar, neuropati, störningar i finmotorik och gikt. Huden kan vara förändrad i färg eller torr, sönderskrapad. Det förekommer även nagel- eller hårkvalitetsnedsättning. Kalk- och fosfornivåer påverkar muskuloskeletalt, kan orsaka kramper samt hypotension. Hematologiskt syns symtom som anemi, matthet, andnöd, takykardi samt evidens i laboratorieprov. Immunologiskt bör man iaktta tecken på ökade inflammatoriska reaktioner och ökad infektionskänslighet. Renalt uppföljs vätskebalans, vikt och ödem förutom i laboratorieprover. (Broscious & Castagnola, 2006).

4.1.3 Njursviktsvård

Graden av njurfunktionsnedsättning avgör vilka åtgärder som sätts in. Man försöker behandla komplikationer och korrigera orsaker till njurfunktionsnedsättning eller lindra symtom. Njurskyddande blodtryckssänkande ACE-hämmare och angiotensinII-receptorblockerare används effektivt. Hypertoni kräver vanligen både diuretika och vätskebegränsning. Metabol acidosis behandlas ofta med natriumbicarbonat. Behandling med alfakalcitrol eller calcitrol ökar koncentrationen av aktivt D-vitamin så att kalciumupptaget i tarmen ökas och PTH-frisättning hämmas. Fosforbindande läkemedel kan även behövas vid måltider. Nedsatt njurfunktion medför risker för läkemedelsöverdoseringar och bör alltid beaktas bl.a. vid antibiotikakurer. NSAID läkemedel är olämpliga. Kroppens järndepåer hålls höga för att tillförd erythropoetin ska kunna tillvaratas. (Attman & Alvestrand, 2008, 211-219).

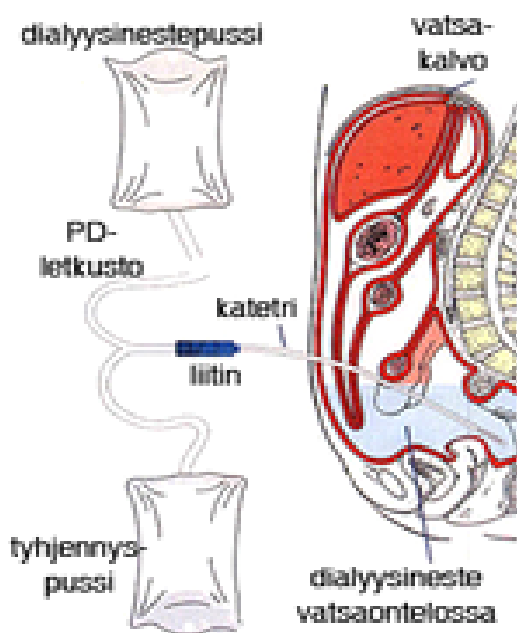
Man strävar efter att dämpa sjukdomens framskridande och minska risker för komplikationer. En viktig åtgärd är en diet med protein-, fosfor- och ibland även kaliumreducerad kost samt ett minskat saltintag. Mindre proteinintag belastar njurarna mindre och slaggämnesnivåerna sänks. Fosfor i kosten kommer främst från mjölkprodukter och mörka sädeslag. Kaliumutsöndringen är försämrad och det stör musklers, nervers och framförallt hjärtats funktion om kaliumnivån varierar. (Attman & Alvestrand, 2008, 211-219; Eyre, 2008, 217-221).

Dialysbehandling kan alternativt ske hemma, på satellit eller på sjukhus. Man kan skolas att utföra sin behandling själv, få assisterad dialys eller dialyseras på en dialysenhet. Med hemodialys, bloddialys (Figur 1), försöker man normalisera den uremiska organismen, korrigera vätskebalansen, hyperfosfatemin, syra-basbalansen samt elektrolystörningar. En god hemodialys kan ersätta 15-20 % av normal njurfunktion. Hemodialys utförs vanligen 3 ggr/vecka 4-4½ timme, oftare vid hemhemodialys. Blodet renas i en dialysator, uremiska toxiner och överskottsvätska dras ur blodet samtidigt som t.ex. acidosis korrigeras. För att få en god dialys behövs tillgång till blodkärl. Man kan operera en ciminofistel i armens kärl, v. cephalica och a. radialis förenas för att få en tillräckligt kraftig blodgenomströmning i venen. Om detta inte är möjligt kan man sätta in en kateter i en central ven, tillfälligt eller tunnelerad för längre tids användning. Risk för trombos i fistelkärl och infektionsrisk i katetrar föreligger alltid. (Honkanen, 2011).



Figur 1. Hemodialysprinciper. (Honkanen, 2011)

Vid peritonealdialys (Figur 2) används patientens egna bukhinna som dialysmembran, där slaggämnen och överskottsvätska filtreras ut i dialysvätskan genom den halvgenomsläppliga bukhinnan. För PD-behandling behöver man operera in en kateter genom buken. Peritonealdialys pågår hela tiden. Detta kan göras som CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis), då ska dialysvätskan bytas ungefär var 6:e timme, vilket kallas för handbyten. Man kan även använda en nattmaskin APD (Automated Peritoneal Dialysis), som då sköter den förprogrammerade anpassade dialysen på natten. Patienterna sköter detta på egen hand och lever ganska fritt. (Njur- och leverförbundet r.f., 2012).



Figur 2. Peritonealdialys CAPD (Njur- och leverförbundet r.f., 2012).

En njurtransplantation kan göras om man hittar en lämplig donator, antingen en nära anhörig eller en kadavernjure. För förhindrande av rejektion måste avstöttningsmediciner ätas resten av livet. (Njur- och leverförbundet r.f., 2012).

4.2 Kliniska specialistsjukskötarens roll

Enligt KDOQI = Kidney Disease Outcomes Quality Initiative ska självvårdsbeteende involveras i vårdplanen kontinuerligt. En NNI (Nephrology Nurse Initiative) -grupp skapade 2010 ett systematiskt tillvägagångssätt för att förbättra njurpatientens vård. Man följde en (CQI) kontinuerlig kvalitetsförbättringsmodell. Följande inverkan faktorer konstaterades: inadekvat förberedelse, brist på standardiserade order, fördröjningar i nefrologisk konsultering, användning av akuta beslut, otillräcklig information mellan avdelningen och öppenvården samt dialys. Man kom fram till följande strategier för förbättring av vården: den första var att förbättra samarbetet mellan NNI gruppen och vårdavdelningens personal, där kliniska specialistsjukskötaren fungerar som en länk mellan intagning, avdelning och öppenvård. Den andra strategin var att kliniska specialistsjukskötaren skapar samverkan i patientantagning, utskrivningar och nya dialysstarter. Tredje strategin består av att skapa allianser med dialys, förbättra kommunikationen och patientflödet samt att förbättra personalutbildningen. NNI-gruppen träffade vårdare utanför dialys för att lyssna till förslag på hur övergångar i vården kan förbättras. Den fjärde strategin fanns vara att patienter till följd av att ha en klar kontaktperson fick mycket smidigare vårdövergångar. En viktig del var även personalskolning för att förstå njurpatientens unika behov och utmaningar baserade på vad personalen har för utbildningsbehov. Otillräcklig patientbehovsklassificering, begränsad personaltillgång, ojämlika skolningsbehov utgående från erfarenheter samt ojämlika skolningsbehov mellan avdelning och öppenvård var de främsta problemen som man ställdes inför. (Neyhart, McCoy, Rodegast, Gilet, Roberts & Downes, 2010).

För förbättring av njurpatientens vård genom effektiv uppföljning av kliniska parametrar i patientens vård, koordinerad vårdplanering och i tidigt skede inledd patientaktivering talar även forskning om samt om njurskötaren som resurs i vården, gjord av Compton, Provenzano och Johnson (2002). Patienterna behöver få tillräcklig information om sin sjukdom och hur han/hon kan följa upp och på bästa sätt sköta sig själva för att hållas vid ett gott välbefinnande möjligast länge.

Med multiprofessionellt samarbete avses (Øvretveit, 1994, 20, 29, 100, 117, 162) hur olika yrkesgrupper på olika yrkesnivåer kan samverka för en individs eller en grups enskilda behovsklassificering, vård och för planering av vård med kontinuitet. De olika yrkeskategorierna behövs för att de har olika skolning, kunskaper, kvalifikationer och olika yrkesrättigheter. För ett lyckat helhetsarrangemang är en effektiv koordinering och beslut tagna vid rätt tidpunkt av vikt. En bör vara ansvarsperson i gruppen och ha mera hand om helheten. Multiprofessionellt arbete behöver inte vara en officiellt utsedd grupp utan det kan vara ett nätverk av samarbete baserat på tillit, respekt och samförstånd. Det kan även enligt Axelsson & Axelsson (2009, 149-154) finnas revirtänkande och skillnader i värderingar och attityder som försvårar samarbetet men genom att hitta gemensamma värderingar, mål med ett skapat ömsesidigt förtroende kan man få välfungerande samarbete till stånd.

4.3 Vårdarens kunskapsutveckling

Det är personalen själv som ska skapa målsättningar för områden som den behöver mera utbildning i. Detta åstadkoms enligt Fineout-Overholt, Levin & Melnyk (2004) genom att reflektera över evidensbaserad vård och att se var bristerna finns. Sjukskötare, som känner att de har kunskap och förmåga och kan ta beslut samt ta ansvar för sina handlingar och beslut, vilket benämns som empowerment (eng.), använder sig oftare av evidensbaserad vård. Vidare har de högre motivation, är bättre informerade, känner mera för organisationens mål och dessutom ger dessa effektivare patientvård, enligt Murphy (2005). Murphy konstaterar att empowerment hos personalen startar en kedjereaktion i organisationen, som styrker tillit, arbetstillfredsställelse och binder till gemensamma organisationsmål, vilket leder till hög kvalitet i vården.

När man lär sig så förändras kunskaper, förhållningssätt, färdigheter och sättet att handla, konstaterar Lönnheden (2009). Förändringen är en markör som visar att utbildning har resulterat i lärande. Förändring och kunskapsförändring kräver även kritisk reflektion. Att vara kritisk innebär att pröva olika tänkbara förklaringar och ifrågasätta påståendens sannolikhet i syfte att finna ett korrekt svar med hjälp av förståelse och kunskap. När man granskar sina utgångspunkter innebär det att vara kritisk till sig själv och sina värderingar. Lönnheden nämner att enligt filosofen och sociologen Georg Herbert Mead lär sig människan därför att hon är en aktiv, social, tänkande och handlande varelse. I inlärningsprocessen tas även upp Stephen Brookfields teori om fem emotionella aspekter på inläringens kritiska tänkande. Man kan avhålla sig från att vara kritisk eftersom man har en känsla av att själv inte vara säker så hur ska man då kunna kritisera, kallas ”impostorship”? Den andra ”incremental fluctuation” innebär att man pendlar mellan att känna sig säker och kompetent till att ifrågasätta sig själv och sin kunskap. Den tredje fasen, ”lost innocence”, beskriver han som att den personliga utvecklingen även innebär problem. Livet var enklare när man inte visste så mycket. Det fjärde begreppet kallas ”cultural suicide” och beskriver den nyrövrade känslan av kunskap och kompetens som ger mod att visa detta kontra ifrågasättandet från omgivningen, vilket kan ge en klyfta mellan den normalt hemvana miljön och den ivriga nylärda individen. Det femte begreppet, ”community”, beskriver den känsla av samhörighet som utbildningen ger, där man kan stöda varandra. (Lönnheden, 2009, 92-115).

Lönnheden sammanfattar fyra viktiga element. Vi bör se att lärandet har en *central social grund*, att se patienten i den aktuella situationen. Man bör *reflektera och berätta* så att erfarenheterna omtolkas och förstås, vilket möjliggör att nya alternativ kan ses. Att förändras innebär känslor av motstånd, rädsla, osäkerhet, lycka och glädje. Vi behöver vara medvetna om de *emotionella aspekterna* av lärandet. Den *självkritiska reflektionen* är en viktig del i utveckling och förändring och en intressant pedagogisk utmaning. (Lönnheden, 2009, 92-115).

Argument för vetenskapsutveckling är att veta vad man gör, varför och vad det leder till samt nödvändigheten av att kunna beskriva det för att kunna undervisa och lära sig. Det att

omvårdnad utgår från ett helhetsperspektiv kan ses som ett annat viktigt argument och att utveckling måste byggas på sjuksköterskans egna erfarenheter. (Bentling, 1995, 87).

Sammanfattningsvis bör man vara medveten om svårigheterna i kunskapsinläringens olika skeden och att det är lättare om man utgår från behovet av kunskap. God motivation till en gemensam evidensbaserad kunskap ger vårdare starkare samhörighet och tillit och resulterar i en bättre kvalitativ vård i enlighet med organisationens mål.

4.4 Patienthandledning

Sjukskötaren har genom sin utbildning och kompetensbeskrivning stort ansvar i patient undervisning och hälsorådgivning, enligt Andersson (2007, 12-16). I samhället sker en snabb IT-utveckling som möjliggör olika nivåer av kunskap hos patienter och sjukskötaren måste oftare än tidigare hjälpa patienter att värdera sin kunskap, dvs välja bort irrelevant information. Man utgår från patientens perspektiv och ser betydelsen av patientens delaktighet och förståelse. De pedagogiska begreppen handledning och undervisning syftar till lärande och förändring, inte enbart ökande av kunskap. Man kan se patientundervisning som en process med lärotillfällen för patienter och anhöriga för ökad kunskap om sin sjukdom, förbättrade färdigheter vid egenvård samt vid utvecklandet av copingmekanismer. Man försöker ge relevant professionell kunskap så att de kan fatta självständiga beslut, empowerment. Förutsättningar för en god patientundervisning är behovsbedömning, relevanta mål, planering och utvärdering. Lärande innebär ökad kunskap, ökat välbefinnande och livskvalitet, förändring i beteendet, empowerment, samt bättre compliance (vårdföljsamhet-överensstämmelse) och mindre användande av vårdtjänster.

Patienthandledning utgår från vad som är målet, från individuella och sociala utgångspunkter, situationen, förväntningar och negativa påtryckningsmekanismer. Det finns otaliga databaser med ny kunskap men undervisande vård ska baseras på vetenskaplig grund och vara förenlig med sjukskötarens kunskapsnivå så den kan anpassas till patientens behov. Rätt till information enligt lagen förpliktigar till att den kliniska och vetenskapliga kunskapen hålls aktuell samt att även förmågan till handledning med goda metoder och planering hålls uppdaterad. (Kynge, Käriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007, 16-17, 55-57, 77).

5 Undersökningens metoder

Undersökningen gjordes enligt aktionsforskningskriterier. I följande kapitel beskrivs urvalet av undersökningsgrupp och datainsamlingsmetoden enkät. Därutöver beskrivs de kvalitativa och beskrivande statistiska analysmetoderna som användes. Den praktiska implementeringens genomförande redogörs.

Anhållan om tillstånd för en enkät gjordes på våren till ett centralsjukhus (Bilaga 1). Tyvärr dröjde det till hösten innan det var möjligt att distribuera enkäten beroende på diverse involverade personers olika semesterperioder. De tekniska arrangemangen för genomförandet av den elektroniska enkäten skötes av en it-utbildad person. Uppföljningsenkäten distribuerades i pappersform vid med skolningstillfällena.

5.1 Aktionsforskning

Enligt aktionsforskningsprincipen är forskningen deltagarbaserad och interaktiv och strävar till förändring/förbättring i praktiken.aktionen planeras utifrån ideér och erfarenheter på fältet, planerade aktioner utförs och följs av observationer och datainsamling, resultatet reflekteras, utvärderas och uppföljs. Samspelet mellan teorin, som forskaren står för, och praktiken, som de deltagande står för, är viktig. För att kunna värdera aktionsforskningens tillämpning och användbarhet måste hela processens procedur, noggrannhet och utfall bedömas i relation till tillgänglig kunskap. Aktionsforskning sker på två plan. Deltagarna involveras i praktiskt förändringsarbete och i kritisk reflektion där evidensbaserad kunskap inkluderas och ny kunskap bildas. (Dychawy-Rosner & Springett, 2008, 13-16; Koshy, Koshy & Waterman, 2011, 2-11).

Aktionsforskning handlar om att förändra och utveckla verksamheten via kunskapen om hur det sker. Det innebär en relation mellan tänkandet i praktiken och handlandet i praktiken. Frågeställningarna skapas av praktikern själv utgående från något som man vill veta mera om och förändringen kan på så sätt startas inifrån. De två orden aktion och forskning visar på att något ska iscensättas och prövas. Ordet forskning visar att det systematiska arbetet med teorisökning baserar sig på frågeställningen och samarbetet med personer som deltar. Frågor från de deltagande leder processen, som leder till handlingar, vilka systematiskt följs och reflekteras över. (Rönnerman, 2008, 13-16).

5.2 Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppens sjukskötare valdes enligt vilka avdelningar som närmast vårdar kroniskt njursjuka patienter under en längre tid. De inre medicinska avdelningarna vårdar njursviktpatienter i stor utsträckning, medan den kirurgiska avdelningen som valdes har njursjuka patienter för vård vid kärloperationer. De avdelningar som vårdar njursjuka patienter under en kort tid ss dejourpolikliniken, åtgärdsavdelningar eller undersökningsenheter uteslöts.

5.3 Datainsamlingsmetod

Valet att göra en kvalitativ och samtidigt beskrivande kvantitativ studie ger olika infallsvinklar och information. En kvantitativ studie ger information om hur utbredd förhållanden eller attityder är. Kvalitativa frågor går mera på djupet. (Eliasson, 2010, 27-31).

Undersökningen gjordes med en testad enkät (Bilaga 3). Frågeställningarna i enkäten uppgjordes med stöd från ”Handbok för uppföljning av njursvikt” (Bilaga 2). Fem vårdavdelningar utvaldes på centralsjukhuset som närmast vårdar patienter med kronisk njursvikt. Kontakt med avdelningsskötare togs på förhand och de ombads förbereda sin personal om den kommande enkäten. Dessutom ombads de ånyo påminna personalen när tidpunkten för enkäten inföll. Enkäten distribuerades och insamlades elektroniskt och behandlades konfidentiellt. Deltagandet var frivilligt och tiden som enkäten var ute var två veckor och en påminnelseenkät sändes efter en vecka. Svaren sammanställdes och de ger en bild av vilka avdelningar som önskar vilken typ av kunskap eller information. Storleken på undersökningen (N=112) torde ge tillräcklig validitet.

Enkät som datainsamlingsmetod valdes då enkäten har lätt att nå ett stort antal personer och materialet är jämförbart. Alla respondenter får samma frågor ungefär samtidigt och påverkan från forskaren undviks, man kan i lugn och ro fylla i. Enkät som metod är inte speciellt tidskrävande och materialet är lättare bearbetat. Enkäten ska vara genomarbetad, helst prövad, inte för omfattande, ha klara, tydliga och inte tolkningsbara eller ledande frågor. Svartalernativ ska utesluta varandra för att underlätta tolkningen. Bundna svartalernativ och antal tillfrågade över 40 stycken ger statistiskt bearbetbart material. Bortfall förekommer i form av enkätbortfall, inget svar alls eller internt bortfall. Det senaste innebär att enstaka frågor har lämnats obesvarade. Svartfrekvensen och bortfallen skall alltid redovisas och den eventuella inverkan på analysen beaktas. Svartfrekvensen hänger ihop med enkätens storlek/utformning, förtroendeingivande utseende, svarstidens längd, antalet påminnelser som sänds, om en motiverande morot finns, hur enkelt det är att lämna in svar samt med information om konfidentialitet/anonymitet. Bra är ifall enkäten innehåller öppna frågor, vilket ger möjligheter till förtydliganden. (Ejvegård, 2003, 53-62).

Man ska utreda vilka frågor som ska vara med och varför. Finns det redan validerade frågeformulär, kan man använda de befintliga. Frågeformuläret bör testas ur validitets synpunkt. Validitet mäter om man mäter det som man avser att mäta. En testenkät ger chans till korrigeringar av otydliga eller irrelevanta frågor eller oförståeliga svartalernativ. Enkätens disposition är viktig, man börjar därför med allmänna frågor. (Olsson & Sörensen, 2007, 75, 90-92).

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Undersökningen är helhetssökande och datainsamling sker i det verkliga livet via människor. Man söker en bred bild och detaljerad inblick i det unika. Undersökningsgruppen utväljs. Forskarens perspektiv har betydelse (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 157, 160) Syftet med en kvalitativ undersökning är att ge en djupare kunskap, man vill försöka förstå och analysera helheter. Under en kvalitativ undersökning görs fortlöpande analyser. Man söker kategorier och teman och kontinuerligt redovisas tillvägagångssättet. Patel & Davidson (1994, 99-101) och Polit & Beck (2012, 505-506) benämner kvalitativa studiers analys av teman och mönster i innehållet som deskriptiva kvalitativa studier. Man sätter upp förstående sammanställningar av fenomen genom tolkande förklarande analys för att söka nya insikter i åtanke att skapa förbättringar med praktisk evidens. Enligt Polit & Beck (2008, 517-518) innebär innehållsanalys identifiering av teman och mönster i teman ur innehållet i berättande data. Man måste bryta ned data till små enheter och sedan gruppera in materialet enligt det gemensamma.

Styrkan med en kvalitativ analys är att fokus ligger på det som naturligt framträder i verkliga livet och man fångar rikedom och helheten i situationen. Detta lämpar sig mycket väl för aktionsforskning. (Koshy m.fl., 2011,135).

5.5 Beskrivande statistisk analysmetod

Man kan med deskriptiv statistisk analys ge en bild av hur det förhåller sig. Det insamlade materialet beskrivs i siffror och det belyser problemet. Svaren på frågorna behöver systematiseras, komprimeras och bearbetas. Centralmättet tillhör den beskrivande statistiken, den beskriver var tyngdpunkten ligger, var de flesta individer befinner sig. De variabler som

söks ligger på ordinalnivå. Det finns inget givet avstånd mellan mätvärdena och man kan rangordna svarsalternativen enligt en attitydskala. (Patel & Davidson, 1994, 90-99; Olsson & Sörensen, 2007, 72-72, 137-138; Eliasson, 2010, 38, 67). Kvalitativa beskrivande studier är interpretiva, förklarande. De ska generera ny insikt som kan skapa tillämpning för kvalitativ evidens. (Polit & Beck, 2008, 505-506).

I undersökningens resultatredovisning kommer frekvenser (antal och procent) att användas samt cirkel- och stapeldiagram.

5.6 Implementeringens praktiska genomförande

Studien har företagits i form av aktionsforskning. Aktionsforskning grundar sig på praktiken och hur förändring kan ske med de tre centrala skedena planera, agera och reflektera. (Rönnerman, 2008, 13-14). I planeringsstadiet fastslogs undersökningsgruppen som bestod av sjukskötare på vårdavdelningar som sköter patienter med kronisk njursvikt och en enkät undersökning genomfördes. På basen av enkätsvarens analys ordnades skolningar på respektive avdelningar i form av avdelningstimmar med Powerpoint-föreläsningar och diskussioner, då även skriftliga material, broschyrer, distribuerades samt tillförlitliga internetsidor diskuterades. Fokusområden i skolningarna formades efter personalens behov samt innehöll en tydlig ram med grunder i njursviktpatientens vård. En uppföljande enkät (Bilaga 4) distribuerad vid skolningstillfällena, utreder om aktionen har lett till förändring. Sammanställningen, analysen samt den jämförande analysen före och efter skolning och information skall redogöras i examensarbetet.

6 Resultatredovisning

Datainsamlingsmetoden elektronisk enkät användes. Antalet anställda på avdelningarna som var i aktivt arbetsförhållande var sammanlagt 112 stycken. Frågeformuläret distribuerades elektroniskt och svarstiden var två veckor. Svarsprocenten blev tyvärr endast 46 %. Bortfallet var stort, men internt bortfall förekom inte. Automatiska frånvaromeddelanden kom från fem stycken. Man kan anta att eventuellt fler var lediga och aldrig nåddes av enkäten. Det kan antas finnas de som inte aktivt använder sin e-post vilket kan vara en orsak till den låga svarsprocenten. Tre stycken hörde av sig under enkättiden och hade problem med att elektroniskt skicka in svaret. När svarstiden hade gått ut framkom att ännu flera hade haft problem med inlämnandet. Detta kontrollerades med it-ansvarige men orsaken till detta problem kunde inte hittas. Enda förklaringen var att man inte kunde delta utifrån sjukhuset, endast en intern dator kunde användas.

I följande kapitel redogörs för resultaten i antal och procent från kartläggningsenkätens kvantitativa data i grafiska figurer och tabeller. De kategorier som utkristalliserats genom innehållsanalys av resultatet beskrivs i huvudkategorier. Kategorierna skrivs med fet kursiverad stil. Kategorier som sjukdomskunskaper, vårdmetoder (kost, läkemedel, vätskebalans), aktiv vård, stödjande vård, samarbete, tillgänglig information och förbättringar lyfts fram. Dessa kommer närmare att kommenteras i kapitlet med tillhörande figurer. I figurerna används antalet svarande, antalet N=49, som referens, inte procentuell andel. De öppna frågorna redovisas i procent enligt innehållsanalysen.

6.1 Kartlägningsenkät

I följande kapitel redogörs för resultat av sammanställningen av sjukskötarens åsikter. Frågan som berörde vilken avdelning som man arbetar på hade endast relevans för vilken information som man saknade på de olika avdelningarna och har ingen relevans att redovisas i arbetet.

Den allmänna frågan om antalet arbetsår inom branschen gav följande resultat. 14 stycken har arbetat 0-7 år, 6 stycken 8-12 år. 12 stycken 15-21 år, 7 stycken 22-28 år och 10 hade arbetat mera än 29 år inom sjukvård. Se tabell 1.

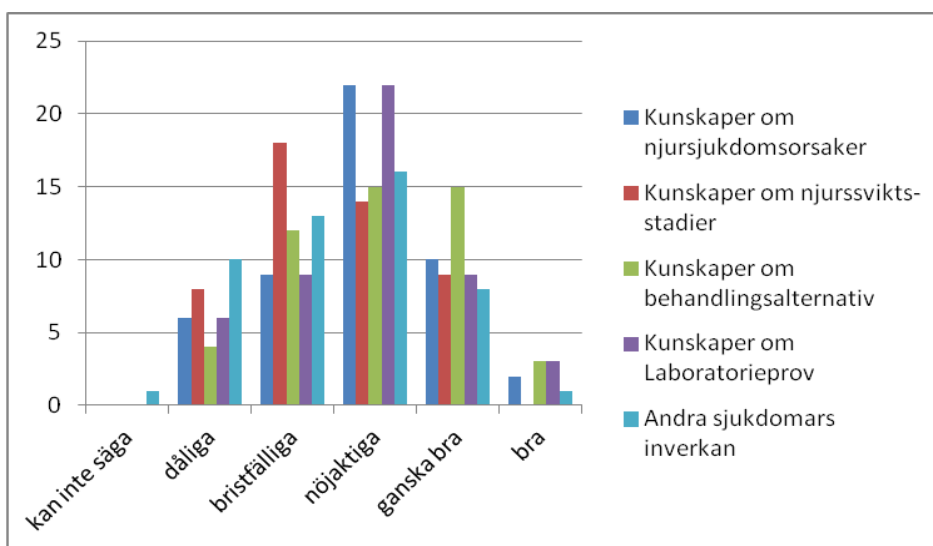
Tabell 1. Antal arbetsår inom branschen.

Antal arbetsår	0-7 år	8-12 år	15-21 år	22-28 år	>29 år
Antal sjukskötare	14	6	12	7	10

6.1.1 Sjukdomskunskaper

Inom kategorin *sjukdomskunskaper* visar personalens svar att det finns behov av skolning och mera kunskap. Till kategorin har kunskaper om njursjukdomsorsaker, njursviktsstadier, behandlingsalternativ, laboratorieprov och andra sjukdomars inverkan innefattats.

Man kan konstatera att övervägande nöjaktighet förekommer. Orsaker till en njursjukdom var tämligen obekanta: 22 stycken nöjaktiga och 15 bristfälliga eller dåliga kunskaper, medan 10 hade ganska bra och endast 2 stycken bra kunskaper. Så många som 26 stycken ansåg att de hade dåliga eller bristfälliga kunskaper om njursjukdomsstadier och 14 stycken nöjaktiga, 9 ansåg att kunskaperna var ganska bra. Kunskaperna om behandlingsalternativ var sämre: Hos 4 dåliga, 12 bristfälliga, hos 15 stycken nöjaktiga, 15 stycken ansåg de vara bra och 3 ganska bra. Man ansåg sig ha ganska varierande kunskaper om laboratorieprov: 15 stycken dåliga/bristfälliga, 22 nöjaktiga och 9 ganska bra, 3 hade bra kunskaper. Hur njursjukdomspatienten påverkas av andra sjukdomar kände man sämre till: 1 kan inte säga, 10 dåliga, 13 bristfälliga, 16 hade nöjaktiga kunskaper, 8 ganska bra, 1 hade bra kunskaper. Se figur 4.

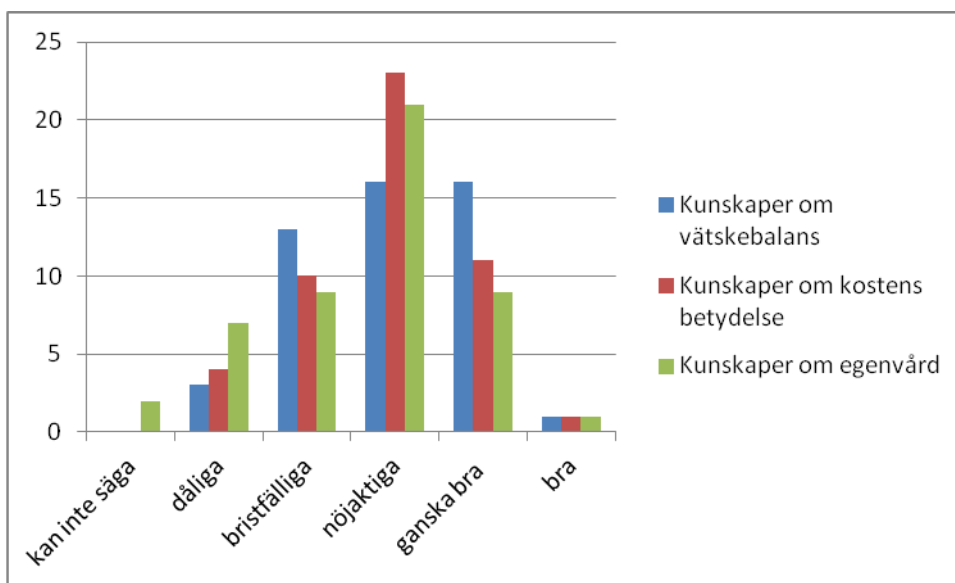


Figur 4. Sjukdomskunskaper.

6.1.2 Vårdmetoder

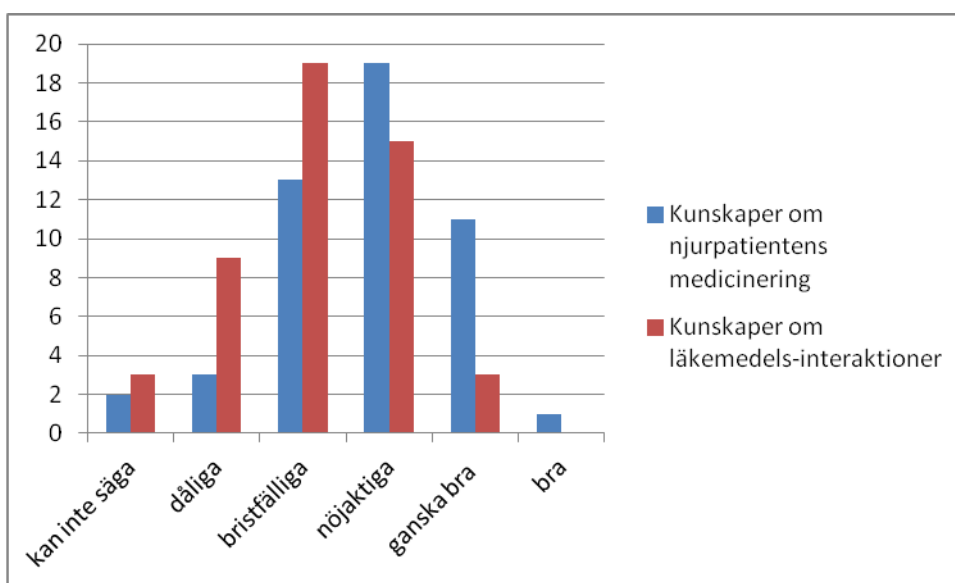
Inom kategorin *vårdmetoder (kost, läkemedel, vätskebalans)* väger det ganska jämnt mellan relativt bra och relativt dåligt. De flesta anser sig ha nöjaktiga kunskaper och vara i behov av mera kunskap. Till kategorin har egenvårdens hörnstenar med diet/kost, läkemedel och vätskebalans sammanställts.

Man bedömde kunskaperna om vätskebalans som överlag ganska goda, där 3 stycken svarade dåliga, 13 bristfälliga, 16 nöjaktiga, 16 ganska bra och 1 bedömde sig ha bra kunskaper. Kostens betydelse var för större delen mindre bekant: 4 stycken dåliga, 10 bristfälliga, 23 nöjaktiga kunskaper, 11 ganska bra, medan 1 hade bra kunskaper. Egenvårdskunskaperna bedömde man som relativt osäkra, då 2 kan inte säga, 7 stycken dåliga, 9 bristfälliga, 21 nöjaktiga, 9 ganska bra och 1 hade bra kunskaper. Se figur 5.



Figur 5. Kunskaper om vårdmetoder.

Man ansåg även att man hade för lite kunskap om medicinering: 2 kan inte säga, 3 hade dåliga och 12 bristfälliga kunskaper, 19 nöjaktiga och 11 ganska bra, men endast 1 hade bra kunskaper. Man ansåg även att kunskaperna om läkemedelsinteraktioner var svaga: 3 kan inte säga, 9 dåliga, 19 bristfälliga, 15 nöjaktiga och 3 har ganska bra kunskaper. Se figur 6.

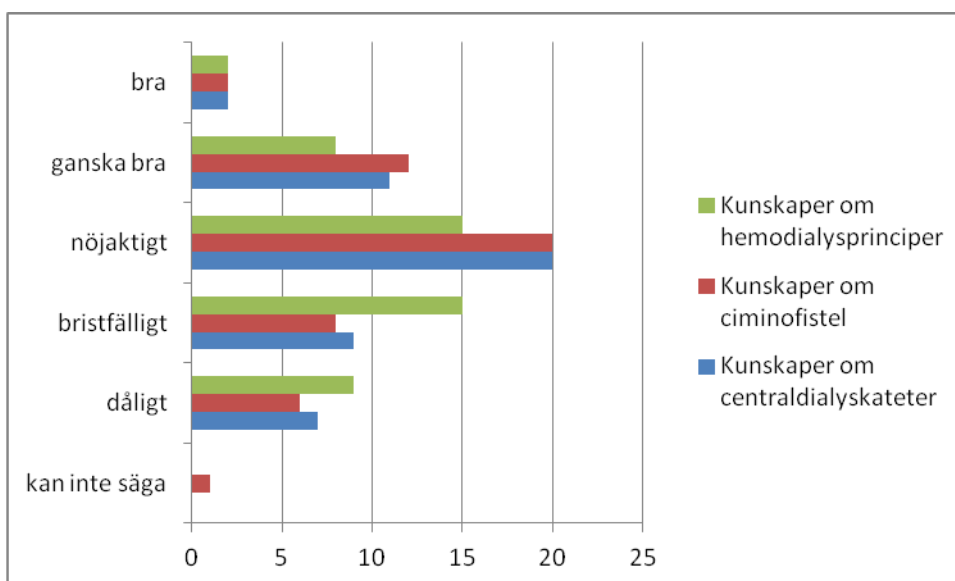


Figur 6. Kunskaper om medicinering.

6.1.3 Aktiv vård

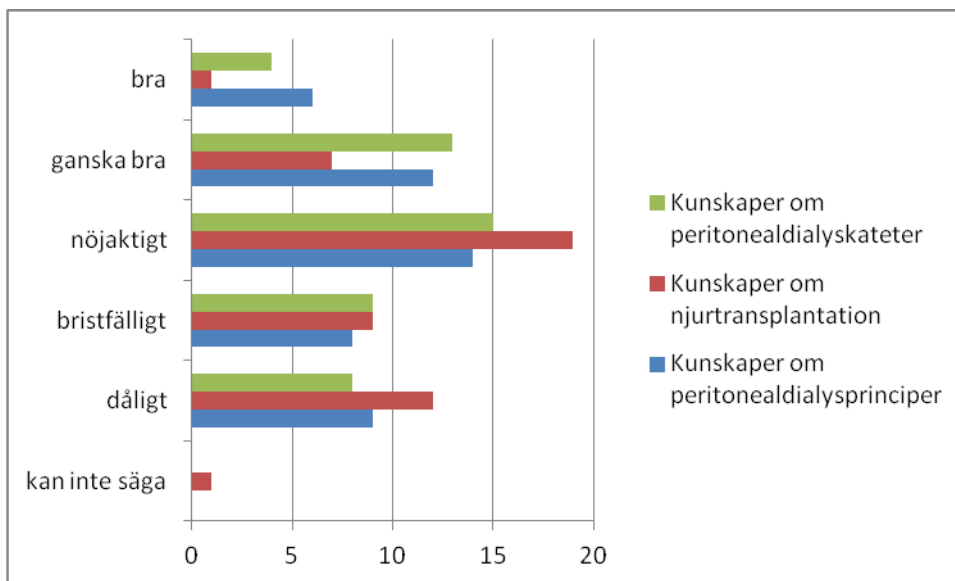
Kategorin *aktiv vård* visar att kunskaper finns ganska varierat både om behandlingsprinciper och om dialysvägar. Inom kategorin har behandlingar med hemodialys, peritonealdialys och transplantation samt dialysvägar fistel och dialyskatetrar tagits upp. Detta redovisas i två figurer fördelat enligt hemodialys som första tabell och peritonealdialys samt transplantation i andra tabellen.

Övervägande antal anser att kunskaperna inte är tillräckliga: 15 nöjaktiga, 15 bristfälliga och 9 har dåliga kunskaper. Endast 8 och 2 anser sig ha ganska bra/bra kunskaper. Angående ciminofistel är kunskaperna större: 1 kan inte säga, 6 dåliga, 8 bristfälliga, 20 nöjaktiga, 12 ganska bra och 2 bra kunskaper. Man känner nöjaktigt till dialyskateter: 7 har dåliga kunskaper, 9 bristfälliga, 20 nöjaktiga, 11 ganska bra och 2 har bra kunskaper. Se figur 7.



Figur 7. Kunskaper om hemodialys.

En övervägande del ansåg sig ha kunskaper om peritonealdialys: 9 dåliga, 8 bristfälliga, 14 nöjaktiga, 12 ganska bra och 6 hade bra kunskaper. Samtidigt ansåg man sig ha sämre kunskaper om peritonealdialyskateter. 8 dåliga, 9 bristfälliga, 15 nöjaktiga, 13 ganska bra och 4 har bra kunskaper. Se figur 8.

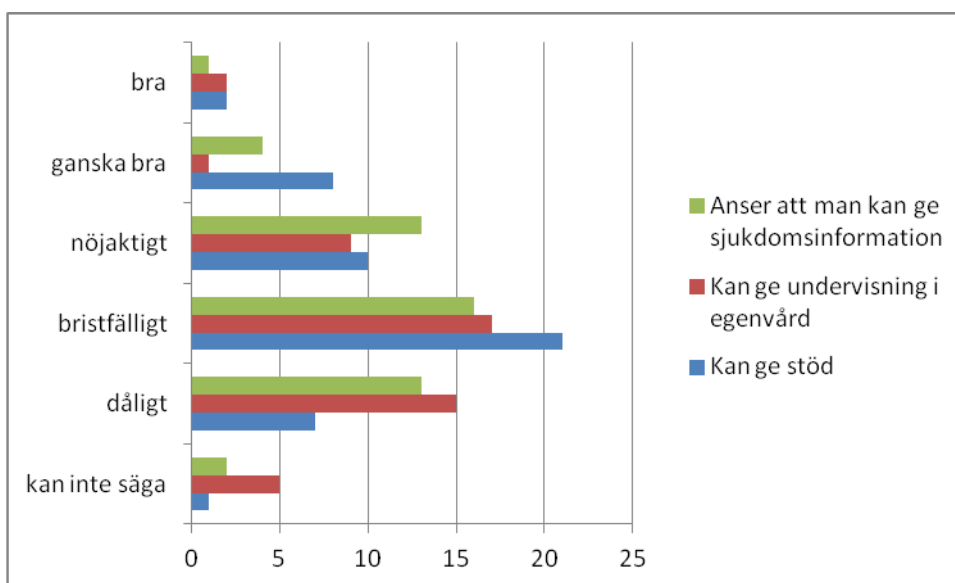


Figur 8. Kunskaper om peritonealdialys och transplantation.

6.1.4 Stödjande vård

I kategorin *stödjande vård* anser personalen att den behöver mera kunskaper. Det finns inte tillräcklig kunskap för att kunna ge stödjande egenvård eller stöd för information om sjukdomen eller dess påverkan.

Kunskaperna för att ge sjukdomsinformation räcker inte till: 2 kan inte säga, 13 dåliga, 16 bristfälliga, 13 nöjaktiga och bara 4 ganska bra och 1 har bra kunskaper. Det samma gäller kunskaper att ge egenvårdsundervisning, kunskapen är inte tillräcklig, då 5 kan inte säga, 15 dåliga, 17 nöjaktiga, 9 nöjaktiga, endast 1 ganska bra och 2 med bra kunskaper. Man anser sig kunna ge patienterna relativt svagt stöd: 1 kan inte säga, 7 dåligt, 21 bristfälligt, 10 nöjaktigt, 8 ganska bra och 2 stycken anser sig kunna ge bra stöd. Se figur 9.

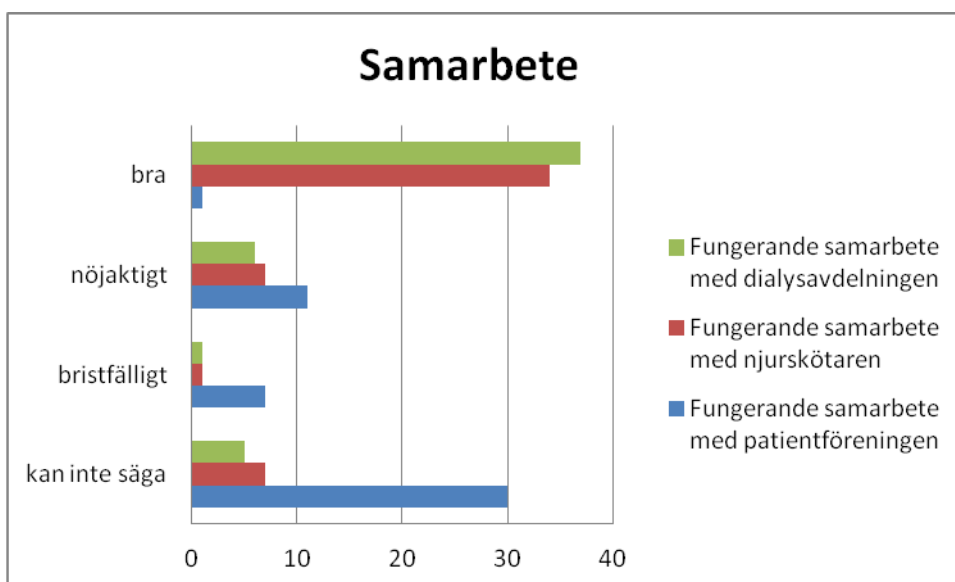


Figur 9. Kunskapsnivå angående patientstödande undervisning.

6.1.5 Samarbete

Inom kategorin *samarbete* är man förhållandevis nöjd med samarbetet inom sjukhuset med njuerskötare eller dialysavdelning, men patientföreningen verkar okänd.

De allra flesta, 37 stycken anser att samarbetet med dialysavdelningen fungerar bra, 6 nöjaktigt, 1 bristfälligt och 5 kan inte säga. Man tycker även att samarbetet med njuerskötaren fungerar bra, 34 stycken, 7 nöjaktigt, 1 bristfälligt men även ganska stort antal, 7 stycken, kan inte säga. Det framkommer att man inte känner till så mycket om patientföreningens verksamhet. Hela 30 stycken kan inte säga, 7 tycker samarbetet är bristfälligt, 11 nöjaktigt och 1 anser det vara bra. Se figur 10.



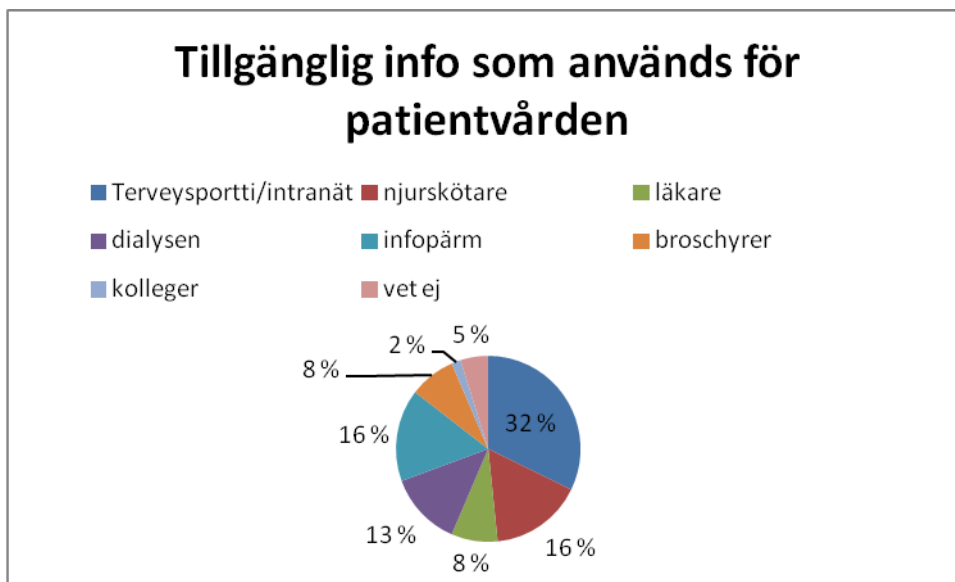
Figur 10. Samarbete.

6.1.6 Tillgänglig information och förbättringar

De öppna frågorna gav olika men också liknande svar och har sammanställts i figurer och diagram med procentuell redovisning. Vilken information som man använder sig av inom patientvården kommer att refereras. Resultatet av vilken information sjukskötarna ansåg sig sakna liksom var man får hjälp i vården kommer att redovisas i kapitlet. Sjukskötarna gav även förbättringsförslag till bättre förutsättningar att få information och kunskap för vård och handledning av kroniska njursviktpatienter.

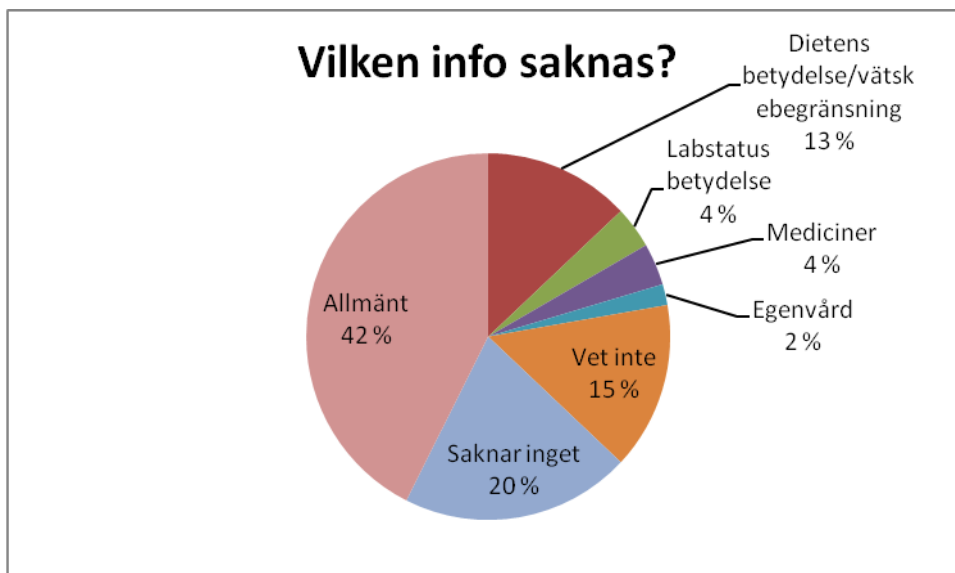
På frågan om vilken information som finns tillgänglig för att man bäst ska kunna vårda sin patient visar resultatet att man till största delen vänder sig till Terveysportti 32 %. Till njurskötare vänder sig 16 % och infopärm 16 %, dialysen 13 %, 8 % vardera till

läkare/broschyrer, 5 % vet ej vart de ska vända sig, medan 2 % vänder sig till kolleger. Se figur 11.



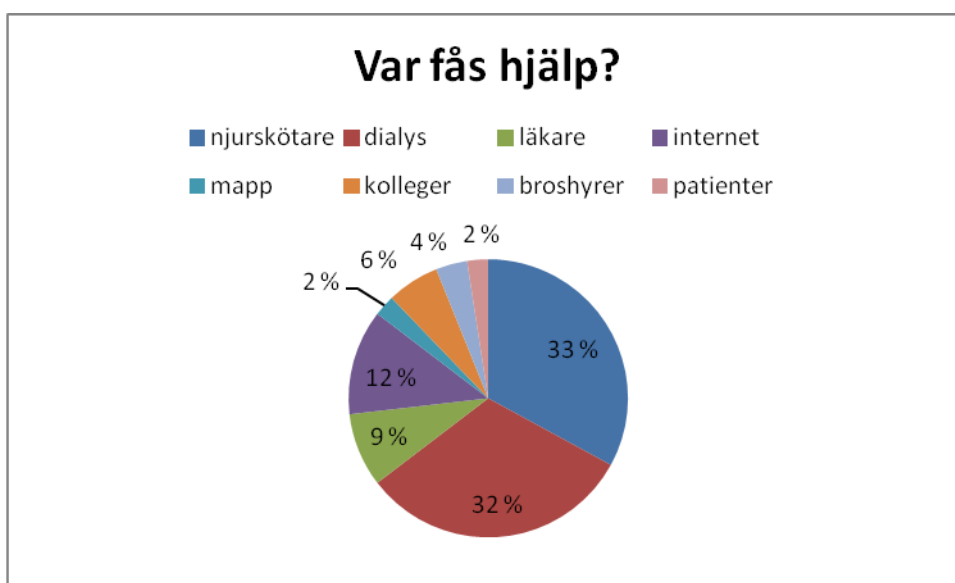
Figur 11. Tillgänglig info som används för patientvården.

Den information som man saknade var främst allmän kunskap om njursviktpatienten, 42 %, medan 20 % saknade inget, 13 % nämnde kost och vätskebegränsning, 4 % laboratoriestatusbetydelse, 4 % mediciner och 2 % saknar info om egenvård. Se figur 12.



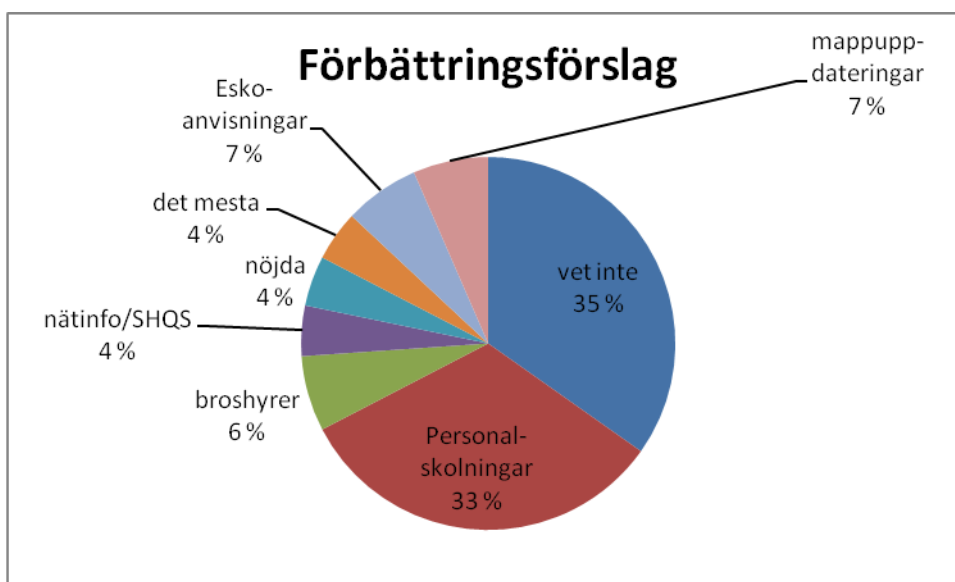
Figur 12. Vilken info saknas?

Man får hjälp med information och vård främst av njuerskötare 33 %, 32 % från dialysen, 12 % på internet, 9 % uppger läkare, 6 % kolleger, 4 % broshyrer, 2 % får hjälp från patienter och 2 % använder sig av avdelningens patientmapp. Se figur 13.



Figur 13. Var fås hjälp i vården?

På förfrågan om vad som kan förbättras svarade 35 % att de inte vet, 33 % önskade personalskolningar, 7 % mappuppdateringar, 7 % anvisningar i Esko (patienthanterings program), 6 % önskade broshyrer, 4 % vill ha mera av det mesta, 4 % var nöjda, 4 % tyckte nätinformation/SHQS (Sjukhusets kvalitetsprogram) kunde förbättras. Se figur 14.



Figur 14. Förbättringsförslag.

6.2 Uppföljningsenkät

En uppföljningsenkät med utvärderingsfrågor om skolningen (Bilaga 4) delades ut och insamlades genast efter skolningstillfällena bland den personal som hade deltagit. Det sammanlagda deltagarantalet var N=50 och svarsprocenten var 90 %. Anledningen till

bortfallet var sjukskötare som behövde avlägsna sig för att delta i patientvården och då inte kunde delta i hela skolningen eller svara på enkäten.

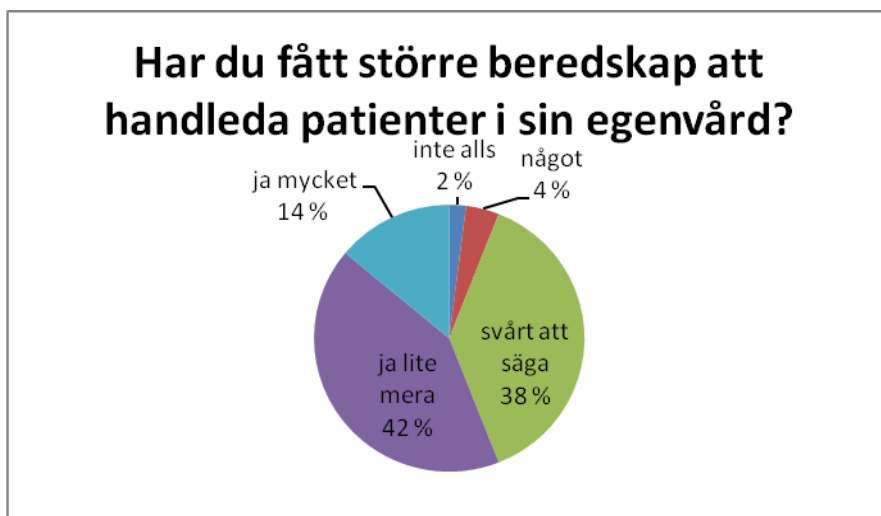
Personalen var nöjd med skolningarna och de var intresserade. Ibland var tiden väldigt begränsad p.g.a. arbetsmängden på avdelningarna och skolningen blev kortare än planerad. I kapitlet redogörs för resultaten i procent från utvärderingsenkätens kvantitativa data i grafiska figurer.

Angående mängden ökad kunskap som hade fått av skolningen svarade personalen enligt följande: 30 % ansåg sig ha fått mycket, 54 % ganska mycket, 14 % hade svårt att säga och 2 % svarade något. Se figur 15.



Figur 15. Har personalskolningen gett dig ökad kunskap om patienter med njursvikt?

På frågan om de har fått större patienthandledningsberedskap ansåg 14 % att de har fått mycket, 42 % ja, lite mera, 38 % hade svårt att säga, 4 % något och 2 % hade inte alls större beredskap. Se figur 16.



Figur 16. Har du fått större beredskap att handleda patienter i sin egenvård?

På frågan om det ansågs lättare att konsultera njurskötare efter dessa skolningar ansåg 46 % att det var mycket lättare, 34 % ja, lite, 16 % svårt att säga och 4 % något lättare. Se figur 17.



Figur 17. Har du efter skolningen lättare att konsultera njurskötare?

De öppna frågorna gav svar som har kategoriserats enligt likalydande svar. På frågan om vad som ännu kunde förbättras gavs flera förslag. Anordnande av kontinuerlig skolning exempelvis en gång per år föreslogs. Man önskade mera tillgängliga broschyrer för både personal och patienter på avdelningarna. Skolning för kökets personal önskades också. Samarbetet kan förbättras samt mera tid för patienterna önskades.

Saknades någonting i skolningen? Kommentarer som gavs var följande: bra, nyttigt, inget fattades, saknade inget, kärnor togs fram, bra, heltäckande, nya saker lyftes fram, heltäckande, klart och tydligt, material på finska, noggrannare om varför diet, vilka mediciner bör specifikt undvikas? Det konstaterades att längre skolning än 45 min. krävs för att man ska kunna ge god patientskolning. Dessutom kom förslag att njurskötaren ska berätta om hur en transplantation går till.

7 Tolkning av resultat

Tolkningen av resultaten kommer att göras utgående från forskningsfrågorna enligt den teoretiska utgångspunkterna och teoretiska bakgrunden. Största delen av sjuksköterna har jobbat mera än 15 år inom sjukvård, de flesta har alltså lång erfarenhet. Enkäten visar ganska tydligt att personalen ser ett behov av mera skolning om kronisk njursviktsvård för att kunna ge god vård och patienthandledning. Det framkommer även behov av samarbete bl.a. med njurskötare. Respondenten anser att frågorna har besvarats.

Personalen bedömde sin kunskapsnivå om njursjukdomsorsaker, njursviktsstadier, behandlingsalternativ, laboratorieprov och inverkan av andra sjukdomar vara otillräcklig. Det kritiska tänkandet, enligt Lönnheden (2009), med de fem emotionella reflektionsstadierna över eget kunnande och hur säker man känner sig inte bara enskilt utan i grupp avgör omedvetet bedömningen. Sjukskötarens behovsklassificering måste baseras på kunskapsfakta utgående från njurfunktion och vad njursvikt kliniskt innebär (Salmonsson m.fl., 2008; Tampereen yliopisto, 2011). Mätbara symtom och även subjektiva eller observerbara symtom sammanställs till en helhetsbedömning i behovsklassificeringen och förutsätter ett öppet sinne hos sjukskötaren för att rätt kunna uppfatta och tolka hela situationen. (Neuman, 1995; Newman, 2008).

Enligt Neuman (1995) bör man kunna ta i beaktande hela människan med omgivning och påverkande faktorer i den aktuella situationen. För att kunna göra engod vårdplanering krävs vetenskaplighet i patientklassificeringen utgående från den individuella människan i sin sjukdom. För vetenskaplighet med evidens talar även Fagerstöm (2011) och Eriksson (2012).

Enkäten förmedlar även att kunskaper om kost, vätskebalans och egenvård är svaga, Också en förvånansvärt stor andel medger otillräcklig kunskap om medicinering och medicininteraktioner. Eriksson (2012) och Fagerström (2011) belyser även vikten av kompetens i vården för att den ska kunna sträva mot god vård. Sjukskötarens bör eftersträva att ha tillgång till information med individuellt anpassad handledning om läkemedel och kostrådgivning för en god egenvård (Attman m.fl, 2008; Andersson, 2007; Kyngäs m.fl., 2007). Enligt utvärderingsenkäten bedömde personalen att de har fått mera kunskap, både ny och uppdaterad. Eftersom skolningstiden var begränsad försågs avdelningarna även med skriftligt material och hänvisningar till var ytterligare information kan sökas via internet.

För att kunna ge rätt individuell vägledning och god vårdplanering i den aktiva vården angående dialysalternativ, dialysvägar (ciminofistel, centraldialyskateter, peritoneal

dialyskateter) eller transplantation bör man ha god kännedom om den unika patienten i situationen och omgivningen samt dennes uppfattning om vad som är målet. En förutsättning är också att man har den kunskap som innebär att man kan göra bedömningen om vad som är bäst för den enskilda individen. (Neuman, 1995; Aggleton m.fl., 2000; Fagerstöm, 2011; Honkanen, 2011; Eriksson 2012; Njur- och leverförbundet r.f., 2012). Aktivt sökande efter vetenskaplig grund för god individuell patienthandledning ger hela personalen stöd och är en god grund för god vård. (Lönnheden, 2009). Fineout-Overholt, m.fl. (2004) och Murphy (2005) påpekar att det är av stor betydelse att man följer en på evidensbaserad vård, eftersom den leder till tillit, arbetstillfredsställelse och binder samman gemensamma organisations mål, vilket leder till hög kvalitet i vården. Viljan till ökad kunskap och kritiska reflektioner finns enligt enkäten och därför även förutsättningar för god vård.

Avdelningsskolningen som gavs bestod av grundkunskap om njursviktsvård med inriktning på det behov som sjukskötarna hade uttalat. Mera än hälften ansåg i utvärderingen att de hade fått större beredskap till handledning. Sjukskötare söker information och kunskap till stor del via elektroniska källor som intranät, Terveysportti, och det förutsätter kritiskt tänkande (Kyngäs m.fl., 2007). Det framkom även att man önskade mera samarbete med njurskötaren på avdelningen och kontinuerliga skolningar. Skriftliga material ss broschyrer används och man refererade även till infomappar. Mappar med samlat skriftligt material kan tveksamt hänvisas till som reliabla källor i vården eftersom njurmedicin snabbt genererar ny kunskap.

Flera av sjukskötarna hade svårigheter att precisera förbättringsförslag. Allmänt önskar man större tillgång till patientinformations- och handledningsmaterial. Personalskolningar önskades även, vilket är en bra utgångspunkt. Man ser var brister finns och reflekterar (Fineout-Overholt, m.fl., 2004; Lönnheden, 2009). Studien visar att man med personalskolningar kan höja kunskapsnivån och väcka viljan till förändring/kritisk reflektion hos personalen att sträva efter god vård.

Sjukskötarna på vårdavdelningar vänder sig ofta vid konsultering till njurskötare och dialysavdelning, vilket även bekräftas som vedertagna metoder via studier av Øvretveit (1994), Compton m.fl. (2002) och Neuhart m.fl. (2010), där njurskötare används som samarbetsresurs i vården. I den teoretiska delen framkom möjligheter till utveckling och utnyttjande av en kliniskt avancerad sjukskötare som koordinerande resurs. Även i enkäten framkom tydligt att man önskar mera stöd från flera håll. Behov finns av att skapa ett fungerande multiprofessionellt samarbete kring patienten eller patientgruppen där var och en med specialkunskaper kan bidra till god vård.

Njurskötaren som klinisk specialistsjukskötare kan bidra med skolningar, fungera som länk mellan intagning, avdelning och öppenvård, skapa samverkan i patientflödet och stöda smidigare vårdövergångar (Neyhart m.fl., 2010). Njurskötaren är avgörande som resurs för en koordinerad vårdplanering och för en redan i ett tidigt skede inledd patientaktivering, enligt Compton m.fl. (2002). Respondenten kan konstatera att det både i kartläggningsenkäten och i utvärderingsenkäten tydligt framkom att man önskar stöd och kontakt med njurskötaren. Man kan lättare konsultera njurskötare när man redan har etablerat kontakt med skötaren via avdelningsskolning/besök. Man önskade kontinuerliga skolningar från njurskötaren. Även i forskning av Neyhart m.fl. (2010) betonas vikten av en klinisk specialistsjukskötare som personalskolande resurs.

8 Kritisk granskning

Den kritiska granskningen av arbetet kommer att göras utgående från kriterierna validitet och reliabilitet enligt bl.a. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen och Hirsjärvi, Remes & Sajavaara.

Validitet avser en vetenskaplig undersöknings giltighet och reliabilitet mäter studiens tillförlitlighet, att svaret inte är slumpmässigt.

Kvalitativa studier kan inte lätt omfattas av kriterierna validitet och reliabilitet då det alltid är personliga åsikter, känslor och intuition involverade. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 215).

8.1 Validitet

Konstruktionsvaliditet refererar till graden av underliggande teoretisk bas. Mätare kan vara begrepps- eller faktoranalyser, som anger svarsmönster i enkäter, dvs man söker likheter i datan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 207-208).

Innehållsvaliditet anger om studien mäter det som den avser att mäta. (Olsson & Sörensen, 2007, 76). Det man avser att mäta bör noggrant beskrivas och undersökningsgrupp utväljas enligt ändamålsenlighet. Studien bör täcka och beskriva undersökningens innehåll, förväntningar, bakgrundsteorier, kriterier och även uppbyggnad (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 207, 216; Hirsjärvi m.fl., 2007, 226-227). Inre validitet finns när resultaten klart utgår ur undersökningens arrangemang utan andra faktorerers inverkan (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 211).

Den teoretiska grunden har framställts i den teoretiska delen med tanke på vilken patientgrupp som avses, där även vårdarens kunskapsutveckling och patienthandledning beskrevs. Enkäten testades på en mindre grupp sjukskötare. Testenkäten gav inte orsak till stora förändringar, utan man ansåg att frågeställningarna var tydliga och klara. Enkätsvaren gav kategorier som samlade information till mönster för att ge en vidare dimension. Enligt respondentens

uppfattning mäter studien den upplevda nivån av kunskap, tyvärr dock i begränsat antal p.g.a. låg svarsfrekvens. Detta påverkar giltigheten, men uppvägs av att antalet deltagande i avdelningsskolningarna är lika stort som i kartläggningsenkäten och att svarsprocenten i utvärderingssenkäten är 90 %. Respondenten har beskrivit sin förförståelse från njursviktpatientens vårdkedja. Bakgrundsteorier har återgivits utan vinklingar. Studiens innehåll, avsikt, metoder samt förhållanden under det praktiska genomförandet och hela forskningsprocessen har beskrivits under arbetets gång.

8.2 Reliabilitet

Reliabilitet anger huruvida studien kan användas i liknande populationer och ändå ge liknande resultat, dvs överrensstämmelse mellan mätningar. (Hirsjärvi m.fl., 2007, 227; Olsson & Sörensen, 2007, 75). Reliabilitet i kvalitativa studier är svårdefinierat. Studier av beskrivningar och attityder kan inte genomföras på ett annat ställe eller i en annan situation och ge samma svar. (Hirsjärvi m.fl., 2007, 227).

Man kan förbättra reliabiliteten genom att minimera påverkande felfaktorer. Dessa kan vara studiens mätningstid, stress, antal frågor eller enkätens utformning. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 210). Antal frågor i enkäten var inte högt och tiden som åtgick att svara var kort. Arbetstrycket på avdelningarna kan respondenten inte säga något om, dvs om det fanns tid att avsätta för att delta i enkäten. Respondenten kan inte heller avgöra om personalen avstått från att svara för att inte avslöja en dålig kunskapsnivå. Valet att göra en elektronisk enkät har antagligen påverkat svarsprocenten. Enligt avdelningsskötarna fanns 112 i aktivt arbete men endast 49 svar kom in. Antalet svar var relativt jämnt fördelat mellan de olika avdelningarna. Tanken var att inlämnandet och sammanställandet skulle vara smidigare. Det praktiska arrangemanget att få enkäten elektronisk fungerade bra med experthjälp. Enkäten

testifylldes elektroniskt och konstaterades fungera. Varför personalen senare inte kunde skicka in sina svar förblev oklart. Den enda orsaken var om man hade försökt fylla i den utanför sjukhuset, eftersom den bara fungerade internt.

9 Diskussion

Trots ett stort bortfall i kartläggningsenkäten anser respondenten att studien uppfyller syftet att ge en beskrivning av hur sjukskötarna uppfattar sina kunskaper och sitt behov av mera kunskap. Under arbetets gång har det blivit allt tydligare att alla skeden i forskningsprocessen är nödvändiga. Noggrann planering, bakgrundsfakta och forskning, kartläggning och analys samt implementeringsskede med utvärdering visar på nyttan med aktionsforskning i vårdarbetet.

Den förberedande tiden med planering, anhållan för enkät drog ut på tiden och i efterhand kan det konstateras att tidtabellen blev framskjuten. Den elektroniska undersökningen kunde eventuellt ha kompletterats med en pappersenkät för att få ett större deltagarantal. Glädjande stort antal deltog i skolningstillfällena och besvarade utvärderingarna samt gav god respons på skolningarna. Förvånande var att svarsprocenten i enkäten var låg. Visste personalen mera? Undvek de som hade mera kunskap eller de som visste att de hade låg kunskap att delta? Resultatet visar att man med skolning som utgår från behovet kan höja kunskapsnivån och väcka det kritiska tänkandet hos personalen. Meningen med aktionsforskning är att lära genom aktion och reflektion och det ska mynna ut i personlig eller professionell utveckling. (Koshny m.fl, 2011).

Med njurskötaren som resurs mellan de involverade aktörerna och mellan vårdinstanserna kan den individuella goda helhetsvården ökas. Man kan fastslå att den kritiska reflektionen fanns och att fler goda idéer till vidare samarbete har skapats. Vårdare bör ha en gemensam

värdegrund och en teoretisk bas att stå på för att kunna ge god individuell vård eftersom alla människor är individer med varierande erfarenheter och egen historia och därigenom egna målsättningar.

Personalen kunde konstatera helt riktigt att den 45 minuters skolning som hölls inte är tillräcklig för att de ska kunna ge patienthandledning med god kvalitet. Detta var inte heller avsikten utan att ge mer stöd i allmän sjukdomsinfo som stöd i patientvården. Njurskötaren eller någon annan profession, som avdelningspersonalen kontaktar ger sedan rätt skolning varefter. Patienthandledning på avdelningar är inte möjlig att på något sätt få heltäckande eftersom patienten är intagen en kort tid. För en god egenvård krävs beteende förändringar och anammandet av en ny livsstil. Personalen kan enbart ge råd och motivera, det är sedan upptill patienten hur väl det förverkligas. Den fortsatta vården och öppenvården har här en stor roll i planeringen av en kontinuerlig individuell helhetsvård där även njurskötaren ingår.

Upprätthållande av en aktiv kontakt med personalen och återkommande skolningar på avdelningarna är en viktig uppgift för njurskötaren. Undersökningen kan bidra till utvecklandet av en verksamhetsmodell för klinisk specialistsjukskötare med njurskötarfunktion. En framtida utveckling av njursviktpatienternas vård är en stor utmaning. Det vore intressant att undersöka hur man kan få viljan till en aktiv egenvård stärkt med hjälp av de patienter som redan har erfarenhet av olika stadier av njursvikt.

Litteratur

Aggleton, P. & Chalmers, H. (2000). *Nursing models and Nursing Practice*. London: Macmillian.

Attman, P-O. & Alvestrand, A. (2008). Kronisk njurinsufficiens. Ingår i: Aurell, M. & Samuelsson, O. (red.) *Njurmedicin*. Stockholm: Liber.

Axelsson, S.B. & Axelsson, R. (2009). Multidisciplinära team och ledarskap – från revirtänkande till altruism. Ingår i: Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (red.) *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Broschius, SK. & Castagnola, J. (2006). Chronic kidney disease: acute manifestations and role of critical care nurses. *Critical care nurse*, 25 (4), 17-20, 22-28.

Compton, A., Provenzano, R. & Johnson, CA. (2002). The nephrology nurses' role in improved care of patients with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, Aug 29 (4), 331-336.

Dychawy-Rosner, I. & Springett, J. (2008). Aktionsforskning och fallstudie. Ingår i: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Reálszisztéma Dabas Printing House: Studentlitteratur.

Edlund, M. (2102). Vårdighet. Ingår i: Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Pozkal: Studentlitteratur.

Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin. Ingår i: Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Pozkal: Studentlitteratur.

Eyre, S. (2008). Näringsmässiga konsekvenser av nedsatt njurfunktion. Ingår i: Aurell, M. & Samuelsson, O. (red.). *Njurmedicin*. Stockholm: Liber.

Fagerström, L. (red.) (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Fineout-Overholt, E., Levin, R.F. & Melnyk, B.M. (2004). Strategies for Advancing Evidence-Based Practice in Clinical Settings. *Journal of New York State Association*, 28-32.

Finlands njursjukdomsregister-Årsrapport (2010). [Online]
http://www.musili.fi/files/SMT_Raportti_2010.pdf (hämtat 5.9.2012).

Finlands sjuksköterskeförbund rf. (1996). Etiska riktlinjer för sjukskötare. [Online]
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi> (hämtat 5.3.2012).

Helsingforsdeklarationen (1964), [Online] <http://www.codex.uu.se>,
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (hämtat 5.3.2012).

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Honkanen, E. (2011). Dialysbehandling av kronisk njursjukdom idag. *Finländska läkarsällskapets handlingar*. 171(2), 7-11.

Jablonski, A. (2007). The Multidimensional Characteristics of Symptoms Reported by Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 34 (1), 29-37.

Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. (2011). *Action Research in Healthcare*. London: SAGE publications Ltd.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Borgå: WSOY.

Lönnheden, R. (2009). Ingår i: Bentling, S & Jonsson, B. (red.). *Vårdpedagogiska utmaningar*. Stockholm: Liber.

Murphy, L. (2005). Transformational leadership: a cascading chain reaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 128-136.

Neyhart, CD., McCoy, L., Rodegast, B., Gilet, CA., Roberts, C. & Downes, K. (2010). A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease: the UNC Kidney Center Nephrology Nursing Initiative. *Nephrology Nursing Journal*, 37 (2), 121-131.

Neuman, B. (1995), *The Neuman System Model*. (3rd ed.). London: Appleton & Lange.

Newman, M. A. (2008). *Transforming Presence. The Difference That Nursing Makes*. Philadelphia: F.A.Davies Company.

Njur- och leverförbundet r.f. (2012)

http://www.musili.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/hyvan_hoidon_kriteerit (hämtat 3.9.2012). http://www.musili.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/dialyysihoito (hämtat 14.1.2013).

http://www.musili.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas/krooninen_vajaatoiminta (hämtat 27.1.2013).

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera och genomföra en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2006). *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.

Polit, D. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rönnerman, K. (red.) (2004). *Aktionsforskning i praktiken – erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Salomonsson, M., Erik, A. & Persson, G. (2008). Njurarnas struktur och funktion. Ingår i: Aurell, M. & Samuelsson, O. (red.). *Njurmedicin*. Stockholm: Liber.

Söderlund, M. (2012). Vårdandet. Ingår i: Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Pozkal: Studentlitteratur.

Tampereen ammattiopisto (2011). [Online] [www.musili.fi/fin/munuaistietoa/.../Munuaispotilaan hoitotyö](http://www.musili.fi/fin/munuaistietoa/.../Munuaispotilaan_hoitotyö). (hämtat 8.6.2012).

Øvretveit, J. (1994). *Moniammatillisen yhteistyön opas*. Helsinki: SHKS

Finlands författningssamling: Lagen om patientens ställning och rättigheter (1992). [Online] <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785> (hämtat 5.3.2013).

Beslut

- Tillstånd för lärdomsprovet beviljas enligt anhållan
- Tillstånd för lärdomsprovet beviljas inte
- Ansökan för godkännande av lärdomsprov kräver:
- Vasa central sjukhus namn får användas i lärdomsprovet
- Vasa central sjukhus namn får inte användas i lärdomsprovet

Beslutsfattare

§ 9

12/7 20 12
Datum

Underskrift och tjänsteställning



Carita Mäkelä

Förtydligande av namnet

Förtydligande av namnet

BILAGOR

Handbok för uppföljning av njursvikt

Boken kan hållas aktuell eftersom den alltid är med vid kontakten vid njurpolikliniken. Hit kan du sätta information och andra dokument som berör din njursjukdom.

Vi hoppas att du ska ha nytta av den som hjälpmedel och komplement. All information finns samlad på ett ställe och du kan kontrollera och läsa det som behövs. Du och personal på sjukhuset kan se vilken information som getts och vad som gäller just i ditt fall.

Syftet med denna handbok är:

- ✚ att ge ökade kunskaper och råd om njursvikt
- ✚ att underlätta din egenvård och uppmuntra till aktiv delaktighet
- ✚ att ge möjlighet till kontrollerad uppföljning som underlättar beslut och planering
- ✚ att öka förståelsen

Du kan aktivt använda boken och när du vill läsa i den.

Du kan anteckna mätvärden och observationer.

Du kan skriva ned det du funderar på och behöver fråga. Du kan med hjälp av kontaktnätet i den veta vem du kan få hjälp av.

Innehåll

1. Info om njurar och njursvikt
2. Laboratorieundersökningar
3. Mediciner
4. Hälsa och egenvård, motion
5. Kost
6. Socialskydd och övrig yrkeshjälp
7. Behandlingsalternativ
8. Stödfunktioner

1. Info om njurar och njursvikt, symptom

Njurarna är livsviktiga för de renar kroppen från slaggprodukter via urinutsöndring. När kroppen omsätter näringsämnen bildas avfallsprodukter. Njurarna balanserar kroppsvätskornas sammansättning. En annan viktig funktion är reglering av blodtryck, salt och vätskebalans, surhetsgrad i blodet, skelettsammansättning och blodbildning.

När njurfunktionen successivt förändras kommer symptomen ofta smygande och långsamt. Kroppen vänjer sig vid den ökade ansamlingen av slaggprodukter. Eftersom njurarnas förmåga att rena och reglera blir sämre kommer t.ex. följande symptom att märkas i olika grad: trötthet, orkeslöshet, frusenhet, illamående, dålig matlust, sendrag, torr hud och klåda. Även vätskeansamling, andfåddhet och stegrat blodtryck förekommer.

Man delar in njursvikten i olika stadier.

I stadium 1-2 är njurfunktionen lätt nedsatt och man märker ingenting, urinprov kan visa proteinläckage.

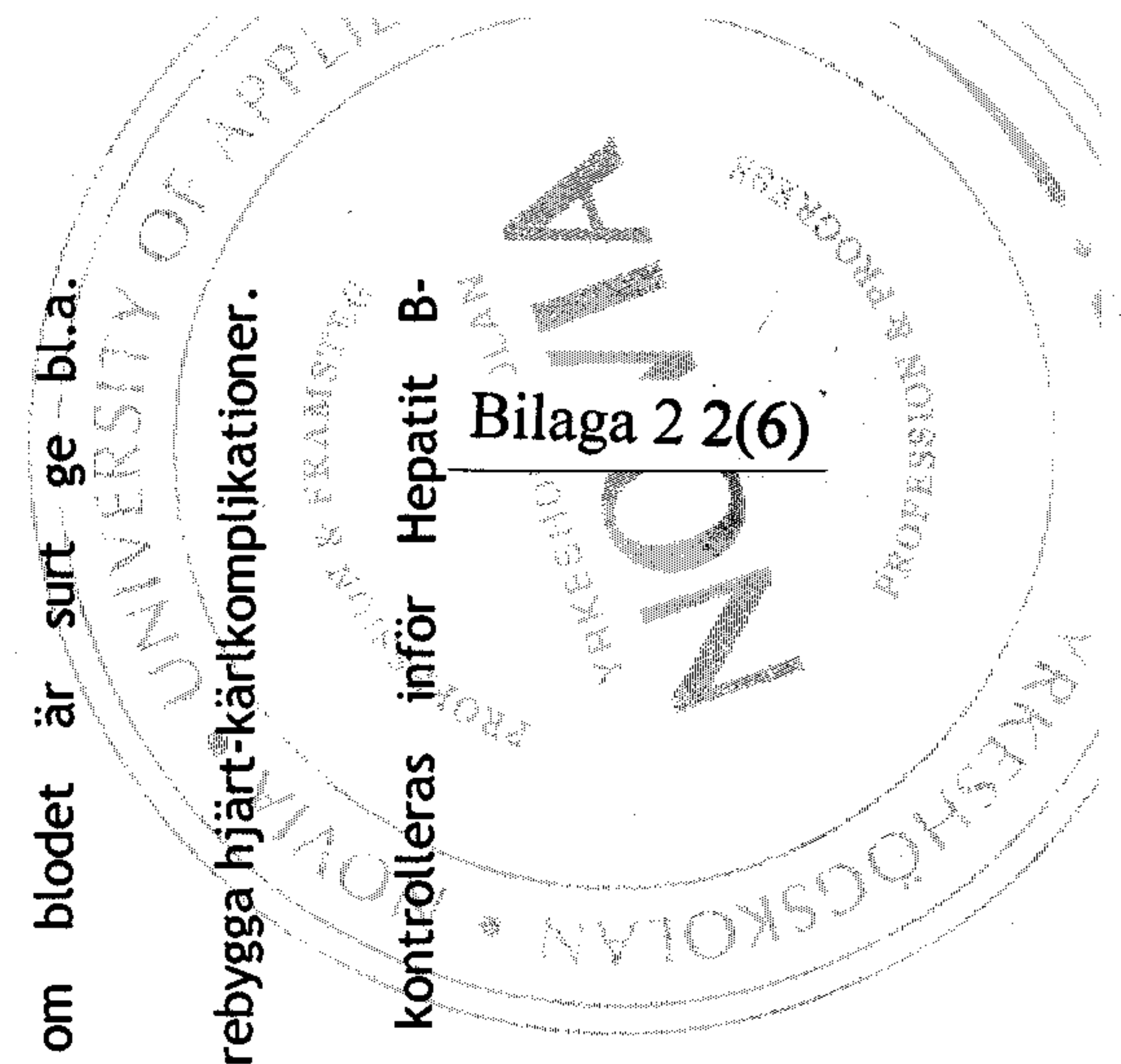
I stadium 3 - vid måttlig njursvikt - kan man se förhöjt ett kreatininvärde i blodprov och ofta också förhöjt blodtryck. Det är viktigt med tidigt insatt behandling i form av blodtryckssänkande mediciner och eventuellt mediciner för kalk/fosfatbalansen.

Först i stadium 4-5 får man symptom. Nu behövs symtomlindrande och sjukdomsbromsande läkemedel. Man behöver i god tid före planerad behandlingsstart förbereda tillgång till blodbanan och operera ciminofistel. När endast 5-10 % av njurfunktionen återstår brukar behandling inledas.

2. Laboratorieundersökningar

Hur din sjukdom utvecklas kommer att följas med noggrant via blodprov. Via laboratoriesvar kan man justera medicinering och dosering. I urinen medföljs protein och albuminutsöndring. I blodet kontrolleras bl.a.

- ⬇ Blodvärde, lågt Hb leder till trötthet.
- ⬇ Järnförråd, behöver vara en viss nivå för att man ska kunna ge erytropoetinstimulerande hormon EPO.
- ⬇ Fosfor- och kalkbalans inverkar tillsammans med D-vitamin och PTH på skelettets hållfasthet och blodkärlens förkalkning.
- ⬇ Blodets salter natrium och kalium som behövs för hjärtats, nervers och musklers funktioner.
- ⬇ Kreatinin, urea, cystin-C som njurfunktionsnedsättningsvärdet.
- ⬇ Albumin håller vätska i blodbanan och ett lågt värde kan synas som svullnader, albumin anger även näringsämnesnivån.
- ⬇ Blodets surhetsgrad kan om blodet är surt ge - bl.a. bröstbränna.
- ⬇ Blodets fettnivåer, för att förebygga hjärt-kärlkomplikationer.
- ⬇ Glukosnivåer.
- ⬇ Antikropps-nivåer i blodet kontrolleras inför Hepatit B-vaccinering.



Du ska förvara din medicinlista och dina recept på samma ställe, så har sjukskötare och läkare möjlighet att följa upp och tillsammans med dig kontrollera dem. Med mediciner strävar man till att bromsa sjukdomens framfart och att förebygga och behandla komplikationer, bl.a. hjärt-kärlsjukdomar. Medicineringen fortsätter vanligen under lång tid och byts eller justeras enligt blodprover och förändringar i ditt hälsotillstånd. Det kan ibland inte genast märkas någon förändring i hur du mår utan först på lång sikt. Det är viktigt att du förstår hur och varför medicinen ska tas, ibland är verkan beroende av att medicinen tas vid en viss tidpunkt.

Viktigt är att du känner dig trygg med dina mediciner.

Den nedsatta njurfunktionen gör att vissa läkemedel passar sämre. En del läkemedel är direkt olämpliga vid njursjukdom, t.ex. vissa anti-inflammatoriska värmmediciner. Även antibiotika behöver ofta justeras enligt njursvikten. Rådfråga din egen läkare om du är osäker. Berätta att du har njursvikt och berätta för din njurläkare om du ordinerats en ny medicin på en annan mottagning.

Vanliga använda är:

- ⚡ Blodtrycksmediciner, ofta flera sorter, är viktiga då njurarna inte klarar regleringen av blodtrycket så bra mera och för att högt blodtryck även är skadligt för njurarna.
- ⚡ Fosforbindande tas i samband med måltid.
- ⚡ EPO har individuell dosering enligt blodvärdet och järnnivåer.
- ⚡ Bikarbonat behövs ibland för att neutralisera surheten.
- ⚡ Vätskedrivande mediciner inverkar även mot högt blodtryck.

4. Hälsa och egenvård, motion

Hälsan är beroende av hur du lever. Genom att vara medveten och känna efter hur du mår och om du har symptom kan du få bättre livskvalitet. Genom att anteckna blodtryck, vikt, blodsocker och t.ex. svullnader lär du dig se samband med din livsföring.

Vad kan du göra?

- ✚ Lev hälsosamt, undvik alkohol, rökning, stress.
- ✚ Motionera och ät rätt.
- ✚ Ta dina mediciner enligt ordination.
- ✚ Gå ner i vikt om du är överviktig.
- ✚ Håll god hygien, smörj torr hud, sköt munhygien.
- ✚ Håll tarmfunktionen regelbunden.
- ✚ Låt andra hjälpa och ge stöd, familj, andra patienter, patientförening, professionella hjälpare.
- ✚ Reglera saltintaget.
- ✚ Var aktsam på symptom på intorkning.

Träning höjer konditionen och gör att du orkar bättre och mår bättre. Livskvaliteten höjs. Håll en regelbunden och för din nivå lagom motion. Via patientföreningen kan idéer och stöd fås. Fysisk träning inverkar både på fysiken och på det psykiska välmåendet. Träning stärker hjärtat och blodomloppet, även skelettet blir starkare och muskelmassan ökar.

5. Kost

En god kosthållning lindrar symtomen och håller kroppen i balans. Det är viktigt att få i sig tillräcklig mängd energi i form av växtfetter, aminosyror och kolhydrater. Lagom mängder och fördelade på hela dagen ger ett jämnt tillskott. Minskning av fosfor, protein eller kalium i kosten är beroende på njursvikten och direktiven du får är anpassade till dina behov.

Näringssterapeuten går noggrannare igenom dieten och vid de polikliniska kontakterna diskuterar vi kosten varje gång.

6. Socialskydd och övrig yrkesledd hjälp

Sjukdomen innebär stora förändringar i livet för dig och dina närmaste. Det kan vara bra att få professionell hjälp med ordnande av sociala förmåner, stöd eller annars få veta att man kan klara det. Socialskötaren hjälper i kontakt med myndigheter angående hem- och familjestöd, pensionsfrågor eller angående arbetsförmågans bibehållande t.ex. med rehabiliteringsstöd och kurser.

Ibland när behov finns anlitas annan specialinriktad personal som fotvårdare, diabetesskötare, hjärtskötare, fysioterapeut, näringsterapeut, psykskötare eller psykolog.

8. Behandlingsalternativ

Behandling inleds när dina symtom, din hälsa, dina laboratorieprover och din njurfunktion kräver det. Det finns inget klart fastställt läge utan det ses från fall till fall. Du får bekanta dig med alternativen hemdialys eller sjukhusdialys. Hemma kan man sköta sig själv med antingen peritoneal dialys eller hemodialys (bloddialys). Peritonealdialys kan skötas med två alternativ; nattmaskin eller manuellt dagtid. Hemhemodialys kan man sköta med god inskolning och med fortsatt stöd från sjukhuset med en egen dialysmaskin.

Om man inte kan klara sin behandling helt själv finns sjukhusdialys. Sjukhusdialys innebär regelbundna besök för dialys på sjukhuset. Man gör även på sjukhuset det man klarar av, men sjukskötare finns alltid på plats.

Transplantation kan utföras efter en tid i behandling och endast om man blir godkänd. Man måste ha konstaterats vara tillräckligt frisk för att kunna klara en så stor operation. Om det finns en nära anhörig som är villig att donera startar en utredning för att reda ut om det är möjligt i annat fall väntar man på njure från lämplig avliden.

Fundera vad som känns passande för dig, diskutera med din familj.



9. Stödfunktioner

Patientföreningen och förbundet har till uppgift att främja, tillvarata och stöda de njursjukas intressen och dessa sprider information och upplysningar. Du kan få värdefullt stöd från andra medlemmar och delta i ordnade gruppträffar eller kurser.

Du kan söka mera värdefull information på olika nätsidor. Informationen på dessa sidor är tillförlitlig och förnyas regelbundet.

Du kan alltid ringa din sjukskötare eller din läkare.

Denna hand bok är uppgjord av Ann-Christine Forss som examensarbete för sjukskötarstudier vid Nova yrkehögskola Juni 2010.

Bilaga 3 1(6)

Personalenkät angående behov av skolning om njurpatientens vård

Jag studerar till avancerad klinisk sjukskötare på Novia. Mitt examensarbete är en studie om personalens kunskaper och informationsbehov angående njurpatientens vård. För att klargöra behovet hos personalen önskar jag att följande frågeformulär ifylls och returneras inom två veckor. Formuläret är inte långt och jag hoppas att Ni kan ta Er tid att fylla. Frågorna kommer att behandlas konfidentiellt. Enkäten kommer att vara grund för kommande personalskolning för att förbättra den individcentrerade helhetsvården för njurpatienter. Vår gemensamma strävan är god vård. Deltagande i undersökningen är naturligtvis frivillig.

Senast xx.xx.2012 önskar jag Ert svar. När Ni svarat skickas enkäten in via länken längst ner.

Tack!

Klinisk specialistsjukskötarstuderande Ann-Christine Forss

Välj lämpligaste alternativ.

1. Arbetat inom vården 0-7 år 8-14 år 15-21 år 22-28 år >29år

2. Min avdelning:

0=kan inte säga, 1=dåliga, 2=bristfälliga, 3=nöjaktiga, 4=ganska bra, 5= bra, tillräckliga

3. Jag anser mina nuvarande kunskaper om dessa områden vara

Orsaker till njursjukdom	0	1	2	3	4	5
Njursjukdomens olika stadier	0	1	2	3	4	5
Behandlingsalternativ	0	1	2	3	4	5
Laboratorieundersökningar	0	1	2	3	4	5
Andra sjukdomars inverkan på njursjukdomen	0	1	2	3	4	5

0=kan inte säga, 1=dåligt, 2=bristfälligt, 3=nöjaktigt, 4=ganska bra, 5=bra

4.Jag har kunskaper om

Kostens betydelse	0	1	2	3	4	5
Njurpatientens medicinering	0	1	2	3	4	5
Vätskebalans	0	1	2	3	4	5
Patientens egenvård	0	1	2	3	4	5
Hemodialysprinciper	0	1	2	3	4	5
Ciminofistel	0	1	2	3	4	5
Centraldialyskateter	0	1	2	3	4	5
Läkemedel interaktioner/uremi	0	1	2	3	4	5
Peritonealdialysprinciper	0	1	2	3	4	5
Peritonealdialyskateter	0	1	2	3	4	5
Njurtransplantation	0	1	2	3	4	5

5.Jag anser att jag kan ge patienten

Sjukdomsinformation	0	1	2	3	4	5
Undervisning i egenvård	0	1	2	3	4	5
Stöd	0	1	2	3	4	5

0= kan inte säga, 1=bristfälligt, 2=nöjaktigt, 3=bra

6. Hur tycker du att samarbete fungerar med bla

Dialysavdelningen?	0	1	2	3
Njurskötare?	0	1	2	3
Patientförening?	0	1	2	3

Vilken information finns tillgänglig för du rda ska bäst kunna vårda patient

Vilken information saknas

Information om vården och vården

Information om förbättringsarbete

Tack för ditt deltagande

Henkilökuntakysely koulutustarpeesta munuaispotilaan hoidon johdosta

Opiskelen Noviassa ja teen nyt klinisen erityissairaahoitajan tutkimustyöni. Teen tutkintoa henkilökunnan tietoista ja tarpeista saada lisää informaatiota munuaispotilaan hoidosta. Voidakseen kartoittaa tätä tarvetta toivon että vastaatte kysymyksiini ja palautatte kyselyn kahden viikon sisällä. Kysely ei ole pitkä ja toivon että southe aikaa tähän. Osallistuminen on vapaaehtoinen ja vastaukset kohdellaan louttamuksella. Kyselyn pohjalta luon teille koulutuksia ja toivon näin parantaa munuaispotilaan yksilöllistä kokonaisvaltaista hoidoa. Meidän yhtenäistä tavoitetta on hyvää hoitoa.

Viimeistään xx.xx.2012 toivon vastauksenne. Viimeisellä sivulla olevan linkin kautta palautetaan kyselyä.

Kiitos!

Kliinisen sairaanhoitajan opiskelija Ann-Christine Forss

Valiste sopivin vaihtoehto.

- | | | | | | |
|--------------------|------------|---------|---------|--------|-------|
| 1. Työurani alalla | 0-7 vuotta | 8-12 v. | 15-21v. | 22-28. | >29v. |
| 2. Minun osasto | | | | | |

0=en osaa sanoa, 1=huonoa, 2=puutteellisia, 3=tyydyttäviä, 4=aika hyviä, 5=hyviä

3. Arvion tietojani Näillä alueilla (chronic kidney disease=CKD)olevan

Munuaissairauden syyt	0	1	2	3	4	5
Munuaissairauden eri vaiheet	0	1	2	3	4	5
Hoitovaihtoehdot	0	1	2	3	4	5
Laboratoriotutkimukset	0	1	2	3	4	5
Muiden sairauksien vaikutus tähän CKD	0	1	2	3	4	5

Bilaga 3 5(6)

0=en osaa sanoa, 1=huono, 2=puutteellinen, 3=tydyttävä, 4=aika hyvä, 5=hyvä

4. Minun tietolevel näistä

Ruokavalio	0	1	2	3	4	5
Munuiaspotilaan lääkehoito	0	1	2	3	4	5
Neteenrajoitus	0	1	2	3	4	5
Potilaan omatoimisuus	0	1	2	3	4	5
Hemodialyysin periaatteet	0	1	2	3	4	5
Ciminofisteli	0	1	2	3	4	5
Hemodialyysikatetri	0	1	2	3	4	5
Lääkeinteraktiot/uremia	0	1	2	3	4	5
Peritoneaalidialyysiperiaatteet	0	1	2	3	4	5
Peritoneaalidialyysikatetri	0	1	2	3	4	5
Munuaistransplantaatio	0	1	2	3	4	5

5. Arvion että pystyn antaa potilaalle

Infoa sairaudesta	0	1	2	3	4	5
Koulutusta omahoidosta	0	1	2	3	4	5
Tukea	0	1	2	3	4	5

0=en osaa sanoa, 1=puutteellisesti, 2=tydyttävästi, 3=hyvin

6. Miten yhteistyötä toimii?

Dialyysiin	0	1	2	3
Muniaishoitajaan	0	1	2	3
Potilasyhdystykseen	0	1	2	3

7. Minkälainen info löytyy helpottaakseen sinua antamaan hyvää hoitoa?

Bilaga 3 6(6)

8. Mikä informaatiota puuttuu?

9. Mistä voit saada apua hoitoon tai potilasinformoimista ?

10. Mikä voidaan sinun mielestä parantaa? Ehdotuksia, kiitos.

Kiitos osallistumisesta!

Lähetä tästä.

Utvärdering av njurskötarens personalskolning

Svaren kan inringas enligt det alternativ som känns lämpligast mellan 1-5, siffran 1 motsvarar inte alls och siffran 5 motsvarar ja mycket.

Har personalskolningen gett dig ökad kunskap om patienter med njursvikt?

1 2 3 4 5

Har du fått större beredskap att handleda patienter i sin egenvård?

1 2 3 4 5

Har du efter skolningen lättare att konsultera njurskötare?

1 2 3 4 5

Vad kan ännu förbättras?

.....
.....
.....
.....

Saknades någonting i skolningen?

.....
.....
.....
.....

Tack!

Arviointi munuaishoitajan koulutuksesta

Ympyröimällä voit valita sopivimman numeron 1-5,
numero 1 vastaa ei ollenkaan ja numero 5 vastaa kyllä, paljon.

Antoiko tämä koulutus sinulle lisää tietoa munuaisvajaatoimintapotilaasta?

1 2 3 4 5

Onko sinulla nyt parempi valmius ohjata potilaita itsehoitoon?

1 2 3 4 5

Onko koulutuksen jälkeen helpompi konsultoida munuaishoitajaa?

1 2 3 4 5

Mitä voimme vielä parantaa?

.....
.....
.....
.....

Puuttuiko mitään koulutuksesta?

.....
.....
.....
.....

Kiitos!