

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
K2021:69

Att leva med hemodialys i hemmet

En litteraturstudie

Viktoria Gyllestål
Jennie Karlberg



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets Titel: Att leva med hemodialys i hemmet

Författare: Viktoria Gyllestål/Jennie Karlberg

Huvudområde: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Examensarbete i vårdvetenskap, kandidatnivå- 61FX02 HT21-1
Fristående kurs

Handledare: Maria Henricson

Examinator: Agneta Kullén Engström

Sammanfattning

I bakgrunden beskrivs hemodialys i hemmet utifrån ett patientperspektiv med upplevelsen att utföra sin egenvård och behandling i hemmet. Personer som kräver hemodialys har i grunden en njursvikt som gör att njurarna inte kan filtrera bort vätska och slaggprodukter från kroppen. Den vård som beskrivs utgår ifrån en personcentrerad vård med egenvård som grund. Denna vård och behandling ställer höga krav på både personen som ska utföra sin egen behandling och på sjuksköterskan. Syftet med denna litteraturstudie är att belysa individens levda erfarenhet med att ha hemodialys i hemmet. Artikelsökningar genomfördes i databaserna Cinahl, Medline, Google Scholar och PsycINFO. Artiklarna var vårdvetenskapliga med en kvalitativ ansats för att besvara syftet. Metoden genomfördes som en litteraturstudie. I resultatet beskrivs personens erfarenhet i tre övergripande teman: Välbefinnande- Hälsa, Frihet- flexibilitet, Trygghet- Säkerhet. I diskussionen diskuteras styrkor och svagheter i studien men även i metoden samt huvudfynden i resultatet.

Nyckelord: *Hemodialys, Hem-HD, Egenvård, Välbefinnande, Trygghet, Frihet*

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hemmet som vårdmiljö.....	1
Sjukvårdens ansvar vid egenvård.....	3
Njursvikt och behandling.....	4
Personcentrerad vård.....	6
Egenvård.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Urval och datainsamling.....	9
Data analys.....	11
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT	11
Tabell 1. Översikt av teman och underteman.....	12
Välbefinnande och hälsa.....	12
Acceptera sin situation.....	12
Förändringar i hemmet.....	13
Fysisk och psykisk hälsa.....	13
Frihet.....	14
Självbestämmande och flexibilitet.....	14
Egenkontroll och autonomi.....	15
Trygghet och säkerhet.....	16
Kunskap och utbildning.....	16
Säkerhet och stöd i hemmet.....	17
Oro och rädsla.....	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
Välbefinnande och hälsa.....	21
Frihet.....	24
Trygghet och säkerhet.....	24
SLUTSATS	26
REFERENSER	27
Bilaga 1 Sökhistorik.....	31
Bilaga 2 Artikelöversikt.....	34

INLEDNING

Behovet av hemodialys ökar i vårt välfärdssamhälle där möjligheten finns att utföra sin behandling i hemmet. Under vår tid som sjuksköterskor har vi mött flera personer som valt att utföra sin behandling i hemmet och sett de förändringar det valet har givit. Gemensamt för de som väljer hemodialys i hemmet är att de vill ta eget ansvar för sin behandling. Denna vårdform ställer stora krav på sjuksköterskan för att ge rätt förutsättningar till en välfungerande vård och en förtroendefull relation, där individen kan känna sig trygg och säker. Dialysbehandling påverkar en persons livssituation och vardag, där också personens hem förändras till ett vådrum med avancerade teknik och nödvändiga tillbehör. Vi vill med denna utgångspunkt få en ökad förståelse för personens levda erfarenhet med egenvård vid hemodialys i hemmet.

BAKGRUND

Hemmet som vårdmiljö

Det är enligt Hilli och Eriksson (2019) en stor utmaning för sjuksköterskan och för personerna som bor i detta hem då hemmet hos en person förändras till en arbetsplats och en vårdmiljö. Författarna beskriver hur bostaden speglar en plats där en person lever och interagerar med andra. Den sätter personen i ett sammanhang där platsen ger individen en identitet i förhållande till omvärlden. Hemmet ses som människans etos, olika etiska dimensioner av en människans yttre och inre rum. I det yttre fysiska rummet beskriver Hilli och Eriksson (2019) att möbler och ägodelar är viktiga eftersom de formar och etablerar en människas värld och representerar våra värderingar. Beroende på hur rummet är möblerat och organiserat skapas en atmosfär och en hemkänsla, en plats där individen känner sig hemma. Där kan personen dra sig tillbaka till sitt inre rum, vilket beskrivs av författarna som det inre jaget. En människa som är i kontakt med sitt etos vågar öppna sitt hjärta och skapa sitt väsen. Hilli och Eriksson (2019) menar att hemmet är en plats där förståelse, sympati och gemenskap integrerar. Hemmet ger lugn och ro i själen samtidigt som den ger en frihet och avskildhet. Etos kommer att sätta

tonen i hemmet där personen bor och möter andra. Vidare beskriver Hilli och Eriksson (2019) hur bristen på en hemmakänsla och god atmosfär kan hota en persons existens. Hur resultatet blir utgår från sjuksköterskans etos och etiska grund. En viktig del enligt Hilli och Eriksson (2019) är att sjuksköterskan bjuder in personen till en god relation och visar en förmåga på att bry sig om och vara närvarande. En annan viktig del är att sjuksköterskan tar ansvar och visar medkänsla för att skapa en god positiv atmosfär och gemenskap där personen respekteras och blir bekräftad (Hilli & Eriksson 2019).

Möjligheten att utföra dialys i hemmiljö som alternativ till dialys på sjukhuset har enligt Metzger (2016) funnits ända sedan 1960-talet. Samma maskin som då användes på sjukhuset installerades i hemmet. De var stora och klumpiga samt krävde speciella vattenreningssystem och elektriska anslutningar som var kostsamma att installera. Maskinerna var även svår för användaren att underhålla. Utvecklingen har menar Metzger (2016) sedan dess gått framåt och idag finns mindre maskiner som är mer användarvänliga och betydligt enklare att installera. Innan en person tar beslutet att flytta medicinsk högteknologisk utrustning till sitt hem påvisar Metzger (2016) att det behövs noggrann förberedelse och planering. Personen behöver tänka på och ta ställning till både för och nackdelar med behandling i hemmet. Hur påverkas hemmiljön med ett intrång av sjukvård i hemmet, både gällande fysisk plats men också ur säkerhetsaspekter med de risker behandlingen medför. Praktiska beslut måste fattas, försöka hitta en bra plats för alla tillfällen (Metzger 2016). Placering av dialysutrustning är viktig eftersom hemmet präglas av sin kultur och en speciell atmosfär där personen känner en hemmakänsla och denna känslan måste behållas. Går atmosfären förlorad kan personen känna sig hemlös, och uppleva sig instängd (Hilli & Eriksson 2019). Dåligt bemötande och brist på respekt från sjuksköterskor kan leda till känslan av att känna sig kränkt, med förlorad integritet vilket kan skapa onödigt lidande. Vid behandling i hemmet måste sjukvården ha förståelse för innebörden av den personliga atmosfären. Att känna sig hemma påverkar både hälsan och välbefinnandet (Hilli & Eriksson 2019).

Sjukvårdens ansvar vid egenvård

Bloddialys i hemmet betecknas enligt Höllgren (2017) som en högteknologisk behandling. Innan beslut fattas är information av största betydelse över vad egenvården innebär. I 5 kap. 2 § Patientlagen (SFS 2014:82) anges att egenvård skall utgå från personens eget önskemål och individuella förutsättningar. Samtidigt skall personen vara kapabel att utföra åtaganden på egen hand (Höllgren 2017). Inför ett beslut om behandling i hemmet utförs en riskbedömning av legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården enligt SOSFS (2009:6). Bedömningen skall göras utifrån en helhetsbild av personens tillstånd och livssituation. Riskbedömningen ska säkerställa att personen kan sköta sin behandling i hemmet på ett säkert sätt, själv eller med hjälp av någon närstående. Höllgren (2017) betonar att en viktig insikt för den legitimerade yrkesutövaren är att egenvård inte är inräknad som hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen, (SOSFS 2008:1). Ansvaret ligger istället på den legitimerade yrkesutövaren som fattar beslutet om egenvård vilket regleras i (SOSFS 2009:6). I yrkesutövares ansvar innebär det att utrustning behovsanpassas och att en eventuell anpassning i hemmiljön blir gjord (Höllgren 2017). Inför den kommande installationen av utrustningen kan det behövas tillgång till vatten, avlopp och el. Begränsningar i bostaden behöver identifieras och plats behöver frigöras för material som måste förvaras och distribueras. Därav är hem-behandling inte genomförbar för en del personer på grund av begränsat utrymme i hemmet (Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys 2019). Före hemgång från sjukhus finns ett ansvar där den legitimerade personalen ger en grundlig utbildning till personen i dialysbehandling och handhavande. Barriärer måste överbryggas och personen ska känna sig trygg och säker i sin situation (Tennankore, Chan & Curran 2012). Egenvården ska dokumenteras kontinuerligt men även efter hemgång följas upp och utvärderas. När personen väl är hemma måste tillgång till medicinskt och tekniskt stöd samt support säkerställas (Höllgren 2017; Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys 2019; Tennankore, Chan & Curran 2012). De vanliga identifierade riskerna och komplikationer relaterade till hemodialysbehandling i hemmet är maskinfel och problem med vattenkvaliteten. Den

tekniska utvecklingen av bärbara dialysmaskiner har gjort framsteg och dessa komplikationer är nu mer sällsynta (Metzger 2016).

Njursvikt och behandling

Behovet av dialysbehandling kommer först efter att en person drabbats av sviktande njurfunktion. Före 1960-talet avled ofta de som drabbades av njursvikt, men idag kan flera behandlingsformer erbjudas med god prognos (Metzger 2016). I världen har antalet njursjuka i samtliga behandlingsformer som transplantation, peritonealdialys-PD och hemodialys-HD ökat under de senaste 30 åren (Target et al. 2020). Beroende på vart du bor i världen erbjuds olika behandlingsstrategier som förstahandsval. Främsta orsaken till dessa val är ländernas olika förutsättningar med infrastruktur, ekonomi och kulturella arv (Njurregistret 2020). Gemensamt för de flesta länder är att hem-HD är en underutnyttjad behandlingsform som legat konstant på två till fyra procent de senaste 20 åren, trots att antalet njursjuka ökar. Undantaget är Australien och Nya Zeeland som har en högre procentandel (Target et al. 2020).

I Sverige har idag ca 4000 personer någon form av dialysbehandling. Fördelningen är att cirka 20% av dem har PD behandling (Njurregistret 2020). Med PD menas att en speciell dialysvätska förs in i buken via en kateter. Bukhinnan fungerar som ett dialysmembran innan vätskan tappas ut. Denna behandling är oblodig och utförs flera gånger om dagen i hemmet (Metzger 2016; Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys 2019).

Cirka 75% av den svenska dialys-populationen har hemodialys på sjukhus(njurregistret 2020). Med hemodialysbehandling får en person med nedsatt njurfunktion blodet renat från slaggprodukter och överskottsvätska (Metzger 2016); Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys 2019 & Stenvinkel 2010). För att denna behandling skall kunna utföras behövs en access, det vill säga en tillgång till blodbanan. Där finns tre alternativ där den första och vanligaste är en AV-fistel där en artär och en ven sammankopplas genom ett operativt ingrepp. Det andra alternativet är ett inopererat konstgjort kärl, en graft. I dessa båda alternativen används dialysnålar som sticks in i kärlen. Nålarna

avlägsnas sedan efter dialysbehandlingen är klar. Det tredje alternativet är via en central dialyskateter vilket är en kateter som läggs in i ett blodkärl, en så kallad CDK. Vid alla tre alternativen kopplas slangarna från en dialysmaskin till kärlaccessen där blodet dras ut. Blodet passerar en dialysator, vilket fungerar som en konstgjord njure. I dialysatorn renas blodet från slaggprodukter och överskottsvätska tas bort för att därefter pumpas tillbaka till personen via accessen. Behandlingen utförs vanligtvis tre dagar per vecka och fyra timmar varje gång (Metzger 2016; Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys 2019; Stenvinkel 2010).

Beslutet när en person skall starta med dialysbehandling tas av den behandlande läkaren tillsammans med den drabbade. Det blir aktuellt först när personens njurfunktion sjunkit under en viss nivå (Metzger 2016; Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom 2021). Den nedsatta njurfunktionen med minskad rening ger en ökad mängd slaggprodukter, vilket leder till att personen upplever ohälsa (Hussein, Bennet & Schiller 2021; Kraus et al. 2016). Orsaken till att ohälsa uppstår är att slaggprodukterna ger många förgiftningssymptom. Det blir en ökad ansamling vätska i kroppen som påverkar hjärta och kärl med ödem och hjärtsvikt som följd. Det ger personen symptom som andfäddhet, orkeslöshet och kronisk trötthet (Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom 2021; Kraus et al. 2016). Målet med dialysbehandlingen är att försöka efterlikna njurarnas funktion, bromsa ytterligare försämring och förebygga samt minska symptom och biverkningar (Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom 2021).

Vid ökat antal behandlingar per vecka påvisar Kraus et al. (2016) och Hussein, Bennet och Schiller (2021) att personen får signifikant bättre kontroll av övervätskningen och mindre ansamling av slaggprodukter i kroppen. De stora svängningarna mellan dialys tillfällena minskar och många av symptomen personen känner minskar eller försvinner (Kraus et al. 2016; Hussein, Bennet & Schiller 2021). När en person väljer att själv utföra dialysbehandlingen i hemmet med hemodialys är det vanligt att antalet behandlingar ökar från tre dagar per vecka till fem och upp till sju dagar per vecka (Kraus et al. 2016; Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys 2019). Trots detta faktum har endast cirka 2-4% av den totala dialys populationen i Sverige hemodialys i

hemmet. Denna siffra har varit konstant under de senaste 20 åren (Njurregistret 2020). Orsaken till det menar Hussein, Bennet och Schiller (2021) beror på att en person som står inför start av dialysbehandling är väldigt sårbar och behöver mycket uppmärksamhet och stöd. De står inför en ny situation och måste acceptera en ny verklighet där dialys är enda utvägen. Här påvisar Hussein, Bennet och Schiller (2021) vikten av att sjukhuset har ett väl utarbetat och strukturerat vårdprogram för hembehandling. Tid ställs till förfogande för att lära känna den drabbade individen. Här har en personcentrerad vård en central roll (Hussein, Bennet & Schiller 2021).

Personcentrerad vård

Att vara en person innebär enligt Ekman och Norberg (2013) att ha en identitet. Vår identitet hänger ihop med hur andra beskriver oss utifrån utseende och beteende. Identiteten är också beroende av hur vi lever och hur samhället är utvecklat. Med personcentrerad vård menas att människan skall bemötas som en fri och värdig person och inte reduceras till sin sjukdom (Ekman & Norberg 2013). Glyde et al. (2019) menar att personcentrerad vård flyttar fokus från sjukdomen och istället möjliggöra personens egen påverkan till förbättring. Fokus läggs på personens tidigare positiva erfarenheter. Begrepp som används vid personcentrerad vård är värdighet, vilja och ömsesidighet. En annan viktig del är att känna sig uppmärksammad, bli lyssnad på, tagen på allvar och känna sig respekterad. Central är relationen mellan vårdare och patient (Glyde et al. 2019; Ekman & Norberg 2013). Ekman och Norberg (2013) menar att i en trygg och förtroendefull relation vågar personen visa både styrkor, svagheter i både i hälsa och ohälsa.

Sjuksköterskan är en resurs som har en lärande, stödjande och en pedagogisk roll (Hussein, Bennet & Schiller 2021). I den personcentrerade vården ställs tid till förfogande för att lära känna den individuella personen. Sjuksköterskan engagerar, involverar både person och närstående tidigt i planering och undervisning. Där måste både stöd och utbildning skraddarsys för att överbrygga rädslor och oro. Vidare måste sjuksköterskan involvera personen till egenvård. Genom kunskap och tid för stöd och reflektion ges möjlighet att se färdigheter som då kan ge en känsla av självförtroende

(Hussein, Bennet & Schiller 2021). Personen ses som en individ med makt och ansvar, där individen med reflektion och medvetenhet kan delta i beslutsprocesser med värdighet, självkänedom och självrespekt. När ohälsa hotar självbilden har sjuksköterskan en stor roll i att stödja personen till att använda, bevara och utveckla sin egen inre styrka (Ekman & Norberg 2013). I personcentrerad vård ses ett samspel mellan sjuksköterskan och individen, vilket ger känslan av att vara en person med kompetens och värde. För att samspelet skall vara möjligt måste sjuksköterskan själv reflektera över sin syn på personer med sjukdom, på deras kompetens och värde (Ekman & Norberg 2013).

Egenvård

Inom dialysvården bör egenvård precis som personcentrerad vård vara ett centralt mål. Med egenvård ökar individens självständighet och det ger mindre beroende av sjukvården (Hussein, Bennet & Schiller 2021; Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys, 2019).

När en person väljer hem-HD, väljer de också egenvård i hemmet. Som Orem et al. (2001) beskriver kan personen själv välja att utföra sin behandling. Personen väljer därmed också att bli mera delaktig i både sin behandling och dess konsekvenser. Med det ökar förståelsen och kunskapen om situationen. Personen kan själv inom vissa gränser påverka hur de mår genom att lära känna sin kropp och hur den reagerar (Hussein, Bennet & Schiller 2021; Kraus et al. 2016).

Orem & Vardiman (1995) menar att egenvård utgår från en filosofisk grund med tre sammankopplade teorier. De är egenvård, självvårdbrist och omvårdnadssystem. Teorin om egenvård handlar om hur/varför människor tänker/bryr sig om sig själva. Självvårdbristen handlar om hur/varför människor hjälps av omvårdnad. Omvårdnadssystemet handlar om mötet mellan personen och sjuksköterskan och deras relation i den kvalificerade omvårdnaden. Orem (2001) menar att människan har en naturlig förmåga till egenvård. Hon beskriver begreppet egenvård som vård du utför av dig själv till dig själv. Egenvården utförs med målmedvetna, konsekventa och

kontrollerade åtgärder som kan ses efter en viss mognadsgrad i processen (Orem 2001). Det inbegriper två olika typer av människor, en som behöver vård och en som utför vård, patient och sjuksköterska. Det innebär att alla människor är unika individer som har olika grundläggande behov (Younas 2017). Det betyder att människor har en naturlig fallenhet för egenvård och bör genomföras på personens egna villkor. När individens brist på självvård understiger kraven för egenvård bör kvalificerad vård finnas som uppbackning. Det innebär att när brister i kunskapen om sin sjukdom finns, uppstår oförmåga att bedriva egenvård. Brister kan bero på fysiska eller känslomässiga svårigheter som är relaterade till sjukdomen (Orem & Vardiman 1995; O'Shaughnessy 2014).

PROBLEMFÖRMULERING

De flesta personer med hemodialys behandlas på sjukhus där endast 2 till 4 % väljer behandling i hemmet. Vid behandling i hemmet kan frekvensen av behandlingarna öka vilket leder till stora vinster för personen då de mår bättre både fysiskt och psykiskt. Bloddialys i hemmet betraktas som en högteknologisk behandling där både kunskap och teknik integreras. Med hemmet som vårdmiljö måste en förståelse finnas för vilken innebörd detta intrång gör i den personliga atmosfären. Studier i uppsatsens bakgrund visar att personcentrerad vård är en viktig del för en persons upplevelse vid egenvård i hemmet. Vid personcentrerad vård skapas en god relation med möjligheten att se hela personen, bevara autonomi och bidra till en säker vård. När den personcentrerade vården uteblir kan personen ses som ett objekt med mindre delaktighet och då blir konsekvensen en negativ upplevelse. Vid hemodialys i hemmet är egenvård precis som personcentrerad vård ett centralt mål. Individens självständighet ökar vilket ger ett mindre beroende av sjukvården. Med hjälp av egenvård har personen friheten att påverka sin egen tid. Samtidigt ger hembehandling också personen ett ökat ansvar att vara delaktig i sin egen vård. Då hemodialys i hemmet har en stor påverkan på en persons liv är det av betydelse att undersöka hur en person upplever sin livssituation i vardagen med medicinsk teknik i hemmet. Hur berörs personen av behandlingen och

vad upplever personen är av stor vikt för att uppnå hälsa och välbefinnande. Med denna kunskap kan sjuksköterskans öka sin medverkan till en positiv upplevelse och för att personen skall känna trygghet och välbefinnande i hemmet. Med dessa utgångspunkter vill vi belysa hur personer erfar att leva med hemodialys i hemmet.

SYFTE

Syftet är att belysa individens levda erfarenhet med att ha hemodialys i hemmet.

METOD

Urval och datainsamling

För att sammanställa information till litteraturstudien görs ett urval och insamling av data för att söka fram artiklar som ska ligga till grund för resultatet. Med utgång från problemformuleringen och syfte söks den ty2p av artiklar som kan användas. För att bedöma om artiklarna svarar på studiens syfte genomförs en kvalitetsgranskning enligt Friberg (2017, ss. 45-46). Utifrån syfte och problemformulering har artiklarna som valts i denna studie inhämtats från databaserna CINAHL, Medline, Google Scholar och PsycINFO. Många olika sökningar med olika kombinationer gjordes för att säkerställa och för att identifiera de relevanta artiklarna utefter studiens syfte. Ämnesordlistan Svensk MeSH användes för att få hjälp med engelska sökord. De sökord som använts var "hemodialysis", "home", "experience", "lived experience", "value of life", "quality of life", "self care", "self efficacy", frassökning. Sökorden är använda i olika kombinationer med AND och OR (booleska operatörer), vilket gjorde det möjligt att få mer preciserade artikelsökningar och samtidigt få mer relevanta artiklar som kunde redovisas. För att ytterligare begränsa sökningarna var inkluderingskriteriet att artiklarna ska vara: kvalitativa, peer reviewed, ha forskningsetiska överväganden, publicerade i akademiska tidskrifter, ha ett patientperspektiv, vara engelskspråkiga och publicerade mellan 2010-2021.

För att få fram de mest lämpade artiklarna som material till studien lästes först titlarna och sedan selekterades de som inte hade relevans för studiens syfte. Det sammantagna resultatet blev 25 artiklar som valdes ut i den första selekteringen genom att läsa abstrakten. De tio artiklar som sedan blev kvar lästes igenom och valdes ut efter övergripande teman och som finns representerade i resultatet. För att säkerställa kvaliteten på de granskade artiklarna ställdes granskningsfrågor som presenteras i Friberg (2017, ss. 187-188). De utvalda artiklar som ingår i resultatet framkom genom att identifiera likheter och olikheter under valda rubriker. Vi identifierade likheter eller skillnader i de teoretiska utgångspunkter, syfte och studiernas resultat. De rubriker som framkom sammanställdes under olika lämpliga teman och kategorier. Utifrån studiernas resultat inkluderade vi de kvalitativa studierna medan de kvantitativa exkluderades samt personer som lever med PD. Endast artiklar som är baserade på intervjustudier där personerna är över 18 år och att det är gjort utefter forskningsetiska riktlinjer där de gått med på att intervjuas och att materialet hanteras i enlighet med god forskningssed. Artiklarna i studien är från olika länder såsom Sverige, Storbritannien, Finland, USA och New Zeeland. De artiklar som exkluderades var de artiklar med PD, ICD och yngre under 18 år. Att materialet struktureras upp i tabellform för att få en god översikt över artiklarnas perspektiv, problem, syfte, metod, resultat och diskussion enligt Friberg (2017, s. 183) bilaga 2.

Identifiering och sortering i resultatet är tre olika teman som identifierades utifrån de lästa artiklarna och är gjort utifrån studiens ställda syfte (Friberg, 2017, ss. 148-151).

Data analys

Analysen av det sammantagna materialet gjordes med hjälp av Friberg (2017, ss. 148-151) för att göra en analys i flera steg. Identifiering och sortering i resultatet är de tre olika teman som identifierats utifrån de lästa artiklarna och är gjort utifrån studiens ställda syfte. Först lästes de utvalda artiklarna igenom ett flertal gånger för att förstå innehållet i sitt sammanhang och helhet. De delar som beskrev personernas upplevelse lyfts fram och noterades specifikt i ett word dokument. En tabell gjordes för att söka

likheter eller olikheter från resultatet i de olika artiklarna, för att kunna sorteras under olika teman. Efter granskningen framkom slutligen tre teman och åtta underteman som sammanställs och presenteras i studien.

Forskningsetiska överväganden

De artiklar som finns presenterade i resultatet har tillstånd från etisk kommitté eller noggranna etiska överväganden. Artiklarna som har analyserats i litteraturstudien var av kvalitativ design med intervjuer som metod. Personer som är involverade i studierna är över 18 år och har givit sitt samtycke. De har informerats om att identiteten ej röjs när studien presenteras eller vid hanteringen av datan. Den enskilda forskaren har det yttersta ansvaret för sitt arbete och för att hålla en hög kvalitet och hög moral till skydd för deltagarna i forskningen (Henricson 2017, s. 434).

RESULTAT

Syftet med studien är att belysa individens levda erfarenhet med att ha hemodialys i hemmet. Analysen resulterade i tre teman med underteman, se tabell 1. De teman och undertema som framställs beskriver känslor och upplevelser hos personer med hem-HD som behandling.

Tabell 1. Översikt av teman och underteman

Teman	Underteman
Välbefinnande och hälsa	<ul style="list-style-type: none">● Acceptera sin situation● Förändringar i hemmet● Fysisk och psykisk hälsa
Frihet	<ul style="list-style-type: none">● Självbestämmande och flexibilitet● Egenkontroll och autonomi
Trygghet och säkerhet	<ul style="list-style-type: none">● Kunskap och utbildning● Säkerhet och stöd i hemmet● Oro och rädsla

Välbefinnande och hälsa

Acceptera sin situation

Vid beslut att utföra dialysbehandling med egenvård i hemmet måste en stor egen inre drivkraft finnas. En förståelse för processen och en vilja att följa regimen med eget ansvar och genom kunskap sätta sig in i sjukdomen och ta kontroll över sitt liv (Virtanen et al. 2019; Wang et al. 2012). Personen måste ha stor tilltro till sig själv för att vara beredd att ta ansvaret att starta och fortsätta med hem-HD (Cases, Dempster & Gamble 2011; Rajkomar, Farrington, Mayer, Walker, Blandford 2014). Viljan till egenvård betonas med en positiv attityd till tekniken som en viktig del i acceptansen. Med en positiv inställning blir det naturligt att utföra sin behandling i hemmet (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011).

För de som upplevde ett hastigt sjukdomsförlopp med en snabb försämring, kände personen i början en motvilja. Det tog längre tid att acceptera situationen då de ej var mentalt förberedda. Men efter insikten hur situationen hanteras och med lite mer erfarenhet kunde personliga fördelar ses i det dagliga livet med tekniken i hemmet, då var valet självklart (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Wang et al. 2012). Acceptans till behandling byggs upp i samråd och med stöd från sjukvårdspersonal, familj och andra med erfarenhet av liknande situation i hemmet (Cases, Dempster, Davis & Gamble 2011; Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011). Beslut för egenvård i hemmet underlättas av vetskapen att det finns möjlighet att återgå till att få behandling på sjukhuset om de önskar (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011). En annan aspekt som tas upp är rädslan att bli isolerad i hemmet, men även en rädsla av att inte träffa andra människor (Kurnik, Wong, Glickman, Shea & Dember 2019; Majeed-Ariss, Jayanti, Schulz, Wearden & Mitra 2017; Tong et al. 2013). Drivkraften i att acceptera situationen är känslan av frihet, en större förståelse och med en ökad erfarenhet av tekniken. Det ger en högre självkänsla och en identitet som är mindre relaterat till sjukdomen (Cases et al. 2011; Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011).

Förändringar i hemmet

När dialysmaskinen installeras i hemmet blir det en förändring i den fysiska miljön (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Personer berättar att dialysmaskinen med tillhörande utrustning tar mycket plats och kräver stort utrymme i hemmet. Ljudet av maskin och utrustning stör den annars fridfulla tysta hemmiljön. För att inte inkräkta för mycket på hemmets atmosfär förvaras tillhörigheterna nära maskinen eller i ett förvaringsutrymme som installerats i närheten. Andra problem som upplevs är praktiska frågor. Transporter måste planeras för att få hem materialet samt sopor som måste forslas bort. Denna arbetsbörda kan ibland ge en känsla av minskad frihet och att ha ett mini sjukhus hemma (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Wang et al. 2012). Trots de förändringar och påverkan utrustningen gör på miljön i hemmet ser personerna ändå positivt på att ha behandlingen i hemmet (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Något som inte kan förbises och upplevs som negativt, är behandlingens påverkan på ekonomin. Behandlingen i hemmet gav ökade kostnader på både el och vatten (Wang et al. 2012).

Fysisk och psykisk hälsa

Vid behandling i hemmet upplever personen en förbättrad hälsa både fysiskt och psykiskt (Wang et al. 2012). Fler behandlingar per vecka leder till att många fysiska symtom minskar med minskade svängningar i kroppen vilket resulterar i mindre vätska och slaggprodukter. En annan positiv sida blir att personen lär känna sin kropp och hur den fungerar vid olika tillstånd. Tidigare psykiska symtom med en oförmåga att tänka klart försvinner. Vid frekvent behandling upplevs en förbättring i den mentala hälsan med mindre trötthet, tanken känns klarare och förmågan att koncentrera sig blir bättre (Wang et al. 2012).

Frihet

Självbestämmande och flexibilitet

Hembehandling jämförs med dialys på sjukhus tre gånger per vecka, fyra timmar varje gång där upplevelsen beskrivs som ett inrutat liv utan flexibilitet och med en sämre

hälsa (Tong et al. 2013; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Behandling i hemmet ger istället en frihetskänsla av att slippa anpassa sig. Personen slipper åka till sjukhuset på schemalagd tid vilket ger möjligheten att själv planera sin dag. Vid valet av hembehandling lyfts även väder och årstider fram där individen inte behöver anpassa sig och kan utföra sin behandling efter eget önskemål. Det ger en positiv känsla att inte behöva dialysera en dag då solen skiner (Tong et al. 2013; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Genom att förbereda och planera hemdialysen i förväg så underlättas vardagen. Den egna planeringen leder till att dialysen påverkar livet mindre och ger en känsla av att själv kunna balansera livet (Wang et al. 2012). När förändringar i vardagslivet uppkommer är personen oftast mer förberedd och behandlingen upplevs ta mindre tid i anspråk (Shaw 2015). Hembehandling leder till ett större självbestämmande och flexibilitet vilket ökar tiden för fritid och engagemang i sin behandling. Med en god planering minskar oförutsedda händelser (Cases et al. 2011; Tong et al. 2013).

Vid behandling i hemmet slipper personen att vänta på hemtransport och tidskrävande taxiresor. Möjligheten att kunna vila i direkt anslutning till behandling finns och det uppskattas. Hälsan förbättras genom känslan av att få tillbaka ett vanligt liv. En frihet att själv bestämma, anpassa tekniken till det sociala livet och att kunna återgå till arbetet med egen försörjning (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Wang et al. 2012). Upplevelsen av att ha mer tillgänglig tid blir ännu större för dem som utförde sin behandling nattetid. Under behandling på natten sover personen vilket frigör tid på dagen och ger mindre trötthet (Wang et al. 2012; Vestman, Hasselroth & Berglund. 2014). Den sociala miljön förändras på grund av möjligheten att själv planera tiden, vilket upplevs ge mera tid för arbete, familj och vänner (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Wang et al. 2012). Det som uppskattas mycket är att livet i hemmet inte enbart kretsar kring dialys (Wang et al. 2012). Målet är att ha ett aktivt och socialt liv, med intressen och projekt precis som de hade tidigare (Tong et al. 2013).

När problem uppstår som vid till exempel accessproblematik eller tekniska bekymmer med utrustningen kan friheten upplevas som begränsande. Friheten minskar eftersom

behandlingen då tillfälligt måste ske på sjukhus, vilket oftast vill undvikas oavsett orsak (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014).

När det på senare år kommit mindre bärbara dialysmaskiner finns större möjlighet till att resa utan att behöva gästdialys (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Tankarna på att vidga vyerna och att resa kommer först när personen upplever en trygghet i sin situation, teknik och en säkerhet vid handhavande. Det som hindrar valet att resa är all planering med tunga maskiner som ska med, vilket leder till att de flesta ändå undviker resor (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Wang et al. 2012). Trots begränsningar och mycket planering finns ändå en stor frihet att själv kunna välja om man vill resa (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014).

Egenkontroll och autonomi

Utrustning anpassas efter personens hälsotillstånd, aktiviteter och upplevelser i hemmet samt genom kunskapen om vad man kan förvänta sig. Lämpliga rutiner för det dagliga livet utformas och de försöker leva som tidigare (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Stor vikt betonas på att själv bestämma över sin behandling, att ingen styr över tidpunkten då dialysen ska utföras (Tong et al. 2013; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Wang et al. 2012). Samtidigt är det en process att ta tillbaka sin egen kontroll och autonomi. Personen ändrar självbild från sjuk, med stort vårdbehov flera dagar per vecka, till frisk med att vara hemma och själv sköta sin behandling. Dialysavdelningen uppfattas som en deprimerande plats som de inte vill gå tillbaka till (Wang et al. 2012). Att inte vara beroende av andra ger känslan av välbefinnande och normalitet (Case et al. 2011). Trots det är inte alltid behandling med teknik i hemmet problemfritt och motgångar uppkommer. Personer upplever ibland trots planering en frustration över tiden dialysbehandlingen tar i anspråk. Denna frustration kan medföra att de utför färre behandlingar än planerat (Wang et al. 2012).

Med behandling i hemmet anpassar och förbättrar personen genom erfarenhet själv sin vardag. De utformar bekväma lösningar och kan se konsekvenser både i teknik och behandling (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Wang et al. 2012). Genom att vara

med i den aktiva och medvetna processen som dialys i hemmet med egenvård innebär, växer de som personer med teknik och människa i samklang (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Wang et al. 2012). Förutsättningen till ett bra liv med hembehandling är att se de fördelar behandlingen medför i vardagen. Individerna måste själv förstå vilken nytta som den tekniska kunskapen medför och att vinsten av att själv kontrollera behandlingen leder till förbättrad hälsa. Med den vetskapen blir det lättare för personen att anpassa sig och hitta meningsfull sysselsättning under den tid behandlingen tar i anspråk (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011).

Trygghet och säkerhet

Kunskap och utbildning

Det behövs en viss nivå av kunskap och förståelse för att klara den medicinska tekniken i hemmet. Kunskap om den egna kroppen, sjukdomen och sjukdomens påverkan är viktig. Det måste finnas en förståelse för läkarnas ordinationer och samtidigt en ambition om en sund livsstil (Rajkomar et al. 2014; Wang et al. 2012; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Tekniken upplevs inte som svår men det krävs en viss intellektuell förmåga för att kunna genomföra procedurerna systematiskt. För att känna tryggheten med behandlingen i hemmet understryks vikten av att behärska det tekniska handhavandet före, under och efter behandlingen (Cases et al. 2011; Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014).

Till en början är fokus på att vänja sig vid att hantera tekniken och ansvaret för behandlingen hemma i vardagen (Cases et al. 2011; Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011). Utbildningen på sjukhuset spelar en betydande roll för självförtroendet och egen säkerhet i situationer som kan uppkomma. I hemmet måste personen ha kunskap och handlingsberedskap. Om det uppstår problem med dialysmaskinen vem ska då kontaktas. Med kunskap som personen tar med sig från sjukhuset kan problem oftast lösas på egen hand, genom att leta upp en åtgärd i manualen eller ringa ett

supportsamtal (Cases et al. 2011; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Virtanen et al. 2019).

Genom erfarenhet kommer lärdomen att själv känna igen tecken på hälsa och ohälsa. Då kan egna justeringar i behandlingen göras kontinuerligt och enklare utvärderas (Wang et al. 2012). De förändringar i kosten som frekvent behandling i hemmet medför beskrivs av personer som en stor upplevelse av tacksamhet. De får minskade begränsningar och kan äta och dricka mer som friska personer (Wang et al. 2012).

Säkerhet och stöd i hemmet

Viljan att lära sig tekniken, en positiv attityd och ett professionellt stöd underlättade processen till att bli mera trygg med egenvård i hemmet. Stöd från andra upplevs som en positiv drivkraft och är till hjälp vid minskad styrka och nedsatt energi (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011). För att bygga ett gott självförtroende anses det viktigt med psykologiskt stöd och en känsla av att inte vara ensam med sina problem (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Majeed-Ariss et al. 2017; Virtanen et al. 2019). Viktiga faktorer vid behandling i hemmet och som främjar upplevelsen av trygghet och säkerhet är känslan av egen kompetens. Med det menas att känna sig säker med sin behandling och vara förberedd på olika scenarier samt ha vetskap om vilka åtgärder som kan göras (Virtanen et al. 2019).

Vid hembehandling är tillgänglighet, kontinuitet och kompetens hos personalen viktig för känslan av säkerhet och trygghet (Tong et al. 2013; Virtanen et al. 2019). Personalen på dialysavdelningen måste ha kunskap om personen i hemmet, om hembehandling samt tekniken. Vetskapen att det finns stöd genom ett telefonsamtal till både sjuksköterskan eller tekniker ger en säkerhet och trygghet (Tong et al; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Virtanen et al. 2019). Vid kontakt med sjuksköterskan betonas vikten av att hjälpen är personanpassad, annars kan den istället uppfattas som värdelös och kränkande. Då kan det istället leda till en oro och osäkerhet för personen (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Virtanen et al. 2019).

Stöd och engagemang från närstående har ofta en stor betydelse och kan underlätta vardagen. Närheten och involveringen av familjen ger en känsla av säkerhet och trygghet, en trygghet om det skulle inträffa något eller om de behöver hjälp med en extra hand (Tong et al. 2013; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Virtanen et al. 2019; Wang et al. 2012). De som lever tillsammans med en partner som utför dialys i hemmet byter ibland roller och gör saker som den andra gjorde tidigare eller hjälps åt och delar på ansvaret (Fex, Flensner, Ek & Söderman 2011; Kurnik, Wong, Glickman, Shea & Dember 2019).

Problem i familjelivet kan ibland vara en orsak till osäkerhet (Majeed-Ariss et al. 2017). Det finns personer som absolut inte vill involvera eller lägga något ansvar eller börda på sina närstående. De väljer istället att göra sin behandling när familjen är på arbetet, i skolan eller borta av någon annan anledning. En orsak till att personen väljer att göra sin behandling på sjukhus kan ibland vara att de inte vill lägga bördan på familjen (Tong et al. 2013; Wang et al. 2012).

Oro och rädsla

Personen kan uppleva en ensamhetskänsla och en rädsla att det under behandling tillstöter någon allvarlig komplikation. Oron att då inte behärska situationen eller att göra ett misstag som äventyrar livet kan leda till en inre stress (Tong et al. 2013; Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Sjuksköterskans stöd och tillgänglighet med personanpassad vård uppmärksammas här som en absolut nödvändig framgångsfaktor (Vestman, Hasselroth & Berglund. 2014; Virtanen et al. 2019; Wang et al. 2012). När motgångar uppstår i behandlingen är det ibland svårt att se vinsten av att ha tekniken i hemmet. När dialysavdelningen är stängd, då dialysavdelningar endast har öppet dagar och kvällar, kan upplevelsen av att vara ensam med ansvaret för sin behandling vid vissa tillfällen upplevas mer negativ än att få behandling på sjukhuset (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014; Virtanen et al. 2019; Wang et al. 2012).

Andra faktorer som lyfts fram och där det finns en rädsla och oro är hantering och skötsel av accessen. För de personer med en fistel är det oron med riskerna vid

nålsättning. För de med dialyskateter finns oron med riskerna vid handhavande och infektion. En osäkerhetskänsla som lyfts fram är när olika direktiv ges från sjuksköterskor om vad som gäller med hygien och föreskrifter vid skötsel av accessen eller vid åtgärder när problem uppstår (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). Efter ett tag skapas egna rutiner i hemmet och då minskar stressen, oron och rädslan (Vestman, Hasselroth & Berglund 2014). En annan viktig del som personer betonade vid hembehandling är en oro över närståendes upplevelse över den extra bördan på familjen. Men även vilken påverkan som behandlingen i hemmet kan medföra på det sociala livet (Tong et al. 2013).

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturöversikt med en sammanställning av tidigare forskningsdata med kvalitativ inriktning ansågs som den mest lämpade metoden för att besvara syftet till denna litteraturstudie. Kvalitativa studier är knutet till ett sammanhang och utgörs av individens upplevelser och erfarenheter (Friberg 2017, s. 34). Metoden valdes med vetskap om risken att en litteraturöversikt kan bli ett alltför selektivt eget urval i en begränsad mängd forskning och därmed påverka resultatet (Friberg 2017, s. 143). Vikten lades på ett kritiskt förhållningssätt i urvalet av artiklar. En reflektion av författarna var att en kvalitativ intervjustudie hade varit mer önskvärd för att få mer detaljerade svar på studiens syfte, men det hade varit alltför tidskrävande. I de artiklar som granskades har tyngdpunkten varit utifrån en induktiv design. Enligt Henricson (2017, ss. 30-31) innebär det att ett specifikt fenomen observeras och studeras i empirin. Därefter beskrivs fenomenet på ett korrekt sätt för att utmynna i teoretiska begrepp och slutsatser. Det går aldrig att utesluta förutfattade meningar, författarna har varit medvetna om sin förståelse och genom ett medvetet reflektivt förhållningssätt arbetat förutsättningslöst för att undvika resultatstyrning.

Författarna valde att endast söka i akademiska databaser med inriktning på omvårdnad för att säkra att valda artiklar redan är kvalitetsgranskade med vetenskapliga publikationer. Sökningarna i databaserna gjordes efter valda sökord och trunkeringar. För att få med ordens alla böjningsformer och synonymer samt en relevant söksträng användes boolesk söklogik men även frassökning användes för att hålla ihop begrepp (Friberg 2017, s. 72; Henricson 2017, s. 92). En sökmatrix upprättades där sökningarna med sökord och de trunkeringar som gjordes dokumenterades. Sök resultatet blev 25 artiklar som ansågs som ett relevant antal. Båda författarna läste och sammanställde dessa artiklar. Genom diskussioner och sammanställning i ett exceldokument kategoriserades artiklarna efter innehåll enligt Friberg (2017, ss. 134-137).

I urvalet till studien valdes tio kvalitativa artiklar som kvalitetsgranskas på ett strukturerat sätt utifrån problemformulering och syfte (Friberg 2017, ss. 141-143). Artiklarna var från olika delar av världen, men resultaten i artiklarna visade sig vara samstämmiga. Det ses som positivt då använd forskning inte är positionerad eller partiell, med det menas att de inte kommer från någon specifik geografisk plats, kön eller etnisk position (Henricson 2017, s. 39). Granskningen av studierna utmynnade i de teman och underteman som presenteras i resultatet där en tabell tydliggör dem. De fastställda teman med underteman har prövats flera gånger innan de fastslogs och beskrivs i studien. Resultatet illustreras med sina teman och underteman för att göra det mer åskådligt i början på resultatavsnittet (Friberg, 2017, s. 137). Under denna uppsats gavs både skriftlig och verbal "feedback" från vår handledare där konkret och konstruktiv kritik mottogs för att synliggöra den röda tråden i uppsatsen. Uppsatsen har gjorts enligt riktlinjerna för examensarbete på kandidatnivå (Friberg 2017, s. 138).

Resultatdiskussion

Resultatet visar hur individen med sin levda erfarenhet upplever sin livssituation i vardagen med hem HD vilket därmed besvarade syftet med uppsatsen. Det som valts av författarna att diskutera är betydelsen av hälsa, frihet och trygghet.

Välbefinnande och hälsa

Att drabbas av njursjukdom och med det tvingas till dialysbehandling har stor inverkan på en person ur många aspekter. Resultatet visar att dialysbehandling ger stora förändringar i en persons livssituation och påfrestningar på hälsan och välbefinnandet. Ett viktigt steg är att mentalt förbereda sig och acceptera och vänja sig vid sin situation. Vilket Jonasson & Gustavsson (2017) bekräftar då de menar att det ger ett ökat välbefinnande om personerna accepterar och förlikar sig med nuet och hur det kommer att bli. Tidigare studier visar att personcentrerad vård ses ett samspel mellan sjuksköterskan och individen. För att individen ska bevara och utveckla sin egen inre styrka har sjuksköterskan en viktig roll i att stödja personen när ohälsan hotar självbilden (Ekman & Norberg 2013).

Författarna anser att sjuksköterskan kan hjälpa och underlätta för individen i acceptansen av sin sjukdom. En stor vikt av att se hela människan är centralt för att personen skall känna hälsa trots sjukdom. Med information och kunskap om innebörden av sin njursjukdom, dialysbehandling och egenvård har sjuksköterskan en viktig roll för att individen ska acceptera sin livssituation. När en person väljer hemodialys i hemmet väljer personen också egenvård i hemmet. Vid bristande kunskap uppstår en oförmåga till egenvård vilket bekräftas av Orem & Vardiman (1995) och O`Shaughness (2014). Vidare påtalar Orem (2001) att människan har en naturlig förmåga och fallenhet för egenvård. När en person involveras till egenvård genom kunskap och med tid för stöd och reflektion. Först därefter kan personen se sina färdigheter och känna självförtroende (Hussein, Bennet & Schiller 2021).

Personers välbefinnande och hälsa är av stor betydelse och gör gällande att de flesta mår mycket bättre av att sköta sin dialysbehandling i hemmet. Positiva hälsoeffekter ses både fysiskt och psykiskt. Vilket också påvisas av både Kraus et al. (2016) och Target et al. (2020). Resultatet beskriver fortsatt att personen vid egenvård måste få en förståelse för processen och med eget ansvar tillgodose sig kunskap om sjukdomen och på så sätt ta kontrollen över sitt liv. Det är inte alla som har det självförtroendet eller kan ta det ansvar som krävs. Både struktur och disciplin är nödvändigt för att lyckas med att utföra

dialysbehandling med egenvård i hemmet. Hinder som motsäger den positiva upplevelsen som begränsar antalet användare är fler behandlingar per vecka jämfört med planerad behandling på sjukhusen (Tennankore, Chan & Curran 2012). Författarna till denna uppsats upplever att många av de personer med hemodialys i hemmet upplever att de mår mycket bättre och får en större självkänsla då de har en egen kontroll över behandlingen. Upplevelsen av bättre hälsa är betydligt större med frekvent behandling jämfört med tre gånger per vecka på sjukhus. Hur accessen fungerar har stor påverkan på upplevelsen av behandlingen i hemmet. Problem kan leda till att behandlingen får utföras på sjukhuset vid upprepade tillfällen och kan i förlängningen leda till avslutad hembehandling medan en problemfri access ger en mera positiv bild.

Vidare framkommer det i resultatet att när avancerad teknisk utrustning installeras i hemmet innebär det en förändring i hemmets personliga atmosfär. Där Hilli & Eriksson (2019) beskriver hemmet som en plats där säkerhet och identitet kan bevaras och skyddas. Samt vikten för sjuksköterskor att förstå vilken betydelse hemmets ontologiska innebörd har för hälsa och lidande, men även förstå vilken innebörd och påverkan vårdandet har. Resultatet visar att personerna var positiva till hembehandling trots påverkan på hemmet. Utifrån resultatet ser författarna ett positivt resultat när sjuksköterskan utifrån ett helhetsperspektiv bekräftar patienten med att lyssna, aktivt delta och sätta in resurser när det behövs. Personerna känner sig trygga i sin omvårdnad och en god relation med ömsesidighet och öppenhet skapas. En del personer ser ingen vinst alls med att ha sin behandling i hemmet. De är nöjda med att komma till sjukhuset. De vill hålla sjukhuset och sjukdomen borta från bostaden. Hemmet är för dem en frizon där de vill uppleva sig som friska. De vill gå till sjukhuset och få sin behandling för att sedan gå de därifrån. De vill endast ha sjukvården på sjukhuset. Vissa personer vill komma till sjukhuset för behandling eftersom det är deras enda sociala kontakt och med hembehandling finns en rädsla att bli isolerade i hemmet.

Frihet

Resultatet visar att många personer med dialys upplever att de får mer tid med det sociala livet när de har hem-HD. De kan utföra ett arbete med normala arbetstider och

att de har bättre fysiska förutsättningar till ett bättre leverne, vilket minskar känslan av att vara begränsad i sin livssituation. Personen styr själv när behandlingen ska utföras oavsett vilken tid det är på dygnet och det ger en frihetskänsla. Motsatsen till det beskriver Monaro et al. (2014) i sin studie. Personer som utför dialys i hemmet känner ingen frihetskänsla i hemmet utan de känner sig fysiskt bundna till en maskin. Detta skapar en känsla av ofrihet och medför att inte kunna ta sig vart man vill. Vidare beskriver resultatet att personen ändrar sin självbild vid hembehandling från sjuk, med stort vårdbehov flera dagar per vecka, till frisk med att vara hemma och själv sköta sin behandling. De styr själva sin vardag och slipper åka till sjukhuset för behandling med väntan på taxi. Enligt Metzgers (2016) innebar behandling på sjukhus ett inrutat liv med stor tidsåtgång för transporter tillsammans med behandlingstid. Att bestämma över sin egen tid och att göra den tidsvinsten som transportererna mellan hemmet och sjukhuset innebär förstärker känslan av frihet (Metzger 2016).

Utvecklingen går hela tiden framåt när det gäller hem-HD system, de blir mindre och nättare och därmed lättare att transportera än tidigare (Tennankore, Chan & Curran 2012). Flygbolag transporterar idag medicinska produkter utan extra kostnad och gör det lättare att resa. Personer kan även ta kontakt med dialysföretagen så att de kan leverera produkter till resmålet (Young et al. 2012). Vid resor upplevdes även det jobbigt för personerna då de var tvungna att planera och anpassa sin tid efter dialysbehandlingen (Al Nazly et. al 2013). Friheten menar författarna är en stor drivkraft vid valet av dialysbehandling i hemmet. Den livsuppehållande behandling som personen tvingas till utan egen vilja ger ändå hembehandling en möjlighet att vara med och själv styra, men även upprätthålla friheten till en viss gräns.

Trygghet och säkerhet

Resultatet visade att trygghet och säkerhet vid hembehandling var av största vikt. Otrygghet visar sig vid brister i självförtroende med hanteringen av tekniken samt oförutsedda händelser eller bristen på stöd från sjukvården eller närstående. Behovet av tillgänglighet och stöd poängteras där sjuksköterskans tillgänglighet var av stor betydelse. Tidigare forskning betonar att stöttning och utbildning en stor betydelse för

att få det självförtroendet som krävs att vara trygg i sin behandling i hemmet (Young et al. 2012). Resultatet visade en farhåga vid oförutsedda händelser med dialysmaskinen eller svårigheter med accessen. Hinder eller barriärer för trygghet är rädslan att själv sätta accessnålarna eller antalet nålstick per vecka som behövs vid frekvent dialys. Rädslan med en ökad infektionsrisk fanns också som följer med fler nålstick per vecka. Dessa hinder kan leda till att personer avstår behandling i hemmet (Tennankore, Chan & Curran 2012).

Resultatet visade att en positiv attityd och en god vilja till att lära sig tekniken med professionellt stöd underlättade processen till att bli mera trygg med egenvård. Genom att utföra sin dialys hemma måste kunskapen tillgodoses för att känna sig bekväm i utförandet och därmed kommer kunskapen och känslan om den egna kroppen. Att utbildningen blir personlig och inte förs i grupp är av stor betydelse för många. Dialysmaskiner som används i hemmiljö ska vara så enkla det bara går, för att minska risken att göra fel och för att personer som använder dem ska känna sig säkra. En absolut nödvändighet är att den personal som utbildar är hängiven och specialutbildad för uppgiften att utbilda personer med dialys och har den kunskap som krävs för hemodialys i hemmet (Young et al. 2012).

Förhoppningsvis sker det ett paradigmskifte när det gäller vårdpersonals och läkares stöd och kunskap inom området. Det vill säga att de är så uppdaterade och förstår innebörden med hur hemodialys i hemmet fungerar, vilket också blir en brist om läkare inte är uppdaterade om de olika möjligheterna till denna behandlingsform (Metzger 2016).

Författarna ansåg att kunskapen är viktig för att personen skall känna sig säker. Att det läggs ner för lite tid på att informera om de olika behandlingsalternativen är något som uppmärksammas. Med större kunskap om vad dialysbehandling och den påverkan har på kroppen vid behandling tre gånger per vecka fyra timmar varje gång hade kanske antalet personer i hemodialys ökat? Antalet dialyserande personer är en ökande grupp i samhället och i sjukvården. Eftersom det i dagsläget har svårt med platsbrist och personalbrist så skulle flera behöva utföra sin behandling i hemmet. För att underlätta

och göra det mer tillgängligt är mer kunskap om hemodialys i hemmet ett utmärkt alternativ, för att möjliggöra att fler personer kan behandlas i hemmet med goda resultat (Metzger 2016). Mer kunskap om hemodialys med bättre behandlingsprogram vore av största vikt för att främja denna behandlingsform (Tennankore, Chan & Curran 2012).

Slutsats

Merparten av de personer som behandlas med hem-HD upplever att tidsvinsten var dag har stor betydelse för att de kan tillbringa mer tid i det sociala livet med nära och kära. De har lärt sig att leva med dialysbehandling som behandlingsform på sina villkor, mer likt ett normalt liv och att inte uppfatta sig själv som sjuk. De begränsningar som tidigare fanns har reducerats och blir en motivator till att fortsätta behandlingen med en bättre överlevnad.

Önskvärt vore om den procentuella siffran på hur många personer som har hem-HD skulle öka och helst fyrdubblas under en tioårsperiod. Att nationella behandlingsprogram förbättras och information samt kunskap om denna behandling ökar i samhället ses av största vikt. Som hjälp till detta vore det önskvärt om fler kvalitativa empiriska studier på magisternivå som underlag. Den här gruppen av personer behöver allt stöd de kan få i form av utbildning och kunskap för att få en bättre och mer anpassad vård i hemmet. I längden blir denna behandling en samhällsvinst och mer kostnadseffektiv.

REFERENSER

*ingår i resultatet

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), ss. 321-327.

*Cases, A., Dempster, M., & Gamble, G. (2011). The experience of individuals with renal failure participation in home haemodialysis: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 884-894.
doi:10.1177/1359105310393541

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård-teori och tillämpning. I Edberg, A-K. Ehrenberg, A. Friberg, F. Wallin, L. Wijk, H. & Öhlen, J. (Red) Omvårdnad på avancerad nivå. Uppl. 1:6., Lund: Studentlitteratur AB, ss. 29-53

*Fex, A., Flensner, G., Ek, A-C. & Söderhamn, O. (2011). Health-illness transition among persons using advanced medical technology at home. Trollhättan: *Scand J Caring Sci*; 2011; 25; 253–261 doi: 10. 111/j.1471-6712.2010.00820.x

Friberg, F. (red). (2017). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur. ss.72-188

Glyde, M. Keane, D. Dye, L. Sutherland, E. (2019) Patients' perceptions of their experience, control and knowledge of fluid management when receiving haemodialysis. *Journal of renal care*.45(2),83-92

Henricson, M.(red). (2017). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. 2 uppl., Lund: Studentlitteratur. ss. 30-435

Hilli ,Y. & Eriksson, K. (2019). The home as ethos of caring: A concept determination. *Nursing Ethics*, 26 (2), ss. 425-433. doi: 101177/0969733017718395

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

Höllgren, O. (2017). PM – juridiska förutsättningar för egenvårdsbeslut vid dialysbehandling Institutet för Medicinsk Rätt AB.

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

Kraus, A, M. Flunk, R, J. Weinhandl, E, D. Kansal, S. Copland, M. Komeda, P. Finkelstein, F, O. (2016). Intensive Hemodialysis and Health-Related Quality of Life *Am J Kidney Dis.* 2016;68(5), ss. 33-42. doi:10.153/j.ajkd.2016.05.023

*Kurnik, R., Wong, T., Glickman, J., Shea, J., Dember, L. (2019). The home haemodialysis patient experience: A qualitative assessment of modality use and discontinuation. *Hemodialysis International.* 23(2) 139-150. doi:10.1111/12713

*Majeed-Ariss R., Jayanti, A., Schulz, T., Wearden, A., Mitra, S. (2017). The anticipated and the lived experience of home and in-center haemodialysis: Is there a disconnect? *Journal of Health Psychology.* 22(12) 1524-1533. doi:10.1177/1359105316630135

Metzger, S. (2016). Home dialysis modalities: Educational barriers to utilization. *Nephrology Nursing Journal,* 43(3), 251-254

Monaro, S., Stewart, G. & Gullick, J. (2014). A 'lost life': coming to terms with haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing,* (23), ss. 3262-3273. DOI: 10.1111/jocn.12577

Nationell arbetsgrupp (NAG) för Nationella riktlinjer för kronisk njursjukdom (2021). [Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom \(d2flujgsl7escs.cloudfront.net\)](https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net)

Njurförbundet, Svensk Njurmedicinsk förening, Svensk njurmedicinsk sjuksköterskeförening. (2019) Nationellt vårdprogram för egenvård vid Dialys. [Nationellt-vardprogram-for-egenvard-vid-dialys.pdf \(njurforbundet.se\)](https://www.njurforbundet.se/medlemsmaterial/2019-09-04-nationellt-vardprogram-for-egenvard-vid-dialys.pdf)

Orem, D. E., Vardiman E. M. (1995). Orem's nursing theory and positive mental health: Practical considerations. *Nursing Science Quarterly,* 8, (4), s. 165-173

Orem, D. E. (2001). *Nuring: Concepts of practice.* (6: ed.) St. Louis, MO: Mosby.

O'Shaughnessy, M. (2014). Tillämpning av Dorothea Orems teori om egenvård på äldre patienter med peritonealdialys. *Nephrology Nursing Journal;* Pitman Vol.41, Iss. 5;(5 sep/okt 2014):495-498.

*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. doi: 10.1186/1471-2369-15-195

SFS 2014: 821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet. [Patientlag \(2014:821\) Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m. SFS 2019:964 - Riksdagen](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lag/dokument-lagsamling/svensk-forfattningssamling-2014-2014-821-t.o.m.-sfs-2019-964-riksdagen)

*Shaw, R. (2015). Being-in-dialysis: The experience of the machine-body for home dialysis users. *Health*, 19(3), 229-244. doi:1177/1363459314539775

Stenvinkel, P. (2010). Chronic kidney disease: a public health priority and harbinger of premature cardiovascular disease. *Journal of Internal Medicine* *Journal of Internal Medicine* 268; 456–467. doi: 10.1111/j.1365-2796.2010.02269.x

Svenskt Njurregister. (2020). Svenskt njurregister årsrapport 2020. [Svenskt Njurregister Årsrapport 2020.pdf \(medscinet.net\)](#)

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Personcentrerad vård. [Personcentrerad vård | Svensk sjuksköterskeförening \(swenurse.se\)](#)

Target, N., Courivaud, C., Michel P.A., Daoud, S., Thomas M. (2020). Comparison of physical activity and quality of life in home haemodialysis (HHD) patients versus conventional in-center haemodialysis (ICHHD) patients: the observational, longitudinal, prospective, international, multicentric SeCoIA study protocol *BMC Nephrology* 21:500 11/23/2020; 21(1):1p. doi: 10.1186/s12882-020-02127-7

Tennankore, K. K., Chan, C. T. & Curran, S. P. (2012). Intensive home haemodialysis: benefits and barriers. *Nat.rev.Nephrol.*8, 515-522. doi:10.1038/nrneph.2012.145

*Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J, J., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson, D, W., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S., Strippoli, G, F. (2013). The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: an interview study. *BMJ Open* 2013;3:e002148. doi:10.1136/bmjopen-2012-002148

*Vestman, C., Hasselroth, M. & Berglund, M. (2014). Freedom and Confident: patients' Experiences of Life with Home Haemodialysis. Skövde School of Health and Learning, University of Skövde. *Nursing research and Practice* Volume 2014, Article ID 252643,7 pages. doi: 10.1155/2014/252643

*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. doi:10.1111/2298

*Wang XI, P., Singh, M., Harwood, L., Lindsay, R., Suri, R., Brown, J. B. & Moist, L. M. (2012). Patient experiences and preferences on short daily and nocturnal home hemodialysis. *Hemodialysis international* 2013, 17, ss. 201-207. doi:10.1111/j.1542-4758.2012.00731.x

Younas, A. (2017). En grundläggande analys av Dorothea Orems egenvårdsteori och utvärdering av dess betydelse för omvårdnadspraktik och forskning. *Kreativ nursing; Minneapolis* Vol. 23Iss. 1, (2017):13-23. doi:10.1891/1078-4535.23.1.13

Young, BA., Chan, C., Blagg, C., Lockridge, R., Golper, T., Finkelstein, F., Shaffer, R., Mehrotra, R., ASN Dialysis Advisory Group. (2012). *Clinical journal of the American Society of Nephrology*. Dec; Vol. 7 (12), ss. 2023-32.

Bilaga 1 Sökhistorik

Sök datum	Databas sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Kvalitet sgranskade	Valda artiklar
21-10-04	Cinahl S1	Hemodialysis		23094				
	S2	hemodialysis AND home		1050				
	S3	hemodialysis AND home "experience"or "lived experience"or" value of life"		102				
	S4	hemodialysis AND home "experience"or "lived experience"or" value of life"	English language	99				
	S5	hemodialysis AND home "experience"or "lived experience"or" value of life"	English language Peer Reviewed	95				
	S6	hemodialysis AND home "experience"or "lived experience"or" value of life"	English language Peer Reviewed 20100101-20210104	63	63	12	12	4

2021-10-04	Medline S1	hemodialysis AND home"experiences"or"lived experience"or" value of life"		328				
		hemodialysis AND home"experiences"or"lived experience"or" value of life"	english language	292				
		hemodialysis AND home"experiences"or"lived experience"or" value of life"	english language 20100101 - 20211004	128	128	17	17	2
21-11-04	Medline S1	hemodialysis		70742				
	S2	hemodialysis AND home		3320				
	S3	hemodialysis AND home AND"self care"		213				
	S4	hemodialysis AND home AND"self care"or"value of life"		214				

	S5	hemodialysis AND home AND"self care"or"value of life"or"self efficacy		222				
	S6	hemodialysis AND home AND"self care"or"value of life"or"self efficacy	English language	198				
	S7	hemodialysis AND home AND"self care"or"value of life"or"self efficacy	English language 2011-01-0 1-2021-12 -31	84	84	6	6	2
21-11- 03	Google School er	Use home hemodialysis feelings lived experience value of life		4	4	4	4	2

Bilaga 2 Artikelöversikt

Författare /år /land	Titel	Metod	Syfte/Urval	Resultat	Kvalitet
Cases, A., Dempster, M., Davies, M., Gamble, G., /2011/ Irland	The experience of individuals with renal failure participating in home hemodialysis	Intervjuer Analysmetod: Kvalitativ Förklarande fenomenologisk analys (IPA) Urval: 5 60-90 min Intervjuer	Syfte: Undersöka individer med njursjukdom deras upplevelser av hemodialys 6 personer deltog i djupintervjuer som sedan analyserades	Resultatet utgår från tre huvudteman: Behandling och livsstil frihet och flexibilitet Återupprätta känslan av sig själv och vald egen identitet integra aktivt engagemang och stöd, livsuppehållande beroende	Hög
Fex, A., Flensner, G., Ek, A-C. & Söderhamn, O. /2010/ Sweden	Health-illness transition among persons using advanced medical technology at home	Kvalitativ design. Intervjuer som analyserades med fenomenologisk hermeneutisk metod. inkluderat både induktiv och deduktiv strukturanalys.	Belysa innebörden av hälsa-sjukdom upplevelser i övergången bland vuxna personer personer som använder avancerad medicinsk teknik i hemmet. Inställning och deltagande.urval Intervjuer med 5 kvinnor och 5 män som alla utför egenvård i hemmet.	Resultatet tolkar upplevelsen av sjukdom-Hälsa med medicinsk teknik i hemmet som en process att se och uppleva vinsterna. Acceptera, hantera, anpassa och förbättra det dagliga livet i relation till tekniken	Hög
Kurnik,R Seshasai Tiffany Wong Joel D Glickman Judy A Shea Laura M Dembder /2019/ USA	The home hemodialysis patient experience: A qualitative assessment of modality use and discontinuation	Intervjuer semistrukturella Analysmetod: Kvalitativ, tematisk analys innehåll	Syfte: Att förstå, ur patienternas perspektiv, främja och överbrygga hinder för användning av HHD. Urval: 25 23 korta dagliga HHD 2 nattliga HHD	Resultat: Fem teman framkom relaterade till fortsättning eller avslutning av HHD	Hög
Majeed -Ariss, R Jayanti, A Schulz, T Wearden, A Mitra, S /2017/	The anticipated and the lived experience of home and in-center hemodialysis: Is there a disconnect?	intervjuer Analys metod: Kvalitativt beskrivande ramverks analys	Syfte: Den förväntade och levda upplevelsen av hem HD och på sjukhus hemodialys: Är det någon skillnad?	Resultatet utgår från fyra teman <i>Uppfattning om sig själv</i> <i>Hemodialysens inverkan på familjen</i> <i>Upplevda</i>	Hög

England				<i>för/nackdelar med HDD och ICHD Praktiska frågor och förhandlingar om hemodialys</i>	
Rajkumar,A Farrington,K Mayer,A Walker,D Blandford,A /2014/ England	Patients and carers experiences of interacting with home hemodialysis technology: Implications for quality and safety	Intervjuer observationer Analys metod: Kvalitativ innehållsanalys	Syfte: Patienter och vårdare erfarenhet av att interagera med hem hemodialys och teknologin Urval: 19 patienter och deras vårdare	Resultatet utgår från tre teman <i>Lära sig använda teknologin Användbarheten av teknologin Hantera säkerheten under dialysen</i>	Hög
Shaw,R /2015/ New Zealand	Being-in-dialysis: The experience of the machine-body for home dialysis users	Analys metod: Kvalitativ sekundär analys av intervjuer	Syfte: Att undersöka njurbehandling ur ett patientperspektiv och upplevelsen av att vara i dialys Urval:24 djupintervjuer med patienter i olika former med dialys	Tiden att utföra dialysen, vilken metod och vilket utrymme som krävs.	Hög
Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J, J., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson,D,W. Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S., Strippoli, G, F. /2013/ Italien	The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: an interview study.	Semistrukturerad kvalitativ intervjustudie med målinriktat urval och tematisk analys. 22 patient.er och 20 vårdgivare blev intervjuade	Syfte: Att utforska övertygelser och attityder hos patienter och deras vårdgivare om hemodialys i en region med mycket låg frekvens av hemodialys i hemmet	Resultatet identifierade sju huvudteman. Tre positiva: Flexibilitet och frihet, komfort i välbekanta och omgivningar, altruistisk motivation att göra hemhemodialys som ett föredöme för andra patienter och familjer. Fyra negativa: Störa känslan av normalitet, familjebörda, bostadsbegränsningar, professionellt stöd från sjukvården och isolering från kamratstöd.	Hög
Vestman,C. Hasselroth, M Berglund,M /2014/ Sweden	Freedom and Confident: patients' Experiences of Life with Home Haemodialysis	Kvalitativ metod där berättelser om patientens levda erfarenheter analyserades genom tolkning. Patienterna ombads att ge både en positiv och negativ erfarenheter i	Patientens upplevelse av hemhemodialys Urvalet var totalt 9 patienter. 5 män och 6 kvinnor med olika ålder och sociala situationer	Resultaten av denna analys är indelade i fem teman ur patientens perspektiv. Frihet att vara hemma och kontrollera sin egen behandling, känsla av att vara ensam	Hög

		berättelsen.		med ansvar ,Förändringar i hemmiljön, Behov av stöd och trygghet och välbefinnande med hemhemodialys	
Virtanen, H., Tuominen,R., Kiukainen, S., Koskinen,J., Koskeniemi, J., Laulaja,J., Numanovic, V., Leino-Kilpi, H /2019/ Finland	Experiences of safety among patients receiving home dialysis therapies	Frågeformulär med en strukturerad fråga och två öppna frågor om patienternas upplevda trygghet i sin vård på en fyrgradig skala. de ombads skriva faktorer som främjar eller försvagar deras upplevelse av säkerhet. Svaren på den strukturerade frågorna analyserades med beskrivande statistik. de öppna frågorna analyserades separat med en induktiv tematisk analys.	Patienternas upplevelser av säkerheten för dialysbehandling och -vård samt de faktorer som är kopplade till dessa upplevelser Urvalet var 70 patienter 18 år eller äldre, finsktalande och villiga att delta i studien. patient urvalet var både i predialysisk fas och till de som hade hemodialys.	Resultatet blev 3 övergripande teman som beskriver faktorer som befrämjar eller försvagar. Säkerhet i egen kompetens Kompetens hos personal inom, dialys behandling och vård, och kontinuitet.	Hög
Wang XI, P., Singh, M., Harwood, L., Lindsay, R., Suri, R., Brown, J. B. & Moist, L. M. /2012/ England	Patient experiences and preferences on short and nocturnal home hemodialysis	Kvalitativ fenomenologisk metod. halvstrukturerade djupintervjuer med några öppna frågor Intervjuerna blev inspelade och anteckningar gjordes.	Syftet: Försöka förstå de upplevda fördelarna och begränsningarna av kort daglig dialys och nattlig dialys. Urval: 10 patienter 18 år eller äldre med minst 1 månads natt eller korta dagliga dialyser. 8 män och 2 kvinnor Det var olika ålder kön samhällsklass, olika support hemifrån.	I resultatet kom fyra huvudteman fram. Fysisk och psykiska välbefinnandet blev bättre. tar själv kontrollen över sitt liv. Upplevelse av att vara frisk återgår till normalt liv. vilket stöd upplever de är viktigt vid egenvård i hemmet. professionellt stöd och familjen.	Hög

