Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

När kroppen sviker

Patienters erfarenheter av dagligt liv med kronisk njursvikt.

- En litteraturbaserad studie

When the body fails

Patients experiences of everyday life with chronic renal failure.

- A literature-based study

Examensarbete inom huvudområdet för omvårdnad.
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Höstterminen 2018

Författare:
Björkner, Linda
Cehic, Sanela

SAMMANFATTNING

Titel: När kroppen sviker -
Patienters erfarenheter av dagligt liv med kronisk njursvikt

Författare: Björkner, Linda och Cehic, Sanela

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15hp

Handledare: Persson Alander, Malin

Examinator: Sahlsten, Monika

Sidor: 21

Nyckelord: Kris, kronisk njursvikt, livskvalité, patientperspektiv och stöd.

Bakgrund: Kronisk njursvikt är ett växande folkhälsoproblem. Sjukdomen är allvarlig och bidrar till ökat lidande då den medför omfattande symtom, begränsar livsvärlden och kräver livsstilsförändringar. Behandlingen är komplex. För att sjuksköterskan ska kunna ge god vård och stärka välbefinnande hos patienter behöver hen ha förståelse för patienters erfarenheter av livet med kronisk njursvikt. **Syfte**: Att beskriva patienters erfarenheter av dagligt liv med kronisk njursvikt. **Metod:** Litteraturbaserad metod som bygger på kvalitativa studier. **Resultat:** Ur analysen framkom tre huvudteman: Identifiera sig med sjukdomen, support från omgivningen och förändrad självbild med sex underteman. **Konklusion:** Kronisk njursvikt leder till både fysiska och psykiska förändringar, vilket resulterar i ett sjukdom- och livslidande för patienter och en annan livsvärld att förhålla sig till än innan sjukdomen.

ABSTRACT

Title: When the body fails - Patients experiences of everyday life with chronic renal failure

Author: Björkner, Linda and Cehic, Sanela

Department: School of Health and Education, University of Skövde

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

Supervisor: Persson Alander, Malin

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 21

Keywords: Chronic renal failure, crisis, life quality, patient perspective and support.

Background: Chronic renal failure is a public health problem that is increasing constantly. The disease is serious and contributes to increased suffering as it causes complicated symptoms, limits one's life and forcing one to lifestyle changes. The treatment is complex. To provide good care as a nurse and strengthen well-being in patients, it's important to have an understanding of their experience of chronic renal failure. **Aim:** To describe patients' experiences of daily life with chronic renal failure. **Method:** Literature overview based on qualitative studies. **Results:** Three main themes emerged from the analysis: Identify the disease, support from the environment and altered self-image with six associated sub-men. **Conclusion:** Chronic renal failure leads to both physical and mental changes, resulting in suffering and another perspective of life to relate to than before the disease.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING **1**

BAKGRUND **1**
- **Njurarnas funktion** **1**
- **Kronisk njursvikt** **1**
  - Behandling 2
- **Hälsa och ohälsa** **3**
- **Lidande** **3**
- **Livsvärld** **4**
- **Sjuksköterskans funktion och ansvar** **4**

PROBLEMFORMULERING **5**

SYFTE **5**

METOD **6**
- **Urval** **6**
- **Datainsamling** **6**
- **Analys** **7**
- **Etiska överväganden** **7**

RESULTAT **8**
- **Identifiera sig med sjukdomen** **8**
  - Allt fokus på sjukdomen 8
  - Mår psykiskt dåligt 9
- **Support från omgivningen** **9**
  - Kontinuerlig vårdkontakt 9
  - Hjälp från närstående och likasinnade 10
- **Förändrad självbild** **11**
  - Kroppen förändras 11
  - Anpassa kosten 11
- **Resultatsammanfattning** **12**

DISKUSSION **13**
- **Metoddiskussion** **13**
- **Resultatdiskussion** **14**
- **Konklusion** **16**
- **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet** **16**

REFERENSER **17**

BILAGOR

1. Sökhistorik
2. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik
3. Artikelöversikt

INLEDNING

Kronisk njursvikt är ett växande problem ur ett globalt perspektiv (Karolinska Institutet, 2016). I industriländer där vården är utvecklad ökar antalet sjuka varje år. Statistiken visar att tio till tolv procent lider av kronisk njursvikt i bland annat USA och Kina. Sjukdomen är ett folkhälsoproblem och siffrorna väntas stiga ytterligare världen över (Karolinska Institutet, 2016). Enligt Seeberger (2011) kommer patienter med kronisk njursvikt fördubblas till år 2025 globalt. Njurförbundet (2018) beskriver att njursvikt är en smygande sjukdom och ofta svår att upptäcka då den inte uppvisar symtom tidigt. En obehandlad njursvikt kan leda till bestående njurskador vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, blodbrist och hypertoni vilket i sin tur kan vara livshotande. Jonasson och Gustavsson (2017) menar att patienter med njursvikt får en förändrad livsvärld. De är i konstant behov av vård som begränsar deras vardag och familjeliv då de ständigt behöver prioritera sin sjukdom och överlevnad (Jonasson & Gustavsson, 2017). Eftersom sjukdomen är ett växande problem kommer allmänsjuksköterskan med största sannolikhet möta patienter som lever med kronisk njursvikt. För att sjuksköterskan ska kunna ge god vård och stärka välbefinnande hos patienter behöver hen ha förståelse för patienters erfarenheter av hur det är att leva med kronisk njursvikt.

BAKGRUND

Njurarnas funktion

Enligt Sand, Sjaastad, Haug och Bjålie (2011) har njurarna många viktiga funktioner i samband med urinutsöndringen. Största delen består av att filtrera avfallsämnen från blodet som sedan utsöndras via urinen. Njurarna medverkar även till syra-bas-balansen genom att skapa balans mellan vätekarbonatjoner och vätejoner i urinutsöndringen. Grubb och Steiner (2015) beskriver att njurarna filtrerar bort molekyler från blodplasma. För att mäta detta används ett mätvärde som kallas glomerulär filtrationshastighet. Det medför att jämförelser kan göras av njurarnas funktion mellan individer eller mellan olika tillfällen för samma individ.

Kronisk njursvikt

Gloe, Kenneally, Faye och Reynaldo (2016) hävdar att kronisk njursvikt är en metabolisk, obotlig- och progressiv sjukdom. Sjukdomen leder till förlust av njurarnas förmåga att utsöndra avfallsämnen och reglera elektrolyt- och vattenbalansen. Schick-Makaroff, Molzahn och Kalfoss (2018) menar att de vanligaste symtomen för njursvikt är: trötthet, smärta, nedsatt aptit, klåda, illamående, andningssvårigheter och depression. Njursvikt består av fem olika stadier; stadium ett till två innebär att njurfunktionen är nedsatt men det är inget som varken patienten märker av eller som läkarna kan se genom blodprover. Vid stadium tre har njursvikt utvecklats till måttlig nivå. Blodprover visar förhöjt kreatinin och stigande blodtryck. I detta stadium är det viktigt att förhålla sig till behandling för att njursvikt ska hållas i schack och inte

försämras. Skulle det bli försämring kan det leda till hjärt- och kärlsjukdomar och andra komplikationer. I stadium fyra till fem börjar patienten märka av symtom. Medicineringen blir i detta stadium mer betydelsefull för att undvika försämring av sjukdomen. När endast fem till tio procent av njurfunktionen återstår är det aktuellt med njurtransplantation (Njurdagboken, 2014). Orsaker till njursvikt kan vara många men de vanligaste är ålderdom, högt blodtryck, fetma, infektioner, mediciner och förgiftning (Gloe et al., 2016; Eskridge, 2010).

Behandling

Seeberger (2015) beskriver att när njurarna inte förmår att filtrera blodet och diuretika inte hjälper mot övervätskning behöver patienter dialysbehandling. Denna typ av behandling kan ske på två olika sätt, peritonealdialys [PD] eller hemodialys [HD]. Vid PD tappas dialysvätska in i buken via en inopererad PD-kateter. Dialysvätskan ligger då i bukhålan under fyra till tolv timmar medan olika ämnen diffunderar ut i dialysvätskan. Vid PD kan patienter själva ta ansvar och utföra behandling. Weiss (2015) beskriver hur en HD-behandling går tillväga: en dialysmaskin rensar blodet genom ett dialysfilter som slutligen avlägsnar toxiner. För att kunna genomgå HD-behandling behöver en AV (arterio-venös) fistel opereras in i patientens under- eller överarm. Fisteln fixeras genom att den kopplas samman med en artär och ven vilket ger ökat blodflöde. Jonasson och Gustavsson (2017) beskriver att flera hundra tusen människor i världen är beroende av hemodialys för att överleva. Patienter som kräver hemodialys måste utföra omfattande förändringar för att klara av sin vardag. De står maktlösa inför behandling som de själva inte kan kontrollera eller påverka. Varje dialysbehandling pågår under fem timmar, behandlingarna sker flera gånger i veckan och är livsavgörande (Jonasson & Gustavsson, 2017). Patienter med kronisk njursvikt tvingas hålla ordning på sin vätskebalans. Vätskebalansen innefattar att det finns ett samband mellan vätskan som intas och den som de gör av med. Det är viktigt att patienten inte ska få överflödig vätska i kroppen som kan leda till komplikationer och större lidande. De beskriver att det är viktigt som vårdpersonal att tydliggöra betydelsen av balans av vätskan i kroppen, både för patientens välmående men också för att behandlingen de får ska fungera fortsättningsvis (Lindberg, Bäckström-Andersson, Lindström & Lindberg, 2013).

Enligt Tufveson (2008) finns njurtransplantation som ett ytterligare alternativ till behandlingsmetod. Det är ofta den enklaste och billigaste behandlingen vid terminal njursvikt. Läkemedelsverket (2017) beskriver att vid det terminala stadiet har njurarna begränsad och inte livsuppehållande funktion. Det krävs därmed ett ställningstagande till vilken typ av uremivård som är bäst lämpad, njurtransplantation eller dialys. Varje enskild njurmedicinsk läkare är skyldig att förhålla sig till lagen om transplantation (SFS 1995:831) där moraliska och etiska överväganden utreds. Tufveson (2008) menar att patientens tillstånd och situation styr möjligheten till transplantation. Den snabbaste behandlingen är om en frisk närstående kan donera sin njure, annars kan det dröja upp till tre år i väntan på transplantation.

Hälsa och ohälsa

Världshälsoorganisationen (WHO, 2008) definierar hälsa som fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom. Dahlberg (2014) menar att hälsa är vårdandets mål. En individ kan vara i ett hälsosamt tillstånd trots kronisk sjukdom. Hälsa inkluderar biologiska aspekter, men att vara biologiskt frisk är inte alltid detsamma som att må bra. Ett tillstånd av hälsa innebär upplevelser av välbefinnande, att må bra och att kunna utföra små och stora livsprojekt. Hälsa innebär också att känna en mening och ett sammanhang. Om tillvaron känns meningsfull så är det lättare att kämpa emot ohälsa. Eriksson (2015b) beskriver begreppet hälsa där människan upplever en helhet av kropp, ande och själ. Hos varje individ pågår kontinuerligt olika hälsoprocesser, som innebär välbefinnande-, friskhets- och sundhetsprocesser. I samspel med andra kan individen skapa fysiskt välbehag, tillfredsställelse och tillit. Eriksson (1989) beskriver individens olika hälsopositioner (se fig. 1). Position A innebär att individen upplever sig ha dysfunktionella yttringar men trots det känner sig frisk, det finns en acceptans för sitt tillstånd och därmed också ett välbefinnande. Position B innebär både frånvaro från dysfunktionella yttringar och även ett välbefinnande. Position C innebär att individen upplever sjukdomstillstånd trots frånvaro av dysfunktionella yttringar. Det är främst individer i position C som söker vård på grund av upplevda symtom och känsla av illabefinnande. Position D innebär en konkret ohälsa, individen både upplever sig vara sjuk och påvisar dysfunktionella yttringar. Hälsobegreppet utgörs av sundhet och friskhet, där sundhet betecknar den psykiska hälsan och friskhet den fysiska (Eriksson, 1989).

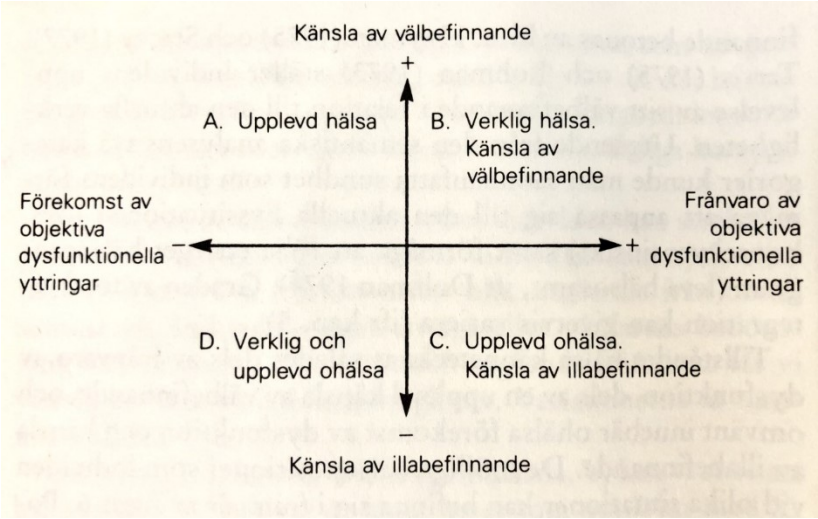

Fig. 1. Individens hälsopositioner (Eriksson, 1989, s. 46).

Lidande

Eriksson (2015a) beskriver begreppet patient. Det svenska ordet patient kommer från latinets patiens där pati betyder lida och tåla. Tidigare var begreppet inte bundet till sjukdom utan var knutet till det mänskliga livet, då betydde patienten människan som led. Begreppet lidande innebär att människan utsätts för något ont, en kamp som den

måste leva med. Denna kamp är hård men kan resultera i något konstruktivt, exempelvis lära sig uppskatta livet och närstående mer. Det finns olika former av lidande, sjukdomslidande delas upp i två kategorier, den ena innebär en kroppslig smärta som sjukdomen och behandlingen medför. Den andra innebär ett själsligt och andligt lidande, där patienter upplever skam och förnedring. Sjukdomen kan också innebära livslidande. Patienterna kan då på grund av sin sjukdom inte leva sitt liv till fullo. Förutsättningarna har förändrats vilket leder till begränsningar och en lidande livssituation. En del patienter kan även bli utsatta för vårdlidande vilket innebär att människan på någon sätt utsätts för lidande orsakat av vård eller utebliven vård. Vårdlidandet kan delas in i följande kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Den vanligast förekommande formen av vårdlidande det vill säga att kränka patientens värde som människa innebär att frånta honom/henne möjligheten att vara människa fullt ut. Fördömelse hänger ihop med kränkning av människans värdighet. Vårdaren har auktoritet i sitt faktakunnande men får inte förväxla det denne tror är rätt och fel mot vad patienten själv vill. Maktutövning förekommer i vården också och kan resultera i att patienten känner sig berövad på sin frihet, att inte ta patienten på allvar är ett sätt att utöva makt. Utebliven vård handlar om en bristande förmåga att bedöma patientens behov av vård men kan också innefatta medvetna slarvfel (Eriksson, 2015a).

Livsvärld

Wiklund (2003) beskriver begreppet livsvärld som den verklighet människan lever i. Verkligheten som människan lever i är dock inte nödvändigtvis densamma som den fysiska verkligheten, upplevelsen av livsvärlden är subjektiv. Enligt Clyne (2015a) innebär en förlust av ett organ eller en organfunktion att patienterna är beroende av sjukvård i resten av deras liv. Många upplever att deras autonomi försvinner och att det blir ett intrång i den personliga integriteten. Eftersom njursvikt kommer smygandes blir det en process att hantera både fysiskt och psykiskt. Dahlberg och Segesten (2010) framhåller att en kompetent vårdare värderar förståelse för sina patienters värld, hur deras hälsa, lidande och vårdande påverkar deras livssammanhang. Clyne (2015a) menar att ett besked om njursvikt kan innebära en livskris. Det blir en kritisk situation för patienterna som numera behöver tänka på medicin, kost, motion, dialysbehandling och njurtransplantation. Bortsett från den medicinska aspekten innebär det också restriktioner i vardagen, exempelvis uppoffringar av ett fungerande arbetsliv och därmed trygg inkomst (Clyne, 2015a).

Sjuksköterskans funktion och ansvar

Svensk Sjuksköterskeförening (2017) beskriver att i kompetensbeskrivning för sjuksköterska syftar den till att underlätta och hjälpa sjuksköterskan i sitt arbete samt tydliggöra kraven på självständighet vid omvårdnad av patienter. Beskrivningen tar upp sex kärnkompetenser som är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling samt säker vård och informatik. Personcentrerad vård innebär att sjuksköterskan ska ta hänsyn till patientens värdighet och integritet. Hewitt-Taylor (2018) belyser även begreppet personcentrerad vård. Personcentrerad vård handlar om att förhålla sig till patienternas livsvärld och göra tolkningar utifrån patienters perspektiv. Vårdaren skapar en större förståelse för hur

patienters synsätt påverkar dennes val och livsvärld. Förutsättningar för personcentrerad vård är att sjuksköterskan ska vara skicklig och kompetent, samt skapa en relation som bygger på förtroende mellan sjuksköterska, patient och dess närstående. Samverkan i team handlar om att som sjuksköterska nyttja all kompetens som finns på en arbetsplats och dra lärdom från andra professioner för att uppnå en god och säker hälso- och sjukvård. Enligt Pagels, Wång och Wengström (2008) har sjuksköterskan ett ansvar att förmedla och erbjuda patienter kontakt med ett vårdteam eftersom det resulterar i bättre kvalité av vården. God kvalité på vården baseras på evidensbaserad vård och innebär att använda metoder som stöds av vetenskap och beprövad erfarenhet. Legitimerad sjuksköterska är skyldig att vara uppdaterad med den senaste forskningen inom yrket. Utifrån evidensbaserad vård ska sjuksköterskan aktivt utveckla omvårdnaden genom förbättringskunskap och kvalitetsutveckling. Det innebär att ha en förståelse för hur vårdorganisationer är uppbyggda och följa förändringar samt förstå betydelsen av att studera och utvärdera vårdens kvalité. Att vara uppdaterad i utvecklingen av vården leder till en säker vård. Sjuksköterskan ska arbeta patientsäkert genom att förebygga vårdskador. Det innebär att utforma riskbedömningar av patientrelaterade vårdskador gällande fallolyckor, trycksår, undernäring och infektioner. Sjuksköterskan är även skyldig att dokumentera information som stödjer patientens situation, behov och mål för att uppnå patientsäkerhet och kvalité på vården. Dokumentationen ska vara anpassad till patienten och närståendes kunskapsnivå så även dem ska förstå dokumentationen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

PROBLEMFORMULERING

Kronisk njursvikt är ett folkhälsoproblem som ständigt ökar världen över. Det innebär att fler människor kommer att behöva vård i framtiden. Sjukdomen är livshotande och leder därmed till ett lidande för patienter. De får göra livsstilsförändringar som senare kan resultera i en livskris och ett hämmat liv. Den kunskap som avses skapas med denna studie är att allmänsjuksköterskan ska få en ökad förståelse för patienters erfarenheter av vardagligt liv med kronisk njursvikt. Genom ökad förståelse för patienters vardag möjliggörs att bättre kunna möta dessa patienter och ge god omvårdnad.

SYFTE

Att beskriva patienters erfarenheter av dagligt liv med kronisk njursvikt.

METOD

För denna studie valdes en litteraturbaserad metod med grund i kvalitativ forskning. Dahlborg Lyckhage (2017) menar att syftet med litteraturbaserade studier är att studenten ska förkovra sig kunskap inom huvudområdet omvårdnad. Enligt Friberg (2017) är det främsta målet med kvalitativa studier att utöka förståelsen för individers erfarenheter inom det valda ämnet. Kvalitativa studier skapar kunskap om hur lidande påverkar patienters behov, erfarenheter och förväntningar samt hur de kan bemötas. Komprimering görs av tidigare forskning och slutligen bildas en ny helhet av större kunskapsvärde. Tanken är att den vetenskapliga kunskapen som uppnås ska vara möjlig att omsätta i praktiken och underlätta omvårdnadsarbetet (Friberg, 2017).

Urval

De inklusionskriterierna som valdes var vetenskapliga artiklar som var skrivna på engelska. Samtliga artiklar utgick från ett patientperspektiv och handlade om ämnesområdet kronisk njursvikt. Tidsintervallet på artiklarna var högst 10 år gamla (år 2008-2018) för att få fram det senaste inom forskning. Även geografisk begränsning gjordes till industriländer för att eftersträva liknande socioekonomisk status. Målgruppen var ålders-, kultur- och könsneutral och alla artiklar var etiskt granskade. Även avgränsningen Peer Reviewed har använts som enligt Henricson och Mårtensson (2017) säkerställer trovärdigheten. Det innebär att artikeln är granskad av minst två oberoende forskare inom det berörda området. De artiklar som exkluderades var skrivna utifrån ett anhörigperspektiv eller hade ett kvantitativt resultat.

Datainsamling

Den systematiska sökningen gjordes i databasen CINAHL och PubMed, som är inriktade på omvårdnad. Datainsamlingen resulterade i totalt 10 artiklar. Samtliga artiklar granskades enligt en mall av Statens beredning för medicinsk utvärdering, [SBU] (2014), för att säkerställa att artiklarna höll god kvalité. För att bedöma kvaliteten på artiklarna ställdes 21 frågor riktade till artiklarnas syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. Utfallet av samtliga artiklar visade ett snittvärde på medelhög studiekvalitet och de bedömdes därav användningsbara (Bilaga 2). Sökorden som användes utformades efter studiens syfte och var: Chronic kidney disease, chronic renal failure, management, patient, perspective och quality. Trunkering och Boolesk sökteknik användes. Enligt Östlundh (2017) innebär Boolesk sökteknik att det finns olika sökoperatorer, exempel på dessa är AND, OR och NOT. Syftet med trunkering är att få fram ordets alla böjningsformer och därmed utöka träffarna. Den sök-operatorn som användes var AND och kombinerades med trunkering (*). Sökhistoriken presenteras i bilaga 1 och artikelöversikt i bilaga 3. Hjälpmedel som Google Translate och lexikon har använts för att översätta artiklarna till svenska. Detta gjordes för att få så korrekt översättning som möjligt och för att undvika tolkningsfel.

Analys

Datamaterialet analyserades utifrån en modell beskriven av Friberg (2017). Utifrån modellen ska en helhet bestående av valda artiklar analyseras till mindre delar för att därefter sammanföras till en ny helhet. Analysen inleddes med att datamaterialet lästes igenom upprepade gånger för att få ökad förståelse för helheten. Därefter fördes en diskussion. Därefter identifierades nyckelfynd i varje studies resultat. Dessa färgmarkerades för att lättare kunna göra en sammanställning av varje studies resultat. Likheter och skillnader mellan de olika studiernas resultat identifierades och fördes samman till nya övergripande teman och underteman. Här skedde en pendling mellan datamaterialet och abstraktioner av framväxande teman. Tre huvudteman och sex underteman växte fram.

Etiska överväganden

Inget av det använda materialet i studien har på något sätt plagierats eller förvrängts. Samtliga artiklar har granskats av etisk nämnd där forskningsetiska principer har följts och baserats på fyra huvudkrav inom forskning: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Även metod, urval, resultat och diskussion har utgått från vetenskapsrådets riktlinjer (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna som har medverkat i studierna har lämnat sitt samtycke, de har fått information om att deltagandet är frivilligt och de kan avbryta när de önskar. Personuppgifterna har skyddats genom att integriteten ej kränkts eller felbehandlats. All information från deltagarna har endast nyttjats i forskningsändamål. Det finns en förförståelse om kronisk njursvikt eftersom en av författarna har arbetat på en njurmedicinsk avdelning. Det skulle kunna ha påverkat resultaten eftersom det finns en förkunskap utifrån patienternas upplevelser. Men för att säkerställa att förförståelsen inte har haft någon inverkan på resultaten har en oberoende part granskat arbetet.

RESULTAT

Ur analysen framkom tre huvudteman och sex underteman vilka presenteras nedan i tabell 1.

Tabell 1. Presentation av teman och underteman

Huvudtema	Undertema
Identifiera sig med sjukdomen	• Allt fokus på sjukdomen • Mår psykiskt dåligt
Support från omgivningen	• Kontinuerlig vårdkontakt • Hjälp från närstående och likasinnade
Förändrad självbild	• Kroppen förändras • Anpassa kosten

Identifiera sig med sjukdomen

Patienter upplever att sjukdomen tar allt fokus och det leder till en form av livskris som gör att de mår psykiskt dåligt. De behöver hitta sig själva på nytt och identifiera sig med sjukdomen.

Allt fokus på sjukdomen

När patienter får sin diagnos känner många att de tappar bort sig själva (Heather, Macgregor & Fry, 2014; Molzahn, Bruce & Sheilds, 2008). De kan numera aldrig leva ett normalt liv och kommer ständigt förknippas med sin sjukdom och allt tillhörande den. Känslan av att behöva leva med sjukdomen gör att patienter upplever en livskris. Krisen identifieras av en känsla att de existerar utan att existera. Det är som att livet går per automatik. Patienterna upplever att de endast gör det nödvändigaste för att överleva eftersom sjukdomen tar mycket kraft och livsglädjen inte riktigt finns där. Begränsningar som medföljer är bland annat att det blir mer omständigt att resa, svårigheter i arbete, kostrestriktioner, trötthet och ekonomiska bekymmer vilket resulterar i att patienterna måste genomgå livsstilsförändringar. Den största förändringen som patienterna upplever är när de inser hur skör linjen är mellan liv och död. De är bundna till att befinna sig i närheten av en dialysmottagning, vilket påverkar deras frihet. Dialysbehandling tillhör vardagen och patienterna beskriver att det är som att gå till jobbet (Heather et al., 2014; Molzahn,et al., 2008). Enligt Heather et al. (2014) försöker nydiagnostiserade patienter i början ha ett fungerande och normalt arbetsliv. De upplever att arbetsgivare är stöttande och flexibla som ständigt försöker hitta lösningar. Däremot påverkas arbetsprestationen i samband med att njursvikten blir

försämrad. Det blir svårare att möta kraven och belastningen som arbetet kräver. Det leder till minskad arbetstid, inre stress och ångest att inte kunna utföra arbetet i den utsträckning patienterna egentligen vill. Majoriteten av patienterna beskriver hur de inte längre kan ha ett normalt arbets- eller familjeliv. Hur de ständigt behöver ha sin sjukdom som främsta fokus. Det finns däremot patienter som ser dialysbehandlingen som en mellanfas tills de får en ny njure. Väntan på en ny njure kan dock ta flera år. Det innebär att arbetslivet och det sociala livet pausas under flera år innan en ny njure finns att tillgå. Patienterna beskriver när livet blir ovisst skapas ångest, depression och inre stress hos dem, det tar mycket kraft att inte veta hur länge de behöver vänta på njurtransplantation (Heather et al., 2014).

Mår psykiskt dåligt

Livet med kronisk sjukdom innebär att varje individ behöver prioritera om sin vardag (Zala, Rütti, Arampatzis & Spichiger, 2017; Molzahn, Bruce & Sheilds, 2008). Patienterna beskriver att deras tankar präglas ständigt av ångest och oro och de känner sig begränsade. Dessa typer av känslor bidrar till att depressiva symtom är vanligt förekommande hos patienter med kronisk njursvikt. Sjukdomen bidrar till orkeslöshet, de vanligaste symtomen är trötthet och sämre sömnkvalitet. Den lägre energinivån skapar en negativ spiral. Patienterna förklarar hur vardagliga aktiviteter är tyngre att utföra än innan sjukdomen. På grund av att de inte kan utföra vardagliga aktiviteter längre uppstår skamkänslor. En del patienter isolerar sig och utvecklar därmed social fobi, vilket är negativt för välbefinnandet. Intresset för olika aktiviteter minskar och det som tidigare har varit en självklarhet att utföra är inte längre det (Zala et al., 2017; Molzahn,et al., 2008). Molzahn et al. (2008) beskriver hur patienter upplever att sexlusten och intimiteten avtar i samband med sjukdomen och hur det påverkar deras relation till sin partner. Det uppstår ofta emotionell stress över hur sjukdomen begränsar och präglar patienternas liv. De som bor ihop med sin familj rapporterar högre nivå av ångest än de som lever ensamma. De känner skuldkänslor och hjälplöshet gentemot sina anhöriga, att de inte har lika mycket energi som innan att utföra hushållsarbete i hemmet och andra vardagliga sysslor. Enligt Zala et al. (2017) leder känslor av skuld och hjälplöshet till att patienterna uttrycker upplevelser av depression och ökad ångest eller oro över sin livssituation, vilket kan uttryckas i form av försämrad livskvalité. I takt med att sjukdomen progredierar ökar oron över att vara i behov av transplantation i framtiden (Zala et al., 2017).

Support från omgivningen

Patienter upplever att hjälp från närstående och likasinnade samt kontinuerlig vårdkontakt är essentiellt för att kunna hantera sin sjukdom.

Kontinuerlig vårdkontakt

Hög andel njursjuka patienter behöver professionellt samtalsstöd för att lära sig hantera exempelvis depressiva symtom i samband med försämring av sjukdomen (Dwarswaard, Bakker, Staa & Boeije, 2016; Bartlett-Ellis 2016). Patienterna erfar att medicineringen redan är alldeles för hög och anser att samtalsstöd är mer givande. Genom samtalsstöd upplever patienterna att de kan samtala om sina känslor och få

vägledning att bearbeta dessa. Det visar sig vara värdefullt att det finns någon som aktivt lyssnar och accepterar dem. Någon som vägleder och uppmuntrar till förändringar som behöver göras i det dagliga livet. Enligt Taylor, Gutteridge och Willis (2016) beskriver att patienter upplever att dessa samtal har höjt deras självförtroende och handlingskraft. Att få samtalsstöd i olika former bidrar till färre intag av läkemedel, mer social kontakt och bearbetning av tankar och känslor. Patienterna beskriver att de upplever sig mindre ängsliga vilket inger ett hopp om livet. En annan viktig beståndsdel i god och säker omvårdnad visar sig vara känslan av trygghet. Patienterna beskriver vikten av att känna tillit gentemot sina vårdare. Regelbunden läkemedelsuppföljning tillsammans med sjuksköterska och läkare är också något som patienterna värdesätter högt (Taylor et at., 2016). Bartlett-Ellis (2016) beskriver njursjuka patienter att de upplever sin medicinering vara komplex. Vid sidan av sin kroniska njursvikt har de ofta även andra sjukdomar vilket innebär att det är många läkemedel att hålla reda på. Patienterna upplever att det förekommer svårigheter att veta vilka mediciner som avses för vad, vilken tid de ska tas och hur de interagerar med varandra. Därför att det är meningsfullt att ha kontinuerlig kontakt med vården där de kan få stöd och rådgivning gällande den komplexa medicineringen (Bartlett-Ellis, 2016).

Hjälp från närstående och likasinnade

Stöd från omgivningen upplevs vara nödvändigt för patienterna för att få en fungerande vardag (Walker, James & Burns, 2011; Heather et al., 2014). Patienterna är i behov av avlastning från vardagliga aktiviteter som exempelvis hushållsuppgifter och barnpassning. Det blir till slut anhöriga som får ökad belastning, vilket ställer högre krav på relationen. Många patienter anser därför att det är svårare att ha långvariga relationer och även att bli gravid under dialysbehandling. För att kunna bli gravid måste medicinering justeras under graviditeten och det kan resultera i försämring av sjukdomen (Walker et al., 2011; Heather et al., 2014). Molzahn et al. (2008) menar att alla typer av relationer blir på något vis påverkade av patientens sjukdom, vare sig de själva vill det eller inte. Att ständigt vara beroende av människor kan vara frustrerande då patienterna beskriver att de egentligen vill klara sig själva. Det kan vara betungande många gånger och skapa skuldkänslor som att vara en börda för anhöriga. Patienterna upplever att det tar lång tid att få sjukdomsinsikt. Många lever i förnekelse i början av sjukdomen och har svårigheter att inse vilka begränsningar och förändringar som behöver göras. De beskriver att de är i stort behov av att känna stöd från anhöriga och under denna period påverkas relationen eftersom mycket kretsar kring patienten (Molzahn et al., 2008). Sadala, Souza Bruzos, Pereira samt Bucuvic (2012) menar att sjukdomen upptar en stor del av patientens tankar, allt från dialysbehandling till livsstilsförändringar. Att genomgå dialysbehandling flera gånger i veckan kan vara påfrestande på många sätt. Patienterna gör det nödvändigaste för att överleva och finnas till för sin familj trots att det inte alla gånger känns som ett värdigt liv. Enligt Montoya Sole och Norris (2016) samt Sadala et al., (2012) beskriver patienterna hur betydelsefullt det är att träffa likasinnade som även dem har fistlar, katetrar eller operationsärr. Vid möten med likasinnade avtar negativa tankemönster och de får tillfälle att dela med sig av sina erfarenheter och dra lärdom av varandra. Känslan av att ingå i en gemenskap är ovärderlig, det resulterar i att de inte känner sig ensamma utan att det finns andra som både förstår och går igenom samma process.

Förändrad självbild

Patienter beskriver att kroppen förändras vilket leder till att även självförtroendet och självbilden påverkas negativt. Kosten behöver även anpassas vilket kan vara komplext.

Kroppen förändras

Heather et al. (2014) menar att följderna av kronisk njursvikt leder bland annat till fysiska förändringar som påverkar självförtroendet. De fysiska förändringarna påverkar inte bara hur patienten ser på sin egen kropp utan också hur andra ser på den. Exempel på fysiska förändringar är ärrbildningar efter fistelingrepp. Många patienter berättar att de oftast har långärmade tröjor på sig för att dölja AV-fisteln oavsett om det är kallt eller varmt väder. De beskriver att det ser otäckt ut och vill inte utsätta andra för den synen, vilket påverkar självförtroendet och självkänslan negativt eftersom de ständigt behöver dölja delar av sin kropp. Många upplever även att den höga medicineringen ger biverkningar som viktökning, viktminskning, ökad hårtillväxt eller håravfall vilket också ger ett förändrat utseende. Förändringar som är synliga för andra skapar oro för att inte bli accepterad för den de är. Taylor, Gutteridge och Willis (2016) beskriver hur patienter upplever att sjukdomen påverkar deras samliv. Medicineringen bidrar bland annat till uttorkade slemhinnor vilket skapar en nedsatt sexlust. Ytterligare komplikationer av medicineringen är sveda och smärta i samband med sex vilket leder till att den sexuella relationen blir berörd. Patienterna beskriver att det är påfrestande att kroppen förändras till följd av sjukdomen. För patienterna innebär dessa förändringar både ett kroppsligt och själsligt lidande (Taylor et al., 2016).

Anpassa kosten

En av de svåra utmaningarna för många patienter att ändra om sin kost efter en sådan här diagnos (Molzahn et al., 2008; Morris, Love, Van Aar, Liles & Roskell, 2018). Patienter beskriver känslor av frustration när det kommer till kosten. De upplever att kosten är komplex och svårhanterlig med strikta vätskerestriktioner. De uppger även att det finns stora skillnader på kostrekommendationer, beroende på vilken behandling patienterna genomgår anpassas kosten därefter vilket leder till förvirring. Patienterna beskriver att intag av kalium och protein är styrt till om de genomgår dialys eller inte, det kan därför vara svårt att lära sig (Molzahn et al., 2008; Morris et al., 2008) Undernäring bland patienter med kronisk njursvikt är hög (Molzahn et al., 2008). Patienter som genomgår hemodialys uppger nedsatt aptit. Patienterna påstår att de även har gastrointestinala besvär som illamående och kräkningar vilket gör att de har svårigheter att både äta och behålla maten. Till sist leder det till viktnedgång och undernäring vilket gör att kroppen tar ännu mer skada. Kronisk njursvikt är en progressiv sjukdom och det innebär att det ständigt sker förändringar i ämnesomsättningen. Merparten av patienterna upplever dock att de kostrestriktioner som njursvikten kräver är svårhanterliga och komplexa, vilket innefattar strikta vätske-natrium och fosfatbegränsningar. Den strikta kosten gör att hela processen kring mat blir mer omfattande. Allt från matinköp till matlagningen är mer tidskrävande. Maten behöver kontrolleras så den överensstämmer med vad patienterna får lov att äta. Patienter upplever att de inte längre har lika mycket middagsbjudningar som tidigare,

eftersom de är oroliga att vänner inte kommer att uppskatta deras typ av kost (Molzahn et al., 2008).

Resultatsammanfattning

När patienten får diagnosen kronisk njursvikt drabbas denne av en kris. Allt fokus hamnar på sjukdomen och hur att hantera förändringar inom arbete och vardagsliv. Patienterna behöver utforma livet efter sin sjukdom. Patienterna uppger att de känner trötthet, oro och ångest leder till en psykisk ohälsa som patienter upplever betungande. Patienterna som upplever en psykisk ohälsa uppger att de är i behov av support från sin omgivning. De upplever det tryggt att ha en kontinuerlig vårdkontakt för att få svar på sina frågor och funderingar. Många anser även att hjälp från närstående och likasinnade bidrar till positivitet vilket underlättar hanteringen av sin sjukdom. Patienterna kan heller inte undgå att förändringar sker rent fysiskt, exempelvis ärrbildning efter fistelingrepp. Patienterna uttrycker att förändringarna är svåra att hantera och påverkar deras självförtroende och självkänsla. Dessutom visar det sig att kost- och vätskerestriktioner förvirrar patienterna och kan leda till ohälsa.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenhet av dagligt liv med kronisk njursvikt. Från början var tanken att utgå ifrån en sammanställning av självskrivna bloggar om erfarenheter av njursvikt. Det resulterade dock i begränsat material vilket gjorde att metoden ändrades. Valet kring att byta metod skedde dock tidigt, det påverkade därför varken tidsramen eller utfallet av arbetet. En annan metod som diskuterades för att uppnå ett mer validerat resultat var en empirisk studie baserad på intervjuer. Däremot fanns inte tillräckligt utrymme att utföra detta då tidsintervallet för arbetet var begränsat. Metoden som därför slutligen valdes var en litteraturbaserad metod med grund i kvalitativ forskning. Enligt Friberg (2017) är syftet med en kvalitativ forskning att utöka förståelsen för det valda ämnet och komprimera tidigare studier till en ny helhet. Denna metod ansågs lämpligast eftersom patienternas erfarenheter därmed framgår tydligt.

De databaser som användes vid datainsamlingen var CINAHL och PubMed på grund av att de främst är inriktade på forskning inom omvårdnad. Artiklarna valdes dock endast från CINAHL på grund av att sökträffarna visade sig vara i större omfång. För att hitta de mest relevanta artiklarna användes sökord som var anpassade utifrån ett patientperspektiv. Det hade förmodligen gått att använda andra sökord för att få fram liknande artiklar och resultat, men de som valdes ansågs tillräckligt specifika för att täcka studiens syfte och avgränsa träffarna. Det verkade vara en god strategi då det utmynnade i 10 artiklar som studiens resultat baseras på. Artiklarna valdes ut oberoende av kriterier som genus, kultur, och ålder eftersom det var svårt att finna tillräckligt med artiklar utifrån enskilda kriterier. Ytterligare sökkriterier som nyttjades var Peer Reviewed. Enligt Henricson och Mårtensson (2017) innebär Peer Reviewed att artikeln är granskad av minst två oberoende forskare inom området och är därmed trovärdig. Alla artiklarna var också skrivna av minst två författare vilket ~~styrker~~ stärker trovärdigheten eftersom flera författare har kommit fram till samma resultat. Mårtensson och Fridlund (2017) menar att en studies trovärdighet innebär att datainsamling och dataanalysen är giltig och rimlig. Samtliga artiklar var giltiga genom att de hade ett tidsintervall mellan år 2008-2018. De fick max vara tio år gamla för att få fram den senaste forskningen, detta för att resultaten skulle vara relevant. Njursvikt är ett område där det bedrivs mycket forskning och utvecklingen går framåt vilket framgår eftersom en del av de funna artiklarna är från år 2018. Det är en styrka i arbetet då studiens resultat bygger på det senaste inom vetenskaplig evidens. Studien har geografiskt avgränsats till industriländer som USA, Tyskland, Sverige, Australien, Schweiz och Storbritannien. Den geografiska avgränsningen var lämplig eftersom syftet var att belysa erfarenheter av patienter i liknande socioekonomisk status. I övrigt ansågs det mest intressant att studera länder som liknar Sverige, med goda socioekonomiska förhållanden och där vården anses hålla god kvalité. Utfallet av denna studie hade med största sannolikhet varit annorlunda om artiklar från utvecklingsländer hade granskats med lägre socioekonomiska förhållanden och där vården inte är lika tillgänglig. Vad gäller analysen kring de utvalda artiklarna har färgmarkering av de nyckelfynden varit viktig för att kunna bearbeta det till ny helhet på att enkelt och strukturerat sätt. Arbetsfördelningen har varit jämn fördelad och författarna har kunnat arbeta både ihop och på egen hand.

Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) bedöms artiklarnas kvalité utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. För att stärka trovärdigheten av artiklarna granskades samtliga utifrån en mall av Statens beredning för medicinsk utvärdering (2014) (Bilaga 2). Till analysen av artiklarna har hjälpmedel som lexikon och Google Translate använts i syfte att förstå de engelska artiklarna bättre och för att undvika missförstånd och feltolkning. Pålitlighet innebär enligt Mårtensson och Fridlund (2017) att författarna har redogjort sin förförståelse och hur tidigare kunskap kan påverka datainsamling och dataanalys. Studien påvisar pålitlighet då det redovisas att ena författaren hade en förförståelse om patienter med kronisk njursvikt. För att säkerställa att resultaten inte skulle riskeras färgas av förförståelsen fick en oberoende part med liknande akademisk bakgrund granska resultaten. Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver att utomstående kan granska analys, resultatbeskrivning och utskrifter för att uppnå bekräftelsebarhet och därmed stärka studiens resultat. En oberoende part tillfrågades att granska resultaten. Inför granskningen meddelades den oberoende parten om författarens förförståelse. Bekräftelsebarheten stärktes då det visade sig att resultaten inte var färgat av författarens förförståelse. Slutligen bedöms resultaten av studien om den kan nyttjas i andra sammanhang, situationer eller grupper, vilket kallas överförbarhet. Det krävs att metoden är tydligt beskriven för att kunna bedöma metodens överförbarhet. Vad gäller överförbarheten kring studiens resultat är det upp till läsaren att avgöra det.

Resultatdiskussion

Av resultaten framkommer att patienterna mår psykiskt dåligt i samband med kronisk njursvikt. Några av de vanligaste symtomen är trötthet och nedsatt sömnkvalitet som kan leda till ångest och depression. Joshwa och Campbell (2017) konstaterar att depressiva symtom slutligen påverkar livsglädjen och livskvalitén hos patienterna. Att uppleva symtom som trötthet betyder att patienterna är i stadium fyra av sin sjukdom. Njursvikt har i detta stadium förvärrats tillräckligt. Patienterna känner av de flesta symtom och det innebär ett lidande för dem (Njurdagboken, 2014). Eriksson (2015a) beskriver begreppet sjukdomslidande där sjukdomen begränsar individens liv. Sjukdomen gör att individen inte kan leva som tidigare eftersom förutsättningarna har förändrats för att kunna fortsätta leva det liv den egentligen vill. Patienternas vardagsliv blir påverkat av deras orkeslöshet och det leder till att de inte klarar av aktiviteter som de tidigare kunnat. En del patienter utvecklar även en social fobi till följd av de psykiska symtomen. Ett isolerat liv utan social kontakt påverkar välbefinnandet och livskvalitén negativt vilket leder till en ond spiral. Livet blir en ständig kamp mot vad patienterna vill göra och vad deras sjukdom tillåter dem att göra vilket även resulterar i ett livslidande. Eriksson (2015b) menar att det ständigt pågår olika hälsoprocesser som friskhet, välbefinnande och sundhetsprocesser hos varje individ. Med hjälp av andra kan individen uppnå välbefinnande, tillfredsställelse och tillit (Eriksson, 2015b). Patienterna beskriver vikten av att få hjälp från närstående och likasinnade. De menar att det är viktigt att ingå i en gemenskap där de kan få utbyta tankar och erfarenheter med likasinnade. Patienterna uttrycker att ingå i en gemenskap förhindrar utanförskap och den sociala isoleringen som sjukdomen kan medföra, samt förhindrar depressiva symtom. Även Havas, Bonner och Douglas (2015) samt Roger och Hatala (2017) betonar gemenskapens betydelse. Patienterna uttrycker behov av att få vara i ett sammanhang och träffa människor som är i samma situation. De upplever även att

familj och vänner är viktiga i form av socialt stöd. Känslan av att hantera sjukdomen tillsammans leder till att sjukdomsbördan inte blir lika tung och motivationen att följa behandling stärks. För en del patienter kan det exempelvis vara betydelsefullt att ansluta sig till ett religiöst samfund (Roger & Hatala, 2017) Att medverka på gudstjänst tillsammans med andra människor skapar ett inre lugn och patienterna uttrycker att deras psykiska symtom som ångest och oro minskar. Patienterna beskriver att gemenskap och deras starka tro och relation till gud skapar hopp och mening med livet. Patienterna anser att deras tro och känslan av samhörighet har förbättrat deras livskvalité och leder till reducerat livslidande. Enligt Dahlberg (2014) innebär hälsa att känna ett sammanhang och mening med livet. Motivationen till att kämpa emot ohälsa stärks när tillvaron känns meningsfull och kan delas med andra. Vårdandets och sjuksköterskans mål är att uppnå hälsa trots kronisk sjukdom.

Resultaten visar att patienter är i behov av kontinuerlig vårdkontakt. Kontakten med sjuksköterskan är relaterad till sjukdomen och hur de ska hantera den men också hur de bör förhålla sig till sina anhöriga. Patienterna upplever att sjukdomen kan påverka familjelivet eller en parrelationen på olika sätt. Även Rodrigues de Lima, Flores Cosentino, Marines dos Santos, Strapazzon och Cembranel Lorenzoni (2017) menar att de anhöriga snabbt blir involverade och anpassar sig efter sjukdomen. När patienterna inte är på sjukhus är det anhöriga som finns där och hjälper till. Det visar sig att patienterna uppskattar att sjuksköterskan ser hela omvårdnadsbehovet och på så sätt bidrar till minskat lidande och ett bättre välbefinnande. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2017) ingår personcentrerad vård i sjuksköterskans ansvarsområde, vilket innebär att förhålla sig till patienternas livsvärld och förstå deras synsätt. Personcentrerad vård kan inge en trygghet hos patienterna. Att det finns någon som anstränger sig för att försöka förstå deras upplevelser. Patienterna upplever att de ofta blir påminda om sin sjukdom och ständigt lever utifrån den, därför kan det vara skönt med någon som ser hela människan bakom. Eriksson (2015a) beskriver utebliven vård som en kategori inom vårdlidande. En patient som upplever att den inte blir sedd för alla sina bekymmer utvecklar ett vårdlidande. Genom att arbeta utifrån en personcentrerad vård som sjuksköterska minskar risken för ett vårdlidande. Ross, Tod, och Clarke (2014) belyser vikten av personcentrerad vård i arbetet. En god relation mellan patient och sjuksköterska är nyckeln till en personcentrerad vård. För att uppnå en god relation är det av värde som sjuksköterska att lära känna patienten. Genom att bilda en förståelse hur patienten fungerar och vilka behov som bör tillgodoses. Det är inte endast patienten som sjuksköterskan bör uppmärksamma utan även anhöriga. Att uppnå en god kommunikation med patienten och anhöriga är också av betydelse. Genom att lyssna, vara vänlig och tillmötesgående samt ge information skapas rätta förutsättningar för att patienten ska känna tillit och förtroende för sjuksköterskan. Som sjuksköterska är det av betydelse att ha en empatisk förmåga för att skapa en god relation (Ross, Tod & Clarke, 2014).

Resultaten visar att patienter får en förändrad självbild, detta framförallt i form av viktnedgång och undernäring. Enligt kompetensbeskrivningen från Svensk sjuksköterskeförening (2017) ska sjuksköterskan förebygga patientrelaterade vårdskador och utforma riskbedömningar gällande bland annat undernäring. Sjuksköterskan är skyldig att dokumentera för att uppnå patientsäkerhet och kvalité på vården. Dokumentationen ska baseras på information om patientens situation, behov och mål (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Njurdagboken (2017) beskriver att när kroppens ämnesomsättning är nedsatt är det viktigt att följa kostrestriktioner som

kommer att hålla kroppen i balans och rensa bort slaggprodukter. Det visar sig att om kroppen är i balans minskar även symtomen av njursvikt som exempelvis klåda och trötthet. Resultaten tydliggör även att patienterna behöver anpassa kosten som kan vara svårhanterlig och komplex. Havas, Bonner och Douglas (2015) menar att patienter med kronisk njursvikt uttrycker att kostråden är avancerade och svåra att tyda. Patienterna eftersöker gärna råd om vilken typ av kost som skall undvikas och vad som rekommenderas. Patienterna uttrycker att sjuksköterskan har en viktig funktion i deras vardag. Att de har en stödjande roll genom att vägleda och undervisa om exempelvis kost och hur patienterna kan förhålla sig till sjukdomen. Enligt kompetensbeskrivningen från Svensk Sjuksköterskeförening (2017) ska sjuksköterskor nyttja all kompetens som finns på en arbetsplats och konsultera med andra professioner för att uppnå en god och säker vård. Notaras och Conti (2018) beskriver att patienter med kronisk njursvikt bör erbjudas kontakt med dietist. Dietisters kunskap, stöd och uppmuntran är betydelsefull för att främja kostförändringar hos patienter. Genom kunskap och vägledning är deras kompetens av värde för att förbättra patienternas självförtroende att lita på sig själva att uppnå en förändring (Notaras & Conti, 2018).

Konklusion

Denna studie har bidragit med kunskaper om patienters erfarenheter av dagligt liv med kronisk njursvikt. Att drabbas av kronisk njursvikt innebär en form av livskris. Det är en omfattande sjukdom som påverkar livsvärlden och leder till ett lidande för patienterna. Patienterna erfar att deras livsvärld blir begränsad. De hamnar i beroendeställning för att överleva, följer de inte råd och behandling kan sjukdomen försämras hastigt. Framtiden för patienterna innefattar kontinuerliga sjukhusvistelser och strikta kostförändringar. Att leva i ovisshet är för många patienter relaterat till psykisk ohälsa. Sjukdomen innebär även kroppsliga förändringar som påverkar självbilden negativt. Sjukdomen tar kontroll över hela livsvärlden, både arbets- och sociala livet blir berört. Sjuksköterskan har därför en viktig funktion att finnas till som stöd och vägleda patienterna till att uppnå ett välbefinnande trots ohälsa. Sjuksköterskan ska även förebygga patientrelaterade vårdskador i form av att upprätta riskbedömningar relaterade till undernäring samt konsultera med andra professioner som exempelvis dietister.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultaten kan användas för att öka förståelsen kring att njursvikt är ett ökande problem som sjuksköterskan kommer att möta i framtiden. Resultaten kan implementeras på olika vårdinstanser i syfte att utöka förståelse hos vårdpersonal hur det är att leva med kronisk njursvikt. Det är därför viktigt att veta hur denna patientgrupp bemöts på bästa sätt för att uppnå god omvårdnad. Förslag till fortsatt forskning skulle exempelvis kunna vara att studera patienters erfarenheter i väntan på transplantation.

REFERENSER

Artiklar som redovisas i resultatet är markerade med *

*Bartlett-Ellis, R-J. (2016). Medication-taking Behaviors of People Managing Multiple Chronic Conditions and Kidney Disease: A Meta-Ethnographic Qualitative Synthesis. *Nephrology Nursing Journal, 43*(2), 163-163.

Clyne, N. (2015a). Att bli njursjuk och sköta sin behandling I N. Clyne & B. Rippe. (Red.) *Njursjukdom- teori och klinik*. (uppl. 1:1, s. 379-381). Lund: Studentlitteratur AB.

Clyne, N. (2015b). Fysisk träning I N. Clyne & B. Rippe. (Red.) *Njursjukdom- teori och klinik*. (uppl. 1:1, s. 396). Lund: Studentlitteratur AB.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlborg Lyckhage. (2017). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling I Friberg, F. (Red). *Dags för uppsats.* (uppl. 3:1, s 25). Lund: Studentlitteratur AB.

*Dwarswaard, J., Bakker, E. J.M., Staa, A.L. & Boeije, H.R. (2016). Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations, 19*(2), 194-208. doi: 10.1111/hex.12346

Eriksson, K. (1989) *Hälsans idé.* Göteborg: Graphic Systems AB.

Eriksson, K. (2015a). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (2015b). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Eskrigde, M. S. (2010). Hypertension and chronic kidney disease: the role of lifestyle modification and medication management. *Nephrology Nursing Journal, 37*(1), 55-99.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (3:e uppl., s.129–139). Lund: Studentlitteratur.

Grubb, A. & Steiner, G. (2015). Att bestämma och estimera glomerulär filtrationshastighet I N. Clyne. (Red.) *Njursjukdom- teori och klinik.* (uppl. 1:1, s. 203-206). Lund: Studentlitteratur AB.

Gloe, D., Kenneally, M., Faye D. & Reynaldo, F. (2016). Medication Therapy Adjustments in Patients with Chronic Renal Failure. *Medsurg Nursing, 25*(5), 325-328.

Havas, K. Bonner, A. & Douglas, C. (2015). Selfmanagement support for people with chronic kidney disease: Patient perspectives. *Journal of Renal Care, 42*(1), 7-14. doi:10.1111/jorc.12140

*Heather. L., Macgregor. C. & Fry. M. (2014). The experience of living with chronic illness for the haemodialysis patient: An interpretative phenomenological analysis. *Health Sociology Review, 23*(3), 232–241.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik.* Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. & Mårtensson, J. (2017). Publicering av examensarbete. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 495–506). Lund: Studentlitteratur.

Hewitt-Taylor, J. (2018). *Personcentrerad vård i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Jonasson, K. & Gustafsson, L-K. (2017). You live as much as you have time to: The experience of patients living with hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal, 44*(1), 35-41.

Joshwa, B. & Campbell, M.L. (2017). Fatigue in Patients with Chronic Kidney Disease: *Evidence and Measures. Nephrology Nursing Journal, 44*(4), 337-344.

Karolinska Institutet. (2016). Kroniska njursjukdomar ökar stort i världen. Hämtad från Karolinska Institutets webbplats: https://ki.se/forskning/kroniska-njursjukdomar-okar-stort-i-varlden

Lindberg, M., Bäckström-Andersson, H., Lindström, R. och Lindberg, M. (2013). Dry weight from the haemodialysis patient perspective. *Renal Society of Australasia Journal, 9*(2), 68-73.

Läkemedelsverket (2017). Njursjukdomar. Hämtad från Läkemedelsbokens webbplats: https://lakemedelsboken.se/kapitel/nefrologi-urologi/njursjukdomar.html

*Molzahn, A., Bruce, E. & Sheilds, L. (2008). Learning from Stories of People With Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal, 35*(1), 13-21.

*Montoya, V., Sole, M. L. & Norris, A. E. (2016). Improving the Care of Patients with Chronic Kidney Disease UsingGroup Visits: A Pilot Study to Reflect an Emphasis on the Patients Rather Than the Disease. *Nephrology Nursing Journal, 43(3),* 207-223.

*Morris, A., Love, H., Van Aar, Z., Liles, C. & Roskell, C. (2018). Integrating renal nutrition guidelines into daily familylife: a qualitative exploration. *Journal of Human Nutrition & Dietetics. 31*(1), 3-11.

Mårtensson, J. och Fridlund, B. (2017) Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet I M. Henricson. (Red). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad.* (Uppl. 2:1., s. 425-435). Lund: Studentlitteratur AB.

Njurdagboken. (2014). Njursviktens fem stadier. Hämtad från Njurdagbokens webbplats: http://www.njurdagboken.se/njurarnas-funktioner-sjukdomar/njursviktens-fem-stadier/

Njurdagboken. (2017). Kost. Hämtad från Njurdagbokens webbplats: http://www.njurdagboken.se/kost/

Njurförbundet. (2018). 240 000 kvinnor kan ha oupptäckt njursvikt. Hämtad från Njurförbundets webbplats: http://njurforbundet.se/240-000-kvinnor-kan-ha-oupptackt-njursvikt/

Njurförbundet. (2018). Dialys – en behandling med valmöjligheter. Hämtad från Njurförbundets webbplats: http://njurforbundet.se/sjukdom-behandling/dialys-en-behandling-med-valmojligheter/

Notaras. S & Conti. J. (2018). A qualitative analysis of eating behaviour change for patients with diabetes and non-dialysis dependent chronic kidney disease stages 4–5. *Journal of Renal Care, 44*(4), 219-228.

Pagels, A., Wång. M. & Wengström. Y. (2008). The Impact of a Nurse-Led Clinic on Self-Care Ability, Disease-Specific Knowledge, and Home Dialysis Modality. *Nephrology Nursing Journal, 35* (3), 242-248.

Rodrigues de Lima, L., Flores Cosentino, S., Marines dos Santos, A., Strapazzon, M. & Cembranel Lorenzoni, A.M. (2017). Family Perceptions of care with patients in renal dialysis. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 11*(7), 2704-2710.

Roger, K. & Hatala, A. (2017). Religion, spirituality & chronic illness: A scoping review and implications for health care practitioners. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 37*(1), 24-44. doi: 10.1080/15426432.2017.1386151

Ross, H., Tod, A-M. & Clarke. A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of clinical nursing, 24*(9/10), 1223-1233.

Sand, O., Sjaastad, Ö-V., Haug, E. & Bjålie, J-G. (2011). *Människokroppen Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Författarna och Liber AB.

*Sadala, M-L-A., Azevedo de Souza Bruzos, G., Pereira, E- R & Bucuvic. E-M. (2012). Patients' experiences of peritoneal dialysis at home: a phenomenological approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*(1), 68-75. doi: 10.1590/S0104-11692012000100010

Schick-Makaroff, K., Molzahn, E. A. & Kalfoss, M. (2018). Symptoms, Coping and Quality of Life of People with Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal, 45*(4), 339-355.

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

Seeberger, A. (2015). Det uremiska syndromet I N. Clyne. & B. Rippe. (Red.) *Njursjukdom- teori och klinik.* (Uppl. 1:1, s. 313). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 1995:831. Lag om transplantation m.m. Stockholm. Socialdepartementet. Hämtad 4 oktober 2018, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1995831-om-transplantation-mm_sfs-1995-831

SFS 1998:204. Personuppgiftslag. Stockholm: Justitiedepartementet L6. Hämtad 12 September 2018, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 12 September 2018, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Socialstyrelsen. 2018. Att arbeta evidensbaserat. Hämtat från Socialstyrelsens webbplats: https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. (2014). Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser. Hämtad från SBU:s webbplats: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad från Svensk Sjuksköterskeförenings webbplats: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

*Taylor, F., Gutteridge, R. & Willis, C. (2016). *Health Expectations, 19*(3), 617-630. doi: 10.1111/hex.12348

Tufveson, G. (2008). Njurtransplantation I M. Aurell. & O. Samuelsson. (Red). Njurmedicin. (Uppl. 3 s. 246-257). Stockholm: Liber AB.

Vetenskapsrådet, (2002). Forskningsetiska principer – inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 14 november 2018 från: https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Vidaeff, A.C., Yeomans E.R. & Ramin S.M. (2008). Pregnancy in women with renal disease. Part II: specific underlying renalconditions. *American Journal of Perinatology, 25*(7), 399-405.

Världshälsoorganisationen, WHO. (2008). Svensk bedömning av multilaterala organisationer. Hämtad från WHO:s webbplats: http://www.regeringen.se/contentassets/ca2ecf234d214181a4ef508945d5c562/varldshalsoorganisationen-who

*Walker, R., James, H. & Burns, A. (2011) A qualitative study exploring patients' perspective of adhering to recommended behaviour change in the predialysis stage of kidney disease. *Journal of Human Nutrition & Dietetics, 24*(4), 405-406. doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01177_41.x

Weiss, L. (2015). Hemodialys I Clyne, N. & Rippe, B. (Red.) *Njursjukdom- teori och klinik.* (Uppl. 1:1, s. 423). Lund: Studentlitteratur AB.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Zala, P., Rütti, G., Arampatzis, S. & Spichiger, E. (2017). Experiences of patients with chronic kidney disease and their family members in an advanced practice nurse-led counseling service. *Nephrology Nursing Journal, 44*(6), 521-530.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGA 1

Sökhistorik

Sökord/ Datum	Databaser	Antal titlar	Lästa titlar	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
19-09-18 Chronic renal failure AND experience	CINAHL	114	114	20	3
20-09-18 Chronic renal failure AND treatment	CINAHL	150	150	40	2
20-09-18 Chronic renal failure AND patients perspective	CINAHL	135	135	32	2
20-09-18 Chronic kidney disease and quality*	CINAHL	78	78	31	1
25-09-18 Chronic renal failure AND nutrition*	CINAHL	113	113	15	1
25-09-18 Chronic renal failure AND diet	CINAHL	59	59	6	1

BILAGA 2

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser reviderad [SBU] (2014).

Författare:_____
År: _____ Artikelnummer: _____

- Total bedömning av studiekvalitet:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:
• Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
• Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

2. Urval
a) Är urvalet relevant? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
c) Är kontexten tydligt beskriven? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
d) Finns relevant etiskt resonemang? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
e) Är relationen forskare/urval Ja Nej Oklart Ej tillämpl
tydligt beskriven?

3. Datainsamling
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
b) Är datainsamlingen relevant? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
c) Råder datamättnad? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
d) Har forskaren hanterat sin egen Ja Nej Oklart Ej tillämpl
förförståelse i relation till datainsamlingen?
4. Analys
a) Är analysen tydligt beskriven? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
b) Är analysförfarandet relevant i Ja Nej Oklart Ej tillämpl
relation till datainsamlingsmetoden?
c) Råder analysmättnad? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
d) Har forskaren hanterat sin egen Ja Nej Oklart Ej tillämpl
förförståelse i relation till analysen?
5. Resultat
a) Är resultatet logiskt? Ja Nej Oklart Ej tillämpl
b) Är resultatet begripligt? Ja Nej Oklart Ej tillämpl

c) Är resultatet tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
e) Genereras hypotes/teori/modell?	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl

Bilaga 3

Artikelöversikt

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Förs forsknings-etiska resonemang?
Bartlett Ellis, R-J. (2016). Medication-taking Behaviors of People Managing Multiple Chronic Conditions and Kidney Disease: A Meta-Ethnographic Qualitative Synthesis. *Nephrology Nursing Journal,*	Syftet var att beskriva patienter med kronisk njursvikt erfarenheter och upplevelser av hantering av läkemedel. Patientperspektiv.	Litteraturöversikt med kvalitativ metod baserad på en tematisk analys.	Medicineringen är komplex och svårhanterlig på grund av att majoriteten av patienterna har flera kroniska sjukdomar och därmed hög medicinering.	Tidskriften för etiska resonemang.
Dwarswaard, J., Bakker, E. J.M., Staa, A.L. & Boeije, H.R. 2016 Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations*	Att identifiera patienternas behov kring stöd i sin egenvård och vem som isåfall kan ge detta stöd bäst. Patientperspektiv.	Litteraturöversikt med en kvalitativ metod baserad på en tematisk analys.	Resultaten visar att patienterna är i behov av instrumentellt, psykosocialt och relationellt stöd.	Tidsskriften för etiska resonemang.
Heather. L., Macgregor. C. & Fry. M. 2014 The experience of living with chronic illness for the haemodialysis patient: An interpretative phenomenological analysis. *Health Sociology Review*	Att leva med kronisk sjukdom för hemodialyspatienter. För att förstå deras erfarenheter har individuella intervjuer skett. Patientperpektiv	Kvalitativ metod med en fenomenologisk analys av intervjuer	Baserat på vad deltagarna upplevde identifierades tre kärnämnen: (1) utmaningarna att leva med kroniskt njursvikt; (2) kroppsförändringar och utföringsform; (3) deras sjukdom erfarenhet och sociala relationer.	Etiskt godkännande erhölls från University of Technology Sydney Human Forskningsetiska kommittén.
Molzahn, A., Bruce, E. & Sheilds, L. 2008 Learning from Stories of People With Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal*	Att undersöka hur personer med kronisk njursjukdom beskriver sina erfarenheter i relation till sin sjukdom och dess behandling. Patientperspektiv.	Kvalitativ metod med en narrativ analys.	De beskrev ett antal begränsningar i livet, bland annat levande / icke levande, oberoende / beroende, begränsningar / frihet, normal / inte normal, sämre av / bättre och ensam / ansluten.	Något godkännande av en institutionell granskningsnämnd var inte nödvändigt eftersom det här var en sekundär analys av ett redan publicerat arbete.

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Förs forsknings-etiska resonemang?
Montoya, V., Sole, M. L. & Norris, A. E. 2016 Improving the Care of Patients with Chronic Kidney Disease UsingGroup Visits: A Pilot Study to Reflect an Emphasis on the Patients Rather Than the Disease. *Nephrology Nursing Journal,*	Att utvärdera effektiviteten av vård i gruppbesök kontra vanligt nefrologisk vård för patienter med kronisk njursvikt. Patientperspektiv.	Kvalitativ metod baserad på analys av grupp-diskussioner.	Resultaten visar att vården upplevs förbättrad av att ha haft den i grupp. De kände en gemenskap när de kunde dela med sig av sina erfarenheter och lära av varandra.	Studien godkändes av Institutional Review Board på University of Central Florida.
Morris, A., Love, H., Van Aar, Z., Liles, C. & Roskell, C. 2018 Integrating renal nutrition guidelines into daily familylife: a qualitative exploration. *Journal of Human Nutrition & Dietetics. 31(1), 3-11.*	Att beskriva upplevelser och erfarenheter av kost anpassad för njursvikt.Utifrån patient-och anhörigperspektiv.	Kvalitativ metod baserad på analys av intervjuer med deltagare i studien.	Resultaten visade att kosten var svårhanterlig och komplex. Det var mycket att att hålla reda på och det påverkade även det sociala livet. Middagsbjudningar till vänner uteblev på grund att det var omständigt och rädsla för att de inte skulle tycka om maten.	Studien godkändes av National Health Service (NHS) Researc Ethics Committee.
Sadala, M-L-A., Azevedo de Souza Bruzos, G., Pereira, E- R & Bucuvic. E-M. 2012 Patients' experiences of peritoneal dialysis at home: a phenomenological approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.*	Att belysa betydelsen av hemodialys som upplevd av patienter med kroniskt njursvikt. Patientperspektiv.	Kvalitativ metod baserad på analys av intervjuer med deltagare i studien.	Resultaten visar att till följd av sjukdom och behandling känner sig patienterna osäkra på sin framtid, de är beroende av kompetens hos vårdgivare och stöd från andra har också en stor betydelse.	Deltagarna gav sitt informerade samtycke att delta i studien, som godkändes av etikkommittén vid institutionen där den utvecklades.
Taylor, F., Gutteridge, R. & Willis, C 2016 Peer support for CKD patients and carers: overcoming barriers and facilitating access. *Health Expectations*	Att utforska CKD-patienter och vårdares behov, önskningar och förväntningar av formell peer support och undersöker hur hinder för deltagande kan övervinnas. Patientperspektiv.	Kvalitativ metod baserad på analys av semistrukturerade intervjuer med deltagare i studien.	Hinder uppstod i form av begränsad förståelse för peer support och psykologiska hinder. Receptiviteten varierar beroende på sjukdomsförlopp. Ett bra peer förhållande är känt för att involvera ömsesidighet baserat på att dela erfarenheter och ge stöd	Etiskt godkännande har inkommit från Lokalkommittén för National Research Ethics Service Committee och värduniversitetet.

Författare Årtal Titel Tidskrift	**Syfte Perspektiv**	**Metod**	**Resultat**	**Förs forsknings-etiska resonemang?**
Walker, R., James,H. & Burns, A. 2011 A qualitative study exploring patients' perspective of adhering to recommended behaviour change in the predialysis stage of kidney disease. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*	Undersökningens syfte var att få bild kostförändringar påverkar patienternas livsstil. Patientperspektiv.	Kvalitativ metod baserad på tematisk analys av intervjuer med deltagare i studien.	Patienterna belyste vikten av personligt stöd samt känslor av att vara en börda för familjen.	Studien är godkänd av Cambridgeshire forskningsetiska kommittén.
Zala, P., Rütti, G., Arampatzis, S., & Spichiger, E 2017 Experiences of patients with chronic kidney disease and their family members in an advanced practice nurse-led counseling service. *Nephrology Nursing Journal*	Syftet med studien var att undersöka hur patienter med njursvikt och deras familjemedlemmar upplevde samtalsstöd från en specialiserad sjuksköterska. Patient och familjeperspektiv.	Kvalitativ metod med en tematisk analys av intervjuer med deltagare i studien.	Deltagarna tyckte att samtalen med en sjuksköterska var betydelsefullt, eftersom de fick mer information om sjukdomen och hjälpte familjen att få nya insikter och tips vilket underlättade vardagen.	Tidsskriften för etiska resonemang.