Kandidatuppsats

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Erfarenheter av stöd hos patienter som behandlas med hemodialys

Omvårdnad 15 hp

Varberg 2018-04-25

Karina Arrieta Paima och Christel Morales Morales

HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Erfarenheter av stöd hos patienter som behandlas med hemodialys

Författare: Karina Arrieta Paima
Christel Morales Morales

Ämne Vetenskapligt arbete
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Varberg 2018-04-25

Titel	Erfarenheter av stöd hos patienter som behandlas med hemodialys
Författare	Karina Arrieta Paima och Christel Morales Morales
Akademi	Hälsa och välfärd
Handledare	Tommy Berntsson, Universitetsadjunkt, Fil.mag.
Examinator	Staffan Karlsson, Professor i omvårdnad, Med. dr.
Tid	Vårtermin 2018
Sidantal	19
Nyckelord	Hemodialys, patienter, stöd, erfarenhet

Sammanfattning

Hemodialysbehandling innebär omfattande omställningar för patienter. Livet ställs på ända och kan endast hållas ihop med hjälp av stöd i olika former. Patientens behov av stöd skiftar beroende på situation och över tid, varför det är viktigt att stödet är kontinuerligt och behovsbaserat. Syftet med studien var att belysa erfarenheter av stöd hos patienter som behandlas med hemodialys. Perspektiv på stöd analyserades med utgångspunkt i hur patienter beskrev något som underlättade hemodialys och omställningarna behandlingen innebar. En allmän litteraturstudie genomfördes där tio kvalitativa artiklar analyserades. Databearbetning utmynnade i två kategorier som skildrade erfarenheter av stöd hos patienter som genomgick hemodialys. Huvudkategorierna var *Trygghet* och *Bekräftelse* med underkategorierna *Att få tillgång till information, Att vara oberoende, Att motta tröst* och *Att bli uppmuntrad.* Stödåtgärder som fokuserade på patientens mål och behov istället för enbart på patientens medicinska behov var viktigast. Information framstod som ett återkommande tema. Det framkom i samtliga kategorier men i olika stödsammanhang. I övrigt framträdde stödåtgärder som främjade självständighet, flexibilitet, samhörighet med andra, behovsanpassad kunskap samt relationer som essentiella för patienterna. För att kunna ge individanpassat stöd krävs förmåga att se hela människan och dess omvårdnadsbehov. Mer forskning kring individanpassat stöd framstår som nödvändigt för ökad kunskap.

Title	Experience of support in patients treated with hemodialysis
Author	Karina Arrieta Paima and Christel Morales Morales
Department	Health and Welfare
Supervisor	Tommy Berntsson, Lecturer in nursing, MNSc
Examiner	Staffan Karlsson, Professor in nursing, PhD
Period	Spring 2018
Pages	19
Key words	Hemodialysis, patients, support, experience

Abstract

Hemodialysis treatment involves extensive changes for patients. Life is turned upside down and can only be held together with support in different forms. The patient's need for support changes with the situation and over time, why it's important that support is continuous and need-based. The aim of the study was to illuminate the experience of support in patients treated with hemodialysis. Experience of support was analyzed on the basis of how patients described something that facilitated hemodialysis and the changes the treatment involved. A general literature study was conducted where ten qualitative articles were analyzed. Data processing resulted in two categories that described perspective of support in patients undergoing hemodialysis. The main categories were *Safety* and *Confirmation* as well as subcategories *To gain access to information, To be independent, To receive consolation* and *To be encouraged*. Support measures that allowed patient's goals and needs to be center of focus instead of the patient's medical needs were judged most important. Information emerged as a recurring theme. It appeared in all categories but in different support situations. Further, support measures that promoted independence, flexibility, coherence with other, personalized knowledge and relationships stood out as essential to the patients. In order to provide personalized support, the ability to see the whole person and its nursing needs is required. More research on individualized support appears necessary for increased knowledge.

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 1

Kronisk njursvikt 1

Hemodialys 2

Stöd 3

Levines bevarande-modell 4

Problemformulering 4

Syfte 5

Metod 5

Datainsamling 5

Inklusions- och exklusionskriterier 5

PubMed 6

Cinahl 6

Academic Search Elite 6

PsycInfo 7

Databearbetning 7

Forskningsetiska överväganden 7

Resultat 8

Tabell 4: Kategoriöversikt 8

Trygghet 9

Att få tillgång till information 9

Att vara oberoende 10

Bekräftelse 10

Att motta tröst 11

Att bli uppmuntrad 11

Diskussion 12

Metoddiskussion 12

Resultatdiskussion 14

Konklusion och implikation 18

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt
Bilaga D: Databearbetning

Inledning

Senaste decenniet har kronisk njursvikt uppmärksammats som ett globalt folkhälsoproblem. Kronisk njursvikt innebär en bestående försämring av njurfunktioner som innebär att njurarnas glomerulära filtration minskar för att slutligen avta helt. Detta leder till ett livshotande tillstånd som kräver akut uremivård i form av dialys eller transplantation för fortsatt överlevnad (Gulbrandsen, 2011). Under 2016 behandlades 9693 patienter i Sverige med någon form av aktiv uremivård, 3175 behandlades med hemodialys. Antal patienter i dialys som avled under 2016 var 728 (Svenskt Njurregister, 2017). Hemodialys ger tillgång till ett fortsatt liv samtidigt som behandlingen även innebär ökad mortalitet (Lönnbro-Widgren & Samuelsson, 2014). Hemodialys är en tidskrävande behandling och har visat sig påverka fysiska, psykiska samt sociala funktioner och har stor inverkan på patientens upplevda livskvalitet (Gulbrandsen, 2011; Hagren, Pettersen, Severinsson, Lützén & Clyne, 2001; Hagren, Pettersen, Severinsson, Lützén & Clyne, 2005). En tidigare studie visar att patienter avbryter hemodialysbehandlingen när bieffekter av behandlingen väger tyngre än dess positiva effekter, men beror även på bristande förväntningar på medicinsk och socialt stöd (Van Biesen et al., 2015). En annan studie visar att patienter som behandlas med hemodialys visar att tillgång till stöd har en positiv inverkan på bevarandet av hälsan och ger möjlighet att hantera utmaningar (Joboshi & Oka, 2016; Theodoritsi et al., 2016). Stöd beskrivs av Gardner och Wheeler (1981) som en central aspekt i omvårdnaden och som en omvårdnadsåtgärd där sjuksköterskan bistår patienten att hantera svåra eller nya situationer.

Bakgrund

Njurens främsta uppgifter är att bevara kroppens homeostas, rena blodet från skadliga ämnen och slaggprodukter, stimulera bildning av röda blodkroppar, reglera blodtrycket och delta i kroppens syra- basbalans samt i aktivering av D-vitamin (Haraldsson & Nyström, 2015).

Kronisk njursvikt

Njursjukdomar har ökat av olika bakomliggande orsaker, vilket bland annat beror på att allt fler personer blir äldre och drabbas av samsjuklighet såsom hjärt- och kärlsjukdomar, hypertoni och typ 2-diabetes (Hill et al., 2016). Kronisk njursvikt följer en degenerativ process som delas in i fem stadier baserad på filtrationshastigheten i glomerulus, Glomeruli Filtration Rate (GFR) och mäts i milliliter (ml) per minut. Normal njurfunktion hos en frisk person är GFR > 90 ml/minut (Ericson & Ericson, 2012). Kronisk njursvikt upptäcks vanligtvis i ett redan avancerat stadium eftersom personer inte tenderar att söka vård förrän uremiska symtom uppenbarar sig. (Gulbrandsen, 2011; Seeberger, 2015; Winterbottom, Bekker, Conner & Mooney, 2012). Vanliga uremiska symtom som patienten kan

uppleva är trötthet, aptitlöshet, illamående, klåda, kräkningar, hjärtsvikt och minskad libido (Seeberger, 2015). Abdel, Unhruh och Weisbord (2009) beskriver sömnsvårigheter och muskelkramper som ytterligare symtom patienter med njursvikt kan drabbas av, symtom som i längden kan leda till depression. När patienten har en GFR på under 15 ml/minut har patienten hamnat i den så kallade terminala fasen. Urinproduktionen minskar för att avslutningsvis avta helt, slaggprodukter ansamlas i blodet och patienten är i behov av aktiv uremivård i form av hemodialys, peritoneal dialys eller njurtransplantation (Gulbrandsen, 2012). Clyne (2015a) poängterar att valet av dialysmetod görs av patienten i samråd med läkaren och sjuksköterskan utifrån patientens egna förutsättningar, sjukdomsbild och önskemål. Tid är en förutsättning för att patienten ska kunna ta ett välgrundat beslut. Tillräcklig tid är även nödvändig för att bearbeta känslorna som kan uppkomma, bearbeta den tilldelade informationen och för att ställa frågor till sjukvårdspersonalen (Clyne, 2015a). Winterbottom et al. (2012) beskriver att patienter uppfattar endast två val: dialys eller inte dialys, vilket innebär att välja mellan att leva eller att dö.

Hemodialys

Hemodialys innebär att man renar blodet utanför kroppen med hjälp av kärlaccess i form av arteriovenös fistel (AVF), arteriovenös graft (AVG) eller en central venkateter (DCVC), samtliga kärlaccess innebär en infektionsrisk (Weiss, 2015). Arteriovenös fistel, som är den mest förekommande formen av kärlaccess, skapar en sammankoppling mellan artär och ven som möjliggör att stora mängder blod kan transporteras från blodbanan in i dialysmaskinens filter. Blodet frigörs från slaggprodukter och överskottsvätska för att sedan föras åter till blodbanan (Bashara et al., 2016). Tillgång till bra kärl är en förutsättning för hemodialys. Kärlaccessen behöver vanligtvis rekonstrueras till följd av upprepade kanyleringar som behandlingen kräver (Simonsen, 2015). Hemodialys är tidskrävande, den varar vanligtvis cirka fyra timmar och äger rum tre gånger i veckan (Gulbrandsen, 2011). Ett alternativ till vårdenhetsbaserad behandling är hemhemodialys (HHD) där patienter genomgår behandlingen i hemmet, detta beskrivs ha en positiv effekt på patienter som behandlas med hemodialys (Nearhos, Eps & Connor, 2013).

Nutritionsbehandling startar redan före dialysstart och är lika viktig som den medicinska behandlingen (Eyre, 2015). Hemodialys har en katabol inverkan på kroppen och leder till en ökad proteinnedbrytning. Därför ska patienters nutritionsbehov uppmärksammas tidigt i behandlingen. Sjuksköterskor har omvårdnad som sitt ansvarsområde och ansvarar även för att samordna patientens vård (Clyne, 2015b). Sjuksköterskan kan i sin centrala roll i tidigt skede upptäcka patientens förändrade behov och etablera kontakt med dietisten.

Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar komplikationer som kan uppstå under behandlingen (Gulbrandsen, 2012). Vanliga bieffekter av hemodialys är fatigue, yrsel, muskelkramp och aptitlöshet. Bieffekterna bidrar till att patienten drar sig undan socialt umgänge (Heiwe, Clyne & Abrandt- Dahlgren, 2003; Lai, Loh, Mooppil, Krishnan & Griva, 2012). Svårighet att ha ett arbetsfört liv, dålig ekonomi, bristande autonomi och sviktande sexuell lust är andra aspekter som inverkar på patienters liv (Lai et al., 2012; Lin et al., 2015; Seeberger, 2015; Strippoli, 2012). Nämnda omständigheter leder till att det är av stor vikt att uppmärksamma patientens samtliga behov. Lin, Hang och Pan (2015) betonar att omvårdnadens fokus bör vara på patientens önskan och mål med behandlingen istället för enbart symtomhantering.

Stöd

Historiskt sett har patienten gått från att bli sedd endast som en biologisk kropp till att bli sedd som en individuell människa med egna upplevelser och känslor, detta har även påverkat vilka åtgärder som sjuksköterskan vidtagit för att bistå patienten (Rehn, 2013). Tidigare låg fokus på att behandla sjukdomen, idag handlar det även om att ha förmåga att se hela människans behov. Patienten har i högre grad hamnat i centrum vid utformandet av sin omvårdnad (Rehn, 2013). Omvårdnadsteoretiker Levine (Levine, 1996) framhåller att varje människa är unik och därför är hennes individuella reaktion på sjukdom det som behöver identifieras och utgöra utgångspunkten för omvårdnaden. Därefter bör sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder rikta sig mot den specifika patientens behov.

Stöd är ett centralt begrepp i omvårdnad och något sjuksköterskor anser ingå som en viktig del i deras yrkesutövande (Pejner, Ziegert & Kihlgren, 2012). I flera sammanhang framhålls vårdtagares behov av stöd och vikten av att sjuksköterskan kan ge just detta (Gardner & Wheeler, 1981). Trots att begreppet är vanligt förekommande saknas dock en enhetlig definition. Stöd kan handla om aktiviteter och åtgärder som omhändertagande, planerad omvårdnad, vård, kommunikation, information, bekräftande och deltagande (Gardner & Wheeler, 1981). Emotionellt stöd beskrivs som särskilt betydelsefullt i sjuksköterskans yrkeskunnande (Pejner et al., 2012). I intervjuer beskriver sjuksköterskor hur de i sin objektiva roll kan lyssna och rådgöra med patienten samt stödja denne i att hantera sina känslor (Pejner et al., 2012). De viktigaste stödinsatserna är att vara närvarande, aktivt lyssna, bekräfta patientens känslor, uppmuntra och lindra symtom av sjukdom enligt Norell, Ziegert och Kihlgren (2012). Stöd som en omvårdnadsåtgärd kan delas upp i givande av information, genomförande av undervisning, stöd för hälsofrämjande beteende, stöd i beslutsfattande, stöd i emotionell hantering av att leva med sjukdom, genomförande av regelbunden uppföljning samt stöd för aktiv medverkan och egenvård (Bodenheimer, 2007). Sjuksköterskan kan genom att undervisa och upptäcka hälsorisker stödja patienten i att främja hälsa och förebygga ohälsa (Willman, 2014).

Ytterligare en viktig stödåtgärd är att tillgodose patienten och hens anhöriga med information som i sin tur kan underlätta behandlingen (Gulbrandsen, 2011). Vid dialysbehandling är sjuksköterskans roll extra viktig eftersom hen står närmast patienten vid behandling och därför har möjlighet att upptäcka behov och upplevda problem som kan uppkomma både under och efter behandling (Gulbrandsen, 2011). Ziegert, Fridlund och Lidell (2007) poängterar att anhörigas engagemang i patientens kroniska sjukdom medför både emotionellt och socialt stöd, två faktorer som är viktiga för patientens återhämtning då de stödjer patienten att hantera sitt tillstånd. Därför bör psykosocialt stöd även riktas till anhöriga då det ofta är de som ger patienten vård i hemmet. Stödet bör utvärderas kontinuerligt då anhörigas stödresurser kan ändras över tid till följd av sjukdom eller övrigt förändrade omständigheter (Ziegert et al., 2007).

Levines bevarande-modell

Bevarande-modellen är en omvårdnadsteori som utvecklades av Myra Estrin Levine under 60-talet och bygger på synen av människan som unik och som en del av sin kontext (Levine, 1996). Modellen lämpar sig vid utformandet av patienters omvårdnad då den möjliggör för sjuksköterskor att upptäcka vilka specifika och unika behov som är viktiga för olika patienter. Bevarande beskriver Levine (1996) som förmågan att hålla ihop när livet i grunden förändras. Levine anser att när en återgång till ett tidigare hälsotillstånd inte är möjligt så är det stöd i patientens övergång till det nya livet som sjuksköterskan bör inrikta sig på. Teorin består av fyra principer (Levine, 1967). Den första principen är *bevarande av energi,* som säger att patientens tillgängliga energi behöver korrekt uppskattas och stödet därefter riktas mot sådant som är viktigt för patienten. Andra principen är *bevarande av strukturell integritet,* som innebär att söka trotsa sjukdomens följder och stödet inriktas på att i möjligaste mån bibehålla kroppsliga grundfunktioner såsom rörelseförmåga och egenvård. Tredje principen är *bevarande av personlig integritet* och handlar om att även vid sjukdom stödja patienten upprätthålla sin personliga sfär och sin självständighet. Den fjärde principen är *bevarande av social integritet.* Vid sjukdom riskerar även det sociala livet att förändras. Stöd för att ges möjlighet till delaktighet i sociala sammanhang är grundläggande för välmående och upplevelsen av mening (Levine, 1967).

Problemformulering

Förlust av njurfunktion är ett dolt handikapp som leder till livslångt beroende av sjukvård. Patienter som behandlas med hemodialys har hög prevalens av kroppsliga och själsliga komplikationer. För att effektivt kunna stödja patienter som genomgår hemodialys behövs kunskap i hur patienten uppfattar sin situation samt vilken stöd patienten själv anser sig vara i behov av.

Syfte

Syftet med studien var att belysa erfarenheter av stöd hos patienter som behandlas med hemodialys.

Metod

Studien genomfördes som en allmän litterarutstudie med en induktiv ansats enligt Forsberg och Wengström (2013). En allmän litteraturstudie avser att granska litteratur samt ämnar beskriva kunskapsläget inom ett specifikt ämne (Forsberg & Wengström, 2013). En induktiv ansats avser att utveckla ny kunskap genom att bearbeta insamlat datamaterial (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarna som inkluderades blev kvalitetsgranskade med hjälp av Carlsson och Eimans (2003) granskningsmall.

Datainsamling

Databaserna som användes för datainsamlingen var PubMed, Cinahl, och PsycInfo eftersom dessa är relevanta inom omvårdnadsområdet (Karlsson, 2012). Academic Search Elite framkom som användbar databas under seminarietillfällen. Sökningen inleddes med fritextsökning för att säkerställa att det fanns artiklar som berörde det valda syftet, i enlighet med Karlsson (2012). Efter att ha kombinerat ett flertal antal ämnesord med fritextord valdes slutligen sökorden *renal dialysis* (ämnesord) för PubMed och *hemodialysis* (ämnesord) i övriga databaser, samt *support* (fritext), *patient* (fritext), NOT *peritoneal dialysis* (fritext). Databasen PubMed gav över 2000 artiklar därför tillades AND fritextorden *qualitative research* (Tabell 1, Bilaga A). Sökningen pågick mellan 180305 - 180325. Booleska operatorer AND och NOT användes för att begränsa sökningen (Forsberg & Wengström, 2013). Trunkering prövades för att söka på olika ändelser eller varianter av ett sökord. Vid användning av trunkering i kombination med något av sökorden blev resultatet alltför omfattande utan att bidra med mer användbart material. Urvalet av artiklarna gjordes i flera steg. Först lästes abstract till artiklar vars titel bedömdes som relevanta i relation till syftet, därefter identifierades artiklar där beskrivningen av resultatet bedömdes som relevant för litteraturstudiens syfte. Artiklar som bedömdes vara av medicinsk karaktär, inbegrep transplantation, var dubbletter eller som inte ansågs svara på syftet exkluderades. Slutligen identifierades 16 artiklar som genomlästes och kvalitetsgranskades enligt Carlsson och Eimans (2003) granskningsmall (Tabell 2, Bilaga B).

Inklusions- och exklusionskriterier

Litteraturstudien inkluderade vuxna kvinnor och män med kronisk njursvikt (CKD) i terminalstadie som genomgick hemodialys på sjukhus, klinik eller i hemmet. Därmed har artiklar som beskrev andra former av aktiv uremivård såsom peritoneal dialys och transplantation exkluderats. Även forskning på barn exkluderades eftersom syftet var

att belysa den vuxne patientens av stöd. Datum blev avgränsat till ett anpassat datumintervall, 2013 till 2018. Ytterligare ett kriterium var att artiklarna skulle vara förhandsgranskade (Peer Review). För att ytterligare avgränsa sökningen valdes engelska som språk. Endast artiklar som motsvarade Grad I enligt Carlsson och Eimans (2003) granskningsmall inkluderades i resultatet.

PubMed

PubMed är en databas som samlar medicinsk och klinisk forskning, omvårdnad, rehabilitering och odontologi (Karlsson, 2012). Sökorden och booleska operatorerna som användes var *Renal dialysis (*MeSH) som Major Topic AND *support* (fritext) AND *patient* (fritext)*,* NOT *peritoneal dialysis* (fritext). Övriga sökkriterier var att artiklarna skulle vara på engelska, publicerade 2013- 2018, endast inkludera vuxna informanter (19+) och vara förhandsgranskade (peer reviewed). PubMed tillhandahåller inte peer reviewed som sökkriterie varför varje artikels resultat fick läsas för att utröna dess användbarhet. Sökningen gav 2035 artiklar, vilket ansågs vara alltför högt antal, därför utökades sökningen med booleska operatören AND och sökordet *qualitative research* (fritext). Resultatet blev 52 artiklar. Sju artiklar granskades, sex av dessa hade resultat som bedömdes ha ett innehåll som besvarade syftet och inkluderades sedermera i databearbetningen.

Cinahl

Cumulated Index of Nursing and Allied Health är en databas som inkluderar forskning inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Karlsson, 2012). Sökorden och booleska operatorerna som användes var *Hemodialysis* (Cinahl Headings) som Major Concept AND *support* (fritext) AND *patient* (fritext) NOT *peritoneal dialysis* (fritext). Övriga kriterier var att artiklarna skulle vara på engelska, publicerade mellan 2013 - 2018, all adult som inkluderade åldrar 19+ och peer reviewed. Antal artiklar blev 53. Sex artiklar granskades, varav tre var dubbletter då de var funna i sökningen i PubMed, en artikel hade resultat som bedömdes ha ett innehåll som besvarade syftet och inkluderades sedermera i databearbetningen.

Academic Search Elite

Databas med multidisciplinära artiklar. Sökorden och booleska operatorerna som användes var *Hemodialysis* (Thesaurus Term), AND *support* (fritext) AND *patient* (fritext) NOT *peritoneal dialysis* (fritext). Övriga sökkriterier var att artiklarna skulle vara på engelska, publicerade mellan 2013 - 2018, Scholarly (peer reviewed) Journals. Sökningen gav 308 artiklar. Majoriteten av artiklarna var av medicinsk karaktär som inte var av intresse för syftet. 16 artiklar granskades varav 10 var dubbletter då de var funna i sökningarna i PubMed och Cinahl, tre artiklar hade

resultat som bedömdes ha ett innehåll som besvarade syftet och inkluderades sedermera i databearbetningen.

PsycInfo

Databas för publicering av artiklar inom främst psykologi (Karlsson, 2012). Sökorden och booleska operatorerna som användes var *hemodialysis* (Thesaurus), Main Subject explode AND *support* (fritext) AND *patient* (fritext) NOT *peritoneal dialysis* (fritext). Sökkriterier som användes var peer reviewed, publicerad efter 2013, engelska, adulthood (18 år och uppåt) gav 31 artiklar, varav 6 dubbletter då de var funna i sökningarna i PubMed, Cinahl eller Academic Search Elite. Samtliga abstract lästes och artiklarna granskades, inga artiklar valdes ut att ingå i databearbetningen. Då sökningen i PsycInfo inte tillförde nya resultat, redovisas 0 artiklar i Tabell 2, Bilaga B.

Databearbetning

Databearbetningen genomfördes enligt Forsberg och Wengström (2013). De 10 artiklar som inkluderades i litteraturstudien bearbetades med innehållsanalys genom att först läsa artiklarnas resultat ett flertal gånger för att hitta gemensamma nämnare som bedömdes svara mot litteraturstudiens syfte. Därefter sammanställdes artiklarnas resultat (Tabell 3, Bilaga C). Artiklarnas resultat lästes därefter återigen igenom enskilt och tillsammans flertal gånger för att kunna identifiera olika meningsenheter som besvarade mot litteraturstudiens syfte. Det framkom likheter och skillnader som diskuterades för att gemensamt komma fram till de valda meningsenheterna. Meningsenheterna jämfördes och grupperades för att utforma gemensamma kategorier. Kategorierna bearbetades ännu en gång och sammanställdes till två huvudkategorier: *Trygghet* och *Bekräftelse* (Tabell 4).

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden omfattar hela processen under skapandet av ett vetenskapligt arbete och inbegriper förståelse av såväl lagar som principer, samt vilka reglerar skapandet av ett vetenskapligt arbete har (Kjellström, 2012). Forsberg och Wengström (2013) betonar att de etiska aspekterna vid genomförandet av en allmän litteraturstudie säkerställs genom att enbart inkludera forskning som godkänts av en etisk kommitté samt genom att vara sanningsenliga i uppvisandet av resultat. Nämnda aspekter applicerades på denna allmänna litteraturstudie. Artiklarna granskades även utifrån de etiska principer som beskrivs av Belmontrapporten (1978). Belmontrapporten (1978) består av tre basala etiska principer: respekt för människans autonomi, göra gott principen samt rättviseprincipen, vilka är vägledande vid forskning som inkluderar människor. Respekt för människans autonomi inbegriper synen på människan som självbestämmande och därmed fri att bestämma över egen

deltagande i studier samt rätt att inte längre medverka om så inte längre önskas. Göra gott-principen baseras sig på två grundsatser som innebär skydd av deltagarna samt få mest möjligt ut av forskningen utan att tillfoga skada. Rättviseprincipen innebär att ta hänsyn till skillnader bland deltagare och behandla dem likvärdigt (The Belmont Report, 1978). Den svenska lagstiftningen som fastställer etikprövning och forskning av människor (SFS, 2003:460) bygger på synen av människan som självbestämmande. Lagen har som uppdrag att värna om forskningsdeltagarens autonomi och stärks med Dataskyddsförordningen (Datainspektionen, 2018). Dataskyddsförordningen avser att skydda de inblandades personuppgifter samt ska säkerställa att forskningsmaterial inte missbrukas. Enligt Kjellström (2012) bör en studie inledas med en analys av nytta och risker med studien. Dessa bör säkerställa deltagarnas skydd av personliga uppgifter och integritet. Samtliga resultatartiklar uppgav godkännandet av en etisk kommitté, deltagandet i studierna var frivilligt och utan kompensation. Deltagare i samtliga studier informerades om syften med studierna, garanterades anonymitet och upplystes om att de närsomhelst kunde avsluta sitt deltagande, vilket bekräftar synen av människan som självbestämmande. Syftet med studien var att belysa olika aspekter av stöd som uttrycktes av patienter underlätta deras tillvaro och behandling för att identifiera och öka sjuksköterskans förståelse för patienters stödbehov.

Resultat

Två kategorier med följande underkategorier framkom som resultat av perspektiv på stöd hos patienter som behandlas med hemodialys. Den första kategorin var *Trygghet* som perspektiv på stöd, med *Att få tillgång till information* och *Att vara oberoende* som underkategorier. Den andra kategorin som framkom var *Bekräftelse*, med *Att motta tröst* och *Att bli uppmuntrad* som underkategorier till patientens perspektiv på stöd.

Tabell 4: Kategoriöversikt.

Subkategorier	**Kategorier**
Att ha tillgång till information	Trygghet
Att vara oberoende	
Att motta tröst	Bekräftelse
Att bli uppmuntrad	

Trygghet

I 10 artiklar (Al Nazly, Ahmad, Musil & Nabolsi, 2013; Bristowe et al., 2015; Chiaranai, 2016; Hong, Wang, Chan, Mohamed & Chen, 2017; Jonasson & Gustafsson, 2017; Jhamb et al., 2016; Loiselle, Michaud & O'Connor, 2016; Sciberras & Scerri, 2017; Shahgholian & Yousefi, 2015; Vestman, Hasselroth & Berglund, 2014) skildrades *Trygghet* som erfarenheter av stöd hos patienter som behandlas med hemodialys.

Att få tillgång till information

Att få tillgång till information beskrevs av patienter vara ett viktigt stöd eftersom det möjliggjorde förståelse för uppkomna symtom, vilket skapade en känsla av kontroll för patienter (Bristowe et al., 2015; Hong et al., 2017). Det var sjukvårdspersonalen som hade tillgång till information och därför sågs de som en viktig källa till ökad kunskap (Bristowe et al., 2015; Hong et al., 2017; Loiselle et al., 2016). Därtill beskrevs personalen som kunnig och kompetent, vilket bidrog till att patienter beskrev sig vara omhändertagna och trygga (Bristowe et al., 2015; Chiaranai, 2016; Jonasson & Gustafsson, 2017). Ett flertal symtom såsom blodtrycksfall och kramper under hemodialys beskrevs som skrämmande av patienter men sjuksköterskors närvaro och information i situationen skapade trygghet i situationen och beskrevs vara ett stöd (Bristowe et al., 2015). Patienter beskrev att informationen de fick var emellanåt svår att förstå och ta in, därför uppfattades sjuksköterskor som stödjande när de på ett enkelt sätt kunde tillgängliggöra informationen (Bristowe et al., 2015;Loiselle et al., 2016). Det framkom att emotionellt tillstånd påverkade emottagandet av information, vilket ansågs inte tas hänsyn till vid beslutsfattande (Bristowe et al., 2015). Möjligheten att kunna kontakta en sjuksköterska skapade trygghet för patienter i hemhemodialys, då ansvaret att sköta sin egen behandling till tider uppgavs vara dem övermäktigt (Vestman, Hasselroth & Berglund, 2014). Dietister, sjuksköterskor och läkare uttrycktes vara viktiga informationsbärare inte bara under det tidiga skedet utan under hela hemodialysbehandlingen (Al Nazly et al., 2013). Avsaknad av kunskap gällande näringsrik kost uttrycktes vara en källa till stress och oro. Som en följd distanserade patienter sig hellre från sociala sammanhang än utsatte sig för påfrestningar i form av sammankomster där mat och dryck förekom (Al Nazly et al., 2013; Bristowe et al., 2015; Hong et al., 2017). Tidsbrist var även en faktor som begränsade tillgång till information och möjlighet att ställa frågor gällande behandlingen och hälsotillstånd (Bristowe et al., 2015). Patienter uttryckte att delgivningen av information inte anpassades efter deras behandlingstider, i de fall patienter enbart kunde genomgå hemodialys på eftermiddagarna, då läkarna redan gått hem för dagen. Patienter uttalade även att deras integritet påverkades då informationen gavs i den omedelbara närheten till andra patienter (Sciberras & Scerri, 2017).

Att vara oberoende

Att vara oberoende och uppleva självständighet beskrevs av patienter vara begränsade eftersom de var beroende av dialysmaskinen, personal och av anhöriga (Shahgholian & Yousefi, 2015). De uttryckte även avsaknad av autonomi och behov av stöd för att involveras i besluttagandet kring deras vård (Bristowe et al., 2015; Loiselle et al., 2016; Shahgholian & Yousefi, 2015). Hemodialys beskrevs av patienter som en begränsning som krävde total omställning av livet (Al Nazly et al., 2013; Bristowe et al., 2015; Chiaranai, 2016; Hong et al., 2017; Jonasson & Gustafsson, 2017). De var alltid tvungna att forma sitt liv efter behandlingstiderna. Ökad frihet och oberoende uttrycktes när patienter gavs stöd i form av flexibilitet och kunde påverka tiden för dialys hos vårdenheten, eftersom det tillät dem att friare disponera sin dag (Sciberras & Scerri, 2017). Stöd i form av ökad rörlighet och därigenom ökad frihet och oberoende gavs genom möjlighet att genomföra hemodialysbehandling på annan ort (Al Nazly et al., 2013). En närliggande situation av stöd skildrades av Vestman et al. (2014) där patienter i hemhemodialys beskrev ökad frihet och oberoende av att de kunde genomgå behandling i hemmet vilket ledde till att de själva kunde styra behandlingen och därigenom få mer tid till socialt umgänge. Förvärvsarbetande patienter uppgav att möjlighet att genomgå hemodialysbehandling under kvällstid gav de tillfälle att skapa en fungerande vardag utifrån egen livssituation (Sciberras & Scerri, 2017). Arbetet ansågs ha en viktig koppling till verkligheten och det levda livet, även stöd av kollegor värderades högt. Kvällsbehandlingen möjliggjorde att de kunde fortsätta arbeta och bibehålla den sociala sfären som arbetet tillförde (Sciberras & Scerri, 2017). En annan aspekt av oberoende uppnåddes via acceptans, med acceptans uttryckte patienter var att godta behandlingen och det nya livet för att kunna blicka framåt (Jonasson & Gustafsson, 2017). Träning, beskrev patienter, stärkte självkänslan och bidrog till ökad självständighet, vilket även ledde till minskad stress och nedstämdhet (Jhamb et al., 2016). Träning och hemhemodialys beskrevs av patienter som aktiviteter som var svåra att påbörja men aktivt stöd från sjukvårdspersonalen ingav trygghet och gav de mod att våga. Besluten visade sig vara fördelaktiga för deras livskvalitet eftersom krafterna tilltog, stressen minskade och självkänslan steg (Jhamb et al., 2016; Vestman et al., 2014).

Bekräftelse

I 10 artiklar (Al Nazly, Ahmad, Musil & Nabolsi, 2013; Bristowe et al., 2015; Chiaranai, 2016; Hong, Wang, Chan, Mohamed & Chen, 2017; Jonasson & Gustafsson, 2017; Jhamb et al., 2016; Loiselle, Michaud & O'Connor, 2016; Sciberras & Scerri, 2017; Shahgholian & Yousefi, 2015; Vestman, Hasselroth & Berglund, 2014) skildrades *Bekräftelse* som perspektiv på stöd av patienter som behandlas med hemodialys.

Att motta tröst

Att motta tröst och bekräftelse av sina anhöriga som med värmande ord gav dem stöd inför och under den krävande behandlingen beskrevs som betydelsefull av patienter (Bristowe et al., 2015). Stödet från familjen hade en stark påverkan på patientens attityd till behandling. Patienter utryckte att tröst från familjen var en grundläggande del av den naturliga omvårdnaden (Shahgholian & Yousefi, 2015). Möjligheten att samtala om existentiella frågor skänkte tröst till patienter då behandlingen och hälsotillståndet väckte känslor som beskrevs som svårhanterliga (Bristowe et al., 2015). Patienter uttryckte att de kände sig sedda och bekräftade när någon vågade stanna kvar och lyssna på deras berättelser (Jonasson & Gustafsson, 2017). Hemodialysenheten var även en plats där patienter beskrev att de kunde uppleva tröst genom samhörighet med andra patienter som gick igenom liknande svårigheter och som de kunde identifiera sig med, vilket fick dem att känna sig vanliga (Bristowe et al, 2015; Jonasson & Gustafsson, 2017). Medpatienter beskrevs som familj och vänner, vilket skapade en känsla av gemenskap och bekräftelse på att de inte längre var ensamma (Bristowe et al., 2015; Jonasson & Gustafsson, 2017). Patienter uttryckte att via denna gemenskap fick de en känsla av ett andra hem, vilket innebar att en vila infann sig (Chiaranai, 2016; Sciberras & Scerri, 2017). Patienter beskrev att en varm tillåtande miljö skapade rum åt förtroendeingivande samtal som stöd där de kunde uttrycka sina känslor och finna tröst (Jonasson & Gustafsson, 2017). Vidare uttrycktes religion vara ett stöd som skänkte tröst, medverkade till acceptans av sjukdomen och som gav styrka att fortsätta leva (Al Nazly et al., 2013; Shahgholian & Yousefi, 2015). Patienter kunde också uttrycka skuld och skam på grund av sjukdomen, och valde då att ta avstånd från vänner eller inte vara öppna med sin sjukdom för närstående (Shahgholian & Yousefi, 2015; Al Nazly et al., 2013; Jonasson & Gustafsson, 2017). Att motta tröst uttryckte patienter kunna medföra skuldkänslor eftersom de såg sig vara en börda för familj och anhöriga (Chiaranai, 2016; Jonasson & Gustafsson, 2017; Shahgholian & Yousefi, 2015). Successivt försämrade hälsotillstånd angav patienter påverkade deras självständighet och gjorde dem beroende av anhörigas fysiska och emotionella stöd (Chiaranai, 2016; Shahgholian & Yousefi, 2015; Loiselle et al., 2016). Patienter beskrev att skuldkänslor även var relaterade till förväntningar knutna till roller som män eller kvinnor och problematiken när dessa inte längre kunde uppfyllas (Al Nazly et al., 2013; Chiaranai, 2016).

Att bli uppmuntrad

Att bli uppmuntrad med ord och handlingar som stöd samt en gynnsamt inställd och välkomnande miljö underlättade patienternas tunga vardag (Al Nazly et al., 2013). Att bli behandlad som en vän, att sjuksköterskan kunde använda humor som uppmuntran och stöd samt visa glädje över mötet gjorde att behandlingen av patienter beskrevs som mindre mödosam (Al Nazly et al., 2013; Jonasson & Gustafsson, 2017). Detta

bekräftas av Hong et al. (2017) som visade att de blev uppmuntrade av en positiv miljö och detta underlättade deras väg mot acceptans av sjukdomen. Dessutom uppgav patienter att besöken på dialysenheten upplevdes som uppmuntrande då de gav möjlighet till social delaktighet (Bristowe et al, 2015; Jonasson & Gustafsson, 2017). Patienter beskrev hur värmande ord från anhöriga fyllde dem med energi samt uppmuntrade dem att härda ut och fortsätta den tuffa behandlingen (Jonasson & Gustafsson, 2017). Patienter uttryckte att under svåra stunder innebar detta stöd även att de kämpade vidare för att kunna tillbringa tid med anhöriga (Sciberras & Scerri, 2017).

Diskussion

Metoddiskussion

Sökningarna utfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo eftersom de innehåller samlad forskning inom medicin och omvårdnad (Karlsson, 2012). Academic Search Elite framkom efter seminarierna som kursen tillhandahöll. Sökningen i olika databaser kan enligt Karlsson (2017) ses som en styrka eftersom det ger ett bredare underlag. Ett flertal dubbletter dök upp i samtliga databaser, vilket ansågs vara en styrka eftersom det visar att publicerade studier identifierats med de valda sökorden. Sökningen genomfördes två gånger, första sökningen genomfördes 5-6 mars 2018. Sökningen gjordes om den 25 mars 2018. Artiklar som hade framkommit vid den första sökningen identifieras även vid den senare sökningen. Sökorden och sökhistoriken som redovisas i Tabell 1, Bilaga A och Tabell 2, Bilaga B visar den senare sökningen. Inklusionskriterier ändrades under den senare datainsamlingen till att endast inkludera artiklar som bedömdes som Grad I enligt Carlsson och Eimans (2013) granskningsmall. Sökorden som användes vid sökningarna var *Hemodialysis* som ämnesord, i PubMed var motsvarande ämnesorden *Renal dialysis*. Booleska operatorer AND och NOT används för att avgränsa sökningen och göra dessa mer specifika, som rekommenderas av Karlsson (2012). Trunkering kan enligt Karlsson (2012) ge möjlighet att fånga in ordets böjningar, detta prövades men gav irrelevanta artiklar som bedömdes inte kunna besvara syftet. Fritextorden *Support* och *Patient* användes för att säkerställa att artiklarna beskrev stöd utifrån patientens perspektiv. NOT *Peritoneal dialysis* tillkom för att ytterligare avgränsa sökningen. Samma sökord användes i de olika databaserna, men då antalet artiklar på PubMed var över 2000 avgränsades sökningen ytterligare med sökorden *Qualitative research.* Begränsningen innebar att många artiklar föll bort. Databasen PsycInfo tillförde inga nya artiklar, artiklarna som dök upp var av medicinsk karaktär eller dubbletter. PsycInfo beskrivs därför med noll artiklar i sökhistoriken. Datumet avgränsades till 2013 - 2018 för att täcka den senaste forskningen. Karlsson (2012) skriver att ämnets giltighet bestäms av dess utgivningsdatum. Det avgränsade datumet bekräftar underlagets giltighet, vilket är en styrka. Datumet hade med fördel kunnat utökas till 10 år eftersom dimensioner av stöd inte begränsas av datum utan är

upplevelse som är i konstant rörelse (Levine, 1967). Under insamlandet av material till bakgrunden upptäcktes att *Stöd* som omvårdnadsåtgärd under de senaste decennierna omtalas i artiklar på snarlika sätt och bygger på synen av människan som komplex och ett med sitt inre och sin omgivning (Levine, 1967; Gardner & Wheeler, 1981; Norell et al., 2012).

Artiklarna som framkom i resultatet var endast kvalitativa. Användning av kvalitativa artiklar kan ses som både en styrka och svaghet, eftersom att det fångar upp patientens upplevelse av dimensioner av stöd. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det syftet som avgör vilken metod som bör användas. Eftersom arbetets syfte har fokus på en upplevelse ansågs valet av kvalitativ metod befogat. Resultatartiklarna härstammade från Iran, Jordanien, Kanada, Singapore, Storbritannien, Sverige, Thailand och USA. Även om det framkom olikheter i sjukvårdssystem länderna emellan som påverkade patienters upplevelser och perspektiv av stöd gick det att se likheter i resultatet oavsett om studierna var gjorda i Europa, Asien eller Nordamerika. Sverige är idag ett mångkulturellt samhälle med invånare som härstammar från olika kulturer eller är uppvuxna med varierande kulturella inslag. Därför är det en fördel att kunna se hur olika individer ser på stöd och vad det innebär för dem eftersom behovet av stöd skiftar med individer och deras bakgrund.

Artiklarna granskades enligt Carlsson och Eimans (2013) som är en granskningsmall där artiklarna rangordnas efter grad I-III där grad I anses vara av högst kvalitet. Endast artiklar som uppvisade grad I inkluderades i litteraturstudiens resultat. Artiklarna ansågs vara både trovärdiga och pålitliga vilket kan ses som en styrka. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) ska alla vetenskapliga arbeten kvalitetssäkras utifrån 4 aspekter: *trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet.* Artiklarna uppnådde trovärdighet genom att argumenten som framfördes var väl underbyggda och slutsatsen stöddes av resultatet. Triangulering förekom i samtliga studier. Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver det som en styrka att informanterna själva, i detta fall de intervjuade patienter, får kontrollera att intervjuer och fältanteckningar stämmer överens med vad som sades. I två av resultatartiklarna har detta utförts (Chiaranai, 2016; Shahgholian & Yousefi, 2015), i övriga studier var det istället andra forskare som fick verifiera tolkningen av datainsamlingen och teman som framkom av den. Pålitlighetsaspekten uppnås genom att forskaren/forskarna redovisar deras förförståelse av ämnet eftersom det är relevant i tolkningen av data. I inga av resultatartiklar redovisades förförståelse. En annan aspekt att beakta är, enligt Mårtensson och Fridlund (2017), att forskaren redovisar hur transkriberingen utförts. I samtliga artiklar framkom hur transkriberingen utfördes samt hur de kom fram till de teman som uppenbarade sig. Bekräftelsebarhet uppnås genom att noggrant beskriva deltagarna, i detta fall patienter som intervjuades eller skrev dagbok. Detta utfördes noggrant i åtta av 10 studier (Al Nazly et al., 2013; Bristowe et al., 2015; Hong et al.,

2017; Jonasson & Gustafsson, 2017; Jhamb et al., 2016; Loiselle et al., 2016; Sciberras & Scerri, 2016; Shahgholian & Yousefi, 2015). Genom att kunna ta del av patienters ålder, civilstånd, utbildningsnivå och tid i hemodialys kunde en bredare förståelse för patienter skapas. Dessa aspekter visade sig även påverka patienters perspektiv av stöd. Samtliga studier hade som mål att undersöka patienters situation och behov. Överförbarhet av stöd till andra patienter anses inte vara genomförbar per automatik då perspektiv på stöd utgår från patienters egna behov vilka i sin tur är specifika för den enskilda patienten och dess situation i samband med hemodialysbehandling.

Förförståelse är kunskap som hjälper forskaren eller läsaren att förstå och tolka ny information och är grundläggande för inhämtning av ny kunskap. Förförståelse kan ses både som en styrka, i form av tillgång, och som ett dilemma, i form av felaktiga tolkningar (Friberg & Öhlén, 2012). Förförståelse bestod i att författarna under praktikperioder som sjuksköterskestudenter och i arbete som undersköterskor träffat ett flertal patienter som hade hemodialys som njurersättningsterapi. Dessa tillfällen gav möjlighet att lära känna patienter och lyssna på deras berättelser, därför väcktes intresset att skriva om patienters perspektiv av stöd. Förförståelse diskuterades upprepade gånger under databearbetningen för att medvetandegöra eventuella förutfattade meningar.

Det krävdes bearbetning av studiernas resultat för att urskilja underlättande stöd i patienters berättelser och utsagor. Bearbetningen gjordes först enskilt för att därefter jämföras och bearbetas som en gemensam tolkning. Enligt Wallengren och Henricson (2012) ökas trovärdigheten i det vetenskapliga arbetet genom att låta andra personer ta del av analysen, därför ses det valda tillvägagångssättet som en styrka i litteraturstudien. Tillsammans kunde vi enas i de två kategorierna som framkom. Den första kategorin blev *Trygghet*, med *Att få tillgång till information* och *Att vara oberoende* som underkategorier. Den andra kategorin blev *Bekräftelse* med *Att motta tröst* och *Att bli uppmuntrad* som underkategorier. Meningsenheter samlades under dessa kategorier med tillhörande underkategorier.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att belysa perspektiv på stöd hos patienter som behandlas med hemodialys. Litteraturstudiens resultat utmynnade i två kategorier; *Trygghet* och *Bekräftelse*, vilka beskrev den form av stöd som patienterna gav uttryck för.

I resultatet framkom att patienter beskrev tillgång till information som ett viktigt stöd som möjliggjorde ökad förståelse för uppkomna symtom, detta skapade i sin tur en ökad känsla av kontroll hos patienter (Bristowe et al., 2015; Hong et al., 2017). Tillgång till information uttrycktes även vara en viktig utgångspunkt för att patienter

skulle känna sig trygga med behandlingen och de förändringar den medförde (Al Nazly et al, 2013; Bristowe et al., 2015; Hong et al., 2017; Loiselle et al, 2016; Sciberras & Scerri, 2017). Detta resultat stöds av en tidigare studie som visade att brist på information skapar osäkerhet bland patienter och leder till oförmåga att se fördelar med behandlingen och livet i stort (Calvin, Engebretson & Sardual, 2014). Andra studier (Frank, Asp & Dahlberg, 2009; Lin et al., 2015) visade att detta även leder till att patienter inte förstår livshändelser eller vad som orsakar sjukdomen, medan information möjliggjorde patienters besluttagande och delaktighet i egen omvårdnad. Levines bevarandemodell syftar till stöd att behålla funktioner trots att förutsättningar i grunden förändras. Patienten behöver stöd för att klara övergången till det nya livet och bevara *strukturell integritet*, Levines andra princip, som innebär att bevara hälsa. När återgång till tidigare hälsa inte är möjlig är information nyckel till förståelse och acceptans. Det kan tolkas som att sjuksköterskan genom att ge individanpassa information kan stödja patienten i beslutsfattande och delaktighet, viktiga aspekter som denna i denna studie visade sig vara avgörande för patienters trygghet. Resultatet i denna studie visade att patienter såg sjukvårdspersonalen som en viktig källa till ökad kunskap då de hade tillgång till information (Bristowe et al., 2015; Hong et al., 2017; Loiselle et al., 2016). Vidare visade resultatet att patienter beskrev att informationen emellanåt var svår att förstå och ta in, sjuksköterskor uppfattades då som stödjande om de på ett enkelt sätt kunde tillgängliggöra informationen (Bristowe et al., 2015; Loiselle et al., 2016). Detta är i linje med Björvells (2017) beskrivning av sjuksköterskans uppgifter som bland annat är att informera och undervisa patienter om de fysiologiska förändringar som bidra till sjukdomen, på vilket sätt kroppen påverkas av sjukdomen samt vilka förväntade effekter behandlingen kan ha (Björvell, 2017). Både Björvell (2017) och Sturesson och Ziegert (2014) förtydligar att information till både patienter och anhöriga skall erbjudas muntligt och skriftligt i form av broschyrer då detta kan öka kunskapen kring egenvård o underlätta livssituationen i hemmet. Resultatet i denna studie går också att knyta an till Patientlagens (SFS 2014:821) mål som är att information måste anpassas till individens situation, såsom ålder, bakgrund och erfarenhet. Skriftlig information skall ges om behovet finns eller om mottagaren så önskar (SFS 2014:821). Denna studie visade att patienter avskärmade sig från situationer som beskrevs som skrämmande speciellt vid introduktion av hemodialysbehandling. Patienter visade då inget intresse för informationen som kommunicerades när de befann sig i ett sådant tillstånd (Bristowe et al., 2015). Detta stöds av Clyne (2015a) som påpekar att information ges måste hänsyn tas till patientens emotionella tillstånd eftersom det kan utgöra ett hinder i mottagandet. Ytterligare en studie beskrev att informationen som tilldelas patienter bör anpassas efter deras behov, delges över tid och inte begränsas till ett enda tillfälle (Sturesson och Ziegert, 2014). Eftersom varje patient enligt Levines modell (1996) är unik bör även informationen vara anpassad till den specifika patienters behov, önskemål och förutsättningar. Resultatet i denna studie visade att patienter fick allmän information om kost och behandling men att det patienterna

egentligen värdesatte var när deras specifika behov togs upp (Al Nazly et al., 2014; Bristowe et al., 2015). Detta styrks av Andersson, Svanström, Ek, Rosén och Berglund (2015) som belyser vikten av att låta patienters mål och behov stå i centrum istället för att enbart fokusera på patientens medicinska behov. En annan studie poängterade vikten av att lära känna patienten innan man börjar tala om information för att få en inblick i vem hen är. Informationen bör vara anpassad till patientens behov och önskemål vilket kräver förståelse för patientens behov och situation (Sturesson & Ziegert, 2014). Levines modell (1996) ser på patienten som är i konstant rörelse, vilket innebär att sjuksköterskor måste vara uppmärksam på vilken typ av information patienter efterlyser samt vilka mål som önskas uppnås.

Ur resultatet framgick att hemodialys innebar begränsning till den grad att den krävde total omställning av livet (Al Nazly et al., 2013; Bristowe et al., 2015; Chiaranai, 2016; Hong et al., 2017; Jonasson & Gustafsson, 2017). Patienter var alltid tvungna att forma sitt liv efter behandlingstiderna. Gulbrandsen (2011) bekräftar utifrån tidigare kunskap att begränsningarna som patienter upplever sträcker sig över hela livsspektrat, relaterat till sociala, ekonomiska, fysiologiska och andliga perspektiv. Gulbrandsen (2011) beskriver vidare att upprätthållandet av självbestämmandet har en stark koppling till upplevd livskvalitet. Det framgick av resultatet i denna studie att stöd i form av ökad rörlighet och därigenom ökad frihet och oberoende gavs genom möjlighet att genomföra hemodialysbehandling på annan ort eller genom att möjliggöra och stödja patienter att genomgå behandling i hemmet, detta ledde till att patienter kunde styra behandlingen själva och därigenom få mer tid till socialt umgänge (Al Nazly et al., 2013; Vestman et al., 2014). En annan studie av Xi, Singh, Harwood, Lindsay, Suri, Brown och Mist (2012) bekräftade oberoendet som tillgång till HHD medför att behandlingen tillåter att livet kan fortsätta, patienter kan välja vilken tid på dygnet de skall dialysera och är inte bundna att följa andra schema än deras egna. Detta ledde till en stärkt självkänsla och ökad makt över sin egen tillvaro hos patienter, två aspekter som är nära besläktade med oberoende. Enligt Levines modell (1967) är målet för åtgärder bevarandet av hälsa, vilken Levine beskriver som förmågan att fungera i sina sociala sammanhang. Vidare menar Levine (1967) att förlust av autonomi kan leda till psykiska besvär, vilket sjuksköterskor kan undvika genom att förstå patienten och att bevara den former av oberoende som är viktigast. Denna studie visade att begränsningar som sjukdomen och behandlingen orsakade inkräktade på patienters autonomi och därför uppskattades när sjuksköterskor kunde ge stöd genom att möta och respektera patienters önskemål vid utformandet av den egna vården. När patienter involverades ökade deras vilja att genomföra hemodialysbehandlingen och det förstärkte samtidigt patienters autonomi (Sciberras & Scerri, 2017; Shahgholian & Yousefi, 2015; Vestman, Hasselroth & Berglund, 2014). Chen, Chang, Tsai och Hou (2017) visade i en tidigare studie att människor sätter stort värde på självbestämmande och att bibehålla autonomi anses viktigare än

att underkasta sig en begränsande medicinsk behandling. Stöd som stärker autonomi förknippas med psykologiskt välbefinnande och acceptans. Chen et al. (2017) beskrev vidare att patienters hälsorelaterade livskvalitet, Health Related Quality of Life (HRQOL) är förknippad med i vilken grad autonomi och självbestämmande främjas. Resultatet i denna studie visade att frånvaro av delaktighet inte bara förhindrade patientens upplevelse av autonomi utan försvårade även patientens acceptans av hemodialysbehandling (Hong et al., 2017; Loiselle et al., 2016). Winterbottom, Bekker, Conner och Mooney (2012) fann i en annan studie att patienter som i liten grad tilläts påverka val av dialysmetod hade svårt att acceptera den förvalda dialysbehandlingen vilket medförde frustration och maktlöshet samt ovilja att gå vidare. Enligt modell av Levine (1967) försätter det livslånga beroende som en kronisk sjukdom innebär patienten i en väldigt utsatt situation. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten bevara sin personliga integritet genom att främja patientmedverkan, respektera patientens känslor och uppfattningar samt integrera patienten i omvårdnaden.

I resultatet framgick att hemodialysenheten även var en plats där patienter kunde uppleva tröst. Gemenskap och social delaktighet med andra patienter som gick igenom liknande svårigheter och som de kunde identifiera sig med. Detta fick dem att känna sig vanliga (Bristowe et al, 2015; Jonasson & Gustafsson, 2017). Kim, Kim, Bhandari och Choi (2017) bekräftade detta i en tidigare observationsstudie där patienter hämtade information, råd och tröst hos varandra. Även anhöriga beskrev platsen som tröstingivande eftersom det även blev en mötesplats där anhöriga kunde lyfta tankar, problem och utbyta råd med andra som förstod deras situation (Kim et al, 2017). Pham och Ziegert (2016) beskriver i en annan studie att utöver stöd finner patienter även motivation och uppmuntran hos varandra. Levines modell (1967) poängterar i sin fjärde princip vikten av bevarandet av social integritet. Människor skapar sin identitet tillsammans med andra och står alltid i relation till dem. I ett dynamiskt utbyte skapas en kontext där patienten blir en del av ett meningsfullt sammanhang (Levine, 1967). Detta kan tolkas som att hemodialysenheten möjliggör etablerande av nya sociala relationer och deltagande i föreningar som riktar sig till patienter. I resultatet framkom att patienter uttryckte att det stöd de fick inte var tillräckligt (Al Nazly et al., 2013; Jonasson & Gustafsson, 2017) samt att ingen förstod vad de gick igenom (Chiaranai, 2016; Shahgholian & Yousefi, 2015). Detta ledde till att patienterna alltmer isolerade sig från sociala sammanhang, även vännerna avlägsnade sig när sjukdomen blev uppenbar. Axelsson, Rangers, Jacobsen och Klang (2011) bekräftar i en tidigare studie patienternas bild som oförstådda av sin omgivning men beskriver även att förståelse inte är något som patienter förväntar sig. Sociala relationer framkom i denna studie vara lika viktiga som läkemedel då de bidrog till att stärka hälsan. Detta kan tolkas som att patienters egen reaktion och öppenhet kring sin sjukdom, och i mindre grad själva sjukdomen, var avgörande för

isolering och omgivningen som avlägsnade sig. Något som framstår som viktigt, men samtidigt oklart, är vilken typ av stöd som hade kunna hjälpa patienterna i detta (Axelsson et al., 2011). Resultatet i denna studie visade att patienter även kunde uttrycka skuld och skam på grund av sjukdomen, och valde då att ta avstånd från vänner eller inte vara öppna med sin sjukdom för närstående (Shahgholian & Yousefi, 2015; Al Nazly et al., 2013; Jonasson & Gustafsson, 2017). Att motta tröst uttryckte patienter kunna medföra skuldkänslor eftersom de såg sig vara en börda för familj och anhöriga (Chiaranai, 2016; Jonasson & Gustafsson, 2017; Shahgholian & Yousefi, 2015). Liknande resultat beskrivs i andra studier av där patienter beskrev sig vara en börda för familjen då livet styrdes av patientens behov och förhindrade anhöriga att leva sina liv som tidigare (Axelsson et al., 2011; Hagren et al., 2001). Möjligt är att samhället vi lever i värdesätter autonomi och kapacitet att ta hand om sig själv, svårigheten att behöva be om hjälp kan bottna i dessa normer som då behöver brytas.

Konklusion och implikation

Syftet med litteraturstudien var att belysa erfarenheter av stöd hos patienter i hemodialys. Resultatet indikerade att stöd till patienter som behandlas med hemodialys visade sig vara en avgörande faktor i deras behandlingsförlopp. Stöd var en förutsättning för att kunna hantera motgångar och svårigheter, acceptera sjukdomen, bevara hälsa samt för att kunna följa sjukvårdens råd. Samtidigt kunde stöd manifestera sig i vitt skilda inslag såsom omvårdnad, information, samhörighet, råd och identifikation. Sjuksköterskor har ansvar för patientens omvårdnad och det är av stor vikt att de införskaffar sig kunskap gällande patientens bakgrund, utifrån önskemål och livssituation, för att på så sätt kunna bemöta hen med rätt anpassat stödbehov. Det framstår som att rätt form av stöd vid rätt tillfälle kan förändra livssituationen för patienter som behandlas med hemodialys. Patienters upplevelse av sjukdom är unik, det innebär även att behov av stöd är knuten till en enskild individ och skiljer sig från en situation till en annan. Detta kräver att stödåtgärder individanpassas, vilket ställer kunskapskrav på sjuksköterskor som har ansvaret för patienters omvårdnad. Genom att dokumentera omsorgsfullt kan sjuksköterskor använda underlaget som ett verktyg för att säkerställa att för patienter viktiga aspekter tas hänsyn till och fokuseras på. Stöd har visat sig vara ett avgörande inslag för personer som genomgår hemodialys, därför är det av stor vikt att det genomförs mer forskning som inbegriper patientens perspektiv av stöd.

Referenser

*Al Nazly, E., Ahmad, M., Musil, C., & Nabolsi, M. (2013). Hemodialysis stressors and coping strategies among Jordanian patients on hemodialysis: A qualitative study. *Nephrology Nursing Journal*, *40*(4), 321-327

Axelsson, L., Rangers, I., Jacobson, SH., & 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

Björvell, C. (2017). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bodenheimer, T. (2007). *Motivating changes: Innovating approaches to patient self-management*. California Healthcare Foundation.

*Bristowe, K., Horsley, H.L., Shepherd, K., Brown, H., Carey, I., Matthews, B., & Murtagh, F.E. (2015). Thinking ahead – the need for early Advance Care Planning for people on haemodialysis: A qualitative interview study. *Palliative Medicine, 29*(5), 443-450. doi:10.1177/0269216314560209

Calvin, A.O., Engebretson, J.C., & Sardual, S.A. (2014). Understanding of advanced care planning by family members of persons undergoing hemodialysis. *Western Journal of Nursing Research, 36*(10), 1357-1373. doi: 10.1177/0193945913514637.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad- studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad- ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola."*. Rapport nr 2. Malmö: Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö Högskola.

Chen, M.F., Chang, RE., Tsai, H.B., & Hou, Y.H. (2018). Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research, 27*(3), 765-773. doi:10.1007/s11136-017-1714-2

*Chiaranai, C. (2016). The lived experience of patients receiving hemodialysis treatment for end stage renal disease: A qualitative study. *The Journal of Nursing Research, 24*(2), 101-108. doi:10.1097/jnr.0000000000000100

Clyne, N. (2015a). Att bli njursjuk och sköta sin behandling. I N. Clyne & B. Rippe, (Red.), *Njursjukdom: Teori och Klinik* (s.379-382). Lund: Studentlitteratur AB.

Clyne, N. (2015b). Läkaren och vårdens organisation. I N. Clyne & B. Rippe, (Red.), *Njursjukdom: Teori och Klinik* (s.369-378). Lund: Studentlitteratur AB.

Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses´ experiences. *International Journal of Nursing Studies, 40(3)*, 299-306.

Datainspektionen. *Dataskyddsförordningen*. Stockholm: Datainspektionen. Hämtad 31 maj, 2018, från https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar.* Lund: Studentlitteratur AB.

Eyre, S. (2015). Kostbehandling vid njursvikt. I N. Clyne & B. Rippe, (Red.), *Njursjukdom: Teori och Klinik* (s. 383-392). Lund: Studentlitteratur AB.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2008). Patient participation in emergency care - a phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing, 17,* 15-22. doi:10.1016/j.ienj.2008.09.003

Friberg, F., & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. I I.M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 345-370). Lund: Studentlitteratur AB.

Gardner, K., & Wheeler, E. (1981). Nurses´ perception of the meaning of support in nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, *3*, 13-28. doi:10.3109/01612848109140858

Gulbrandsen, T. (2011). Omvårdnad vid akut njurskada och kronisk njursvikt. I A. Hallbjörg, D.G. Stubberud. & R. Grönseth (Red.), *Klinisk Omvårdnad 2* (2. uppl., s. 85-101). Stockholm: Liber AB.

Hagren, B., Pettersen, I.M., Severinsson, E., Lützén, K., & Clyne, N. (2005). Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *Journal of Advanced Nursing, 14*, 294-300.

Hagren, B., Pettersen, I.M., Severinsson, E., Lützén, K., & Clyne, N. (2001). The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end- stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing, 34*(2), 196-202.

Haraldsson, B., & Nyström, J. (2015). Njurfysiologi. I N. Clyne & B. Rippe, (Red.), *Njursjukdom: Teori och Klinik* (s. 267-290). Lund: Studentlitteratur AB.

Heiwe, S., Clyne, N., & Abrandt- Dahlgren, M. (2003). Living with chronical renal failure: patients' experiences of their physical and functional capacity. *Physiotherapy Research International, 8*(4), 167-177.

Henricson, M., & Wallengren, C. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.

Hill, N.R., Fatoba, S.T., Oke, J.L., Hirst, J.A., O´Callaghan, C.A., Lasserson, D.S., & Hobbs, F.D.R. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease- A Systematic Review and Meta- Analysis. *Public Library of Science, 11*(7), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0158765

*Hong, L.I., Wang, W., Chan. E.Y., Mohamed. F., & Chen. H.C. (2017). Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing, 26,* 3664-3676. doi:10.1111/jocn.13739

Högskolan i Halmstad. (2016). *Riktlinjer för examensarbete och skriftliga uppgifter inom omvårdnad.* Halmstad: Akademin för Hälsa och Välfärd, Högskolan i Halmstad.

Högskolan i Skövde. (2017). *Vägledning i referensskrivning enligt APA manualen*. Skövde: Högskolebiblioteket i Skövde.

*Jhamb, M., McNulty, M., Ingalsbe, G., Childers, J.W., Schell, J., Conroy, M.B., Forman, D.E., Hergenroeder, A., & Dew, M.A. (2016). Knowledge, barriers and facilitators of exercise in dialysis patients: a qualitative study of patients, staff and nephrologists. *Biomedical Central Nephrology, 17*(192), 1-14. doi:10.1186/s12882-016-0399-z

Joboshi, H., & Oka, M. (2015). Effectiveness of an educational intervention (the encourage autonomous self- enrichment program) in patients with chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 67,* 51-58.

*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.

Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur AB.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 58-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Lai, A.Y., Loh, A.P.P., Mooppil, N., Krishnan, D.S.P., & Griva, K. (2012). Starting on haemodialysis: A qualitative study to explore the experience and needs of incient patients. *Psychology, Health & Medicine, 17*(6), 674-684.

Levine, M.E. (1996). The conservation principles: A retrospective. *Nursing Science Quarterly, 9* (1)*,* 38-41. doi:10.1177/089431849600900110

Levine, M.E. (1967). The four conservation principles of nursing. *Nursing Forum, 9* (1), 45-59.

Lin, C.C., Han, C.Y., & Pan, I.J. (2015). A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. *Asian Nursing Research, 9*, 35-41. doi:10.1016/j.anr.2014.10.007

*Loiselle, M.C., Michaud, C., & O'Connor, A.M. (2016). Decisional need assessment to help patients with advanced chronic kidney disease make better dialysis choices. *Nephrology Nursing Journal*, *43*(6), 463-477.

Lönnbro-Widgren, J., & Samuelsson, O. (2014). Hemodialys och annan extrakorporeal behandling. I M. Aurell & O. Samuelsson, *Njurmedicin,* (sid. 236-249). Stockholm: Liber AB

Manchikanti, L. (2008). Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management, Part I: Introduction and general considerations. *Pain Physician, 11*, 161-186.

Mårtensson, J., & Fridlund. B. (2017). Vetenskaplig kvalité i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur AB.

Nearhos, J., Eps, C.V., & Connor, J. (2013). Psychological factors associated with successful outcomes in home haemodialysis. *Nephrology, 18*, 505-509.

Norell, M., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2012). Dealing with daily emotions-supportive activities for the elderly in a municipal care setting. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being, 7*. doi:10.3402/qhw.v7i0.9510

Nygren, B., & Lundman, B. (2014). Åldrande och att vara gammal. I F. Friberg & J. Öhlén, *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*, (s. 153-177). Lund: Studentlitteratur AB.

Pejner, M.N., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2012). Trying to cope with everyday life-Emotional support in municipal elderly care setting. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being, 7.* doi:10.3402/qhw.v7i0.19613

Pham, L., & Ziegert, K. (2016). Ways of promoting health to patients with diabetes and chronic kidney disease from a nursing perspective in Vietnam: A phenomenographic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11*. doi: 10.3402/qhw.v11.30722

Rehn, H. (2013). Från läkarens assistent till omvårdnadsexpert. I J. Leksell, & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 63-80). Stockholm: Liber AB.

*Sciberras, A., & Scerri, J. (2017). Facilitators and barriers to treatment with haemodialysis among persons in mid-adulthood: an interpretative phenomenological analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(4), 695-701. doi:10.1111/scs.12381

Seeberger, A. (2015). Det uremiska syndromet. I N. Clyne & B. Rippe, (Red.), *Njursjukdom: Teori och Klinik* (s. 397-324). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 24 januari, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2014:821. *Patientlagen.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 22 september, 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

*Shahgholian, N., & Yousefi, H. (2015). Supporting hemodialysis patients: A phenomenological study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *20*, 626-633. doi:10.4103/1735-9066.164514

Simonsen, O. (2015). Självdialys eller assisterad dialys- hemma eller på institution. I N. Clyne & B. Rippe, (Red.), *Njursjukdom: Teori och Klinik* (s.401-407). Lund: Studentlitteratur AB

Strippoli, G.F.M. (2012). Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. *Clinical Journal of American of the American Society of Nephrology, 7*, 974-981. doi:10.2215/CJN.12601211

Sturesson, A., & Ziegert, K. (2014). Prepare the patient for future challenges. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being, 9*. doi: 10.3402/qhw.v9.22952

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 23 september, 2018 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningarpublikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

Svenskt Njurregister. (2017). *Årsrapport 2017*. Hämtad 24 januari, 2018, från https://www.medscinet.net/snr/rapporterdocs/Svenskt%20Njurregister%202017,%20rev%20171114.pdf

The Belmont Report. (1978). Hämtad 24 januari, 2018, från http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf

Theodoritsi, A., Aravantinou, M.E., Gravani, V., Bourtsi, E., Vasilopoulou, C., Theofilou, P., & Polikandrioti, M. (2016). Factors associated with the social support of hemodialysis patients. *Iran Journal of Public Health, 45*(10), 1261-1269.

Van Biesen, W., Van de Luijtgaarden, M.W., Brown, E.A., Michel, J.P., Van Munster, B.C., Jager, K.J., & Van der Veer, S.N. (2015). Nephrologists' perceptions regarding dialysis withdrawal and palliative care in Europe: lessons from a European Renal Best Practice survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *40*, 1951-1958. doi:10.1093/ndt/gfv284

*Vestman, C., Hasselroth, M., & Berglund, M. (2014). Freedom and confinement: Patient´s experiences of life with home haemodialysis. *Nursing Research and Practice, 2014*, 252643. doi:10.1155/2014/252643

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad,* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.

Willman, A. (2014). Hälsa och Välbefinnande. I A.K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*, (2. uppl., s. 37-51). Lund: Studentlitteratur AB.

Winterbottom, A., Bekker, H., Conner, M., & Mooney, A. (2012). Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. *Health Expectations, 17*, 710-723. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00798.x

Ziegert, K., Fridlund, B., & Lidell, E. (2007). Professional support for next of kin of patients receiving chronic haemodialysis treatment: a content analysis study of nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 353-361. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01597.x

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	PubMed	Cinahl	Academic Search Elite	PsycInfo
Hemodialys	Renal dialysis	Hemodialysis	Hemodialysis	Hemodialysis
Stöd	Support	Support	Support	Support
Patient	Patient	Patient	Patient	Patient
Peritoneal dialys	Peritoneal dialysis	Peritoneal dialysis	Peritoneal dialysis	Peritoneal dialysis
Kvalitativ forskning	Qualitative research			

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
2018-03-25	PubMed	Renal Dialysis (Majr) AND Support AND patient AND qualitative research NOT peritoneal dialysis Limits:2013-2018, engelska, adults (+19) år	54	54	7	6
2018-03-25	Cinahl	Hemodialysis (MH, Cinahl headings) AND support AND patient NOT peritoneal dialysis Limits: 2013-2018, Peer reviewed, engelska, all adult (19+).	53	53	3	1
2018-03-25	Academic Search Elite	Hemodialysis (subject: thesaurus term) explode AND support AND patient NOT peritoneal dialysis. Limits: 2013-2018, Scholarly (Peer Reviewed) Journals, Engelska.	308	156	6	3
2018-03-23	PsycInfo	Hemodialysis (thesaurus main subject) AND support AND patient NOT peritoneal dialysis. Limits: efter 2013, engelska, peer reviewed, adulthood (18 yrs and older)	31	31	0	0

Tabell 3: Artikelöversikt

Artikel 1

Referens	Al Nazly, E., Ahmad, M., Musil, C., & Nabolsi, M. (2013). Hemodialysis stressors and coping strategies among Jordanian patients on hemodialysis: A qualitative study. *Nephrology Nursing Journal*, 40 (4), 321-327.
Land **Databas**	Jordanien PubMed
Syfte	Syftet var att undersöka jordanska patienter upplevelser av att leva med hemodialys
Metod: Design	Kvalitativ Fenomenologisk
Urval	Vuxna patienter som hade genomgått hemodialys i minst sex månader erbjöds att delta. Endast patienter som visade intresse i att delta valdes ut. De första nio patienter som identifierades som aktuella för forskningen ingick i studien. Fem av dem skötte hemmet, två arbetade, en var pensionerad och en var arbetslös. Fem av patienter hade högskoleutbildning, resterande hade gymnasium som högsta utbildning. Sju deltagare var gifta, en var ensamstående och en var änkling.
Datainsamling	Intervjuer genomfördes före hemodialys. Intervjuerna ägde rum i ett enskilt rum och varade mellan 40 - 60 minuter. Intervjuerna spelades in. Datainsamlingen pågick under 15 dagar.
Dataanalys	Analysen gjordes utifrån Colaizzi's sjustegsmetod. En slutgiltig validering utfördes genom att återvända till deltagarna för att kontrollera att koderna stämde överens med deras upplevelse.
Bortfall	Inga redovisade
Slutsats	Patienter beskrev ett förändrat, begränsat liv där deras roller inte längre kunde uppfyllas. Det stöd som de fick beskrevs som inte nog. Lokal kost gick emot rekommendationer. Brist på kunskap om kost och energibrist hindrade patienter i att delta i sociala sammanhang. Sjukvårdspersonalen ansågs vara viktiga informationsbärare och information spelade en viktig roll i hur patienter uppfattade sin situation. Perspektiv av stöd upplevdes när patienter kunde bevara sin autonomi, upplevde en lättsam miljö och fick etablera en stark relation med sjuksköterskan. Familjen och religionen ansågs vara viktiga perspektiv av stöd men deras stöd framkallade även skuldkänslor. Patienter bad om hjälp endast om det gällde fysiska hinder, inte emotionella.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 95 % enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 2

Referens	Bristowe, K., Horsley, H.L., Shepherd, K., Brown, H., Carey, I., Matthews, B., & Murtagh, F.E. (2015). Thinking ahead – the need for early Advance Care Planning for people on haemodialysis: A qualitative interview study. *Palliative Medicine, 29*(5),443-450. doi:10.1177/0269216314560209
Land **Databas**	England PubMed
Syfte	Att utforska upplevelsen vilka upplevelser som patienter hade vid start av hemodialys, dess inverkan på livskvalitén samt patienters framtida vårdbehov.
Metod: Design	Kvalitativ Induktiv tematisk analysmetod
Urval	20 vuxna patienter som genomgick hemodialys med minst sex månader i behandling. Medelvärdet för antal månader i hemodialys var 25 månader. Medelålder på patienterna var 62 år.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer, intervjuerna varade mellan 13 – 86 minuter. Intervjuerna pågick samtidigt som patienten fick sin HD på en vårdenhet eller hemma.
Dataanalys	Intervjuerna analyserades med hjälp av en induktiv temaanalys i fem steg. Teman som framträdde bekräftades av en patient för att säkerställa temans relevans.
Bortfall	Inga redovisade
Slutsats	Bristande information försvårade acceptans samtidigt visade artikel samband mellan en dålig start i dialys och vägran att acceptera hemodialys som behandling. Att få tillgång till information hjälpte patienterna att nå trygghet. Information som gavs under, för patienten, olämpliga tillfällen beskrevs som svår att ta till sig av patienter, då många frågor och känslor som inte blev yttrade hopade sig. Patienter beskrev vikten av att acceptera det nya livet som sjukdomen och behandlingen innebär för att kunna leva vidare. Perspektiv av stöd beskrevs som uppbyggande av relation med sjuksköterskan då den underlättade behandlingen som annars beskrevs som ångestladdad och skrämmande. Sjuksköterskan ansågs vara stöd då hen kunde ge lättförståelig information och ansågs kompetent. Även en tillåtande miljö värderades högt. Stress ansågs försvåra tillgång till information och uppbyggande av relation. Patienter beskrev även brist på förståelse över deras situation och beskrev mötet med sjukvården som ”att vara på ett löpande band”. Anhöriga och medpatienter beskrevs vara stora källor till stöd som ingav tröst. Samvaro med andra patienter som förstod dem resulterade i möten som muntrade upp.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 93 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 3

Referens	Chiaranai, C. (2016). The lived experience of patients receiving hemodialysis treatment for end stage renal disease: A qualitative study. *The Journal of Nursing Research*, 24(2), 101-108. doi:10.1097/jnr.0000000000000100
Land **Databas**	Thailand PubMed
Syfte	Syftet var att bättre förstå det dagliga livet av thailändska patienter med kronisk njursvikt som genomgick hemodialysbehandling.
Metod: Design	Kvalitativ Fenomenologisk
Urval	26 vuxna patienter som genomgick hemodialysbehandling.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer som utfördes, februari - maj 2013. Intervjuerna ägde rum både i hemmet och i sjukhuset och varade i ca 60 - 90 min.
Dataanalys	Analysen genomfördes med tematisk analys.
Bortfall	Inga redovisade.
Slutsats	Patienter beskrev nutritionsrestriktioner som ett hinder i sina sociala sammanhang som försvårades av bristande kunskap. Tidigare roller förändrades i och med sjukdomen intåg och ingen kunde förstå hur det påverkade dem. Patienter beskrev svårigheter att kontrollera sina begär därför hellre isolerade de sig från sina vänner. Familjen fick axla mycket ansvar vilket väckte skuldkänslor hos patienter samtidigt som anhöriga var viktigaste för patienternas stöd. Stöd uppfattades även i hur patienterna blev behandlade på dialysenheten. Patienter kände sig trygga på dialysenheten bland kunnig personal som såg till deras behov. Även samhörighet med andra patienter stärkte patienternas känsla av att vara en del av ett socialt sammanhang.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 85 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 4

Referens	Hong, L.I., Wang, W., Chan. E.Y., Mohamed. F., & Chen. H.C. (2017). Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing* (26),3664-3676. doi:10.1111/jocn.13739
Land **Databas**	Singapore PubMed
Syfte	Syftet var att utforska patienters perspektiv av förelagda kost- och vätskerestriktioner vid hemodialys i Singapore.
Metod: Design	Kvalitativ Hermeneutisk fenomenologisk design
Urval	14 vuxna patienter över 21 år som genomgick hemodialys som hade genomgått minst 1 hemodialysbehandling. Båda kön och etnisk variation. Kunde kommunicera på engelska eller mandarin.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Varje intervju varade i 25 - 55 minuter. Samtliga intervjuer spelades in.
Dataanalys	Induktiv ansats användes för att identifiera, analysera och rapportera likheter vid analys av datamängden. Transkriberingen utfördes av en forskare. De inspelade intervjuerna analyserades noggrant av övriga forskare.
Bortfall	Inga redovisade.
Slutsats	Patienter uppgav att de inte förstod sjukdomen och att de saknade stöd i form av information. Sjukvårdspersonalen var betydelsefull eftersom de kunde hjälpa patienter genom att bistå dem med information men patienterna uppfattade inte alltid det som sades. Kunskap var en förutsättning för trygghet i behandling för patienterna. Vätske- och kostrestriktioner delgavs utan närmare förklaring i hur patienter kunde ersätta födan eller lindra törsten, vilket ledde till stress och oro. Saknad kunskap om kost ledde till att patienter undvek sociala sammanhang. Stöd från familjen beskrevs som avgörande för hantering av restriktioner. Likheter och skillnader i matkulturer bland deltagarna togs upp. En tillåtande miljö underlättade tiden i hemodialysbehandling.
Vetenskaplig kvalitet	Grad 1, 93 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 5

Referens	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.
Land **Databas**	Sverige PubMed
Syfte	Syftet var att beskriva förändringar i livet hos patienter som genomgick hemodialys.
Metod: Design	Kvalitativ Induktiv analys
Urval	Nio vuxna patienter som genomgått hemodialys under minst sex månader. Fem hade haft peritonealdialys tidigare.
Datainsamling	Intervjun inleddes med öppna frågor om patientens upplevelser. Intervjuerna ägde rum på sjukhuset. Intervjuerna spelades in för att därefter transkriberas noggrant.
Dataanalys	Analysen utfördes enligt Graneheims och Lundmans beskrivning.
Bortfall	Inga redovisade.
Slutsats	Hemodialysbehandling beskrevs som ett hinder i det dagliga livet och att acceptans var avgörande för att kunna se möjligheter i den nya verkligheten. Medpatienter ansågs ha betydande roll i det upplevda stödet, patienter uttryckte att de ingick i en gemenskap där medpatienter var deras familj som även bidrog till det upplevda uppmuntrande miljön. Sjuksköterskor bidrog till att patienter kände sig väl omhändertagna och trygga under hemodialysbehandlingen. Även sjuksköterskans tid och förmåga att stanna kvar värdesattes. Stöd av anhöriga var nödvändigt, uppskattat och uppmuntrade patienter att fortsätta. Patienter uppgav att det upplevda stödet skänkte tröst och trygghet men att stöd de ändå fick inte var nog. Skuldkänslor över anhörigstöd framträdde.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 83 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 6

Referens	Jhamb, M., McNulty, M., Ingalsbe, G., Childers, J.W., Schell, J., Conroy, M.B., Forman, D.E., Hergenroeder, A., & Dew, M.A. (2016). Knowledge, barriers and facilitators of exercise in dialysis patients: a qualitative study of patients, staff and nephrologists. *Biomedical Central Nephrology,* 17(192). doi:10.1186/s12882-016-0399-z
Land **Databas**	USA PubMed
Syfte	Syftet var att undersöka vilken kunskap, barriärer och motivationsfaktorer som påverkade fysisk aktivitetsnivå för patienter i dialys.
Metod: Design	Kvalitativ Grounded theory
Urval	16 vuxna patienter som genomgick och fick sin behandling på en hemodialysklinik tre gånger i veckan under minst tre månader.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer via telefon som varade 20 - 40 minuter. Samtliga intervjuer spelades in.
Dataanalys	Intervjuerna kodades av två forskare som sedan jämförde skillnader och likheter, ytterligare en person kontrollerade att fynden var trovärdiga.
Bortfall	1 patient, 6 %.
Slutsats	Intervjuerna avslöjade att majoriteten av patienter och sjukvårdspersonalen var ovetande om fördelarna som träning förde med sig. Sjukvårdspersonal ansåg, före studiestart, att patienter var alltför svaga och trötta för att orka träna. Träning stärkte patienternas yttre och inre, vilket ökade deras välmående. Den ökade energin gav chans att utföra aktiviteter som patienterna önskade. Motivation från sjukvårdspersonalen var avgörande för att patienter skulle välja att delta i olika träningsformer. Patienterna uppgav acceptans som ett led i att kunna blicka framåt. Patienter ansåg att de långa timmarna i behandling var tid som försvann utan att tillföra något därför mottogs träningsintroduktion på enheten med glädje. Patienter påpekade att stress på hemodialysenheten hindrade introduktion av möjliga träningsaktiviteter och påverkade relationen de hade med sjukvårdspersonalen.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 95 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 7

Referens	Loiselle, M.C., Michaud, C., & O'Connor, A.M. (2016). Decisional need assessment to help patients with advanced chronic kidney disease make better dialysis choices. *Nephrology Nursing Journal*, 43(6), 463-477.
Land **Databas**	Kanada Academic Search Elite
Syfte	Syftet var att beskriva behoven som patienter med njursvikt, professionella och andra som var involverade i beslutsfattande hade.
Metod: Design	Kvalitativ Ottawa Decision Support Framework (ODSF). Deduktiv ansats
Urval	Två fokusgrupper bildades, den första gruppen bestod av 17 vuxna patienter som genomgick hemodialys och precis valt dialysmetod, 10 män och sju kvinnor i åldrarna mellan 20 - 84 år. Den andra gruppen bestod av 15 professionella: fem läkare, fem sjuksköterskor, tre erfarna patienter, en socialarbetare, en assistent, en chef och ett vårdbiträde.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer enskilt samt i fokusgrupper. Frågorna utgick från ODSF mall. Intervjuer hölls vid dialysenheten, i patienters hem eller på deltagarnas arbetsplats. Varje intervju varade mellan 60 - 90 minuter. Samtliga intervjuer spelades in.
Dataanalys	Ottawa Decision Support Framework (ODSF) användes som teoretisk ram. Datainsamlingen blev analyserad utifrån en deduktiv ansats. När informanternas utsagor inte kunde kategoriseras enligt ODSF analyserades de istället med en induktiv ansats enligt Lincoln och Guba samt Skrtic et al.
Bortfall	Inga redovisade.
Slutsats	Det framkom att sjukvårdspersonal var avgörande för patienter när de skulle fatta beslut över dialysform. Patienter uppgav bristande uppföljning av sjukvårdspersonal. Även brist på information inför beslutsfattande ansåg patienter påverkade deras upplevelse av dialysbehandling. Patienter uppskattade när sjuksköterskor förklarade på ett begripligt sätt informationen som läkaren gav. Avtagande hälsa och ett dialysbehov gjorde att patienter var beroende av anhöriga för hjälp. Anhöriga beskrevs axla det största ansvaret efter patientens dialysval.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 93 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 8

Referens	Sciberras, A., & Scerri, J. (2017). Facilitators and barriers to treatment with haemodialysis among persons in mid-adulthood: an interpretative phenomenological analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4) 695-701. doi:10.1111/scs.12381
Land **Databas**	Storbritannien Cinahl
Syfte	Syftet var att utforska de upplevda hindren och möjligheterna för medelålders patienter i hemodialys
Metod: Design	Kvalitativ Fenomenologisk hermeneutisk
Urval	7 vuxna patienter som genomgick hemodialysbehandling tre gånger i veckan, varit under behandling i minst ett år och var 40-65 år, tre kvinnor och fyra män, sex av patienterna levde med partner och en var ensamstående.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer som varade mellan 40–60 min. Intervjuerna utfördes i ett enskilt rum på sjukhuset.
Dataanalys	Intervjuerna spelades in för att därefter analyseras enligt fenomenologiska riktlinjer. De inspelade intervjuerna transkriberades i flera steg.
Bortfall	Inga redovisade.
Slutsats	Det framkom att sjukvårdspersonalen sågs både som en källa till trygghet, stöd och tröst men även som ett hinder. Ett fåtal beskrev personalen som nonchalant. Stressen i enheten omöjliggjorde samtal och även tillgång till information. Stöd i att bevara patientens autonomi uttrycktes vara betydelsefullt, även när det innebar att avsluta behandlingen. Värmande ord uppmuntrade patienter att fortsätta med behandlingen även om den beskrevs som svår. Hemodialysenheten beskrevs som ett andra hem. Anhörigstöd ansågs vara det största källa till stöd av patienterna men gav även upphov till skuldkänslor.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 87 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 9

Referens	Shahgholian, N., & Yousefi, H. (2015). Supporting hemodialysis patients: A phenomenological study. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research*, 20 (5), 626-633. doi:10.4103/1735-9066.1664514
Land **Databas**	Iran Academic Search Elite
Syfte	Syftet var att undersöka begreppet stöd ur patienter som genomgår hemodialys synvinkel.
Metod: Design	Kvalitativ metod Fenomenologisk deskriptiv metod
Urval	17 vuxna patienter som genomgått hemodialys under minst tre månader, nio kvinnor och åtta män, ålder 24-83 år, sju deltagare var gifta, sju deltagare bodde antingen med sina barn eller med föräldrar och två bodde själva
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer som ägde rum på sjukhuset mellan januari - februari 2015 och varade mellan 30 - 60 min. Samtliga intervjuer spelades in.
Dataanalys	Dataanalysen gjorde med Colaizzi´s metod först för att därefter kontrolleras återigen för att säkerställa deras pålitlighet.
Bortfall	Inga redovisade.
Slutsats	Patienter uttryckte önskan om att vara självständiga. Patienter beskrev att de försökte leva som tidigare och dolde sjukdomen för andra. Familjens vård beskrevs som ett perspektiv av stöd som även framkallade känslor av skuld. Religion var en viktig faktor i patienternas liv. Självbilden förändrades och otillräcklighetskänslor uttrycktes tynga patienter. Patienter uppgav att ingen kunde förstå vad de gick igenom.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 93 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 10

Referens	Vestman, C., Hasselroth, M., & Berglund, M. (2014). Freedom and confinement: Patient´s experiences of life with home haemodialysis. *Nursing Research and Practice,* (2014). doi:10.1155/2014/252643
Land **Databas**	Sverige Academic Search Elite
Syfte	Syftet var att beskriva patientens upplevelse av att få hemhemodialys (HHD)
Metod: Design	Kvalitativ Narrativ metod
Urval	Nio vuxna patienter som hade HHD, ålder 30-70 år, olika sociala situationer.
Datainsamling	Patienter fick uppgiften att skriva ner om positiva och negativa upplevelser av att ha HHD och även att utförligt beskriva en eller två specifika situationer inklusive känslor och tankar som kommunicerades under situationen.
Dataanalys	Varje berättelse lästes noggrant av samtliga forskare. Forskarna analyserade texten för att finna olika meningsenheter och sedan gruppera till större teman.
Bortfall	Inga redovisade.
Slutsats	Stöd av sjukvårdspersonalen ingav trygghet. HHD beskrevs som befriande och tillät livet att fortsätta som tidigare. Patienter beskrev utmaningar som oberoendet kostade i form av ökad ansvar som i bästa fall ledde till ökat självförtroende och i värsta fall till rädsla över att ensamma möta komplikationer av behandlingen. Patienternas behov av att ständigt passa tider försvann när patienter startade med HHD, vilket i sin tur minskade stress. Hemmiljön förändrades när hemodialysmaskinen gjorde sitt inträde. Besök på hemodialysenheten väckte obehag och sågs som tid utan värde i sig.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I, 85 %, enligt Carlsson & Eiman (2003).

Karina Arrieta Paima och Christel
Morales Morales

HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se