Självständigt arbete, 15 hp

Patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet

En allmän litteraturöversikt

Kevin Nilsson
Konrad Sobczak

Handledare: Anna Axén
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1542
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona april 2023

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Självständigt arbete i omvårdnad
april 2023

Patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet

En allmän litteraturöversikt

Kevin Nilsson
Konrad Sobczak

Sammanfattning

Bakgrund: Kroniskt njursvikt är ett ökande folkhälsoproblem, därmed ökar även antalet patienter som utför dialys. Av 4183 patienter är det endast 1037 som utför sina dialysbehandlingar hemma. Sjuksköterskan behöver mer kunskap kring hur patienter upplever sin egenvård i samband med dialysbehandlingar. Sjuksköterskan behöver bedriva en personcentrerad vård för att dialysbehandlingar i hemmet ska få positiva resultat. Bristande kunskaper inom ämnet kan resultera i att egenvården drivs på ett icke patientsäkert sätt.
Syfte: Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet.
Metod: En allmän litteraturöversikt med induktiv ansats. Fribergs fyrstegsmodell används.
Resultat: Analysen resulterade i fyra kategorier: *Känsla av flexibilitet*, *självständighet och förmågan till egenvård*, *känslomässiga påfrestningar* samt *behov av stöd och information.*
Slutsats: Patienter har varierande upplevelser av att utföra dialysbehandlingar hemma. Sjuksköterskan ska bedriva en personcentrerad vård i samband när informationen ges samt när utbildningen erbjuds. Det främjar egenvården hos patienten samt ökar flexibiliteten. Kravet patienter har på självständighet är stort, därmed krävs det av sjuksköterskan att ha rätt kompetens och erbjuder utbildning samt information till både patienter och anhöriga för att därmed öka flexibiliteten.

Nyckelord: dialysbehandling, egenvård, hembaserad dialys, hemodialys, patienter, peritonealdialys, upplevelser

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning 3

Inledning 4

Bakgrund 5

- Dialysbehandling 5
- Dialys i hemmet 6
- Sjuksköterskans ansvar 7
- Personcentrerad omvårdnad 8
- Teoretisk referensram 9
- Problemformulering 10

Syfte 11

Metod 11

- Design 11
- Urval 12
- Datainsamling 12
  - *Cinahl* *12*
  - *PubMed* *13*
- Kvalitetsgranskning 13
- Dataanalys 14
- Forskningsetiska överväganden 15

Resultat 16

- En känsla av flexibilitet 16
- Självständighet och förmågan till egenvård 17
- Känslomässiga påfrestningar 18
- Behov av stöd och information 18

Diskussion 20

- Metoddiskussion 20
- Resultatdiskussion 24
- Slutsatser 28
- Kliniska implikationer 29
- Fortsatt forskning 29

Självständighet 30

Referenser 31

Bilaga 1 Databassökningar 36

Bilaga 2 Granskningsprotokoll 39

Bilaga 3 Artikelöversikt 40

Bilaga 4 Resultatfördelning 44

Inledning

Kronisk njursjukdom är ett folkhälsoproblem som ökar världen över (Walker et al., 2015). Tillståndet innebär stora förändringar i livet och kräver oftast avancerad sjukvård. Vid njursjukdom klarar kroppen inte av att rena blodet självständigt, vilket gör att patienten kan behöva dialysbehandling. Dialys är en behandling som syftar till att lindra, förebygga följdsjukdomar och verka livsuppehållande. Dialys utförs tre till fyra gånger i veckan, på sjukhus eller i hemmet (Dreja & Jönsson, 2022). De vanligaste dialysbehandlingarna som utförs i hemmet är peritonealdialys och hemodialys (Andreoli & Totoli, 2020; Basile et al., 2020). Antalet personer i Sverige år 2021 som hade någon form av dialysbehandling var 4183, varav 1037 utförde dialys i hemmet (Svenskt Njurregister, 2022). Sjuksköterskan möter patienter som utför dialys i klinisk praxis både på sjukhus och i hemmet. Dialys i hemmet är komplext och kräver ordentlig utbildning, sjuksköterskan behöver förståelse för dialysen och hur patienterna upplever situationen. Övergripande är sjuksköterskans roll i samband med dialysbehandlingen i hemmet att främja patientens egenvård genom utbildning och träning. Patienten ska kunna utföra dialysen självständigt hemma med hjälp av sjuksköterskan och anhöriga (Rajkomar et al., 2014; Sadala et al., 2010; Thomas-Hawkins et al., 2022). Att förbättra sjukdomshanteringen och att öka patienters delaktighet genom att stödja patientens egenvård är ett mål inom njursjukvården (Svenskt Njurregister, 2022). Sjuksköterskan har ett stort ansvar att identifiera och förbereda patienten för eventuella komplikationer (Walz, 2022). Det finns sparsamt med forskning angående patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet. Att öka förståelsen för patienters upplevelser av dialys i hemmet kan förbättra behandlingsupplevelsen genom ökad kunskap och teknik. Vilket vidare kan öka kvaliteten och säkerheten i behandlingen (Rajkomar et al., 2014). För att sjuksköterskan ska kunna ge personcentrerad och säker omvårdnad, behöver sjuksköterskan kunskap om patienters upplevelser. Genom goda kunskaper om patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet kan sjuksköterskan även identifiera patientens egenvårdskapacitet. Vilket kan öka patienters förmåga till egenvård genom en god personcentrerad omvårdnad. Genom denna allmänna litteraturöversikt kan en djupare förståelse samt mer kunskap kring ämnet inhämtas.

Bakgrund

Dialysbehandling

Antalet patienter som behöver dialys fortsätter öka över hela världen. Kronisk njursjukdom är ett växande folkhälsoproblem som drabbar cirka tio till femton procent av den vuxna befolkningen. Internationellt ökar antalet patienter som utför dialys med cirka sju procent på ett år (Walker et al., 2015). Behandlingsformen används främst vid njursvikt då njurfunktionen försämrats så pass mycket att de inte klarar av att filtrera blodet självständigt. Dialysbehandling rengör blodet från slaggprodukter och toxiska ämnen som lagras i kroppen. Dialys avlägsnar också överskottsvatten, vätska som samlas i kroppen kan skapa ödem vilket påverkar kärl och hjärtat (Madhukar, 2021). De mest förekommande dialysbehandlingarna som görs i hemmet är peritonealdialys och hemodialys. Internationella riktlinjer rekommenderar att lämpade patienter erbjuds val av dialysbehandling (Walker et al., 2015).

Cirka 20 till 25 procent av alla patienter i Sverige som utför dialys behandlas med peritonealdialys. Behandlingen peritonealdialys kallas också bukdialys som antingen utförs på egen hand av patienten eller assisterat av en sjuksköterska (Svenskt Njurregister 2022). Vid peritonealdialys används dialysvätskan som leds in i bukhålan och där kommer i kontakt med bukhinnan, denna vätska rengör blodet via diffusion som sker i kroppen. Dialysvätskan är vanligt vis glukos, den töms genom att koppla in plastpåsar till en inopererad kateter som är på magen och ersätter den gamla vätskan med nytt. Vid hemodialys rengörs blodet extrakorporealt. För att detta ska vara möjligt så behöver patienten ha en kärlaccess, oftast en Arterio-Venös fistel. En nål penetrerar fisteln och sen kopplas slangar in till den. Blodet förs hädanefter till en maskin och vidare till en dialysator, som fungerar som en konstgjord njure. Där filtreras blodet från slaggprodukter som sedan återvänder till kroppen via kärlaccessen. Hur ofta och hur länge behandlingen utförs beror på patientens tillstånd, oftast utförs behandlingen fyra eller fem timmar, tre gånger i veckan (Andreoli & Totoli, 2020; Basile et al., 2020; Vårdhandboken, 2021).

Hem hemodialys kan utföras på egen hand av patienten eller med hjälp av en sjuksköterska i hemmet. Till skillnad från hemodialys som utförs på sjukhus skapar hem hemodialys möjlighet till en mer frekvent behandling, med fler behandlingstimmar. Hem hemodialys

utförs vanligtvis tre gånger i veckan fyra till fem timmar per behandling. Undersökningar visar att den ökade behandlingsfrekvensen är likartat en njurtransplantation. Vid ökat antal behandlingar får patienten bättre kontroll på kroppens vätskeansamlingar och den samlade mängden slaggprodukter i kroppen minskar. Jämfört med hemodialys på sjukhus är hem hemodialys associerat med lägre dödlighet och bättre livskvalitet (Walker et al., 2022).

Dialys i hemmet

Att övergå till dialys i hemmet kräver förberedelser och planering. För att säkerställa att behandlingen går att utföra säkert bör det göras en tidig utvärdering av patienternas egna hem och miljö samt sociala förhållanden (Hussein et al., 2021). Hemmet interageras med sjukvård och ska organiseras med dialysmaskin samt tillbehör. Det ska finnas fysisk plats och hemmiljön behöver anpassas med den högteknologiska utrustningen (Seshasai et al., 2019). Hemmet är något alla människor kan relatera till, för samtliga finns det en plats som kallas hemma. Det kan handla om en ort, fysisk plats eller också vara ett sammanhang eller en känsla. Trots att hemmet är så uppenbart betydande för människors tillvaro är det sparsamt beforskat inom vårdvetenskapen. I samband med att vården har flyttats ut mer till hemmet har betydelsen för forskning om hemmets innebörd ökat i samma takt. Begreppet hem står för mer än en bostad, hemmet är motpolen till offentlighet, det är en skyddad reträtt som bringar en inre trygghet och skydd från omvärlden. Hemmet utgör en värld av självbestämmande och integritet, den privata sfären. Då vården sker i hemmet, i en bekant omgivning bevaras integriteten och självkänslan ökar. Samtidigt kan den bekanta hemmiljön utgöra ett stöd för upprätthållandet av dagliga aktiviteter (Hilli, 2017). Känslan av hemmet byggs av en kärna av sinnesintryck, där minne och erfarenheter integreras och skapar en upplevelse av känslan hem. Hemmet och förmågan till att känna igen känslan av hemmet kan kopplas till det intellektuella inom oss. Att uppfatta hemmet är ett fenomen som är en komplex sammanflätning av känslor, minne och kognition (Rabinowitz, 2015).

Människors upplevelser är väldigt individuella, definitionen av upplevelse skiljer sig mellan olika personer på grund av att varje människa är unik. Individen själv bedöms vara expert på sina egna upplevelser. Hur en person upplever sin kropp i den aktuella situationen kan skilja sig helt från hur en annan person upplever det i samma situation. Vid sjukdom innebär det inte enbart att personen upplever underfunktion av kroppen, utan kan även upplevas som ett

hinder i livet (Flensner, 2019). Att leva med kronisk sjukdom handlar om att hantera förändringar i livet, det är därför viktigt med en plats för trygghet. Att känna sig trygg och ha anknytning till en plats kan öka välbefinnandet, menar Årestedt et al. (2016). Människor utformar sin identitet genom platser från barndomen, dessa platser blir inflytelserika vidare under livet. Platser som är bekanta bidrar till välbefinnande och människor behöver dela dessa platser med varandra och utveckla gemensam trygghet. Hemmet skapar en plats för trivsel vilket innebär möjlighet till reflektion och omtanke. Rutiner och planering för att hantera vardagen och behandlingen kan skapas i hemmet. Om en person i ett sjukdomstillstånd är beroende av vård i hemmet är det värdefullt med en hemmakänsla. Platsen som kallas hem beskrivs vara kopplad till en känsla av andrum, förknippat med att ge ny energi åt sig själv samt familj. Minnen från en plats kan utgöra grunden för välbefinnande. Förhållandet mellan hemmet, välbefinnande och omsorg är viktigt för samtliga involverade i vården (Årestedt et al., 2016). Patientens motivation är en avgörande faktor för att hem hemomodialys ska vara lyckad. För att främja motivationen hos patienten bör en direkt patientutbildning implementeras och eventuell tid för rådgivning och frågor ska erbjudas. Sjuksköterskor på kliniker eller sjukhus erbjuder utbildningsprogram som informerar patienten om vilka behandlingar som finns och möjligheten att genomgå behandlingen i hemmet (Bieber & Young 2021).

Sjuksköterskans ansvar

Dialys i hemmet är komplext och kräver ordentlig utbildning som involverar både patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan möter patienter som utför dialys i klinisk praxis både på sjukhus och i hemmet. Sjuksköterskans roll i samband med dialys är maskinhantering, undervisning, besvara på patientrelaterade frågor, vägledning samt omvårdnad. För att gynna positiva resultat av träningen och utförandet av dialysbehandlingar, ska patientens närstående inkluderas (Rajkomar et al., 2014; Sadala et al., 2010; Thomas-Hawkins et al., 2022). Med sjuksköterskans hjälp ska patienten smidigt övergå från dialys på sjukhus till dialys i hemmet. Sjuksköterskan ska erbjuda träning samt utbildning mot bakgrund av att patienten ska kunna utföra behandlingen självständigt och på ett patientsäkert sätt. Att förutse och förbereda patienten för eventuella komplikationer är en viktig uppgift för sjuksköterskan. För att kunna göra det behövs rätt kompetens och information (Walz, 2022). För att kunna utföra dialys behöver patienten utbildas i hur behandlingen ska genomföras. Sjuksköterskan ansvarar för

att främja egenvården hos patienten genom delaktighet, träning samt utbildning för att kunna utföra dialys. Sjuksköterskan ska även behärska kommunikationsfärdigheter för att kunna diskutera om känsliga ämnen med patienten. Organisations- och ledarskapsegenskaper är färdigheter som sjuksköterskan ska behärska i samband med utbildning samt genomförande av behandlingarna. Sjuksköterskan ska bistå med information, lära ut och se till att patienten förstår den information eller kunskapen som förmedlas. Patienten ska sedan få möjligheten att diskutera, reflektera och analysera den erhållna informationen eller faktan för att sedan omvandla det till kunskap. Att rekommendera böcker, tidskrifter, forskningar eller möjliggöra träff med likasinnade kan bidra till ökad kunskap hos patienten. Sjuksköterskan ska se till att informationen har blivit till kunskap och ge utrymme för eventuella frågor och diskussioner (Thomas-Hawkins et al, 2022; Tingström, 2019).

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad kännetecknas av att vården ska genomföras med patienten i centrum. Vårdaren ska skapa en relation med patienten och närstående för att kunna skapa sig en bild av vem patienten är. Relationen mellan personen och sjuksköterskan är en förutsättning för att kunna skapa delaktighet. Patienten samt närstående ska delta i omvårdnadsplanen och genomförandet. Det är patienten som är i centrum och inte sjukdomen eller skadan. Dessutom ska omvårdnaden drivas genom patientens upplevelser. Kommunikationen är central och sjuksköterskan ska informera patienten på ett sådant sätt som patienten förstår och får rum att diskutera informationen (McCance & McCormack 2019). Patientupplevelsen definieras inte av ett möte utan ett flertal, från och med första vårdkontakten till utskrivningen. Upplevelsen kan variera, den kan vara emotionell samt rationell. Inom vården handskas sjuksköterskan med patientupplevelser som förförståelse och verkligheten som patienten tidigare mött i vårdmötet. Upplevelsen påverkas utifrån vilka förväntningar patienten har och om de möts. Förväntningar inför första vårdkontakten och till att patienten skrivs ut och upplevs frisk. Information, kommunikation, delaktighet i genomförandet och främjandet av egenvårdsstöd påverkar patientens upplevelse av vården. Patientens upplevelse kan både vara positiva och negativa i olika stadier av vårdkontakten (Wolf et al., 2014). Målet med den personcentrerade vården är ett meningsfullt liv för personen. Det är viktigt att ha en tydlig bild av vad patienter verkligen värdesätter med sina liv. Personcentread vård innebär att minimera fokus på sjukrollen och istället synliggöra

individen. Den huvudsakliga innebörden av begreppet är att erkänna individen i ett medicinskt sammanhang (Håkansson Eklund et al., 2018). Något som kännetecknar begreppet patient är att det är en roll. Det går att byta ut, medan en person är i sig exceptionell. Patient och person skiljer sig från varandra. Forsberg (2016) menar att patienten bemöts genom sina diagnoser medan en person har en bakgrund och en levnadsberättelse. Vidare menar Forsberg (2016) att något som speglar begreppet patient är att patienten kan inom vården identifieras utifrån sin sjukdom. Patienten till skillnad från personen har sin egen identitet samt egna upplevda erfarenheter.

Dialys i hemmet utförs självständigt utav patienten eller tillsammans med närståendes hjälp. Patienten och närstående behöver information om hur behandlingarna ska utföras. Informationen ska förmedlas på ett sätt som gör att patienten och närstående förstår och informationen ska formas efter patientens tillstånd och upplevelser. Genom att sjuksköterskan skapar en relation med patienten eller närstående främjas patientens delaktighet, sjuksköterskan får en förståelse kring patientens upplevelse och forma informationen därefter. Genom gemensam planering och genomförande kan patienten självständigt utföra dialysbehandlingarna i hemmet utan sjuksköterskans handledning. När detta sker så flyttas fokuset från patientens sjukdom till patientens upplevda hälsa och behov. Sjuksköterskan behöver kunskap om patientens upplevelser, utan den kunskapen och förståelsen kan inte personcentrerad omvårdnad utföras.

Teoretisk referensram

Dorothea Orems omvårdnadsteori grundar sig i autonomi och handlar om att en person ska uppnå välbefinnande genom egenvård. Teorin bygger på en individs färdighet att kunna ta autonomiska ställningstagande samt att ta ansvar och tillgodose de behov som krävs. Om personen inte har kapacitet att ta hand om sig själv så kan sjuksköterskan stödja och motivera personen att få tillbaka sin egenvårdsförmåga. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten utföra det han eller hon vanligtvis klarar av att göra eller att lära sig själv. Orems grundfilosofi är att personer i allmänhet har både den förmåga och motivation som krävs för att självständigt ansvara för sin egenvård eller att utföra åtgärder som motverkar sjukdom (Orem, 2001). Hälsan associeras med egenvårdsbalans. En individ har kompetens samt

kraften för att gemensamt med andra eller självständigt möta egenvårdskrav som en individ möter i olika skeden i livet. Hälsan förändras genom livet och hälsan är en individs integritet, den som influeras av hur individen värnar om sin hälsa. Egenvård är viktigt för att kunna förbättra hälsan samt för att förebygga och motverka sjukdom (Wiklund Gustin, 2012). Sjukdomar och skador påverkar personens egenvårdskapacitet och kunskapen som sjuksköterskan behöver. När en individ inte kan tillgodose sina behov då kapaciteten av egenvård blir begränsad så uppstår det egenvårdsbrist. Fyra konsensusbegrepp är kopplade till Orems omvårdnadsteori om egenvårdsbalans, *den kapabla människan*, *världen en förutsättning för människans tillvaro*, *hälsa som integritet* samt *att främja individens egenvårdsförmåga* (Wiklund Gustin 2012).

Orems egenvårdsteori grundar sig i att stötta personens egen förmåga genom kunskap och motivation (Orem, 2001). Vilket kan relatera till personer som utför dialys självständigt i hemmet och behöver förutsättningarna för att klara av detta. Dorothea Orems omvårdnadsteori om egenvårdsbalans kan kopplas till dialys i hemmet då det innebär ett stort ansvar av personen själv att kunna utföra behandlingen i hemmet. Omvårdnadsteorin användes i studien med syfte att belysa patienters upplevelser av egenvård i form av att utföra dialys i hemmet. Personen har ett egenansvar över sin egenvård och sjuksköterskan kan stärka personens egenvård genom kunskap och motivation.

Problemformulering

Utav 4183 personer som erhåller någon form av dialysbehandling är det enbart 1037 som utför sina behandlingar i hemmet (Svenskt njurregister, 2022). Patienten kan få ökad frihet genom att utföra sin dialys i hemmet, detta kan utföras självständigt eller tillsammans med närstående eller andra individer (Njurförbundet, 2022). Patienter som erhåller dialys i hemmet är i allmänhet friskare och självständigare. Patienten har fortfarande ett stort ansvar gällande dialysbehandlingen, vilket medför att god disciplin samt följsamhet krävs. Patienten behöver skydda sig från att skadas, patienten behöver implementera strikta kvalitets- och säkerhetsåtgärder (Madhukar, 2021). Det finns sparsamt med forskning angående patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet. Att öka förståelsen för patienters upplevelser av dialys i hemmet kan förbättra behandlingsupplevelsen genom ökad kunskap och teknik. Vilket vidare kan öka kvaliteten och säkerheten och uppmuntra fler patienter till att övergå

till dialys i hemmet (Rajkomar et al., 2014). Det rekommenderas att utföra dialyser mer frekvent, vilket är möjligt om behandlingen genomförs hemma (Svenskt Njurregister, 2022).

Sjuksköterskan har en viktig roll att förse patienten med kunskap och verktyg för att stärka patientens egen förmåga till att utföra dialys i hemmet. Ett personcentrerat förhållningssätt kan leda till ett bättre samarbete mellan patient och sjuksköterska samt bidra till att stärka möjligheterna för patienten att klara av dialys i hemmet. Genom att skapa en mellanmänsklig relation med patienten kan sjuksköterskan och patienten uppnå en ökad förståelse för varandra. Att förstå patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet är viktigt för att sjuksköterskan ska få en större förståelse samt kunna ge en så god omvårdnad och så bra förutsättningar som möjligt. För att uppnå en god personcentrerad omvårdnad behöver sjuksköterskan kunskap om patientens upplevelser av att utföra dialys i hemmet. Vidare kan föreliggande studie bidra till hur grundutbildade sjuksköterskor kan öka välbefinnandet hos patienter med dialys i hemmet.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet.

Metod

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturöversikt med induktiv ansats. Enligt Rosén (2017) innebär en litteraturöversikt en beskrivning och sammanställning för att identifiera tidigare forskning inom valt problemområde. Litteraturen som användes i föreliggande studie var artiklar aktuella för det valda syftet. Friberg (2017b) skriver att en kvalitativ design används för att studera individuella upplevelser. Bland annat utgår den kvalitativa forskningen från individens tolkning av upplevelser. Forskning med kvalitativ design syftar till att öka förståelsen för ett fenomen (Friberg, 2017b).

Urval

Enligt Östlundh (2017) väljs litteratur ut som är i enlighet med det valda syftet. För att ringa in dataurval som är i enlighet med det valda syftet används inklusionskriterier och exklusionskriterier (Östlundh, 2017). Föreliggande studie inkluderade artiklar med kvalitativ design som belyste patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet. Avgränsningarna som gjordes var att artiklarna skulle vara peer-reviewed, publicerade i vetenskaplig tidskrift och skrivna på engelska. För att säkerställa relevans för innehåll och tid avgränsades artiklar till att inte vara publicerade innan år 2013. Inklusionskriterierna var att deltagarna i artiklarna var över 18 år och utförde hemodialys eller peritonealdialys i hemmet. Samtliga inkluderade artiklar skulle innehålla ett etiskt övervägande. Exklusionskriterierna för studien var artiklar som belyste patienters upplevelser av dialys på sjukhus.

Datainsamling

Två databaser kopplade till hälso-och sjukvård användes för att söka efter data som svarade på det valda syftet till föreliggande studie. För att hitta vetenskapliga artiklar genomfördes sökningar i databaserna CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) och PubMed. De valda databaserna är båda inriktade på medicinsk-och omvårdnadsforskning (Karlsson, 2017).

Cinahl

Ämnesord så kallade MeSH-termer (Medical Subject Headings) hittades med hjälp av uppslagsverket Svensk MeSH. Ämnesord i Cinahl söktes fram via Cinahl subject headings. I Cinahl användes följande ämnesord från Cinahl subject headings (MH) "*Home dialysis", Home, Patient** och *Experience.* För att nå relevanta artiklar kombinerades sökorden med booleska termerna AND och OR. Karlsson (2017) menar att de booleska termerna AND, OR, NOT är användbara för att söka på mer än ett ord. Termen AND användes för att avgränsa och göra sökningen specifik. OR användes för att expandera sökningen. Användningen av termen NOT uteslöts eftersom relevanta artiklar kan missas. Sökningen i Cinahl gav 227 träffar, samtliga titlar och 45 Abstracts lästes (Se bilaga 1). Sju artiklar lästes i fulltext och samtliga gick sedan vidare till kvalitetsgranskningen.

PubMed

Söktermerna [MeSH-terms] som användes i PubMed var *Home dialysis, Home, Patient* och *Experience* (se bilaga 1). Sökorden kombinerades med fritextord för att avgränsa sökningen ytterligare och för att nå ett urval förenat med syftet. Författarna delade in sökningarna i olika block. Till sökorden användes trunkering för att få med olika böjelser av orden. När samtliga block var klara, användes de booleska termerna: AND eller OR för att styra sökningen. Sökningen gav 215 träffar, 63 abstract lästes. Utav 63 artiklar valdes tio ut för att läsas i fulltext. Tre artiklar hittades under datainsamlingen och gick vidare till kvalitetsgranskningen. I sökningen hittades två dubbletter.

Kvalitetsgranskning

Totalt tio artiklar gick vidare från datainsamlingen, sju från Cinahl och tre från PubMed. De tio artiklarna granskades med stöd av en granskningsmall framtagen för studier med kvalitativ design av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har som uppdrag från regeringen att de medicinska metoderna som implementeras inom hälso- och sjukvården ska kritiskt granskas (Willman, 2011). Studier ska kvalitetsgranskas när ett visst antal artiklar har hittats. SBU erbjuder en mall för att kunna kvalitetsgranska kvalitativa artiklar för att göra det möjligt för att kunna bedöma helheten av studiens kvalitet. I mallen presenteras praktiska exempel. Mallen heter Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ design. Mallen som presenteras av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2022) (Se bilaga 2). Mallen innefattar varierande frågor för att kunna avgöra kvaliteten på artiklarna. Ett poängsystem implementerades för att kunna avgöra vilka studier som är av hög kvalitet. Ja på en fråga gav ett poäng och nej eller oklart får noll poäng. Om en artikel får tio till tretton poäng så utses den som artikel av hög kvalitet, sex till nio utses som medelhög. Noll till åtta poäng anses studien ha låg kvalitet. Tio artiklar valdes ut till kvalitetsgranskning, däremot bedömdes två artiklar ha låg kvalitet utifrån poängsystemet. De två artiklarna saknade etisk granskning och urvalet fokuserade främst på sjuksköterskors eller läkarnas perspektiv på dialysbehandlingen. Artiklarnas kvalitet granskades utförligt vilket resulterade i att åtta artiklar gick vidare till dataanalysen (Se bilaga 3).

Dataanalys

Analysen av artiklar med kvalitativ design följde Fribergs analysmetod. Det är en fyrstegsmodell som bygger på att bryta ned helheten till mindre delar och vidare sammanfoga delar med betydelse för valt syfte till en ny helhet. Friberg (2022) beskriver ett antal analyssteg som används under analysprocessen. Första steget i analysmetoden är att läsa valda artiklar upprepade gånger för att skaffa en uppfattning om innehållet. I detta steg sammanfattas valda artiklar, texten som sammanfattas ska vara relevant för det valda syftet. Sammanfattningen av artiklar är ett stödjande moment i analysprocessen. Det kan ses som en validering att sammanfatta artiklarna, för att säkerställa att väsentliga data har fångats upp. Andra steget är att dokumentera en översiktstabell för att skapa struktur och överskådlighet. I tabellen förs artiklars aspekter i relation till valt problemområde in, som skapar en god överskådlighet för analysen. Tredje steget i analysmetoden är att söka efter artiklarnas likheter och skillnader. Här identifieras likheter och skillnader i artiklarnas syfte, metod, analys och slutligen deras resultat. Resultatinnehållets likheter och skillnader mellan artiklarna är där huvudvikten läggs. I fjärde steget görs det en sammanställning av analyserad data. Det innebär att sortera materialet utifrån gemensamma nämnare under rubriker. Detta bildar övergripande teman eller kategorier (Friberg, 2022).

Fribergs metod för att analysera artiklar med kvalitativ design användes eftersom föreliggande studies syfte var att beskriva upplevelser. Metoden ansågs lämplig på grund av den kvalitativa ansatsen. Föreliggande studie analyserades efter de fyra stegen i Fribergs modell. Först lästes de utvalda artiklarna i sin helhet, artiklarna lästes igenom ett flertal gånger för att skapa förståelse för innehållet. Därefter gjordes sammanfattningar av artiklarna enskilt för validering av insamlat material. Sedan dokumenterades artiklarnas aspekter in i en artikelöversikt för struktur (Se bilaga 3). Vidare markerades meningsenheter från artiklarnas resultat som svarade på föreliggande studies syfte. Skillnader och likheter söktes och identifierades i artiklarnas resultat (Se bilaga 4). Meningsenheterna och nyckelord identifierades enskilt. Det markerade materialet jämfördes sedan för att gemensamt besluta om relevanta meningsenheter. Sedan gjordes en sammanställning som möjliggjorde en överblick på insamlat material. Materialet översattes från engelska till svenska för tydlighet,

sedan kondenserades texten för att bli mer lätthanterlig samt för att behålla relevant information. Det gemensamt utvalda kondenserade delarna bevarades textnära. Utifrån de kondenserade meningsenheterna abstraherades teman/koder relevanta till syftet som gemensamt diskuterades fram.

Forskningsetiska överväganden

Skälet till forskningsetik enligt Sandman och Kjellström (2018) är att överväga alla delar som berör uppsatsen eller forskningsprojektet samt vilka tillgängliga etiska perspektiv som finns. Ett etiskt reflekterande förhållningssätt bör implementeras genom hela projektet. Att göra gott, inte skada, respekt för personer samt rättvisa är grunden för forskningsetiken, utöver det så handlar det även om hur metodologiskt projektet är upplagt av den som genomför studien eller forskningsarbetet och vad anledningen till att den genomförs. Ett projekt ska få ett etiskt tillstånd innan studien startar, detta är lagstadgat i Sverige inom lagligt reglerande etikprövningssystem för att se till att forskningsetikens grunder följs. Helsingforsdeklarationen syftar till att varje studie behöver prövas innan den kan genomföras, och ifall välmående samt intressen hos studiedeltagarnas bevaras i samband med att ny kunskap tas fram. Det är en forskningsetisk kod som togs fram 1964 och beskrivs enligt Sandman och Kjellström (2018) som den mest tongivande forskningsetiska koden, som har sin bakgrund i World Medical Association. En individ som har ett neutralt ställningstagande ska granska studien och ge godkännande innan studien kan genomföras. Sandman och Kjellström (2018) beskriver en annan etisk plattform som den som utför studier ska känna till, det är Belmontrapporten som grundar sig i tre grundläggande etiska principer. När en forskning ska genomföras ska de etiska principerna följas, de är att ha respekt för personen och personens autonomi, göra gott principen och slutligen rättviseprincipen. Den etiska koden CIOMS – Council for international organizations of medical sciences implementerar de etiska principerna. CIOMS viktiga faktor är individen som genomför studien i ett utvecklingsland måste ha i tanke att värna om svaga och utsatta grupper.

Föreliggande studie förhöll sig till etiska principer vilket diskuterades mellan författarna. För att säkerställa ett tillvägagångssätt med goda forskningsetiska grunder utfördes studien i enlighet med Helsingforsdeklarationen. Datainsamlingen hanterades med respekt för deltagarna i artiklarna. För att upprätthålla ett etiskt förhållningsätt tog författarna ställning

till icke skada principen och att deltagarnas integritet bevarades. Urvalet artiklar som användes i studien skulle innehålla ett etiskt övervägande. Författarna följde artiklarnas etiska grunder, för att inte äventyra redan tillämpade etiska principer. Författarna till föreliggande studie tog hänsyn till bland annat godhetsprincipen, då utgångspunkten var att stärka omvårdnaden. Ett samtycke från deltagarna fanns med i artiklarna. Innehållet i artiklarna har återgivits sanningsenligt och textnära för att inte förvränga studiernas resultat. Författarna strävade efter en neutralitet för att upprätthålla en god forskningsetik.

Resultat

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet. Fyra kategorier har identifierats under dataanalysen; *känsla av flexibilitet, självständighet och förmågan till egenvård, känslomässiga påfrestningar* samt *behov av stöd och information.* Resultatet besvaras genom åtta vetenskapliga artiklar. Fyra från Storbritannien, en från Kanada, en från Finland, en från Taiwan samt en från Singapore.

Känsla av flexibilitet

Patienterna upplevde att det var flexibelt att utföra dialys i hemmet. Ansvaret av att utföra dialysen i hemmet förknippades med frihet och oberoende. Den ökade flexibiliteten kunde kopplas till att inte behöva lägga ner tid att åka till och från sjukhuset och kunna anpassa dagen. Patienterna upplevde att nackdelarna med dialysbehandlingen i hemmet vägdes upp med fördelar som flexibilitet och oberoende. (Ang et al., 2022; Antoun et al., 2022; Ho et al., 2022; Xi et al., 2013). Det upplevdes inte vara ett hinder med dialysbehandling i hemmet, friheten och möjligheten fanns att utföra dagliga aktiviteter trots den krävande behandlingen (Ang et al., 2022; Antoun et al., 2022; Blandford et al., 2015; Ho et al., 2022; Majeed-Ariss et al., 2017). Patienterna beskrev också att deras dialysbehandling i hemmet inte påverkade arbetstiderna och de behövde inte vänta på specifika behandlingstider. Det gav en känsla av ökad flexibilitet. Deltagarna upplevde att möjligheten till frekventare dialysbehandlingar skapade en frihetskänsla (Ang et al., 2022; Ho et al., 2022). En majoritet av deltagarna upplevde sig flexibla i sin behandlingsform och att flertalet till och med åkte på semester. Deltagare i studien beskrev friheten genom att anpassa hemmiljön, samtidigt som

dialysbehandlingen pågick kunde deltagaren kolla på tv, laga mat och tömma diskmaskinen (Baillie & Lankshear, 2015).

Självständighet och förmågan till egenvård

Patienterna upplevde självständighet av att inte behöva anpassa sig efter ett bestämt schema. De hade kontroll över sin behandling och jämförde det med en viss form av oberoende. Det framgick att patienter upplevde att de ville ha kontroll över sina behandlingar och inte behövde förlita sig på andra. Vidare menade patienterna att det blev en rutin att utföra dialys självständigt (Blandford et al., 2015). Patienterna beskrev att de ville vara självständiga. De upplevde ökad självständighet när de utförde dialys utan någon hjälp. Upplevelsen av självständighet handlade även om att kunna hantera nödsituationer på egen hand. Patienterna beskrev ett ökat självförtroende gällande att ta itu med problem självständigt. Vidare förklarade patienterna att det kan vara olika från person till person. Patienterna beskrev att det behövdes trygghet i sig själv för att klara av dialysbehandlingar hemma självständigt. I stället för en känsla av otillräcklighet skapades det en känsla av självständighet genom att vara tvungen att utföra dialysen i hemmet (Antoun et al., 2022; Majeed-Ariss et al., 2017). Patienterna beskrev en ökad känsla av självständighet och kontroll över sin behandling. Främst genom förmågan att kunna ta hand om sig själv hemma utan ökat beroende av sjuksköterskor och vårdpersonal. Att ha kontroll över dialysen själv beskrevs som en befriande känsla. Detta synliggjordes genom att patienterna fick ett eget ansvar och upplevde större motivation till att utföra egenvård. Patienterna beskrev att de måste genomgå dialysbehandlingen, däremot upplevdes fri makt över vilka dagar behandlingen skulle utföras på. För att behärska egenvården uppfattades disciplin och eget engagemang som stora faktorer vid dialys i hemmet (Ang et al., 2022; Antoun et al., 2022; Blandford et al., 2015; Xi et al., 2013). Patienter upplevde att säkerheten av dialysbehandlingen främjades med självhanteringen av dialys. Patienternas egenförmåga till självhantering av dialys var relaterad till kunskap, erfarenheter och färdigheter av egenvård vilket ansågs främja deras upplevelse av säkerhet. Patienterna designade och anpassade sin behandling så att hanteringen kunde ske mer självständigt (Blandford et al., 2015; Virtanen et al., 2019).

Känslomässiga påfrestningar

Patienterna beskrev upplevelser av oro och rädsla, detta kunde kopplas till begränsningarna som patienterna mötte. Patienterna upplevde en oro relaterad till den ökade risken för infektioner. De upplevde svårigheter att hantera, identifiera och förebygga infektioner. Med erfarenhet berättade deltagarna att de kände sig osäkra och upplevde skuldkänslor när de drabbats av infektion (Antoun et al., 2022; Baillie & Lankshear, 2015; Blandford et al., 2015; Ho et al., 2022; Majeed-Ariss et al., 2017). Det upplevdes även oro angående närstående som hindrar patienten från att utföra dialys hemma. Att hantera familjemedlemmars oro upplevdes som stressande och hade en negativ påverkan på patienternas välmående (Blandford et al., 2015; Ho et al., 2022). Det fanns en stress och rädsla över maskinerna och om något skulle gå fel. Patienterna upplevde oron av att vara ensamma hemma och avsaknaden av hjälp om det skulle hända något. Att vara själv att förstå sig på maskinerna var också en orosfaktor som beskrevs av flertalet patienter, samtidigt som nålarna som behöver kopplas till armen gjorde en immobiliserad. Patienterna upplevde mindre frihet än vad de hade hoppats på med dialys. Patienterna upplevde det stressigt att utföra dialys på obekväma tider. Patienterna beskrev en negativ upplevelse av frihet med dialys genom att konstant behöva oroa sig över att utföra dialysen. Inte kunna exempelvis äta med kollegor från jobbet, att tiden inte räckte till och att behandlingen inte var bekväm. Detta kunde kopplas till deras tidigare förförståelse av behandlingen och att det inte blev som de hade hoppats (Ho et al., 2022). Det fanns också en oro för att misslyckas i självhantering av till exempel nålstick. Oväntade larm och funktionen på dialysmaskinen skapade en rädsla hos flertalet patienter särskilt på natten. Patienterna upplevde också en rädsla för yttre faktorer som åskväder och strömavbrott. Oförutsedda komplikationer kunde uppkomma med maskinen och själva installationen var ett orosmoment för många patienter. Patienter upplevde ångest och oro över att behandlingen tog över deras liv och att dialysbehandlingen hade en överväldigade påverkan på vardagen (Ang et al., 2022; Antoun et al., 2022; Majeed-Ariss et al., 2017; Virtanen et al., 2019; Xi et al., 2013).

Behov av stöd och information

Patienterna upplevde ett behov av stöd i samband med utförande av dialysbehandlingarna hemma. Både stöd av närstående och sjuksköterskan. Majoriteten av patienterna upplevde att stödet i sig var en främjande faktor till behandlingen och den ökade kontakten med anhöriga

bidrog till välbefinnande. Patienterna beskrev en tacksamhet över att kunna utföra dialysbehandlingen i hemmet och det nära stödet av anhöriga (Ang et al., 2022; Blandford et al., 2015; Majeed-Ariss et al., 2017; Virtanen et al., 2019; Xi et al., 2013). Upplevelsen av stöd skiljer sig, brist på stöttning från familjemedlemmar nämndes som en orsak till otrygghet. Likaså om det var stora avstånd mellan hemmet och sjukhuset för att få stöd. Anledningen till att patienterna upplevde trygghet med dialys var att det fanns stöd. Patienterna berättade vidare i studierna att den avgörande faktorn till att genomföra dialys hemma var på grund av stödet från familjemedlemmar (Ang et al., 2022; Virtanen et al., 2019). Stödet som patienterna erhöll från sjuksköterskan är psykologiskt stöd, att kunna ringa sjuksköterskan vid eventuella problem. Patienterna berättade att de upplevde trygghet att bara veta att stödet från dialysenheten alltid fanns tillgängligt. Förutom stöd från vårdpersonal var det praktiska och känslomässiga stödet från närstående viktigt (Blandford et al., 2015; Xi et al., 2013).

Patienterna betonade vikten av en tillräcklig nivå av heltäckande kunskap om dialysbehandling och hur denna kunskap hade inverkan på deras hälsa. Patienterna upplevde att kunskap om egen situation och förståelse för dialysbehandlingen ökade självförtroendet för självhanteringen av behandlingen. Patienter beskrev att det krävs kompetens för att klara av dialys i hemmet. Majoriteten upplevde att det var av stor vikt med personcentrerade utbildningar inför behandlingen. Patientutbildningen tog hänsyn till patienternas tillstånd och resurser (Virtanen et al., 2019; Xi et al., 2013). Vidare upplevde patienterna att det var viktigt att dem får tiden de behövde för att utbildas i att hantera dialysbehandlingarna (Blandford et al., 2015; Virtanen et al., 2019; Xi et al., 2013). Patienterna upplevde att det som försvagade deras säkerhet var bristen på utbildning eller information. Otillräcklig information gjorde att patienterna kunde känna sig otillräckliga. Patienterna menade att sjuksköterskorna hade bristande kunskaper om dialysbehandlingarna och brist på medicinsk expertis (Ang et al., 2022; Virtanen et al., 2019). Patienterna upplevde att sjuksköterskor inte förklarade vad som skulle förväntas av behandlingen och upplevde brist på information. Vidare upplevde patienterna att sjuksköterskor kunde vara ivriga att införa mer dialys i hemmet och förklarade endast om fördelarna och bekvämligheterna, utan att berätta om komplikationerna (Ho et al., 2022). Patienterna uppskattade utbildning som främjade deras välbefinnande. Det kunde handla om utbildning för deras närstående som hjälpte till vid dialys i hemmet (Baillie & Lankshear, 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet. För att besvara föreliggande studies syfte tillförlitligt ansågs en allmän litteraturöversikt med induktiv ansats lämplig. Vilket styrks av Friberg (2017b) som skriver att en induktiv ansats används när syftet är att undersöka och beskriva ett fenomen från tidigare forskning. Enligt Kristensson (2014) är forskning med kvalitativ design och induktiv ansats en passande metod som används då upplevelser ska beskrivas utifrån syftet. Metoden som valdes för föreliggande studie var en allmän litteraturöversikt vilket enligt Rosén (2017) innebär en beskrivning och sammanställning för att identifiera tidigare forskning inom valt problemområde. En kvalitativ design utgår från ett subjektivt förhållningsätt med en holistisk grund, vilket överensstämmer med det valda syftet. Vidare belyser Friberg (2017b) att det är passande att använda material med kvalitativ design när studien ska tolka, beskriva eller förklara individuella upplevelser av ett fenomen. Kristensson (2014) skriver att en kvalitativ design används för att studera individuella upplevelser. Bland annat utgår den kvalitativa forskningen från individens tolkning av upplevelser. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att ofta belyser inte en kvantitativ design grundligheten i personers upplevelser av en viss händelse. Kvantitativ design utgår från statistik och att beskriva data i storlek, kvantitet eller mängd (Olsson och Sörensen, 2011). Därav var en kvantitativ design inte lämpad att utgå från i relation till det valda syftet. Forskning med kvantitativ design har inte använts i föreliggande studie på grund av att ett annat resultat hade besvarat studiens syfte. Studier som använde sig av båda metoderna har övervägts där endast den kvalitativa metoden användes.

Föreliggande studies inklusionskriterier var att deltagarna i artiklarna skulle vara vuxna över 18 år som utförde hemodialys eller peritonealdialys i hemmet. Samtliga inkluderade artiklar skulle också innehålla ett etiskt övervägande. Endast artiklar med kvalitativ design skulle inkluderas för att behålla relevans och för att kunna svara på syftet. Henricson (2017) beskriver att studiens trovärdighet ökar om artiklar med samma design används.

Exlusionskriterierna var artiklar som omfattade patienters upplevelser av dialys på sjukhus. I föreliggande studie uteslöts även andra professioners samt närståendes upplevelser, patienterna var i fokus. Inklusion- och exklusionskriterierna diskuterades mellan författarna och handledare. Östlundh (2017) menar för att få fram relevant urval måste exklusions och inklusionskriterier användas. En avgränsning gjordes innan inklusion- och exklusionskriterierna i databasen CINAHL att artiklarna skulle vara peer-reviewed. I PubMed användes enbart engelska språket samt publiceringsår som avgränsning, varpå avgränsningen peer-reviewed inte kunde göras. För att stärka trovärdigheten och kvaliteten på artiklar från PubMed besökte författarna tidskriftens webbplats för information om peer-reviewed. Henricson (2017) menar att användningen av mer än en databas ökar sensitiviteten på resultatet vilket ökar trovärdigheten.

Karlsson (2017) belyser att peer-review är ett sätt att säkerställa vetenskaplighet och kvaliteten på forskningen. Ytterligare avgränsningar som gjordes under sökningarna var att artiklarna skulle vara publicerade i vetenskaplig tidskrift och skrivna på engelska. För att säkerställa att datan var så aktuell som möjligt avgränsades också artiklar till att inte vara publicerade innan år 2013. Med valda avgränsningar, inklusions- och exklusionskriterier kan styrkor och svagheter ses. Karlsson (2017) beskriver att det är viktigt att hitta en bra balans i informationssökningen gällande balans mellan sensitivitet och specificitet. En svaghet med urvalskriterierna var att det gav en limiterad sökning där betydelsefulla artiklar kan ha missats. Det kan samtidigt ses som en styrka att avgränsningarna gav relevanta artiklar aktuella för valt syfte. Inklusionskriterien endast artiklar med kvalitativ design valdes för att införskaffa relevant material och få en djupare förståelse för patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet.

Sökorden valdes ut efter problemområdet och syftet genom att plocka isär syftet till bärande begrepp. De bärande begreppen utgjorde sökorden som beskrev problemet bäst. För att utveckla sökorden och rikta sökningen, användes verktyg som Svensk MeSH och Cinahl Headings. Vid sökning efter artiklar beskriver Karlsson (2017) att de booleska termerna AND, OR, NOT är användbara för att söka på mer än ett ord. Termen AND användes för att avgränsa och göra sökningen specifik. OR användes för att expandera sökningen. Användningen av termen NOT uteslöts eftersom relevanta artiklar kan missas. Enligt Östlundh (2022) kan användningen av den booleska termen NOT exkludera relevanta artiklar. En svaghet med denna sökning var att en stor del av artiklarna bestod av patienters

upplevelser av dialysbehandling på sjukhus vilket inte stämde överens med valt syfte. Flera artiklars urval belyste också flera professioners upplevelser och erfarenheter. Litteratursökningen genomfördes med liknande sökord i de två databaserna. I båda databaserna återfanns flertalet dubbletter av artiklar efter genomförd sökning. Flertalet artiklar återkom vid olika sökkombinationer, Henricson (2017) beskriver att sensitiviteten ökar om samma artiklar återkommer vid olika sökordskombinationer.

SBU:s granskningsmall för forskning med kvalitativa artiklar användes för att genomföra kvalitetsgranskningen (SBU, 2022). Denna metod rekommenderas även av Friberg (2017) och menar att granskningsmallen implementeras i samband med kritisk granskning av studier med kvalitativ design. Av tio artiklar gick åtta vidare till studien eftersom det fanns brister i två studier. De två studierna fokuserade endast på perspektiv från läkare och sjuksköterskor. Författarna ansåg att urvalet ska domineras av patienter för att kunna gå vidare till studien. Något som var avgörande enligt författarna är bristen på etiskt resonemang hos artiklarna vilket är en styrka i föreliggande studie. Materialet som samlades in bygger på åtta artiklar med kvalitativ design. Författarna har gemensamt granskat artiklarna och ett poängsystem har använts, där artiklar med antingen medelhög eller hög kvalité användes i studien.

Dataanalysen inspirerades av Fribergs (2022) metod för analys av kvalitativa studier. Analysen av artiklarna genomfördes både individuellt och gemensamt av författarna. Artiklarna lästes först i sin helhet flertalet gånger enskilt för att minimera risker av att påverka varandras tolkning. Vilket kan ses som en styrka eftersom en djupare uppfattning om innehållet skapades av båda författarna. En översättning av artiklarna genomfördes eftersom samtliga var skrivna på engelska, detta utfördes enskilt. Översättningshjälp användes med hemsidorna DeepL och Google Translate. För att tolkningen skulle vara så textnära som möjligt jämfördes översättningarna. Författarna upptäckte att medicinska termer samt vardagsord skiljer sig mellan språken och kunde ha flera betydelser. Detta kan identifieras som en svaghet eftersom meningsenheternas innebörd uppfattades annorlunda. Mellan författarna diskuterades svagheterna och med hjälp av ett lexikon kunde eventuella fel i översättningen identifieras. Utvalda meningsenheter och funna likheter och skillnader markerades sedan för att vidare sammanställas. Meningsenheter som relaterade till syftet markerades och antecknades enskilt utifrån artiklarnas resultat, för att inte gå miste om värdefull information som besvarar syftet. Från det sammanställda materialet jämfördes tolkningar och kategorier/teman som diskuterades gemensamt mellan författarna,

handledaren och handledningsgruppen. Henricson (2017) menar att trovärdigheten kan öka med stöd av utomstående genom kontroll och feedback angående resultatets rimlighet. Författarna i föreliggande studie färgmarkerade i fyra olika färger, som representerar fyra olika kategorier. Detta utföres gemensamt för att finna en så textnära analys som möjligt och att tillförlitligheten i resultatet bevaras. Analysen stärks av att båda författarna deltagit i analysprocessen. Författarna har gemensamt skrivit ett resultat, jämfört och gemensamt fått fram en större helhet för att på bästa möjliga sätt besvara på syftet.

Förförståelse är en medvetenhet om begränsningar i människans förmåga att presentera och fånga absoluta sanningar. Begreppet innebär att författarna redan har kunskap inom ett område innan studien är påbörjad. Det innefattar kunskap om ett ämne samt erfarenheter och värderingar som kan ha inflytande över studien (Priebe & Landström, 2017). Författarna hade en viss förförståelse för hemdialys inför studien. Den grundade sig i författarnas erfarenhet genom att vårda patienter med njursvikt på praktiken samt att en av författarna hade sin praktik på dialysenheten. Författarna hade en förförståelse av att dialysbehandlingar som utförs i hemmet resulterar i mer frihet. Patienter på njurenheten anpassade sina dialystimmar till den tillgänglighet som erbjöds. Författarna hade en medvetenhet om förförståelsen och den var till stöd inför sökningarna som utfördes för att hitta relevanta resultat samt att det inte skulle påverka tillförlitligheten. Däremot skulle det kunna ses som en svaghet att det finns likheter mellan resultatet och förförståelsen. För att bevara och stärka pålitligheten har författarparets förkunskaper om dialys i hemmet satts inom parentes, för att inte färga resultatet av förförståelsen. Författarnas förförståelse inbegrep främst dialys på sjukhus och inte i hemmet, vilket skulle kunna påverka pålitligheten positivt. För att försäkra att resultatet inte färgats av författarnas förförståelse har utomstående och handledare granskat arbetet. Vilket styrks av Henricson (2017) som menar att studiekamrater kan vara till hjälp att intyga att analysen är grundad i data genom att läsa resultatet.

Artiklarna som använts i föreliggande studies resultat var etiskt godkända. Samtliga artiklar innehöll ett etiskt övervägande, vilket behandlades med följsamhet av författarna. Autonomin hos deltagarna respekterades, det skulle finnas krav på samtycke samt att deltagarna kunde dra sig ut från studien. För att tillämpa forskningsetiken från artiklarna har insamlat material återgivits och behandlats sanningsenligt. För att studien skulle hålla en etiskt hög kvalitet följdes de etiska principerna, respekt för personen och personens autonomi, göra gott

principen och rättviseprincipen respekteras (Sandman & Kjellström, 2018). Etiska överväganden har beaktats av författarna under samtliga delar av studien för att öka trovärdigheten.

Författarna i föreliggande studie fokuserade på artiklarnas resultat, vilka likheter och skillnader det fanns. Resultatet är baserat på tidigare vetenskapliga artiklar som är genomförda i Canada, Finland, Singapore, Storbritannien och Taiwan. Majoriteten av studierna som presenteras i resultatdelen är studier utförda i Storbritannien. Insamlad data kommer från flertalet länder i olika delar av världen vilket ses som en styrka eftersom det är en stor geografisk spridning. Sjuksköterskor möter personer med olika kulturer och bakgrund. Nackdel med den geografiska spridningen är att artiklar kommer utifrån Europa vilket gör att överförbarheten till svensk sjukvård begränsas. Studien kan ge sjuksköterskan en större förståelse vilka hinder patienten identifierar i samband med självständigt utförande av dialysbehandlingar i hemmet.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters upplevelser av att utföra dialys i hemmet. Två huvudfynd kommer diskuteras. *Känsla av flexibilitet* samt *behov av stöd och information.*

Resultatet visade att patienter som utförde dialys i hemmet upplevde behandlingen som flexibel och förknippade möjligheten till att utföra det i hemmet med frihet och oberoende. Dialys i hemmet gjorde det möjligt för patienterna att utföra och upprätthålla yrken. Behandlingen påverkade inte arbetstider vilket ansågs vara flexibelt. Flera upplevde det flexibelt att kunna anpassa dialysbehandlingen för att inte påverka vardagslivet. Walker et al. (2019) styrker att dialys i hemmet erbjuder flexibilitet. Till skillnad från sjukhusdialys gav dialys i hemmet bättre flexibilitet i schemat, med bättre valmöjlighet gällande behandlingstider. Dialys i hemmet gjorde det möjligt för deltagarna att bevara vardagsaktiviteter, vilket förbättrade livskvaliteten. Deltagarna kunde anpassa sina dialystimmar och dagar för att spendera mer tid med familj och vänner. Tong et al. (2013)

som belyser dialys i hemmet med flexibilitet och frihet i välkänd omgivning. Att inte vara bundna till strikta dialysscheman upplevdes vara befriande. Flexibiliteten att kunna schemalägga dialysen utanför åtaganden som arbete ansågs betydelsefullt för att hantera situationen.

Patienter beskrev även negativa upplevelser kopplat till dialys i hemmet och flexibilitet. Det upplevdes stressande med vetskapen om att behöva utföra dialysen på obekväma tider. Vidare synliggjordes det att patienterna uppskattade att inte behöva åka till sjukhus för specifika behandlingstillfällen. Vilket styrks av Cassidy et al. (2018) som menar att patienter besitter varierande nivåer av oberoende, och vilja att engagera sig i behandlingen. Dialys i hemmet valdes som behandlingsform beroende på livsstil, deltagarna ville inte vara bundna till en klinik. Flera studier menar att det kunde upplevas mindre flexibelt med att självständigt utföra dialys i hemmet. Patienterna upplevde i Baumgart et al. (2020) och Tong et al. (2012) studier att det var tröttsamt och jobbigt att själv behöva utföra dialys hemma. Det upplevdes att kraven på ansvar var för stort och patienterna kände sig isolerade i hemmet. Vilket patienterna ansåg begränsade flexibiliteten.

Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att ta tillbaka sin egenvårdsförmåga. Orems teori om egenvårdsbalans handlar om att ta autonomiska ställningstagande. Patienten ska få tillbaka välbefinnande genom egenvård och krav på egenvården som ställs skiljer sig i olika stadier i livet. Sjukdomar påverkar egenvårdskapaciteten, patienter har förmågan och motivationen för att självständigt ansvara för sin egenvård (Orem 2001; Wiklund Gustin 2012). Resultatet visade att patienterna upplevde att dialysbehandlingen i hemmet inte var ett hinder, flexibiliteten och möjligheten till dagliga aktiviteter fanns kvar trots behandlingen. Detta styrks av vad Orem (2001) menar om att individer kan styra och ta ansvar över sin egenvård till att uppnå välbefinnande och god hälsa.

Patienten ska vara i centrum när omvårdnaden drivs och kommunikationen är central. Patienten ska informeras av sjuksköterskan, det är patientens upplevelser som är centralt inte sjukdomen (McCance & McCormack 2019). Det framgick i resultatet att flexibilitet upplevdes olika. En del patienter tog autonomiska ställningstagande i samband med utförandet av dialysbehandlingar medan andra ansåg det krävande. Sjuksköterskan ska främja egenvården i dialysbehandlingen och utgå ifrån vad patienten klarar av. Sjukdomar påverkar patienten, men det är patienten som är i centrum, inte sjukdomen. Sjuksköterskan ska möta de

egenvårdkraven som patienten möter, anpassa behandlingen efter patienten. Patienten ska informeras på ett korrekt sätt hur behandlingen ska genomföras. Det framgick i resultatet att patienterna behövde skräddarsydd utbildning. Genom att driva personcentrerad vård och identifiera patientens egenvårdskapacitet kan patienterna bli mer flexibla genom anpassning. Att arbeta personcentrerat kan öka patientens egenvårdsförmåga, sjuksköterskan har en viktig roll i att främja egenvården hos patienten. Genom att erbjuda rätt information och utbildning så kommer patienten att stöttas i att bli mer flexibel och egenvårdsförmågan kommer att öka.

Resultatet visade att stödet från anhöriga och sjuksköterskor hade en stor betydelse för behandlingen samt patienternas välbefinnande. Flera patienter upplevde att stödet från sjuksköterskor var betryggande rent psykologiskt. Vidare visade resultatet att kunna utföra dialysen i hemmet uppskattades på grund av det nära stöd patienterna fick av anhöriga. Vilket styrks av Tong et al. (2013) som menar att dialys i hemmet var ett alternativ som föredrogs av patienter som ville vara med sina familjer i sitt eget hem under behandlingen. Resultatet visade även att upplevelserna av stöd skiljde sig, brist på stöd från anhöriga kunde också upplevas som en otrygghet för patienter. Vilket styrks av Fox et al. (2020) som belyser att inflytandet och stödet från anhöriga hade en stor roll på patienternas syn och förtroende för behandlingen. Dialys i hemmet kan väcka blandade känslor, stödet från anhöriga ansågs betydelsefullt för patienterna. Vilket överensstämmer med Orem (2001) som menar att om personen inte har kapacitet att ta hand om sig själv så kan sjuksköterskan stödja och motivera personen att få tillbaka sin egenvårdsförmåga. Wiklund Gustin (2012) belyser att individen har kompetens och kraft till att möta egenvårdskraven själv eller med hjälp av andra.

Resultatet visade att när patienterna fick en heltäckande nivå av kunskap om dialysbehandlingen hade den en direkt inverkan på deras hälsa vilket överensstämmer med Cassidy et al. (2018). De menar att innehållet i utbildningar påverkar patienternas hälsa. Vid skräddarsydda utbildningar tenderar patienterna att lättare ta emot informationen och engagemanget ökar. I resultatet framgick det också tydligt att patienterna upplevde ett behov av information för att kunna bevara säkerheten av att utföra dialysbehandling i hemmet. Patienterna upplevde att förståelse för dialysbehandlingen och den egna situationen var vitala delar för självhanteringen. Utbildningsbrister och informationsbrister upplevdes försvaga

säkerheten. Flera patienter upplevde det viktigt att utbildningarna var personcentrerade. Bristande information och utbildningar medförde att patienterna kände sig otillräckliga. Vilket också Fox et al. (2020) belyser att informationen behöver vara saklig och anpassad efter patientens individuella behov. I resultatet framgick det att patienterna upplevde att de är i behov av anpassat stöd och anpassad information vilket även framkommer i annan forskning (Cassidy et al., 2018; Combes et al., 2017; Fox et al., 2020; Rix et al., 2013). De beskriver vikten av patientanpassad information. Informationen ska framgå på ett tydligt sätt och där krävs det att sjuksköterskan har rätt kompetens. Patienterna behövde ha rum till att smälta informationen som framkommer och diskutera det på nästa möte.

Målet med den personcentrerade vården är ett meningsfullt liv för personen. Att ha en tydlig bild av vad patienter verkligen värdesätter med sina liv. Personen är unik och skall inte identifieras av sin sjukdom (Håkansson Eklund et al., 2018). Sjuksköterskor har en viktig roll vid dialysbehandling i hemmet gällande utbildning och information. Det är ett stort ansvar att etablera en god relation med patienterna för att öka motivationen och delaktigheten (McCance & McCormack 2019). Sjuksköterskan ska bjuda in patienterna till att se hur behandlingarna ska utföras, hur maskinen ska förberedas och prata med patienterna som genomgår behandlingarna (Combes 2017 et al.,). Tingström (2017) menar att möta likasinnade patienter bidrar till att informationen blir till kunskap. Att reflektera informationen som ges och diskutera det bidrar till bättre lärande. Genom att sjuksköterskan bjuder in patienter med dialysbehandling att träffa andra med samma behandling, kan bidra till ökad förståelse.

Det framgick i resultatet att patienterna upplevde att de ville ha skräddarsydd information. Personen är unik, därmed kan inte sjuksköterskan förutsätta att informationen uppfattas på samma sätt av alla. Genom att skapa en relation kan sjuksköterskan identifiera patienters resurser samt brister och anpassa informationen samt stödet efter detta. Genom att närstående bjuds in i utbildningen samt vårdplaneringen kan positiva resultat uppnås. Patienter upplevde i resultaten att närstående hade en viktig roll i utförandet av dialysbehandlingar.

Patienten ska ta ansvar för sin hälsa samt hitta lösningar för att motverka sjukdomen som patienten drabbas av. Sjuksköterskan har som uppgift att stödja patienten att återfå förmågan att klara av saker som vanligtvis patienten kan utföra i vardagen. Att som sjuksköterska bidra

med stöd för att utveckla och förbättra patientens egenvård i samband med dialysbehandlingen anses som en viktig punkt i föreliggande studies huvudfynd. Orem (2001) menar att människan är kapabel, vilket är ett konsensusbegrepp inom teorin om egenvårdsbalans. Orems grundfilosofi är att personer i allmänhet har både den förmåga och motivation som krävs för att självständigt ansvara för sin egenvård eller att utföra åtgärder som motverkar sjukdom (Orem, 2001). Sjuksköterskan möter personer med olika förmågor, resurser samt brister. Genom att motivera patienten till att självständigt utföra dialys hemma, identifiera egenvårdsförmågan och se till att patienten ansvarar för sin hälsa samt utför åtgärder som främjar egenvården. Vilket överensstämmer med Orems teori om egenvårdsbalans, där människan är kapabel att utföra dialysbehandlingarna hemma utifrån sina förmågor. Det är viktigt att sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt.

Slutsatser

Slutsatsen av föreliggande studie har kommit fram till att patienter har olika upplevelser av att utföra dialys i hemmet. Brist på information och stöd minskade patientens vilja att utföra egenvård. Patienter kunde uppleva sig mindre flexibla i samband med behandlingar på grund av livsstil, kravet på självständighet samt att de upplevde sig isolerade i hemmet. Patienter upplevde sig mer flexibla då de inte behöver anpassa sig efter sjukhustiderna. Patienters upplevelser av dialysbehandlingar påverkas om en personcentrerad vård har drivits. Utbildningen samt informationen ska ges utifrån patientens egenvårdsbehov och egenvårdskapacitet. Detta är för att främja patientens egenvård som i sin tur ökar välbefinnandet. Kommunikationen är central och patienter såväl som patienters anhöriga ska bli informerade om behandlingen. Anhöriga ska ha möjlighet att stödja patienten. Det ökade kravet på självständighet hos patienterna balanseras med tillräcklig och personcentrerad information samt utbildning, vilken i sin tur ökar flexibiliteten. Sjuksköterskan ska även ha rätt kompetens. Sjuksköterskans och anhörigas roll är viktig för att patienter inte ska vara ensam i behandlingen samt få stöd vid eventuella komplikationer. Det ska tas i beaktande att personen är unik och därmed är upplevelsen subjektiv. Upplevelsen av dialysbehandlingar kan vara negativ trots den personcentrerade vården.

Kliniska implikationer

Föreliggande studie berör betydelsen av sjuksköterskans anpassade stöd till den enskilde patienten. För att förstå innebörden av att kunna stödja patienter som utför dialys i hemmet är det betydelsefullt att sjuksköterskan tar del av patienternas upplevelser. Att bygga upp och etablera relationer med patienter kan utgöra en betydande faktor för att möjliggöra delaktighet och egenvård. Sjuksköterskan kan på ett terapeutiskt sätt använda sig som ett psykologiskt stöd för patienten för att göra omvårdnaden bättre och möta patienternas behov. Patienternas upplevelser av behandlingen skapar viktig kunskap till både sjuksköterskan som möter dessa patienter i klinisk praxis samt till närstående som har en betydande roll i behandlingen. Genom god anpassad undervisning och information kan sjuksköterskan stödja patienterna, vilket kan skapa möjligheter för ökat välbefinnande, trygghet samt delaktighet.

Fortsatt forskning

Författarna anser att vidare forskning angående sjuksköterskans upplevelser att hantera och stödja patienter med behandlingsformen dialys i hemmet behövs. Föreliggande studie bygger på forskning som berör patientgrupper med behandlingsformerna hemodialys och peritonealdialys i hemmet. Det finns skillnader mellan behandlingsformerna vilket skulle kunna minska studiens överförbarhet. Att minska patientgruppen och geografisk avgränsning skulle kunna utgöra bättre data och öka överförbarheten för att förstå regionala skillnader. Det skulle vara intressant att utföra en liknande studie som enbart belyser patienters upplevelser av att utföra peritonealdialys eller hemodialys i hemmet. För att få ett bredare underlag med ett smalare urval hade en enkätundersökning med kvantitativ metod behövts. Ett stort intresse fanns hos författarna att utföra studien med kvalitativa semistrukturerade intervjuer som metodval. Dels för att öka överförbarheten och dels för att få ett brett empiriskt material till resultatet. Den primära anledningen till att detta inte genomfördes var begränsad tid. Forskning i form av intervjuer skulle kunna belysa utförandet av behandlingen för att få utvecklad information om vilka utmaningar patienter med dialys i hemmet möter.

Självständighet

Föreliggande studie har skrivits av Konrad Sobczak och Kevin Nilsson. Studien har fördelats rättvist. I bakgrunden har Konrad skrivit om teoretiska referensramen samt sjuksköterskans ansvar. Begreppet hem samt upplevelser har skrivits av Kevin. Resterande delar av bakgrunden arbetades fram gemensamt. Vidare har problemformuleringen formulerats gemensamt. I metoddelen har Kevin fokuserat på datainsamlingen och dataanalysen medan Konrad fokuserade på forskningsetiska överväganden samt urval. Metoddelen har omarbetats och diskuterats gemensamt. Sökningarna i databaserna utfördes gemensamt. Analysprocessen utfördes till en början enskilt där artiklar delades upp för att individuellt få en bättre uppfattning. Meningsenheter togs fram individuellt och diskuterades sedan gemensamt. Översättningen, kategorisering och sammanställning gjordes gemensamt. Resultatet samt diskussionen skrevs enskilt, därefter jämfördes för att omarbetas, utvärderas för att få fram en bättre helhet. De nya fynden hittades gemensamt för att sedan diskuteras. Författarna är nöjda med samarbetet och ser fram emot framtida studier.

Referenser

Andreoli, MCC., & Totoli, C. (2020). Peritoneal Dialysis. *Revista da Associacao Medica Brasileira. 66* (1), 37-44. https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1590/1806-9282.66.s1.37

*Ang, Y.T.I., Gan, S.W.S., Liow, C.H., Phang, C.C., Choong, H.L.L., & Liu.P. (2022). Patients´perspectives of home and self-assist haemodialysis and factors influencing dialysis choices in Singapore. *Renal Replacement Therapy 8* (1), 1-15. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.1186/s41100-022-00430-7

*Antoun, J., Brown, D. J., Jones, D. J. W., Clarkson, Beth. G., Shepherd, A. I., Sangala, N.C., Lewis, R. J., McNarry, M. A., Mackintosh, K.A., Mason, L., Corbett, J., & Saynor, Z.L. (2022). Exploring patients´ experiences of the impact of dialysis therapies on quality of life and wellbeing. *Journal of Renal Care 49*(1), 15-23. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/jorc.12416

*Baillie, J., & Lankshear, A.(2015). Patient and family perspectives on peritoneal dialysis at home: findings from an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.) 24*(1-2), 222-234. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/jocn.12663

Basile, C., Davenport, A., Mitra, S., Pal, A., Stamatialis, D., Chrysochou, C., Kirmizis, D. (2020) *Artificial Organs. 45*(2) 175-182 https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/aor.13798

Baumbart, A., Manera, K. E., Johnson, D. W., Craig, J. C., Shen, J. I., Ruiz, L., Wang, Y.-M., Yip, T., Fung, S. K. S., Tong, M., Lee, A., Cho, Y., Viecelli, A. K., Sautenet, B., Teixeira-Pinto, A., Brown, E. A., Brunier, G., Dong, J., Scholes-Robertson, N., Dunning, T., Mehrotra, R., Naicker, S., Pecoits-Filho, R., Perl, J., Wilkie, M., & Tong, A. (2020). Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: focus groups with patients and caregivers. *Nephrology Dialysis Transplantation. 35*(11) 1949-1958. 10.1093/ndt/gfaa127

Bieber, S. D., & Young, B. A. (2021). Home Hemodialysis: Core Corriculum. *American Journal of Kidneay Diseases*, *78*(6), 876-885. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.01.025

* Blandford, A., Farrington, K., Mayer, A., Walker, D., & Rajkomar, A. (2015). Coping strategies when self-managing care on home haemodialysis. *Journal of Renal Nursing 7(*5), 222-228. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.12968/jorn.2015.7.5.222

Cassidy, B. P., Harwood, L., Getchell, L. E., Smith, M., Sibbald, S. L., & Moist, L. M. (2018). Educational Support Around Dialysis Modality Decision Making in Patients With Chronic Kidney Disease: Qualitative Study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease. 5*, 1-9. 10.1177/2054358118803323

Combes, G., Sein, K., & Allen, K. (2017). How does pre-dialysis education need to change? Findings from qualitative study with staff and patients. *BMC Nephrology. 18*(1), 334. 10.1186/s12882-017-0751-y

Flensner, G. (2019). Vem är patienten. I E, Dahlborg. (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne*. (3:e Uppl., s.133-146). Studentlitteratur.

Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund. Att utvecklas och ta ansvar.* Natur & Kultur.

Fox, D. E., Quinn, R. R., James, M. T., Venturato, L., & King-Shier, K. M. Social Support in the Peritoneal Dialysis Experience: A Qualitative Descriptive Study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease. 7*, 1-10. 10.1177/2054358120946572

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturstudie. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 3 s. 141 – 151). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 3 s. 42 - 48). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4:e uppl., s. 185-199). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 411-420). Studentlitteratur.

Hilli, Y. (2017). Hemmet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2 uppl., s. 257-267). Studentlitteratur.

*Ho, Y.-F., Hsu, P.-T., & Yang, K.-L. (2022). Peritoneal dialysis after shared decision making: the disparity between reality and patient expectations. *BMC Nursing 21*(1), 1-10. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.1186/s12912-022-01043-5

Hussein, W.F., Bennet, P.N., & Schiller, B. (2021). Innovations to Increase Home Hemodialysis Utilization: The Transitional Care Unit. *The Transitional Care Adv Chronic Kidney Dis. 28*(2), 178-183. https://doi.org/10.1053/j.ackd.2021.02.009

Håkansson Eklund, J., Holmström, I., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Höglander, J., Sundler, A., Condén, E., & Meranius, M. (2018). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling, 102(*1), 3-11. 10.1016/j.pec.2018.08.029

Rabinowitz, I. (2015). Heimlich manoeuvres: exploring the sensation of home. *Scrutiny2, 20*(1), 24-38. 10.1080/18125441.2015.1033739

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 81-99). Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok för uppsatsskrivande och forskningsmetodik- för studenter inom hälso- och vårdvetenskap.* Natur & Kultur.

Madhukar, M (2021). Home Hemodialysis. *Advances in Kidneay Disease and Health 28*(2), 1-1. https://doi.org/10.1053/j.ackd.2021.07.007

*Majeed-Ariss, R., Wearden, A., Jayanti, A., Mitra, S., & Schulz, R. (2017). The anticipated and the lived experience of home and in-cntre haemodialysis: Is there a disconnect?. *Journal of Health Psychology 22*(12), 1524-1533. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.1177/1359105316630135

McCance, T., & McCormack, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskan Kärnkompetenser*. (2 uppl., S. 76-88). Liber.

Njurförbundet. (Maj 2022). *Arne dialyserar hemmavid.* https://njurforbundet.se/arne-dialyserar-hemmavid/

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Liber.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar-grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 25-42). Studentlitteratur.

Rajkomar, A., Farrington, K., Mayer, A., Walker, D., & Blandford, A. (2014). Patients' and carers' experiences of interacting with home haemodialysis technology: implications for quality and safety. *BMC Nephrology. 15* (195). 1-12. 10.1186/1471-2369-15-195

Rix. E. F., Barclay, L., Wilson, S., Stirling, J., & Tong, A., Service provers perspectives, attitudes and beliefes on health services delivry for Aborginal people reciving haemodialysis in rural Australia: a qualitative study. *BMJ Open. 3*(10), 10.1136/bmjopen-2013-003581

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2 uppl., s. 376-388). Studentlitteratur.

Sadala, M.L.A., Miranda, M.G., Lorencon, M., & de Campos Pereira, E.P. (2010). Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients` perceptions. *Journal of Renal Care 36*(1), 34-40. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/j.1755-6686.2010.00135.x

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (2. uppl., sid. 373-395). Studentlitteratur.

Seshasai, K. R., Wong, T., Glickman, D. R., Shea, A. J., & Dember, M. L. (2019). The home hemodialysis patient experience: A qualitative assessment of modality use and discontinuation. *International Society for Hemodialysis,23* (2), 139-150. 10.1111/hdi.12713

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metodik: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).* Hämtad 11 april, 2023, från https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall

Svenskt njurregister. (2018). *Årsrapport 2022*. Hämtad 6 Mars 2023, från Svenskt njurregister,

https://www.medscinet.net/snr/rapporterdocs/Svenskt%20Njurregister%20%C3%85rsrapport%202022%20webbversion.pdf

Thomas-Hawkins, C., Payne, G. M., & Bednarski, D. (2022). The Growing Demand for Home Dialysis Therapies: Challenges and Potential Solutions. *Nephrology Nursing Journal 49*(2), 109-120. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.37526/1526-744X.2022.49.2.109

Tingström, P. (2019). Patientutbildning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens Grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (uppl. 3:3. S. 651-677). Studentlitteratur.

Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J. C., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson, D. W., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S., & Stippoli, G. F. M. (2013). The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: an interview study. *BMJ Open. 3*(1). 10.1136/bmjopen-2012-002148

* Virtanen, H., Tuominen, R., Kiukainen, S., Koskinen, J., Koskenniemi, J., Laulaja, J., Numanovic, V., & Leino-Kilpi, H. (2019). Experiences of safety among patients receiving home dialysis therapies. *Journal of Renal Care 45*(4), 223-231. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/jorc.12298

Vårdhandboken. (12 december 2021). *Dialys, hemodialys - Översikt.* https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/dialys/dialys-hemodialys/oversikt

Walker, R. C., Howard, K., & Morton, R. (2022). Home hemodialysis: a comprehensive review of patient-centered and economic considerations. ClinicoEconomics and Outcomes Research 16 (9) 149-161. 10.2147/CEOR.S69340

Walker, R. C., Morton, L. R., Tong, A., Marshall, R, M., Suetonia, P., & Howard, K. (2015) Patient and caregiver preferences for home dialysis – the home first study: a protocol for qualitative interviews and discrete choice experiments. *The BMJ Publishing Group Limited. 5*(4). 1-6. 10.1136/bmjopen-2014- 007405

Walker, R. C., Tipenche-Leach, D., Graham, A., & Palmer, S. C. (2019). Patients Experiences of Community House Hemodialysis: A Qualitative Study. *Kidney Med 1*(6), 338-346. 10.1016/j.xkme.2019.07.010

Walz, D. (2022) President´s Message. Working With and Not ´Around´ Nephrology Nurses. *Nephrology Nursing Journal. 49*(2) 94-120. https://www-doi-org.miman.bib.bth.se/10.37526/1526-744X.2022.49.2.95

*Wang Xi, P., Singh, M., Harwood, L., Lindsay, R., Suri, R., Brown, J. B., & Moist, L. M. (2013). Patient experiences and preferences on short daily and nocturnal home hemodialysis. *Hemodialysis International 17*(2), 201-207. https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/j.1542-4758.2012.00731.x

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur

Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining Patient Experience. *Patient experience journal 1*(1), 7-19. 10.35680/2372-0247.1004

Årestedt, L., Benzein, E., Persson, C., & Rämgård, M. (2016).

A shared respite—The meaning of place for family wellbeing in familys living with chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well*-being*, 11*(1), 1-10. 10.3402/qhw.v11.30308

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats.* (3. uppl., s.59-82), Studentlitteratur.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i CINAHL

Sökning	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning /resultat
S1	(MH "Home Dialysis")	2023-03-05	1,065			
S2	"Home hemodialysis" OR "Home haemodialysis" OR "Peritoneal dialysis" OR Haemodialysis OR "Home dialysis" OR "Home peritoneal dialysis" OR "Dialysis at home" OR Dialysis OR "Hemodialysis home"	2023-03-05	42,537			
S3	S1 OR S2	2023-03-05	42,537			
S4	"home"	2023-03-05	206,976			
S5	Home OR "Home nursing" OR "Nursing home"	2023-03-05	230,689			
S6	S4 OR S5	2023-03-05	230,689			
S7	(MH Patient*)	2023-03-05	2,506,795			
S8	Patient* OR Client* OR Person* OR individual	2023-03-05	3,258,667			
S9	S7 OR S8	2023-03-05	3,258,667			

S10	"Experience"	2023-03-05	311,831			
S11	Experience OR "Lived experience" OR "Value of life" OR "Patient experience" OR Perception OR "Patient perception" OR Views OR Opinion OR Attitude	2023-03-05	970,385			
S12	S10 OR S11	2023-03-05	970,385			
S13	S3 AND S6 AND S9 AND S12	2023-03-05	414			
S14	S3 AND S6 AND S9 AND S12	2023-03-05 Peer Reviewed, 10 år	186			
S15	S3 AND S6 AND S9 AND S12	2023-03-05 Peer Reviewed, 10 år, Engelska språket	227	45	7	7

Sökningar i PubMed

Sökning	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning /resultat
S1	Home dialysis (MeSH Terms)	2023-03-05	1301			
S2	“Home hemodialysis” OR “Home Haemodialysis” OR “"Peritoneal dialysis" OR Hemodialysis OR "Home dialysis" OR "Home peritoneal dialysis" OR "Dialysis at home" OR Dialysis OR "Hemodialysis home"	2023-03-05	67450			

S3	S1 OR S3	2023-03-05	67458			
S4	Home (MesH Terms)	2023-03-05	334			
S5	Home OR“ Home nursing” OR “Nursing home	2023-03-05	142177			
S6	S4 OR S5	2023-03-05	142177			
S7	Patientes (MeSH Terms)	2023-03-05	33534			
S8	Patient OR Client OR Person OR Individual	2023-03-05	1925196			
S9	S7 OR S8	2023-03-05	1942315			
S10	“Experience”	2023-03-05	381170			
S11	“Experience” OR “Lived experience” OR “Value of life” OR Perception OR “Patient perceptions” OR Views OR opinion OR Attitude	2023-03-05	695877			
S12	S10 OR S11	2023-03-05	695877			
S12	S3 AND S6 AND S9 AND S12	2023-03-05 Engelska språket och 10 år	215	63	10	3

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metodik 2022

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre ❑ Måttliga ❑
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ❑
Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

	Ja	Nej	Oklart
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

Bilaga 3 Artikelöversikt

Artikelöversikt CINAHL

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod och Urval	Resultat	Kvalitet
Ang, Y.T.I., Gan, S.W.S., Liow, C.H., Phang, C.C., Choong, H.L.L., & Liu.P. 2022 Singapore	Patients' perspectives of home and self-assist haemodialysis and factors influencing dialysis choices in Singapore	Studiens syfte var att utvärdera patienternas perspektiv på hemhemodialys och självhemodialys samt de faktorer som påverkar deras val av dialys	Kvalitativ studie. Datan samlades in med semistrukturerade intervjuer med 17st patienter med dialys från Singapore	Studiens resultat visar att information, miljö, familj, personliga, ekonomiska och sociala faktorer påverkade valet av dialysbehandling.	Medelhög

Baillie, J & Lankshea, A. 2015 Storbritannien.	Patient and family perspectives on peritoneal dialysis at home: findings from an ethnographic study	Syftet var att diskutera patienters och familjers erfarenheter, av peritonealdialys i hemmet från en tidigare studie.	Kvalitativ studie. Etnografisk? Data samlades in genom intervjuer med 16st patienter och 9st anhöriga.	Deltagarna i studien upplevde utmaningar med behandlingen. Däremot var dem tacksamma över att kunna utföra egenvård i hemmet.	Hög
Blandford, A., Farrington, K., Mayer, A., Walker, D., & Rajkomar, A. 2015 Storbritannien	Coping strategies when self-managing care on home haemodialysis	Syftet med studien var att få en bättre förståelse för patienters och familjers upplevelser av hemhemodialys, med fokus på hur människor förblir säkra.	Kvalitativ studie. Datan samlades in genom intervjuer hemma hos 19 patienter som har hemhemodialys.	Deras resultat påvisar positiva upplevelser av hemhemodialys gällande livskvalitet och hälsa. Deltagarna upplevde också en känsla av kontroll över eget liv och hälsa. Resultatet påvisar även att deltagarna upplever det fysiskt, psykiskt och känslomässigt krävande med hemhemodialys.	Medelhög
Joe Antoun, Daniel J. Brown, Daniel J. W. Jones, Beth G.	Exploring patients' experiences of	Syftet var att undersöka upplevelserna hos vuxna som lever med kronisk	Kvalitativ studie. Data samlades in genom	Livskvaliten och välbefinnandet höjdes i samband med att hem-	Hög

Clarkson. Anthony I. Shepherd, Nicholas C. Sangala, Robert J. Lewis, Melitta A. McNarry, Kelly A. Mackintosh, Laura Mason, Jo Corbett, Zoe L. Saynor. 2022. Storbritannien.	the impact of dialysis therapies on quality of life and wellbeing	njursjukdom som antingen närmade sig behovet av dialys eller hade nått njursvikt och fick en form av dialys	semistrukturerade intervjuer, med 40 vuxna individer på engelska.	hemodialys eller peritoneal dialys påbörjades.	
Rabiya Majeed-Ariss, A Jayanti, T Schulz, A Wearden and S Mitra. 2017. Storbritannien	The anticipated and the lived experience of home and in-centre haemodialysis: Is there a disconnect?	Syftet var att undersöka patienters upplevelser av hemodialys och hemhemodialys för att belysa barriärer och facilitatorer vid upptag och underhåll av hemhemodialys.	Kvalitativ studie. Data samlades genom intervjuer som utfördes på engelska samt urdu.	Utbildningsinsatser som exempelvis att patienter delar med sig av upplevelser kan potentiellt hjälpa patienter att fatta välgrundade beslut.	Hög
Ya-Fang Ho, Pei-Ti Hsu, Kai-Ling Yang 2022 Taiwan	Peritoneal dialysis after shared decision making: the disparity between reality and patient expectations	Utforska processen för informationsinsamling och övervägande under delat beslutsfattande för patienter som genomgår PD och jämföra deras livskvalitetsförväntningar före och efter PD hemma	Kvalitativ studie. 15 patienter som genomgår PD. Semi-strukturerade intervjuer. Alla transkriptioner utvärderades med tematisk analys.	Sjukvårdaren spelade en central roll i delat beslutfattande, delade med sig av viktig information som påverkar processen. Patienter so, genomgår PD hemma uppvisade en skillnad mellan förväntan och verklighet, vilket förvärrades av ofullständig information.	Medelhög

Artikelöversikt PubMed

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod och Urval	Resultat	Kvalitet
Virtanen, H., Tuominen, R., Kiukainen, S., Koskinen, J., Koskenniemi, J., Laulaja, J., Numanovic, V., & Leino-Kilpi, H. 2019 Finland	Experiences of safety among patients receiving home dialysis therapies.	Syftet vara att analysera patienternas upplevelser av säkerhet med dialys samt de faktorer som främjar eller försvagade deras säkerhet.	Kvalitativ studie. Data samlades in med hjälp av ett frågeformulär. 70 finska patienter med dialys i hemmet.	Patienterna upplevde bland annat att utbildning och sjukdomen i sig var faktorer som äventyrade säkerheten av sin dialysvård i hemmet. I övrigt upplevde patienterna sin behandling som trygg.	Hög
XI, Wang., Singh, P., Harwood, L., Lindsay, R., Suri, R., Brown J, & Moist, L. 2013 Canada	Patient experiences and preferences on short daily and nocturnal home hemodialysis.	Syftet var att undersöka upplevda fördelar och begränsningar med hemhemodialys.	Kvalitativ fenomenologisk studie. Datan samlades in genom intervjuer med 10 patienter som har bytt från dialys på sjukhus till dialys i hemmet.	Studiens resultat tyder på att patientens vilja och fysiska förmåga i kombination med utbildning och stöd i samband med hemhemodialys ökade deltagarnas välmående. Patienterna upplevde fördelar med hemhemodialys relaterat till ökad fysisk och psykisk hälsa, samt livskvalitet.	Medelhög

Bilaga 4 Resultatfördelning

	Flexibilitet	Självständighet och förmågan till egenvård	Oro och rädsla	Behov av stöd och information
Ang et al.,2022	x	x	x	x
Antoun et al., 2022	x	x	x	x
Baillie & Lankshear 2015	x			x
Blandford et al., 2015	x	x	x	x
Ho et al., 2022	x		x	x
Majeed-Ariss et al., 2017	x	x	x	x
Virtanen et al., 2017		x	x	x
Xi et al., 2013	x	x		x