

Upplevelser av att leva med hemodialys vid kronisk njursvikt
- Ett patientperspektiv

Experiences of living with haemodialysis with chronic kidney disease
- A patient perspective

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Höskolepoäng
Vårtermin 2018

Författare: Tobias Ejdebäck
Olof Gustavsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Upplevelser av att leva med hemodialys vid kronisk njursvikt; -Ett patientperspektiv
Författare:	Ejdeback, Tobias; Gustavsson, Olof
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Ronge, Alexandra
Examinator:	Andersson, Susanne
Sidor:	16
Nyckelord:	Fatigue, hemodialys, kronisk njursvikt, patient, upplevelser.

Bakgrund: Kronisk njursvikt är ett tillstånd som i senare stadium kräver dialysbehandling. Hemodialys är den mest förekommande typen av dialysbehandling och den sker vanligtvis på en sjukhusavdelning. Hemodialys medför olika komplikationer och biverkningar som kan upplevas jobbiga för patienten. Utöver biverkningar får patienten också vätske- och dietrestriktioner. Dessa faktorer påverkar patients dagliga liv. **Syfte:** Syftet är att beskriva patienters upplevelser av att leva med hemodialys vid kronisk njursvikt. **Metod:** Metoden som använts är en litteraturbaserad studie. **Resultat:** Resultatet presenteras genom tre huvudkategorier. Patienter beskriver skilda upplevelser av hur hemodialys påverkas kroppen, både till det positiva och negativa. Under behandling uppkommer existentiella tankar och känslor som relaterar till den egna dödligheten. Patienter beskriver att de söker stöd hos både anhöriga och hos vårdpersonal men att det kan vara svårt att diskutera existentiella tankar. **Konklusion:** Hemodialysbehandlingen har en begränsad effekt på patienters liv, de upplever en ökad känsla av ensamhet. En central faktor för att patienter ska kunna finna stöd är att de känner tillit och trygghet i personalen som vårdar dem.

ABSTRACT

Title: Experiences of living with haemodialysis in chronic kidney disease; -A patient perspective

Author: Ejdebäck, Tobias; Gustavsson, Olof

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Ronge, Alexandra

Examiner: Andersson, Susanne

Pages: 16

Keywords: Chronic kidney disease, experience, fatigue, haemodialysis, patient.

Background: Chronic kidney disease in later stages demands dialysis-treatment. Haemodialysis is the most common type of dialysis and is usually performed at a hospital ward. Haemodialysis brings different complications and side effects that can be perceived tough for patients. Beyond the side effects the patients also receives fluid and diet restrictions. These factors affects the patient's everyday life. **Aim:** The aim is to describe patients, with chronic kidney disease, experiences of living with haemodialysis. **Method:** The method of choice is a literature-based study. **Result:** The result is presented in three main categories. Patients describes different experiences of how haemodialysis affects the body, both positive and negative. During the treatment different existential thoughts and feelings related to the own mortality appears. Patients describes that they seek support with both related and health personnel but that it can be tough to talk about existential thoughts. **Conclusion:** Haemodialysis treatment had a limiting effect on patient's life, they experience an increased feeling of loneliness. A central factor for patients to be able to find support was that they feel reliance and trust in health personnel.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kronisk njursvikt	1
Hemodialys	1
Risker vid hemodialys	2
Hälsa och livskvalitet	3
Hälsa	3
Livskvalitet	3
Sjuksköterskans roll	3
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Urval	6
Datainsamling	6
Analys	7
Etiska överväganden	7
RESULTAT	8
En kropp i förändring	8
Minskad sjukdomskänsla	8
En omedgörlig kropp	8
Existentiella tankar	9
Rädsla, oro och sorg	9
Tankar om sin existens	9
Behov av stöd	10
Stöd av anhöriga	10
Professionellt stöd	11
Resultatsammanfattning	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Konklusion	15
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	15
REFERENSER	17

BILAGOR

1. Sökprocessen
2. Kvalitetsgranskning
3. Granskningsmall

INLEDNING

Kronisk njursvikt kräver i ett senare stadium dialysbehandling. Den sedvanliga behandlingen för kronisk njursvikt är hemodialys. Hemodialys sker främst i sjukhusmiljö och är tidskrävande för den enskilde patienten. Många grundutbildade sjuksköterskor kommer någon gång möta en patient med kronisk njursvikt och därför är det viktigt med ökad kunskap om patienters upplevelser av hemodialys. Ökad kunskap leder till bättre förståelse för patientens situation vilket gör att patienter kan få en bättre vård. Den litteraturbaserade studien vill därför bidra med fördjupad kunskap inom ämnet.

BAKGRUND

Kronisk njursvikt

Seeberger (2011) beskriver att njurarnas primära funktion är att rena blodet från vätskeöverskott och avfallsämnen. Vid kronisk njursvikt har njurens funktion blivit nedsatt på grund av att funktionen i njurens nefron har blivit sämre (Seeberger, 2011). När njurarna inte längre förmår att utföra sin primära uppgift och inte längre producerar någon urin ansamlas vätska och toxiska substanser i kroppen, vilket är skadligt (Seeberger, 2011). Tidiga symtom på kronisk njursvikt är törst, trötthet och illamående. Vid fortsatt försämring av njurfunktionen kommer symtom som ökad blödningstendens, kräkningar, klåda och tarmbesvär (Ericson & Ericson, 2012). När det slutligen bara kvarstår lite njurfunktion finns ökad risk för hjärtsvikt och sänkt medvetandegrad (Ericson & Ericson, 2012). Kronisk njursvikt definieras som nedsatt funktion i njuren som pågår i tre eller fler månader med påverkan på hälsan (McManus & Wynter-Minott, 2017). Utöver nedsatt njurfunktion kan vissa abnormaliteter i njurens struktur leda till diagnosen kronisk njursvikt (McManus & Wynter-Minott, 2017).

Vid diagnos av kronisk njursvikt krävs nedsatt njurfunktion eller att en av fem njurskademarkörer uppfylls (Inker et al., 2014). Att kronisk njursvikt klassificeras som mer än tre månader med nedsatt funktion är för att skilja den kroniska njursvikten från den akuta njursvikten (McManus & Wynter-Minott, 2017). Den primära bakomliggande orsaken till kronisk njursvikt är diabetes (McManus & Wynter-Minott, 2017). Andra tillstånd som ger ökad risk för kronisk njursvikt är hypertension, njurstenar, njurbäckeninflammation samt trauman på njuren (McManus & Wynter-Minott, 2017). Den mest förekommande dialysbehandlingen som används för behandling av kronisk njursvikt är hemodialys (HD) (Gabara, Schön & Stendahl, 2017).

Hemodialys

Gabara et al. (2017) beskriver att under 2016 behandlades 3175 personer med HD i Sverige och av dessa behandlades 136 personer i hemmet. Procentuellt var det fler män som

behandlades (64%) jämfört med kvinnor (36%) (Gabara et al., 2017). För att kunna utföra HD-behandling krävs en kärlaccess som ska kunna användas med minsta möjliga komplikationer (Weiss, 2015). Vid HD används därför arteriovenösa fistlar (AV-fistlar), arteriovenös grafftistel (AV-grafftistel) eller en central dialyskateter (CDK). Vanligast är att AV-fistlar används då totalmortaliteten samt infektionsrisken är större vid användandet av en CDK (Weiss, 2015).

När dialysbehandlingen sker är målet att återställa sammansättningen av substanser i kroppsvätskorna till en så nära normal nivå som möjligt (Wiess, 2015). Dialysbehandling renar blodet från avfallsprodukter, korrigerar elektrolytbalansen samt avlägsnar vätskeöverskott (Kopp, 2010). Behandlingen är inte botande utan enbart symtomlindrande. HD-behandlingen går ut på att en dialysmaskin kopplas till patienten genom att det skapade en kärlaccessen och patientens blod får passera ett dialysfilter (Ericson & Ericson, 2012). Vid dialysbehandlingen tillförs patienten ett överskott av ämnen som saknas i blodet samtidigt som vätska och toxiska substanser avlägsnas (Wiess, 2015). Efter att blodet passerat dialysmaskinen förs det renade blodet tillbaka till patienten via den skapade kärlaccessen (Ericson & Ericson, 2012).

HD-behandlingen anpassas efter hur svårt njursjuk patienten är och därmed hur ofta patienten är i behov av dialys. Normalt tar varje behandlingstillfälle fyra till fem timmar och det krävs att patienten är stillasittande eller liggande under denna tid (Ericson & Ericson, 2012). Optimalt för patienter med kronisk njursvikt är att genomgå HD-behandling dagligen men då det tar lång tid med behandlingen och att behandlingen oftast sker på sjukhus uppskattar patienter färre behandlingstillfällen (Ericson & Ericson, 2012).

Risker vid hemodialys

Patienter som behandlas med HD kan drabbas av komplikationer och biverkningar av behandlingen. Biverkningar som uppstår i samband med dialysbehandlingen är hypotona episoder, muskulära kramper, klåda, arytmier samt allergiska reaktioner (Tzanakaki et al., 2014). Den vanligaste komplikationen som leder till inläggning på sjukhus för patienter som behandlas med HD är infektioner relaterat till de kärlaccesser som skapats. Andra anledningar till inläggning på sjukhus för HD-patienter har ofta ett samband med nedsatt kardiogen funktion. Den största orsaken till inläggning på sjukhus som är kopplat till nedsatt kardiogen funktion är lungödem (Tzanakaki et al, 2014).

Fatigue är en biverkning till HD-behandling och beskrivs som extrem och ihållande mental och/eller fysisk trötthet, svaghet och utmattning. Fatigue beskrivs ha en påverkan på individers prestationsförmåga (Joshwa & Campbell, 2017). Ett snabbt mätinstrument för att skatta patienters upplevelser av fatigue är att använda VAS- skalan (Visual Analog Scale). Patienter kan på VAS-skalan skatta den upplevda fatiguen på en 10 centimeters skala där 10 är den största upplevda fatiguen (Joshwa & Campbell, 2017). Patienters fatigue kan leda till inskränkningar i mental, social och fysisk kapacitet. Minskad mental, social och fysisk kapacitet har negativa effekter på livskvalitet (Joshwa & Campbell, 2017).

Hälsa och livskvalitet

Hälsa

Hälsa är ett mångfacetterat begrepp som innehåller många olika nivåer (Wärnå-Furu, 2017). Hälsa ses idag som en resurs som människan kan ha genom att kontrollera eller bemästra sin livssituation (Wärnå-Furu, 2017). Några av de största betydelseerna för hälsa har identifierats som tro och hopp. Tron står för att patienten ska känna tro på att livet har en mening och att det är värt att leva. När tron sviktar är hoppet meningsfullt för patienten. Hoppet beskrivs som en önskan om nutid och framtid där patienten känner hopp om bättre tillvaro (Wärnå-Furu, 2017). Hälsa är en subjektiv upplevelse och varierar mellan individer. Faktorer för att uppleva en god hälsa innebär inte enbart frånvaro av sjukdom. Att må bra samt att vara kapabel till att utföra de saker som anses vara av vikt för individen är faktorer som bidrar till en god hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010). Ytterligare faktorer som har visats vara av vikt för individen för att uppleva en god hälsa är möjligheten att bibehålla en god fysisk och kognitiv funktion (Romo et al., 2013).

Livskvalitet

Livskvalitet, livstillfredsställelse och välbefinnande är alla begrepp som beskriver hur människan förhåller sig till sin egen hälsa (Klang, 2014). Det är omtvistat om hur begreppen förhåller sig till varandra. Livskvalitet är inget statiskt tillstånd utan är i ständig rörelse. Klang (2014) menar att livskvaliteten påverkas av många olika faktorer så som stress, näringsintag och fysisk aktivitet. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att livskvalitet är högst individuell, men har på ett eller annat sätt att göra med välbefinnande. Det berör även människans värderingar och behov. Människans värderingar och behov rymmer att ha goda relationer, självbestämmande, ha en identitet, att kunna vara aktiv och åstadkomma något i livet (Dahlberg & Segesten, 2010).

Livskvalitet har två delar, en positiv och en negativ sida. Den positiva sidan bygger på lycka och känsla av njutning, medan den negativa sidan påverkar den positiva då den grundar sig på olycka och förtvilling av smärta (Nordfelt, 2005). Livskvalitet ses som ett mångdimensionellt begrepp där fysisk, psykisk och social hälsa är faktorer som räknas in i individens hälsa. För patienter som behandlas med HD har det visat sig att deras fysiska förmåga är lägre än den friska individens men att deras mentala förmåga inte blir sämre under behandlingens gång (Cleary & Drennan, 2005). Hälsa och livskvalitet är två begrepp förknippade med varandra. Människans hälsa och välbefinnande är relaterat till hennes lycka och tillfredsställelse (Wärnå-Furu 2012).

Sjuksköterskans roll

Den grundutbildade sjuksköterskan har som ansvar att på eget bevåg ta beslut i behandlingen som hjälper människor att öka sin kapacitet att förbättra, bibehålla eller återfå hälsa (Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), 2017). Sjuksköterskan ska även ha kännedom om medicinsk vetenskap och beteendevetenskap som är relevant för omvårdnaden av patienten (SSF, 2017). Sjuksköterskan ska jobba utifrån lagar och författningar, samt evidensbaserad omvårdnad (SSF, 2017). I patientlagen (SFS, 2014:821) beskrivs bland annat att patienten

har rätt till att få information kring vilka behandlingsmetoder som finns samt att de har möjligheten att välja behandlingsalternativ. Patientlagen (SFS, 2014:821) belyser också att den som lämnar informationen ska försäkra sig om att mottagaren har förstått den. Sjuksköterskans arbete ska bygga på etiskt förhållningssätt och utgå ifrån alla människors lika värde. Den grundutbildade sjuksköterskan ska även vara ansvarig för omvårdnadsarbetet kring patienten och dennes anhöriga (SSF, 2017).

Vid omvårdnad av njursjukdom är det viktigt att patienter har en förståelse för sin egen vård och behandling. Det är sjuksköterskans uppgift att se till att patienter får den informationen de behöver för att kunna förstå sin vård och behandlingen på rätt sätt (Kopp, 2010). Patienter med kronisk sjukdom har varierande möjlighet att vara delaktiga i sin vård beroende på hur sjuka de är och vilka biverkningar/komplikationer de har drabbats av (Nyberg & Jönsson, 2004). Den omvårdnad som patienter med kronisk njursvikt som behandlas med HD kan se olika ut. Patienter behöver professionell vård samt ett stöd från sjuksköterskan för att kunna utföra egenvård (Kopp, 2010). Sjuksköterskans uppgift är att identifiera till vilken grad individen har möjlighet att medverka till sin egenvård (Wu, Hsieh, Lin & Tsai, 2016). Att få patienter till att medverka i sin egenvård kan ske genom att sjuksköterskan utbildar individen så att denne får en ökad inblick i behandlingen (Wu et al., 2016). Sjuksköterskan kan hjälpa patienter till ökad egenvårdsförmåga genom att bidra med kunskap och hjälpmedel. Utöver att informera patienter om egenvårdsåtgärder kan sjuksköterskan hjälpa dem med vätskelistor. Det är ett enkelt sätt för patienter att själva överblick på sitt vätskeintag då HD-patienter har restriktioner kring det (Kopp, 2010). Sjuksköterskan ska också fylla en motiverande effekt i mötet med patienter där sjuksköterskan uppmuntrar till att utföra den vård som de klarar av (Wu et al., 2016). Då patienter slussas in och ut från sjukhus vid behandling med HD ska sjuksköterskan ha ett fungerande samspel med patienter, anhöriga och andra professioner (Nyberg & Jönsson, 2004). Sjuksköterskan ska informera om relevant fakta under vårdtiden men också koordinera insatser med andra professioner såsom dietister och kuratorer (Nyberg & Jönsson, 2004).

PROBLEMFORMULERING

Behandling av kronisk njursvikt kan ske genom hemodialys. Hemodialys är den vanligaste dialysmetoden och behandlingen sker ofta på sjukhus. Hemodialysbehandling är en krävande behandlingsmetod samtidigt som den är livsuppehållande. Att genomgå hemodialysbehandling kan medföra en rad olika biverkningar och komplikationer som är påfrestande för patienter. Patienters vardagliga liv påverkas av hemodialysbehandling vilket kan påverka deras upplevda hälsa och livskvalitet. En fördjupad förståelse för hur vardagen påverkas för denna grupp patienter kan bidra till att sjukvården kan identifiera individers upplevelser. Denna litteraturbaserade studie önskar bidra till en ökad medvetenhet och kunskap kring patienters upplevelser av att leva med hemodialysbehandling, Detta främjar förståelsen för patienters situation, vilket kan leda till att sjuksköterskorna får möjligheten att anpassa omvårdnaden efter individens behov.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av att leva med hemodialys vid kronisk njursvikt.

METOD

Studien är en litteraturbaserad studie som grundas från 12 tidigare publicerade kvalitativa artiklar. Målet med studien är att sammanställa redan publicerade forskningsresultat och på så sätt skapa en överblick av ett avgränsat kunskapsområde (Friberg, 2017b). Överblicken skapas genom att först skapa en översikt av studerat ämne. Detta görs genom att först läsa artiklarnas abstrakt. Översikten används för att skapa en bättre förståelse för området (Friberg, 2017b).

Urval

Den litteraturbaserade studien syftar till att beskriva patienters, med kronisk njursvikt, upplevelser av att leva med hemodialys. I enlighet med Östlund (2017) har inklusions- och exklusionskriterier använts vid sökning av artiklar. Inga avgränsningar har gjorts i sökmotorerna. Avgränsningarna har istället gjorts vid noggrannare bedömning av artiklarna. Inklusionskriterier som har identifierats i valet av artiklar är att populationen ska vara vuxna personer över 18 år. De ska vara diagnostiserade med kronisk njursvikt samt vara behandlade med HD. Författarna har valt att inte ta med artiklar som är publicerade före år 2009 då resultatet ska svara för aktuell forskning inom området. Artiklar som valts är "peer reviewed" (vetenskapligt granskade) (Östlund, 2017) men det är ingen avgränsning som görs i sökmotorn. Innan artiklarna kvalitetsgranskades skapades en översiktlig bild av artiklarna. Detta gjordes enligt Fribergs (2017c) metod genom att sammanställa artikelns författare, titel, tidskrift, årtal, syfte, perspektiv, metod, resultat samt etiska överväganden (Bilaga 2). De utvalda artiklarna analyserades sedan djupare genom Forsbergs och Wengströms (2013) granskningsmall (Bilaga 3). Granskningsmallen utgår från 18 frågor där "ja" ger 1 poäng, "nej" 0 poäng samt "otydligt" ger 0 poäng. Artikelns kvalitet bedöms sedan efter poäng den samlat, låg kvalitet (0-6 poäng), medelhög kvalitet (7-12 poäng) samt hög kvalitet (13-18 poäng) (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarnas bedömda kvalitet presenteras i en kolumn i bilaga 2. Studien inkluderar enbart engelskspråkiga artiklar vilket är ett medvetet val. Ingen hänsyn till etnicitet på undersökta populationer tas men de populationer som valts ut har en utvecklad sjukvård liknande Sveriges. I urvalsprocessen stötte författarna på artiklar som var relevanta för studien men som fick uteslutas på grund av att sjukvården inte kunde jämföras med svenska förhållanden. De länder som ingick i de artiklarna som inte valdes ut var Thailand och Taiwan. Studien inkluderar både manligt och kvinnligt kön då det inte sågs relevant att exkludera något av könen. Artiklarna som studeras är ur ett patientperspektiv. Populationen i de berörda artiklarna innehåller patienter med kronisk njursvikt som behandlas med HD. Artiklar som berör kronisk njursvikt eller HD exkluderas inte om de även berör andra behandlingsmetoder såsom peritonealdialys.

Datainsamling

Artikelsökningen sker i databasen Cinahl. Cinahl är en databas där forskning inom hälso- och vårdvetenskap publiceras. Trunkeringar (*) används i sökmotorerna vilket möjliggör att inte olika ändelser av ett ord utesluts (Östlund, 2017). Olika kombinationer av sökord används för att identifiera relevanta artiklar (Bilaga 1), de vanligaste sökorden som använts är haemodialys*, chronic* och kidney*. Tillsammans med sökorden användes ordet "AND",

vilket används inom boolesk sökteknik. Inom boolesk sökteknik används operatorerna "OR", "AND" och "NOT" för att inkludera, exkludera eller avskilja områden (Östhlund, 2017). Sökningarna som genererade i valda artiklar presenteras i bilaga 1, "Sökprocessen". I denna bilaga visas också databas, datum, antal träffar, antal lästa titlar, antal lästa abstract samt antal valda artiklar. De sökord som använts i artikelsökningarna har kontinuerligt utvärderats för att identifiera ord som kan bytas ut eller läggas till för att få en mer precis sökning som passar syftet (Karlsson, 2017).

Analys

I enlighet med Friberg (2017a) läste författarna igenom artiklarna flera gånger för att identifiera delar i texten som är av vikt för den egna studien (Friberg, 2017a). Efter att artiklarna lästs igenom fokuserade författarna sig på artiklarnas resultat. Författarna formulerade om syftet till en fråga för att se till att relevant fakta identifierats från resultatet i de valda artiklarna. Författarna arbetade parallellt med att urskilja meningsbärande textstycken i de utvalda artiklarnas resultat. Den data som författarna enskilt identifierat jämfördes med varandra för att identifiera likheter och skillnader. Det som ansågs vara relevant i de utvalda artiklarnas resultat färgmarkerades. De markerade delarna från alla utvalda studiers resultat samlades sedan i ett dokument. För att undvika feltolkning skrevs de sammanställda resultaten i det nya dokumentet om från engelska till svenska. I detta dokument färgkodades text utifrån likheter och olikheter vilket bildade kategorier. Dessa kategorier sammanställdes för att få en tydlig bild av vad som var gemensamt inom de olika kategorierna, på detta sätt framkom underkategorier.

Etiska överväganden

Samtliga artiklar som använts i studien har fått godkännande av en etisk kommitté. Det ska vara tydligt beskrivet i artiklarna vilka etiska överväganden som gjorts samt hur patientuppgifter har hanterats (Forsberg & Wengström, 2016). Mårtensson och Fridlund (2017) belyser vikten av att författarna har arbetat med sin förförståelse innan analysarbetet påbörjats. Detta för att uppnå en så hög neutralitet som möjligt. Förförståelsen har arbetats med aktivt innan studiens start så att en hög objektivitet kan hållas genom studien. Författarna har diskuterat sin förförståelse med varandra innan analys av artiklarna samt kontinuerligt stämt av med förförståelse gentemot fynden i artiklarna. Detta för att resultatet inte skulle bli påverkat författarnas förförståelse. Vetenskapsrådet (2002) beskriver att det finns fyra huvudkrav kring forskningsetiska principen. Dessa krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Den forskningsetiska princip som ansågs behövas ta hänsyn till i denna studie var konfidentialitetskravet då de andra tre sågs som irrelevanta för denna studie. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om deltagare i en studie inte skall kunna identifieras av obehöriga personer. Personuppgifter ska försvaras på ett sådant att de inte ska kunna användas av obehöriga (Vetenskapsrådet, 2002). Då samtliga artiklar som analyserats redan anonymiserat studiedeltagare så har inte heller författarna till denna studie tillgång till personuppgifter.

RESULTAT

I resultatet har det identifierats tre huvudkategorier med respektive underkategorier som presenteras i nedanstående tabell.

Huvudkategori	Underkategorier
En kropp i förändring	- Minskad sjukdomskänsla - En omedgörlig kropp
Existentiella tankar	- Rädsla, oro och sorg - Tankar om sin existens
Behov av stöd	- Stöd av anhöriga - Professionellt stöd

En kropp i förändring

Kategorin beskriver HD-behandlingens inverkan på patienters kropp och hur dessa förändras vid behandlingen. Behandlingen bidrar både till att patienter upplevde sig mindre sjuka men också att de får ökade och tilltagande besvär. I samband kroppen förändrades vid HD förändrades också patienters självbild.

Minskad sjukdomskänsla

Patienter beskrev att deras fysiska kropp och deras syn på den egna kroppen förändrades efter start av HD-behandling (Monaro, Stewart & Gullick, 2014). Patienter beskrev att efter start av HD-behandling upplevdes kroppen bättre fungerande för att utföra vardagliga rutiner. De upplevde bland annat att de kände sig fysiskt piggare, sov bättre och att de hade ökad aptit (Lai, Loh, Mooppil, Krishnan & Griva, 2012; Monaro et al., 2014). Patienter beskrev att de upplevde en ökad sjukdomskänsla när kroppen samlade på sig vätska. När den överflödiga vätskan avlägsnades i samband med HD-behandlingen upplevde patienter att sjukdomskänslan avtog (Monaro et al., 2014). HD-behandlingen upplevdes dock olika av patienter och det var många som upplevde att behandlingen påverkade deras fysiska kropp negativt (Axelsson, Randers, Jacobson & Klang, 2011; Calvey & Mee, 2012a; Jonasson & Gustafsson, 2017; Monaro et al., 2014).

En omedgörlig kropp

Vid HD-behandling förändrades patienters självbild i samband med kroppsliga förändringar kopplat till HD-behandlingen (Lindsay, MacGregor & Fry, 2014; Monaro et al., 2014). Patienter beskrev hur dessa förändringarna påverkade deras sexliv. En aspekt var att de beskrev att de upplevde sig själva mindre attraktiva i samband med hårförlust, viktökning och med sin AV-fistel. Det nämndes också att det kan göra ont i underlivet i samband med samlag då vätskeförlusten kan leda till torrhet (Lindsay et al., 2014). Vissa av de kroppsliga förändringarna hade framförallt äldre patienter svårt att härleda till HD-behandlingen. De beskrev det som att de inte med säkerhet kunde avgöra om det var sjukdomen, behandlingen eller det faktum att de blivit äldre som orsakat komplikationerna (Axelsson et al., 2011). Patienter beskrev att de upplevde en fysisk påverkan av den fatigue som medfördes med HD-behandlingen. De beskrev att de inte hade någon fysisk energi och att kroppen inte orkade

vara lika aktiv som förut. Detta ledde till att de slutade med aktiviteter de tidigare hade hållit på med (Calvey & Mee, 2011; Jonasson & Gustafsson, 2017; Monaro et al., 2014). Patienter uttryckte också tankar relaterat till den kärlaccessen som de blivit tvungna att ha i samband med HD-behandling. De uttryckte att de inte ser på kärlaccessen som något som tillhör deras kropp utan mer som en medicinsk nödvändighet (Calvey & Mee, 2011; Jonasson & Gustafsson, 2017).

Existentiella tankar

Kategorin beskriver att när patienter lever med HD måste de hantera olika känslor och tankar. Känslor kring vad som kan tänkas gå fel och moment inom behandlingen som inger rädsla hos patienter var centrala upplevelser. De tankar som patienter har handlar i stor omfattning om att möta den egna dödligheten och funderingar kring vad som kan hända i framtiden.

Rädsla, oro och sorg

Patienter upplevde rädsla och sorg i samband med start av behandling med HD (Bristowe et al., 2015; Lai et al., 2012). Rädslan som patienter upplevde kunde grunda sig i olika faktorer såsom rädslan för dialys-nålen eller för komplikationer med kärlaccessen. Den rädsla som patienter upplevde för dialys-nålen grundade sig i den smärta som kunde uppstå i samband med att stick-momentet skulle utföras. Patienter hade också en rädsla för att komplikationer skulle uppstå med den kärlaccessen till blodbanan som skapats. De beskrev en rädsla för att kärlaccessen skulle spricka eller att det skulle bli någon annan direkt komplikation i samband med själva behandlingsmomentet (Herlin & Wann-Hansson, 2010; Lai et al., 2012). Patienter beskrev också en oro som var kopplat till kärlaccessen. Det var inte en oro för smärta utan mer en oro för att något skulle gå fel. Denna oro kunde grunda sig i tanken att eventuellt få infektioner i kärlaccessen eller att kärlaccessen skulle sluta fungera (Herlin & Wann-Hansson, 2010; Lai et al., 2012). Utöver den oro som upplevdes kring kärlaccessen så upplevde patienter också en oro för de biverkningar som HD-behandlingen kunde medföra. De beskrev att dessa biverkningar påverkade deras vardagliga liv på ett negativt sätt (Clarkson & Robinson, 2010; Lai et al., 2012). Patienter uttryckte också en sorg i samband med HD-start då deras livssituation förändrades. De beskrev att de kände sig mer sorgsna och att de lättare drabbades av depressioner under denna tid (Clarkson & Robinson, 2010; Moran, Scott & Darbyshire, 2011). De upplevde också en sorg och oro då de inte visste om det var aktuellt med njurtransplantation och att de därför skulle komma att behöva behandlas med HD under en längre tid och i värsta fall resten av livet (Axelsson et al., 2011; Lindsay et al., 2014). Patienter beskrev att det upplevdes tungt och nedstämmande att veta att HD inte var någon botande behandling utan bara livsuppehållande (Axelsson et al., 2011; Lindsay et al., 2014).

Tankar om sin existens

I samband med behandling med HD uttryckte patienter att de har varit tvungna att konfrontera tankar och känslor som relaterar till den egna dödligheten (Axelsson et al., 2011; Calvey & Mee, 2011; Lai et al., 2012). De beskriver att de behöver acceptera dödligheten precis som de behöver acceptera behandlingens restriktioner och komplikationer (Axelsson

et al., 2011; Mitchell, Farrand, James, Purtell & Wyatt, 2009). Patienter hade både positiva och negativa tankar angående fortsatt HD-behandling. De uttryckte tankar om att framtiden kändes väldigt osäker och att HD var en kortsiktig lösning (Calvey & Mee, 2011; Ekelund & Andersson, 2010; Herlin & Wann-Hansson, 2010; Moran et al., 2011). Vissa patienter ställde sig frågande till varför de skulle fortsätta leva när de startat HD-behandling (Axelsson et al., 2011; Lai et al., 2012). Andra patienter upplevde att HD-behandlingen istället inbringade hopp om framtiden (Calvey & Mee, 2011; Jonasson & Gustafsson, 2017). Patienter uttryckte en tacksamhet att kunna fortsätta leva trots att de led av en allvarlig sjukdom. De beskrev en tacksamhet för att fått möjligheten spendera längre tid med anhöriga och möjligheten att uppskatta saker de tidigare hade tagit för givet (Axelsson et al., 2011; Jonasson & Gustafsson, 2017). Genomgående tankar för patienter som var aktuella för njurtransplantation var hopp om framtiden och ett hopp om att bli fri från sjukdom och HD-behandling (Calvey & Mee, 2011; Jonasson & Gustafsson, 2017; Lai et al., 2012; Moran et al., 2011). De som var aktuella för njurtransplantation upplevde en osäkerhet i hur lång tid de skulle behöva vänta eller om det ens skulle bli av (Herlin & Wann-Hansson, 2010; Moran et al., 2011). För de som inte var aktuella för njurtransplantation infann sig en upplevelse av hopplöshet och sorgsenhet i realisationen om att de skulle vara beroende av HD-behandlingen livet ut (Lai et al., 2012; Moran et al., 2011).

Behov av stöd

Kategorin beskriver hur patienter upplever anhörigas och professionellas betydelse för olika typer av stöd vid behandling med HD. Olika typer av stöd söktes hos olika personer och var något som uppskattades av patienter. Patienter hade en önskan om att stödet skulle individanpassas för att bäst stödja dem.

Stöd av anhöriga

Patienter beskrev hur HD-behandlingen hade stor påverkan på deras livssituation. På grund av den kroniska njursviktens progress samt HD-behandlingens biverkningar upplevde patienter att de klarade av att utföra färre uppgifter i det vardagliga livet. I detta sammanhang beskrev patienter vikten av att få stöd av anhöriga och vänner (Axelsson et al., 2011; Clarkson & Robinson, 2010; Mitchell et al., 2009; Lai et al., 2012). Det stöd som patienter upplevde viktigast från familjen var det sociala stödet och det emotionella stödet. Patienter beskrev att känslan av ensamhet kunde infinna sig när HD-behandling startades (Herlin & Wann-Hansson, 2010; Jonasson & Gustafsson, 2017). Anledningen till att patienter kände sig ensamma var främst fatigue. De upplevde att de spenderar flera timmar på sjukhuset för att sedan inte orka med något hemma (Herlin & Wann-Hansson, 2010; Jonasson & Gustafsson, 2017; Monaro et al., 2014). Patienter beskrev att upplevelsen av fatigue var störst den dagen de hade HD-behandling. Fatigue bidrog till att de inte orkade utföra vardagliga aktiviteter vilket beskrevs vara en faktor till att anhörigas praktiska stöd var viktigt (Herlin & Wann-Hansson, 2010; Jonasson & Gustafsson, 2017; Monaro et al., 2014). Patienter ville dock inte upplevas som en större börda för anhöriga men uppskattade det praktiska stödet med sysslor i vardagen som de kunde erbjuda (Mitchell et al., 2009). Patienter ville inte heller belasta anhöriga med den emotionella stress som de upplevde. De trodde att om de hade gjort detta skulle de anhöriga uppleva dem som en ännu större börda. Därför försökte patienter vara positiva inför anhöriga (Axelsson et al., 2011; Calvey & Mee,

2011; Monaro et al., 2014). Patienter beskrev därför vikten av att få emotionellt stöd och informativt stöd av andra som varit eller är i samma situation som dem. Ett bra sätt att få detta enligt patienter var genom samtalsgrupper där patienter i liknande situationer kunde dela med sig av erfarenheter och upplevelser (Clarkson & Robinson, 2010; Jonasson & Gustafsson, 2017).

Professionellt stöd

Socialt stöd söktes inte enbart hos anhöriga utan också hos vårdpersonal. Patienter beskrev en önskan om att vårdpersonalen skulle skapa en personlig relation vid HD-behandlingstillfällen (Bristowe et al., 2015; Calvey & Mee, 2011; Herlin & Wann-Hansson, 2010; Lai et al., 2012; Mitchell et al., 2009). Patienter upplevde en större trygghet och säkerhet vid kontinuitet hos personal. De beskrev att de upplevde en större tillit till personalen som vårdat dem tidigare (Ekelund & Andersson, 2010; Herlin & Wann-Hansson, 2010; Jonasson & Gustafsson, 2017). En aspekt som patienter identifierade som viktig var att bli sedda som en person och inte en sjukdom eller behandling av personalen (Calvey & Mee, 2011; Lindsay et al., 2014). Det var också viktigt för patienter att sjukvården individualiserade behandling och anpassade informationsutlämningen efter den enskilda patienten (Bristowe et al., 2015; Ekelund & Andersson, 2010; Herlin & Wann-Hansson, 2010). Patienter upplevde att behandlingen kunde individualiseras genom att låta dem vara delaktiga i diskussioner och beslut kring sin egen behandling (Bristowe et al., 2015; Herlin & Wann-Hansson, 2010). De upplevde att en grundlig genomgång där möjligheten till frågor och svar skulle vara till fördel för hur de skulle kunna hantera HD-behandlingen (Calvey & Mee, 2011; Clarkson & Robinson, 2010; Mitchell et al., 2009; Monaro et al., 2014). Patienter beskrev att de uppskattade mer raka och ärliga svar i diskussionen med vårdpersonal (Ekelund & Andersson, 2010; Mitchell et al., 2009). De patienter som fått en mer individanpassad vård upplevde högre livskvalitet samt mindre depression, ångest och stress än de som inte har fått det (Calvey & Mee, 2011).

Resultatsammanfattning

Resultatet visar att patienter hade skilda erfarenheter av att leva med HD. Patienter beskrev upplevelser av att HD gav positiva effekter på kroppen men det fanns också patienter som beskrev HD-behandlingen som något negativt. Patienter som lever med HD tvingas hantera existentiella tankar som oro, rädsla och sorg där tankar kring komplikationer med kärACCESSen. Patienter var väl medvetna om att behandlingen inte var botande och därför blev tankar kring den egna dödligheten centralt. Patienter beskrev att leva med HD som osäkert då framtiden beskrevs som oviss och ställde sig frågande till varför de skulle fortsätta med HD-behandlingen. De fortsatte behandlingen i hopp om att kunna vara aktuella för njurtransplantation. Patienter beskrev vikten av stöd från anhöriga under HD-behandling. Behandlingen beskrevs som begränsande för patienter och därför var både socialt och praktiskt stöd från anhöriga viktigt. Socialt stöd var även viktigt från vården. Patienter identifierade en önskan om att vården skulle individanpassa behandlingen samt låta patienter vara delaktiga i sin egen vård genom att främja patientens åsikter.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser av att leva med HD vid kronisk njursvikt valdes en litteraturbaserad studie. En litteraturbaserad studie är en kvalitativ ansats som lämpar sig bra för att få fördjupad kunskap i artiklar över det undersökta fenomenet (Dahlborg, 2017). En kvalitativ ansats tillämpas eftersom det med fördel kan användas när syftet är att undersöka verkliga händelser och upplevda erfarenheter hos individer genom intervjuer, observationer och berättelser (Henricson & Billhult, 2017). Då syftet med studien var att undersöka patienters upplevelser av att leva med HD vid kronisk njursvikt användes därför en kvalitativ metod för att analysera kvalitativa artiklar. Ytterligare en fördel med en litteraturbaserad studie är att flera tidigare evidensbaserade studier ligger till grund för det nya resultatet. Detta gör att en större population kan inkluderas än om egna intervjuer eller observationer hade genomförts. Att ha i åtanke är att en litteraturbaserad studie blir en form av andrahandstolkning. Då den ursprungliga författaren till artikeln först har gjort en tolkning av patienters berättelser som sedan ska tolkas igen av författarna till denna studie. De artiklar som använts i studien har varit engelskspråkiga vilket inte är författarnas modersmål. Detta kan leda till eventuella feltolkningar i översättningen av artiklarna. Detta anses inte vara något att ta hänsyn till då författarnas engelska kunskaper varit tillräckligt adekvata för att översätta artiklarna.

Friberg (2017b) beskriver att databaser ofta är indelade i olika ämnesområden. Därför användes databasen Cinahl där artiklar inom vårdvetenskap publiceras för att identifiera artiklar av relevans för studien. Henricson (2017) beskriver att studiens trovärdighet stärks om sökningar har gjorts i flertalet databaser. I denna studie har sökningar gjorts i både Cinahl och PubMed, båda databaserna publicerar artiklar inom vårdvetenskap. Artiklar har dock enbart valts ut från Cinahl då genom att utöka sökningen och inkludera PubMed framkom ingen annorlunda data än tidigare. Av de artiklar som valts ut finns vissa även med i sökningar gjorda i PubMed, men då de redan valts ut ifrån Cinahl har dessa sökresultat inte redovisats. Att enbart använda data från en databas kan ses som en brist i studien men eftersom sökningar har gjorts i två databaser som har renderat i fynd av liknande artiklar ses därför inte detta som ett problem för studiens trovärdighet.

Enligt Henricson (2017) är det viktigt att reflektera kring hur överförbart resultatet är utefter den geografiska begränsning som gjorts. Eftersom ingen geografisk begränsning har gjorts i urvalet kan det diskuteras om det är ett generaliserbart resultat som framkommit. Författarna anser att resultatet är överförbart till svensk sjukvård samt till länder som bedriver liknande sjukvård som Sverige. Detta eftersom att ett av kraven för att vara inkluderad i studien var att länderna som inkluderades skulle ha sjukvård liknande Sveriges. Priebe och Landström (2017) belyser att forskning som görs ska vara applicerbar och giltig även utanför den population som ingått i studien, resultatet ska med andra ord vara överförbart till andra grupper. Att artiklarna som valdes till studien var "peer reviewed" stärker trovärdigheten. Detta eftersom dessa artiklar är bedömda av oberoende forskare innan de publicerats (Henricson, 2017). För att säkerställa en hög kvalitet på de artiklar som använts i studien har de granskats enligt Forsberg och Wengströms (2016) granskningsmall (Bilaga 3). I databaserna gjordes inga avgränsningar efter årtal då det inte skulle utesluta artiklar som

eventuellt kunde vara av relevans för resultatet. Trots detta har inga artiklar äldre än 10 år inkluderats i resultatet. Detta för att utvecklingen inom vården gått framåt, både medicintekniskt och omvårdnadsmässigt, och patienters upplevelser inte är samma idag som förr. Studiens utgångspunkt var ur ett patientperspektiv men trots detta har ingen hänsyn tagits till om utvalda artiklar även undersöker ett anhörig- eller personalperspektiv. De utvalda artiklar som berört ett annat perspektiv utöver patientperspektivet har fortfarande analyserats men i insamlandet av data har andra perspektiv inte tagits i beaktande vilket därför inte påverkar studiens validitet. Detsamma gäller de artiklar som berört peritonealdialys och dialys i hemmet, i dessa fall har den fakta i artiklar som inte berört HD inte tagits med. Detta har gjorts för att inte utesluta relevant data.

När en litteraturstudie görs är det viktigt att skribenterna arbetar aktivt med sin förförståelse. Henricson (2017) beskriver att det inte går att utesluta att förförståelsen har påverkat resultatet. I denna studie har författarna innan insamling av resultat diskuterat sin förförståelse med varandra då båda sedan tidigare hade erfarenheter av HD. Ett annat sätt att motarbeta att skribenternas förförståelse inte påverkar resultatet är att låta en annan part läsa igenom resultatet för att försäkra sig om att det grundas i data (Henricson, 2017). Detta har gjorts i grupphandledning genomgående under studiens gång vilket bidrar till en större tillförlitlighet i studien.

Av de fyra huvudkrav inom etiska forskningsprinciper som vetenskapsrådet (2002) publicerat ansågs inte samtyckeskrauet, informationskrauet eller nyttjandekrauet vara relevant för denna studie av författarna. Vetenskapsrådet (2002) beskriver samtyckeskrauet som att forskaren behöver inhämta deltagares samtycke samt att deltagare har rätten att avbryta när de själva vill. Denna studie inkluderar inga aktiva deltagare utan använder sig av tidigare insamlad data där forskarna i de studierna redan tagit hänsyn till dessa krav. Av denna anledning lades ingen vikt vid samtyckeskrauet. Vetenskapsrådet (2002) beskriver informationskrauet som att forskarna måste informera deltagare om studiens syfte, vilka villkor som de deltar på samt att de kan avbryta när de vill. Då författarna till denna studie inte haft kontakt med deltagarna i undersökta studier har inte heller detta etiska krav tagits i beaktande. Vetenskapsrådet (2002) beskriver att nyttjandekrauet handlar om att uppgifter som samlats in kring enskilda individer inte får användas i något annat syfte än till forskning. Då författarna till den aktuella studien inte har tillgång till uppgifter om enskilda individer har därför inte detta etiska krav ansetts vara relevant.

Resultatdiskussion

I resultatet identifierades en upplevelse som var central, detta var de negativa kroppsliga påverkningar som patienter drabbades av. Detta kunde visa sig som fatigue hos patienter vilket ledde till att denne inte kunde utföra vardagliga sysslor. Det styrks av Akin, Mendi, Ozturk, Cinper och Durna (2013) som beskriver att om patienter har en högre upplevd fatigue så har de också en mindre möjlighet till egenvård. Faktorer för att uppleva livskvalitet har identifierats som att ha möjligheten till självbestämmande samt att kunna vara aktiv (Dahlberg & Segesten, 2010). Resultatet visar på att det finns en variation i hur patienter upplever HD. Vissa patienter beskriver upplevelsen av bättre hälsa och livskvalitet efter start av HD-behandling. I resultatet framkommer att patienter upplever en minskad sjukdomskänsla vilket styrks av Molzahn, Bruce och Sheilds (2008) som beskriver att

patienter upplever att de har utvecklat färdigheter för att hantera situation. Patienter med en kronisk sjukdom kan uppleva hälsa då det är ett rörligt begrepp som inte är konstant och inte heller enbart är frånvaro av sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010).

I resultatet framkommer det att patienter blir tvungna att konfrontera existentiella tankar under HD-behandling. Den egna dödligheten var något som patienter var tvungna att leva med. Detta styrks av Axelsson, Randers, Lundh Hagelin, Jacobson och Klang (2012) som beskriver att patienter upplever att de blir påmindas av sig egen dödlighet i samband med att deras kropp förändras. Smärta identifierades vara en central faktor som patienter kopplade till tankar om sin existens och att döden kunde vara nära (Axelsson et al., 2012). I resultatet påvisas det att patienter upplever att de kan hantera tankarna kring sin egen dödlighet genom att acceptera den egna dödligheten. I enlighet med resultatet beskriver Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen och Clyne (2001) att patienter förstår att behandlingen är det som håller dem vid liv och därför även accepterar att döden är nära. I förhållande till resultatet skildrar Axelsson et al. (2012) en annan bild av patienters förhållningssätt till döden. Axelsson et al. (2012) beskriver att patienter förhåller sig till döden genom att skjuta dessa tankar bortom sig. Patienter beskriver att det var lättare att leva med HD om man stötte ifrån sig tankar om sin egen dödlighet (Axelsson et al., 2012). HD-behandling beskrivs av patienter i resultatet som en tillfällig lösning. De beskriver att HD-behandlingen medför att man lever i en osäkerhet med rädsla inför framtiden. Detta bekräftas av Yngman-Uhlin, Fogelberg och Uhlin (2015) som beskriver att patienter upplever tiden i väntan på njurtransplantation som stressfull och som att leva i ovetskap. I resultatet beskriver patienter att de fortsätter med behandlingen i hopp om att kunna genomgå en njurtransplantation. Wärnå-Furu (2017) beskriver hur tro och hopp är två viktiga faktorer för att patienten ska uppleva hälsa och när tron sviktar är hoppet extra viktigt.

I resultatet framkommer det att patienter som lever med HD-behandling är i behov av stöd från anhöriga. Det stöd som patienter upplever att de behöver i samband med HD-behandling är både praktiskt, socialt och emotionellt stöd. Patienter identifierar fatigue som en faktor till att de är behov av dessa stöd. Fatigue har inte enbart en kroppslig påverkan, det kan också orsaka en mental utmattning. Detta styrks av Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen och Clyne (2005) som beskriver att patienter upplever att de inte orkar besöka närstående. Patienter upplever att det är väldigt energikrävande att prata och umgås, de orkar bara kortare stunder (Hagren et al., 2005). Att patienter inte har energin till att bibehålla sitt sociala umgänge leder till en känsla av ensamhet. I enlighet med resultatet beskriver Akin et al. (2013) att det finns ett samband mellan patienters upplevda fatigue och deras sociala relationer. De beskriver att de patienter som hade högre nivåer av upplevd fatigue också kände en större nivå av ensamhet (Akin et al., 2013). I resultatet identifieras ytterligare en faktor till att patienter upplever ensamhet i samband med HD-behandling. Denna faktor grundar sig i den tid som spenderas på sjukhuset. Patienter upplever att de blir begränsade i sitt sociala liv och därför upplever en ensamhet. Detta styrks av (Hagren et al., 2001; Hagren et al., 2005; Molzahn et al., 2008) som beskriver att regelbundna och strikta tider som ska passas till HD-behandlingen på avdelningen är en stor bidragande orsak till känslan av att vara begränsad. I resultatet framkommer även att patienters upplevelse av ensamhet grundar sig i upplevelsen av att inte vilja vara en belastning för anhöriga. I enlighet med resultatet beskriver Axelsson et al. (2012) att patienter inte ville prata om döden med anhöriga då de inte ville uppfattas som en större börda. Då patienter upplevde att de inte kunde prata med

anhöriga om sina existentiella tankar bidrog detta till att de kände sig ensamma i sin situation (Axelsson et al., 2012).

Det framkommer i resultatet att patienter upplever det professionella stödet från sjukvården som viktigt och det är därför viktigt att vården möter patienten i dennes behov. Det har identifierats i resultatet att patienter önskar att de får vara en del av sin egen behandling. Det beskrivs i patientlagen (SFS, 2014:821) att patienter har rätten att ta del i sin egen behandling samt att vara med och välja behandlingsalternativ. Wu et al. (2016) beskriver att patienter som får information kring sin sjukdom och behandling har en ökad möjlighet till egenvård. Det framkommer i resultatet att patienter önskar att vården vid HD-behandling ska vara individanpassad. Det finns en upplevelse hos patienter att de vill vara med i diskussioner kring sin egen behandling. Detta styrks av Hagren et al. (2001) som beskriver att patienter upplever att bli sedda som en individ med unika behov vid HD-behandling är något som är viktigt för dem. Det ligger inom sjuksköterskans ansvarområde att se till att patienter får informationen de är i behov av (Kopp, 2010; Prezotto & Abreu, 2014). I enlighet med resultatet beskriver Hagren et al. (2001) att patienter upplever en större trygghet för personal om det är större kontinuitet bland de som vårdar dem, det vill säga att det inte är så många olika vårdgivare som träffar patienten. Patienter uttrycker en önskan om att vården inte bara ska ha en informativ funktion. De vill skapa en personlig relation till vårdgivare och det gynnas av kontinuitet i personalen. Axelsson (2012) beskriver att om patienter upplever att de känner sig trygga med personalen så är de mer benägna att öppna sig och diskutera existentiella frågor. Det framkommer i resultatet att det är viktigt för patienter att vårdgivare lyssnar på deras berättelse. Detta styrks av Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) som beskriver att livskvaliteten förändras då patienten drabbas av sjukdom och det är därför viktigt att vårdgivaren känner till patientens situation för att denne ska kunna ge personlig omsorg.

Konklusion

Patienters upplevelser av att leva med HD visar på att det påverkar deras vardag på både till det positiva och negativa. I denna litteraturbaserade studie identifierades att patienter som lever med HD-behandling konfronterar tankar och känslor kring sin existens. Från resultatet dras slutsatsen att den egna dödligheten blir påtaglig för dessa patienter. De är i behov av stöd från omgivningen, både anhöriga och professionella för att kunna hantera dessa tankar och känslor. Vidare har fatigue en påtaglig effekt på hur patienter upplever hur det är att leva med HD. Upplevelsen av ensamhet orsakades till stor del av fatigue och var centralt hos patienter som behandlades med HD. Från resultatet drogs slutsatsen att patienter behöver känna trygghet för att kunna bygga upp en tillit till personalen och därigenom hitta stöd.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Från patienters upplevelser har det framkommit att leva med HD-behandling väcker många existentiella tankar och känslor hos patienter. Då det framkommer att en nyckel för patienter att känna tillit är kontinuitet hos personalen bör detta vara i åtanke i arbetet med HD-behandling. Att utveckla en verksamhet som främjar möjligheten för patienter att bygga upp en trygghet och tillit till personalen leder då till ökad möjlighet för patienter att diskutera

existentiella tankar. Utifrån studiens resultat föreslås också att sjuksköterskor mer aktivt ska diskutera kring och ta upp frågor kring existentiella tankar. Detta för att patienter ska få utlopp för sina tankar. Då det framkom negativa erfarenheter av att leva med HD-behandling bör därför ytterligare forskning bedrivas kring hur patienters erfarenheter kan förbättras. Det bör också utvecklas hur sjuksköterskor kan bemöta patienter för att främja kommunikationen med patienter.

REFERENSER

- Akin, S. Mendi, B. Ozturk, B. Cinper, C & Durna, Z. (2013). Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 856-864. doi: 10.1111/jocn.12248
- *Axelsson, L. Randers, I. Jacobson, S. & Klang, B. (2011). Living with haemodialysis when nearing end of life. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26, 45-52. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00902.x
- Axelsson, L., Randers, I., Lundh Hagelin, C., Jacobson, S. H., & Klang, B. (2012). Thoughts on death and dying when living with haemodialysis approaching end of life. *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 2149-2159. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04156.x
- *Bristowe, K. Horsley, H. Shepherd, K. Brown, H. Carey, I. Matthews, B. O'Donoghue, D. Vinen, K. & Murtagh, F. (2015). Thinking ahead- the need for early advance care planning for people on haemodialysis: a qualitative interview study. *Palliativ Medicine*, 29, 443-450. doi: 10.1177/0269216314560209
- *Calvey, D. & Mee, L. (2011). The lived experience of the person dependent on haemodialysis. *Journal of renal care*, 37, 201-207. doi 10.1111/j.1755-6686.2011.00235.x
- *Clarkson, K. & Robinson, K. (2010). Life on Dialysis: A Lived Experience. *Nephrology Nursing Journal*, 37, 29-35.
- Cleary, J. & Drennan, J. (2005). Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 577-586.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dahlborg Lyckhage, E., (2017). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I Friberg, F. (Red) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (3., [rev.] (s. 25-35) Lund: Studentlitteratur
- *Ekelund, M-L. & Andersson, S. (2010). "I need to lead my own life in any case"- A study of patients in dialysis with or without a partner. *Patient Education & Counseling*. 81. 30-36. 10.1016/j.pec.2009.10.025
- Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4., rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2017a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F (Red). *Dags för uppsats; vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.129-139). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F (Red). *Dags för uppsats; vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.141-152). Lund: Studentlitteratur AB

Friberg, F. (2017c). Tankeprocessen under examensarbetet. I Friberg, F (Red). *Dags för uppsats; vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.37-48). Lund: Studentlitteratur AB.

Gabara, S., Schön, S., & Stendahl, M. (2017). Epidemiologi. I M. Stendahl (Red.), *Svenskt njurregister Årsrapport 2017* (s.7-15). Jönköping: Länssjukhuset Ryhov.

Hagren, B, Pettersen, I, M, Severinsson, E, Lutzen, K & Clyne, N. (2001). The Haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end stage renal disease. *Journal of advanced nursing*. 34. 196-202. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01745.x

Hagren, B, Pettersen, I, M, Severinsson, E, Lutzen, K & Clyne, N. (2005). Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *Journal of Clinical Nursing* 14, 294–300. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01036.x

Henricson, M. (2017). Diskussion. I Henricson, M (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, (s411-420). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, (s111-119). Lund: Studentlitteratur AB.

*Herlin, C. & Wann-Hansson, C. (2010). The experience of being 30-45 years of age and depending on haemodialysis treatment: a phenomenological study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24, 693 – 699. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00764.x

Inker, L., Astor, B., Fox, C., Isakova, T., Lash, J., Peralta, C., ... Feldman, H. (2014). KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. *American Journal of Kidney Diseases*. 63. 713-735. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.01.416

*Jonasson, K. & Gustafsson, L-K. (2017). You live as much you have time to: the experience of patients living with hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 44, 35-41.

Joshwa, B. & Campbell, M. (2017). Fatigue in Patients with Chronic Kidney Disease: Evidence and Measures. *Nephrology Nursing Journal*. 44. 337-343.

Karlsson, E-K. Informationssökning. I Henricson, M. (201). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81-99). Lund: Studentlitteratur AB.

Klang, B. (2014). Hälsa, välbefinnande och sjukdom. I Klang, B & Thorell-Ekstrand, I (Red). *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande* (s.47-71). Harlow: Pearson

- Kopp, R. (2010). Omvårdnad vid medicinska njursjukdomar. I B. Kamp Nilsen (Red.), *Specifik omvårdnad* (s.292-315). Stockholm: Norstedt.
- *Lai, A. Loh, A. Mooppil, N. Krishnan, D. & Konstadina.G. (2012). Starting on haemodialysis: A qualitative study to explore the experience and needs of incident patients. *Psychology, health & Medicine*, 17, 674-684. doi: 10.1080/13548506.2012.658819
- *Lindsay, H. Macgergor, C. & Fry, M. (2014). The experience of living with chronic illness for haemodialysis patient: An interpretative phenomenological analysis. *Health sociology Review*, 23, 232-242. doi: 10.1080/14461242.2014.11081976M
- McManus, S. & Wynter-Minott, S. (2017). Guidelines for Chronic Kidney Disease: Defining, Staging, and Managing in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*. 13. 400-410. doi:10.1016/j.nurpra.2017.04.017
- *Mitchell, A. Farrand,P. James, H, Purtell, R. & Wyatt, K . (2009). Patients´ experience of transition onto haemodialysis: a qualitative study. *Journal of renal care*, 35. 99-107.
- Molzahn, A. Bruce, A. & Sheilds, L. (2008). Learning from stories of people with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 13-20.
- *Monaro, S. Stewart, G. & Gullick, J. (2014). A lost life: coming to terms with haemodialysis. *Journal of clinical nursing*, 23, 3262-3273. doi; 10.1111/jocn.12577.
- *Moran, A. Scott, A. & Darbyshire, P. (2011). Waiting for a kidney transplant: patients` experiences of haemodialysis therapy. *Journal of advanced Nursing*, 67, 501-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05460.x
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M (Red). *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination I omvårdnad*. (S. 421-438). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nordenfelt, L. (2005). Om kronisk sjukdom och livskvalitet. I Richt, B, Tegern, G (Red). *Sjukdomsvärldar; om människors erfarenheter av kroppslig ohälsa* (s305-321). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nyberg, G & Jönsson, A. (2004). Njursjukvård. Lund: Studentlitteratur AB.
- Prezotto, K. H., & Abreu, I. S. (2014). The chronic renal patient and the adherence to hemodialysis treatment. *Journal of Nursing*, 8, (600-605). Doi: 10.5205-reuol.5149-42141-1- SM.0803201414.
- Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s25-42). Lund: Studentlitteratur AB.
- Romo. R. Wallhagen, M. Yourman, L. Yeung, C. Eng, C. Micco, G. Pérez-Stable, E. & Smith, A. (2013). Perceptions of Successful Aging Among Diverse Elders With Late-Life Disability, *The Gerontologist*, Volume 53, 939–949. doi: 10.1093/geront/gns160

Seeberger, A. (2011). *Njurarna: de som håller oss i balans*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 21 mars, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2017-11-27, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Tzanakaki, E., Boudouri, V., Stavropoulou, A., Stylianou, K., Rovithis, M. & Zidianakis, Z. (2014). Causes and complications of chronic kidney disease in patients on dialysis. *Health Science Journal*. 8. 343-349.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Weiss, L. (2015). Hemodialys. I N. Clyne & B. Rippe (Red.), *Njursjukdom- teori och klinik* (s.423–431). Lund: Studentlitteratur AB.

Wu, S-F., Hsieh, N-C., Lin, L-J. & Tsai, J-M. (2016). Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. *Journal of Clinical Nursing*. 25. 2609-2618. doi: 10.1111/jocn.13305

Wärnå-Furu, C. (2012). Hälsa. I Wiklund Gustin, L, Bergbom, I (Red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.157-172). Lund: Studentlitteratur AB.

Yngman-Uhlin, P. Fogelberg, A. & Uhlin, F. (2015). Life in standby: hemodialysis patients' experiences of waiting for kidney transplantation. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 92-98. doi: 10.1111/jocn.12994

Östlund, L. (2017). Informationssökning. I Friberg, F (Red). *Dags för uppsats; Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59-82). Lund: Studentlitteratur AB

Bilagor:**Bilaga 1: Sökprocessen**

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
Cinahl 160118	Haemodialy* AND chronic* AND kidney* AND experience*	93	93	15	4
Cinahl 160118	Haemodialy* AND chronic* AND kidney* AND experience* AND patient*	87	87	11	1
Cinahl 190118	Haemodialy* AND chronic* AND patient* AND experience* AND liv*	36	36	10	2
Cinahl 220118	Dialy* AND patient* AND experience* AND liv*	185	185	16	3
Cinahl 220118	Haemodialys* AND kidney* AND chronic* AND care* AND quali*	79	79	8	1
Cinahl 230118	Hemodialy* AND chronic* AND kidney* AND patient* AND support* AND need*	111	111	12	1

Bilaga 2: Kvalitetsgranskning

Författare Titel Tidskrift Årtal	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Etiska överväganden	Kvalitet (Forsberg & Wengström, 2013)
<p>Författare: C, Herlin. C, Wann-Hansson</p> <p>Titel: The experience of being 30-45 of age and depending on haemodialysis treatment: a phenomenological study.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Syfte: Att beskriva hur patienter som var 30-45 år och behandlades med hemodialys upplevde hemodialysbehandlingen.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv.</p>	<p>Intervjuer med 9 patienter. Fenomenologisk metod.</p>	<p>Studien identifierade huvudteman i patienternas intervjuer. Dessa var frånvaro av frihetskänsla, rädsla, beroende av vårdgivare, tid förlorad vid dialystillfälle, känsla av ensamhet, samt att vara på väntelista för njurtransplantation. Studien visar på att vara beroende av hemodialys är krävande och påverkar det vardagliga livet och ger ofta en känsla av att inte ha någon frihet. För patienternas del var det viktigt att kunna få ta del av sin utbildning och det krävs därför att sjuksköterskorna besitter en viss kompetens.</p>	<p>Studien gav skriftlig information till deltagarna. Deltagarna informerades om att studien var frivillig och att de kunde välja att avsluta sitt deltagande när de själva ville. Studien blev godkänd av en etiskt kommitté.</p>	Hög
<p>Författare: A, Lai. A, Loh. N, Mooppil. D, Krishnan. K, Griva.</p> <p>Titel: Starting on haemodialysis: A</p>	<p>Syfte: Studien syftade till att undersöka patienters upplevelser av hemodialys i Sverige.</p>	<p>Intervjuer med 13 patienter som behandlas med hemodialys. Fenomenologisk metod.</p>	<p>Studien identifierade tre huvudteman utifrån patientberättelserna. De tre huvudteman identifierades var emotionell stress, behandlingsrelaterad oro samt socialt stöd. Utöver dessa huvudteman identifierades också symtombördan</p>	<p>Deltagarna fick information om studien via telefon och fick sedan ge sitt medgivande vid intervjuerna. Studien var godkänd att genomföras av en granskningsstyrelse.</p>	Hög

<p>qualitative study to explore the experience and needs of incident patients.</p> <p>Tidskrift: Psychology, Health & Medicine.</p> <p>Årtal: 2012.</p>	<p>Perspektiv: Patientperspektiv.</p>	<p>isk metod i analysering av intervjuerna.</p>	<p>och hopp om transplantation som viktiga delar i patienters upplevelse av hemodialys. De tidiga månaderna i behandlingen var viktiga för att patienten skulle kunna anpassa sig.</p>		
<p>Författare: L, Axelsson. I, Randers. S, Jacobsson. B, Klang.</p> <p>Titel: Living with haemodialysis when nearing end of life.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Syfte: Syftet med studien var att klargöra hur det är att vara sjuk och samtidigt behandlas med hemodialys när livets slut närmar sig.</p> <p>Perspektiv: Patientperspektiv.</p>	<p>Flera intervjuer med åtta patienter utfördes. Intervjuerna analyserades sedan med hjälp av en fenomenologisk hermeneutisk metod.</p>	<p>Analysen av intervjuerna resulterade i tre huvudteman. Dessa huvudteman var att vara fast i sin försämrade kropp, att ändra åsikten om livet samt att sträva för att bibehålla sin värdighet. Elva underteman identifierades också utöver dessa huvudteman.</p>	<p>Deltagarna fick ett brev med information kring studien. Innan medgivande från deltagarna gavs ytterligare verbal och skriftlig information. Information om att det var frivilligt att delta samt att det var fritt att avbryta. Studien var godkänd av en etisk kommitté.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: A, Mitchell. P, Farrand. H, James. R, Luke. R, Purtell. K, Wyatt.</p> <p>Titel: Patients' experien</p>	<p>Syfte: Studien syftar till att identifiera faktorer som patienterna anser vara viktiga för att</p>	<p>Intervjuer med tio patienter som hade behandlats med hemodialys mellan sex</p>	<p>Från intervjuerna identifierades tre huvudteman som patienterna tyckte var viktiga för att kunna hantera behandling och sjukdom. Dessa tre huvudteman var förberedelse, kognitiv stil och socialt stöd.</p>	<p>Deltagare informerades om att studien var frivillig och fick efter skriftlig överenskommelse ytterligare verbal och skriftlig information. Studien översågs av en forskningsgrupp som översåg studiens gång och</p>	<p>Hög</p>

<p>ce of transition onto haemodialysis a qualitative study. Tidskrift: Journal of Renal Care. Årtal: 2009</p>	<p>leva ett produktivt liv. Perspektiv: Patientperspektiv.</p>	<p>veckor och sex månader. Intervjuerna transkriberades sedan och analyserades.</p>		<p>intervjuerna. Studien var godkänd av en etisk kommitté.</p>	
<p>Författare: A, Moran, A, Scott, P, Darbyshire. Titel: Waiting for a kidney transplant: patients' experiences of haemodialysis therapy. Tidskrift: Journal of advanced nursing. Årtal: 2010</p>	<p>Syfte: Syftet är att undersöka patienter med kronisk njursvikts upplevelser av hemodialys. Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Intervjuer med 16 patienter utfördes. En analyserande metod användes för att studera patientberättelserna.</p>	<p>Resultatet visade att många patienter hoppades på att de skulle få en njurtransplantation. I detta hopp identifierades tre huvudteman. Dess huvudteman var att leva i hopp, osäkerhet samt att leva i väntan.</p>	<p>Studien var godkänd av en etisk kommitté. Det fanns möjlighet att få stöd för personer som eventuellt skulle kunna bli upprörda eller påverkade på något sätt, dock behövdes aldrig detta stöd användas under studiens gång.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: K, Clarkson, K, Robinson. Titel: Life on Dialysis: A Lived Experience. Tidskrift: Nephrology nursing journal. Årtal: 2010</p>	<p>Syfte: Syftet med studien var att undersöka patienter med kronisk njursvikts upplevelser och bedöma om de är tillräckligt</p>	<p>Intervjuer med tio patienter som för nuvarande behandlades med dialys genomfördes. Intervjuerna analyserades och teman</p>	<p>Tre huvudteman som beskrev funderingar hos patienten identifierades ur intervjuerna. Hur livet ändrades vid behandling av dialys i jämförelse med innsan, hur patienterna hanterade situationen samt områden där de hade önskat mer, exempelvis förberedelser och utbildning.</p>	<p>Studien var godkänd av en forsknings-kommitté. Deltagarna informerades om att studien var frivillig och deltagarna gav skriftligt godkännande att delta i studien.</p>	<p>Hög</p>

	utbildade i sin sjukdom för att kunna hantera de möjliga komplikationerna som kan uppstå. Perspektiv: Patientperspektiv	identifierades .			
Författare: S, Monaro. G, Stewart. J, Gullick. Titel: A 'lost life': coming to terms with haemodialysis. Tidskrift: Journal of Clinical Nursing. Årtal: 2014	Syfte: Syftet är att beskriva patienters och anhörigas levda erfarenheter i den tidiga fasen av behandling med hemodialys. Perspektiv: Patientperspektiv, anhörigperspektiv.	Intervjuer med elva patienter som nyligen hade påbörjat hemodialys och fem anhöriga. Dessa intervjuer transkriberades och analyserades utifrån ett hermeneutiskt synsätt.	Patienterna upplevde att påbörjan av hemodialys gav känslan av ett förlorat liv samtidigt som de var överväldigade av chock och sorg. Detta var ett resultat av för lite förberedelser inför start av hemodialys. En förlust av självkänsla, spontanitet, personlig frihet och sociala band var utmanande för patienterna. Anhöriga upplevde den vårdande rollen som oförlåtande och att den krävde en ständig vaksamhet.	Studien var etiskt godkänd. Patienter gavs information kring studien och de fick skriva på ett skriftligt medgivande att delta i studien.	Hög
Författare: H, Lindsay. C, MacGregor. M, Fry. Titel: The experience of	Syfte: Syftet är att belysa de existentiella tvången att leva med en kronisk	Intervjuer med sju personer genomfördes. Intervjuerna transkriberades	Resultatet bestod av tre huvudteman som identifierats utifrån de transkriberade intervjuerna. De tre huvudtemana var utmaningarna att leva med kronisk njursvikt, kroppsliga förändringar samt	Studien var godkänd av en etisk kommitté. Alla deltagare gav skriftligt medgivande att delta i studien. Deltagarna anonymiserades.	Hög

<p>living with chronic illness for the haemodialysis patient: An interpretative phenomenological analysis. Tidskrift: Health Sociology Review. Årtal: 2014</p>	<p>sjukdom för patienten som är beroende av hemodialys. Perspektiv: Patientperspektiv.</p>	<p>es och texterna analyserades.</p>	<p>upplevelser av dåligt mående samt sociala relationer.</p>		
<p>Författare: K, Bristowe. H, Horsley. K, Shepherd. H, Brown. I, Carey. B, Matthews. D, O Donoghue. K, Vinen. F, Murtagh. Titel: Thinking ahead- the need for early advance care planning for qualitative interview study. Tidskrift: Palliative Medicine. Årtal: 2015</p>	<p>Syfte: Att förstå patienter med kronisk njursvikt känslor angående att start hemodialysbehandling och vad det för konsekvenser på deras livskvalitet. Samt vilken vård de anser att de behöver i framtiden och stöd. Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Interjuver av person som går på hemodialys total var det 20 deltagare i studien.</p>	<p>Deltagarna upplevde sorg och rädsla att gå på hemodialys att inte veta vad framtiden hade att visa. De kände att inte fick möjlighet att diskutera framtiden som de ville. De kände sig bundna till behandlingen. Deltagarna kände att behandlingen påverkade deras socialt liv negativt. De upplevde brist på information från sjukvårdspersonalen. Deltagarna upplevd att de inte fick var delaktiga i sin egen vård.</p>	<p>Studien var etiskt godkände av en lokal etisk kommitté.</p>	<p>Hög</p>

<p>Författare: K, Jonasson. L, Gustafsson Titel: You live as much as you have time to: the experience of patients living with hemodialysis Tidskrift: Nephrology nursing journal Årtal: 2017</p>	<p>Syfte: Att beskriva livsförändringarna hos patienter med njure svikt som behandlas med hemodialys. Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Kvalitativa djupa intervjuer av nio patienter som gick på hemodialys.</p>	<p>Studien visar att patienter som behandlas med hemodialys upplever en övergång från frihet till fångenskap. De måste anpassa sig till det nya livet. Först då kan de nå försoning sitt nya liv.</p>	<p>Studien var etiskt godkänd av en etisk kommitté.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: D, Calvey. L, Mee. Titel: The lived experience of the person dependent on haemodialysis. Tidskrift: Journal of renal care Årtal: 2011</p>	<p>Syfte: Syftet med studien var att ta del av patientens liv när de inte var på dialysenheten. Perspektiv: Patientperspektiv</p>	<p>Intervjuer med sju patienter som behandlas med hemodialys. Data analyserades genom en sju-stegsprocess.</p>	<p>Det starkaste temat som identifierades var självkänsla. Detta delades sedan in i underkategorierna framtida jaget, det levande jaget, det dödliga/ömtåliga jaget och det växande/lärande jaget.</p>	<p>Studien var godkänd av två etiska kommittéer. Skriftligt godkännande av deltagarna erhöles.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författar : M, Ekelund. S, Andersson Titel: I need to lead my own life in any case A study of patients in dialysis with or without a partner.</p>	<p>Syfte: Att identifiera psykologiska och psykosociala problemen hos patienter som går på dialys</p>	<p>Kvalitativa intervjuer som analyserades individuellt.</p>	<p>Fem bas teman hittades: Vikten av behandling blev individanpassad, beroende av en maskin konsekvenser av sjukdomen och behandlingen, hopp för framtiden, tankar kring liv och död.</p>	<p>Deltagarna har fått skriftlig och muntlig information att de kan avbryta studien när det vill.</p>	<p>Hög</p>

Tidskrift: Patient Education and Counseling Årtal: 2010	och deras partner. Perspektiv: Patientperspektiv och anhörigperspektiv.				
--	---	--	--	--	--

Bilaga 3: Granskningsmall (Forsberg och Wengström, 2016)

Fråga	Ja 1p	Nej 0p	Otydlig 0p
1. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?			
2. Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? Inklusions och exklusionskriterier ska vara beskrivna			
3. Är undersökningsgruppen beskriven och lämplig?			
4. Metod av datainsamling, är fältarbetet tydligt beskrivet?			
5. Är data systematiskt insamlade, finns intervjuguide/ studieprotokoll?			
6. Är analys och tolkning av resultatet diskuterade?			
7. Är resultaten trovärdiga? Är källor angivna?			
8. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskningens trovärdighet)			
9. Är fenomenet konsekvent beskrivet?			
10. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen			
11. Är teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data?			
12. Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?			
13. Stödjer insamlade data forskningens resultat?			
14. Har resultaten klinisk relevans?			
15. Diskuteras metodologiska brister och risken för bias?			
16. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?			

17. Finns det någon risk för bias?			
18. Håller du med om slutsatserna i artikeln?			