

Hem Hemodialys ger patienten ökad frihet

FÖRFATTARE	Marie Blomén Anna Merlander
FRISTÅENDE KURS	Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng OM5250 VT 2012
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Ingela Henoch

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi tackar vår handledare Ingegerd Lindqvist för värdefulla synpunkter och uppmuntran i vårt arbete med att slutföra uppsatsen.

Titel (svensk):	Hem Hemodialys ger patienten ökad frihet
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Examensarbete i omvårdnad, Fristående kurs, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Marie Blomén och Anna Merlander
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Ingela Henoeh

SAMMANFATTNING

Patienter som insjuknat i kronisk njurinsufficiens och ska påbörja dialysbehandling står inför ett val som ska komma att påverka hela deras livssituation. Majoriteten av dem som har dialysbehandling har dialys på dialysmottagning där behandlingarna sköts av sjuksköterskor. Vi ville med föreliggande uppsats få mer kunskap om hem hemodialys (hemHD) och syftet var att beskriva patientens upplevelse av hemHD och hur denna behandling påverkar patientens hälsorelaterade livskvalitet i det dagliga livet. Arbetet är en litteraturstudie och resultatet baseras på 13 vetenskapliga artiklar från år 1998 till år 2011. Resultatet redovisas i två huvudteman som delats in i vardera fyra subteman relaterade till hälsorelaterad livskvalitet. Patienter som har övergått till hemHD från konventionell dialys på dialysmottagning upplever en ökad frihet. De kan själva skapa sitt dialysschema och väljer vilken tid på dygnet som passar bäst att dialysera. Tid som förut lades på resor och väntan på att få dialysbehandling på klinik kan istället användas till att umgås med familj och vänner, fritidsaktiviteter och att arbeta. I och med att de själva sköter sin behandling upplever de en ökad självkänsla och att de återtagit kontrollen över sin hälsa och sitt liv. HemHD innebär också att patienterna har tätare och längre dialysbehandlingar. Detta medför i sin tur en förbättrad fysisk hälsa, färre läkemedel och färre dialysrelaterade symtom. Med kunskapen om att patienter med långvarig sjukdom längtar efter ett så normalt liv som möjligt så är hemHD att föredra före dialys på dialysmottagning. Det är sjukvårdens ansvar att se till varje patients livssituation och upplysa om olika behandlingsalternativ. I framtiden borde det beredas möjlighet för fler patienter att få självdialys på satellitavdelning eller hemHD.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Att leva med långvarig sjukdom	1
Hälsorelaterad livskvalitet	2
Njurinsufficiens	2
Peritonealdialys	2
Hemodialys	3
Hem Hemodialys	3
Predialytisk information	4
Personcentrerad vård	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Etiska överväganden	6
RESULTAT	7
SOCIALA LIVET	7
Ökad frihet med HemHD-att råda över sin egen tid	7
Ökad möjlighet att arbeta ger meningsfullhet	8
HemHD påverkar relationen till närstående	8
Anpassning av hemmet	9
VÄLBEFINNANDE OCH HÄLSA	9
Ökat välbefinnande	9
Självständighet och eget ansvar	10
Förbättrad fysisk hälsa	11
Färre dialysrelaterade symtom	12
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
REFERENSER	18
BILAGA 1 Artikelpresentation	

INLEDNING

Att drabbas av kronisk njurinsufficiens och senare vara i behov av dialysbehandling innebär en stor förändring i livet. Ett av de största besluten som ska fattas är att bestämma vilken typ av dialysbehandling som passar bäst. Det behandlingsalternativ som väljs kommer att påverka hela livssituationen. Många lever med njurinsufficiens i många år innan det är dags för dialys och har god tid på sig att söka och få information om de alternativ som finns. För dem som insjuknar akut blir det naturligtvis ett helt annat utgångsläge. Idag finns det möjlighet att få hemodialys på klinik eller att självständigt utföra dialysbehandling i hemmet genom peritonealdialys eller Hemodialys (hemHD).

Sjuksköterskor som arbetar med patienter med långvarig sjukdom har stor möjlighet att lära känna patientens livssituation, behov och önskemål. Som dialyssjuksköterska innebär det att ha täta vårdkontakter med patienten över lång tid, vilket skapar en nära relation. Vi har som dialyssjuksköterskor främst träffat patienter som har dialys på dialysmottagning. I dessa möten har vi ibland funderat över om dialysbehandlingen som patienten får är den som passar just den patienten bäst. Antalet patienter som behöver dialys har ökat under de sista åren och det är i dagsläget stort tryck på dialysmottagningarna. Risken finns att det inte är möjligt att erbjuda dialysbehandling de tider och i den omfattning patienten önskar eller behöver. För att avlasta dialysmottagningarna erbjuds peritonealdialys i första hand, medan alternativet att erbjuda hemHD inte är så vanligt. Men patienter som bytt till hemHD från dialysbehandling på klinik berättar att de mår mycket bättre. Även sjuksköterskor som arbetar nära patienter som har hemHD upplever att patienterna har en ökad livskvalitet. Det är det minst vanliga behandlingsalternativet och antagligen också det som det finns minst kunskap om hos sjuksköterskor som arbetar inom njursjukvården. Vi vill därför öka vår kunskap om patientens upplevelse av hemHD för att på så sätt bättre kunna informera och stödja patienterna i deras val, eller omval, av dialysbehandling.

BAKGRUND

Att leva med långvarig sjukdom

Människor som drabbas av långvarig sjukdom drabbas också av en förlust av det normala livet och av kontroll över framtiden. De tvingas att leva ett liv som de själva inte valt. Det medför ofta känslor av osäkerhet, ensamhet, besvikelse, oro och ledsamhet. Förlust av självständighet och att vara beroende av andra skapar frustration och ilska. Ibland kan känslan av maktlöshet bli så stark att man inte längre vill leva. Det finns en längtan efter att återta sitt normala liv som det var innan sjukdomen, till exempel att kunna arbeta, delta i fritidsaktiviteter, umgås med familj och vänner. Det är också i dessa situationer som patienterna beskriver att de mår som bäst. Känslan av glädje är också förknippad med att kunna vara hemma och att tillbringa så lite tid som möjligt på sjukhus (Öhman, Söderberg, & Lundman, 2003).

Det är en stor utmaning att lära sig leva med en långvarig sjukdom. Det är en ständigt pågående process som är svår, tar lång tid och innebär att förändras som människa. Sjukdomen måste konfronteras och konkretiseras vilket i sig är svårt och möter motstånd. Det är dock av stor betydelse att lära sig leva med sjukdomen och att lärandet sker på en djupare nivå än att bara ta emot information och råd. Ett genuint lärande på existentiell nivå kan bidra till ökad hälsa och välbefinnande. Det ger patienten en möjlighet att själva styra över sitt liv (Berglund, 2011).

Hälsorelaterad livskvalitet

Hälsorelaterad livskvalitet beskriver hur en individs livskvalitet påverkas av sjukdom och funktionsnedsättning (Henriksson & Carlsson, 2002). Enligt WHO: s definition är livskvalitet:

”the individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value system and in the relation to their goals, expectations, standards and concerns. It incorporates in a complex way individuals’ physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationships to salient features of the environment” (The WHOQOL Group, 1994)

Hälsorelaterad livskvalitet är ett patientfokuserat resultatmått där patienten själv får bedöma effekterna av vården. Patienten bedömer hur hälsan och välbefinnandet påverkats av sjukdom och behandling utifrån fysiska, psykiska och sociala aspekter (Socialstyrelsen, 2009a). I begreppet psykisk funktion inräknas bland annat ångest och depression. Social funktion syftar till hur individen fungerar i samhället, exempelvis möjligheten att utföra ett arbete (Henriksson & Carlsson, 2002). Studieresultat som relaterar till hälsorelaterad livskvalitet kan ge ett djup och en styrka till studier där en viss behandling ska utvärderas. Särskilt i studier med patienter som lever med långvarig sjukdom och där behandlingen ska fortgå är hälsorelaterad livskvalitet ett väsentligt resultatmått (Revicki, Osboa, Fairclough, Barofsky, Berzon, Leidy & Rothman., 2000).

Njurinsufficiens

Kronisk njurinsufficiens är den allvarligaste konsekvensen av kronisk njursjukdom och innebär förlust av njurfunktionen. Flera primära njursjukdomar kan leda till njurinsufficiens som till exempel; glomerulonefrit, interstitiell nefrit eller polycystisk njursjukdom som är ärftlig. Sekundära njursjukdomar som kan leda till njurinsufficiens är bland annat diabetes mellitus, renal arterioskleros, systemiska vaskuliter, myelom och amyloidos. Uremi är det kliniska syndrom som uppstår till följd av njurinsufficiens. Tidiga symtom på uremi är trötthet, nedsatt aptit och avmagring. I ett senare stadie är allmäntillståndet påverkat. Obehandlad uremi leder till döden. Behandlingen inleds med medicinska åtgärder för att minska symtom och förbättra allmäntillståndet. På så sätt kan behovet av dialysbehandling eller transplantation senareläggas. När endast 5-10% av njurfunktionen kvarstår är njurtransplantation eller dialysbehandling det enda alternativet (Aurell, 2004).

Peritonealdialys

Peritonealdialys innebär att dialysen sker via bukhinnan (peritonealhinnan). Via en permanent ineliggande kateter (tenckhoffkateter) i bukhinnan fylls bukhålan med steril dialysvätska som med jämna mellanrum byts ut. Bukhinnan fungerar som ett semipermeabelt filter där utbytet med blodet sker genom bukhinnans kapillärer. Uremiska toxiner avlägsnas och substanser från dialysvätskan tas upp genom diffusion. Genom osmos avlägsnas överskottsvattnet till dialysvätskan. Sker dialysen dagtid är en dialyscykel, det vill säga intervallet mellan två byten av dialysvätska, normalt 3-5 timmar. Detta förlängs under natten till 8-10 timmar. Det finns även en variant där patienten har maskinell peritonealdialys under natten. Maskinen byter då ut stora volymer av dialysvätska. Peritonealdialys är en dialysform som sker i hemmet där patienten i stor utsträckning själv får ta ansvar för sin behandling efter opplärning inne på klinik (Aurell, 2004).

Hemodialys

Hemodialys innebär att blodet renas från toxiska metaboliter, syror, överskott av elektrolyter och att eventuell överskottsvätska avlägsnas från kroppen. Hemodialys kräver höga blodflöden, d.v.s. att blodpumpen kan snurra med en hastighet av 200-400ml/min, och därför behövs blodtillgång från ett större blodkärl. Blodet transporteras från patientens blodaccess till ett dialysfilter och tillbaka till patienten igen med hjälp av blodpumpen som sitter på dialysmaskinen. Blodaccessen är vanligtvis en arteriovenös fistel (AV-fistel) som opereras på under eller överarm. Har patienten sköra kärl kan förbindelser av kärlsubstitut, så kallad graft, mellan artär och ven användas. Vid varje behandlingstillfälle punkteras kärlaccessen med två dialysnålar där blodet transporteras ut respektive tillbaka till blodbanan. Blodaccessen kan också vara en central dialyskateter som läggs centralt i någon av halsvenerna (Aurell, 2004).

Reningen av blodet och eventuell vätskedragning sker i dialysfiltret. I filtret sker diffusion som leder till en koncentrationsutjämning över filtermembranet. I filtret kan även ultrafiltration av vätska ske med hjälp av ett osmotiskt tryck. Dialysen tar cirka 4-5 timmar och sker minst 2-3 gånger per vecka. Hemodialys sker vanligtvis på en dialysmottagning på sjukhus men kan även ske i hemmet (Aurell, 2004).

Hem Hemodialys

Att ha hemHD innebär att patienten självständigt sköter sin hemodialysbehandling i hemmet. Patienten börjar med att lära sig dialysbehandling på dialysmottagningen och får då utbildning i handhavande av dialysmaskinen, skötsel av blodväg, symtom på uremi, komplikationer vid dialysbehandling och hur de åtgärdas, med mera. Vårdpersonal och dialystekniker gör hembesök hos patienten för att bedöma eventuella behov för anpassning av hemmet. Efter cirka åtta veckors träning är patienten ofta redo att starta behandlingen hemma (Krütznén, 2004). HemHD medför att patienten kan dialysera sig längre tid och oftare än på klinik. Normal dialysdos i hemmet är 4-6 gånger/vecka. Dialystiden kan lätt anpassas till olika varianter som korta dagliga dialyser, långa nattliga, tidigt eller sent på dagen osv. Korta dagliga dialyser pågår oftast i 1.5-3 timmar, fem till sex dagar i veckan. Långa nattliga dialyser innebär dialys under 6-8 timmar varannan natt eller oftare (Ng & Tan, 2010).

HemHD utfördes för första gången i Japan 1961, kort efter att den första dialysbehandlingen på klinik utförts i Seattle 1960. Men medan konventionell hemodialysbehandling på klinik stadigt ökade under åren avstannade utvecklingen och förekomsten av hemHD. HemHD är den minst vanligt förekommande dialysbehandlingen i världen. Förekomsten av hemHD varierar mer mellan olika länder än någon annan dialysbehandling. Även inom länderna kan det vara stor variation mellan olika regioner. Australien och Nya Zeeland är de länder där hemHD är vanligast (MacGregor, Agar & Blagg, 2006).

Första hemHD behandlingarna i Sverige startade i Lund och Stockholm i början av 1970-talet (Krütznén, 2004). I Göteborg startade den första hemHD behandlingen i mitten på 2000-talet och idag är det ca nio patienter som har hemHD i Göteborgsområdet. Enligt svenskt njurregister var det 104 patienter som hade hemHD i Sverige den 31 december 2010. Totalt hade då 2920 patienter hemodialys. Som jämförelse kan nämnas att 31 december 2008 hade 101 patienter hemHD (SNR/SRR Svenskt Njurregister/Swedish Renal Registry, 2012).

Predialytisk information

I början av 1990-talet startade den första njurskolan i Göteborgsregionen för patienter som snart skulle börja sin dialysbehandling. Njurskolan vände sig till patienter och närstående och byggde på föreläsningar av personal om njursjukdom och behandling. Föreläsningarna avslutades alltid med fika och möjlighet att ställa frågor. Njurskolan var mycket uppskattad av patienter och närstående, dock fanns inte alltid tiden för att ställa frågor i den utsträckning som önskades. En ny form av njurskola har tagit form efter våren 2009 då kompetenscentrum i Mölndal startade patientutbildning enligt en norsk modell. Modellen bygger på att en patient och en sjuksköterska går utbildningen tillsammans. Patienten är experten och kallas stödperson, sjuksköterskan fungerar som en resursperson som finns till hands för att förklara eller berätta när gruppen efterfrågar det. Gruppen bestämmer gemensamt vid första mötet vilka ämnen som de vill diskutera. I stort sett är det oftast samma ämnen som patientgruppen önskar diskutera som också togs upp i den tidigare njurskolan. Infallsvinkeln är dock annorlunda, patienterna får själva styra ämnesvalen och det diskuteras mer hur det är att leva med njursjukdom istället för att få faktainformation och behandlingsformer serverade (Nordström, & Ragnarson, 2010).

Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården innebär att vården ges med respekt, omtanke och lyhördhet. Vården ska bygga på människors lika värde, individens självbestämmande och integritet (Socialstyrelsen, 2009a). Den personcentrerade vården har fokus på personen och inte på sjukdomen. Utgångspunkten är patientens upplevelse av sin livssituation. Patienten är experten på sin sjukdom och hur det är att leva med den medan sjukvården är experten på sjukdomen. Centralt i personcentrerad vård är att se individen och ge bekräftelse på upplevelsen av sjukdom. Vården ska utgå från och respektera personens perspektiv gällande upplevelser, tolkningar och strategier. Personens styrkor och behov ska identifieras och understödjas istället för att se problemen och svagheterna. Det är viktigt att förutsättningar ges att ta egna beslut om sin hälsa. Att kunna påverka den egna hälsan, vården och behandlingen har en positiv inverkan på vårdens resultat. Forskning visar att den personcentrerade vården förbättrar egenvårdsförmågan, ger bättre följsamhet från patienten samt förbättrar behandlingsresultaten och patientens tillfredsställelse ökar (Edvardsson, 2010).

I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) stadgas i 3a§ och 18§ att patienten ska om det finns flera alternativ som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet, ges möjlighet att välja det behandlingsalternativ som han eller hon föredrar. Patienten måste då före beslutet få tillräcklig information om de olika behandlingsalternativen som finns och vilka fördelar respektive nackdelar som dessa innebär. De alternativ som erbjuds ska vara medicinskt motiverade och till nytta för patienten. Begreppet nytta ses från individens utgångspunkt och innefattar både hälsa och livskvalitet. Vårdgivaren måste hjälpa patienten att värdera de olika behandlingsalternativen och försäkra sig om att patienten vet tillräckligt för att utöva sitt självbestämmande.

PROBLEMFÖRMULERING

Människor som drabbas av njurinsufficiens och är i behov av dialys har många frågor kring sin förändrade livssituation. Kontakten mellan sjuksköterska och patient är ofta kontinuerlig över lång tid både före och efter dialysstart. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i mötet med patienten att tillgodose kunskapsbehovet och att tillsammans med patienten ta reda på vilken typ av dialysbehandling som passar bäst. Idag är hemHD det minst vanliga behandlingsalternativet och kanske också det som sjuksköterskor inom njursjukvården har minst kunskap om. Vi vill därför öka vår kunskap om hur patientens dagliga liv påverkas av hemHD, för att på så sätt kunna informera och stödja patienterna i deras val av dialysbehandling.

SYFTE

Syftet är att beskriva patientens upplevelse av hemHD och hur denna behandling påverkar patientens hälsorelaterade livskvalitet i det dagliga livet.

METOD

Arbetet är en litteraturstudie och artiklarna söktes i databaserna CINAHL och PubMed 2010 och 2011. Först gjordes en inledande litteratursökning där problemområdet undersöktes för att se vad som fanns publicerat. Därefter formulerades syftet och en mer strukturerad och systematisk litteratursökning påbörjades (Friberg, 2006). I tabell 1 nedan visas en översikt av de sökningar som gjordes. I CINAHL begränsades sökningen till Peer reviewed, vetenskapliga och engelskspråkiga artiklar. I PubMed begränsades sökningen till engelskspråkiga artiklar. Ingen tidsbegränsning gjordes vid sökningarna. Vid de tre sökningar i PubMed var 88 träffar litteraturstudier. Alla dessa valdes bort eftersom empiriska studier önskades. Vid sökningarna lästes alla titlar igenom. Där titlarna innehöll ordet home hemodialysis, eller vi kunde förstå att det handlade om hemHD, lästes också abstract. Om abstractet motsvarade syftet och artikeln fanns on-line lästes den igenom. Vi beställde även två artiklar där vi bara hade kunnat läsa abstracten on-line. Artiklarna skickades per post och en av artiklarna har använts i resultatet. Den andra artikeln som beställdes visade sig inte vara en empirisk studie men har använts i resultatdiskussionen. En artikel som handlade om barn valdes bort. Fem manuella sökningar gjordes också via referenser från de valda artiklarna och där valdes en artikel som passade syftet.

Av de artiklar som lästes igenom valdes 13 ut som resultatet baseras på.

Tabell 1 Översikt av sökningar och sökord

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar	Sökdatum
CINAHL	Hemodialysis and Quality of life and home	20	1	2010-12-01
PubMed	Home hemodialysis and quality of life	219	9	2011-01-10
Manuell sökning		5	1	2011-01-10
PubMed	Home hemodialysis and patient experience	139	2	2011-04-04
PubMed	Home hemodialysis and daily life	73	0	2011-04-04

Samtliga artiklar behandlade patientens upplevelse av dialys i hemmet och hur det påverkade deras dagliga liv. I en studie ingår både patienter med hemHD och patienter med peritonealdialys. Från den artikeln har enbart resultat använts om det klart framgår att det rör patienter med hemHD. Flera studier har förutom hur patientens dagliga liv påverkats även studerat fysiska effekter som blodtryck, fosfatvärden hemoglobinvärden, minskad användning av erytropoetinstimulerande läkemedel, fosfatbindare och blodtryckssänkande läkemedel. Tre artiklar har även studerat kostnader för hemHD.

Sex av studierna var genomförda med kvantitativ undersökningsmetod, fyra med kvalitativ metod och i tre studier användes både kvantitativ och kvalitativ metod.

Artiklarna har lästs igenom flera gånger för att se likheter och skillnader i studiernas resultat. Områden som svarade mot uppsatsens syfte identifierades och sorterades under olika teman (Friberg, 2006). Utifrån dessa teman framträdde tre huvudteman; sociala livet, hälsa och välbefinnande. Sociala livet delades in i subteman; ökad frihet med hemHD-att råda över sin egen tid, ökad möjlighet att arbeta ger meningsfullhet, hemHD påverkar relationer till närstående, anpassning av hemmet. Hälsa och välbefinnande gjordes till ett gemensamt tema som delades in i subteman; ökat välbefinnande, självständighet och eget ansvar, förbättrad fysisk hälsa, färre dialysrelaterade symtom. Vår intention var att alla teman skulle kunna relateras till begreppet hälsorelaterad livskvalitet.

Redovisning av citat från patienterna finns med i resultatet för att ge ett rikare porträtt av deras upplevelser. Citaten är återgivna på engelska. Begreppen deltagare och patient används i artiklarna för att beskriva de personer som deltog i studierna.

Etiska överväganden

Uppsatsens resultat är grundat i vetenskapliga artiklars resultat. Tio av de studier i artiklarna som använts i resultatet är godkända av etisk kommitté och deltagarna har skrivit på samtyckesformulär. En studie ingick i ett kvalitetsprojekt och därför gjordes ingen ansökan till etisk kommitté, men enligt författarna är alla personer som deltog avidentifierade. I två av artiklarna nämns inget om ansökan till etisk kommitté. Artiklarna har lästs igenom ett flertal gånger och har vi varit noga med att redovisa artikelförfattarnas resultat på ett rättvisande sätt. Referenser och citat är korrekt återgivna.

RESULTAT

Resultatet presenteras under två teman som delats in i vardera fyra subteman.

Tabell 2 Översikt över teman och subteman

Tema	Subtema
Sociala Livet	Att råda över sin egen tid ger ökad frihet Ökad möjlighet att arbeta ger meningsfullhet HemHD påverkar relationer till närstående Anpassning av hemmet
Välbefinnande och Hälsa	Ökat välbefinnande Självständighet och eget ansvar Förbättrad fysisk hälsa Färre dialysrelaterade symtom

SOCIALA LIVET

Ökad frihet med HemHD – att råda över sin egen tid

HemHD medförde att patienterna själva kunde skapa ett eget dialysschema så att behandlingarna passade deras livssituation. Behandlingarna varierades i längd, frekvens och över dygnets alla timmar. Flexibiliteten gav en känsla av frihet och många upplevde att de på så sätt fick en ökad livskvalitet. Patienter som övergått till hemHD tyckte att de hade en mer normal livssituation än när de hade dialys på klinik (Ageborg, Allenius, & Cederfjäll, 2005; Blogg & Hyde, 2006; Cases, Dempster, Davies, & Gamble, 2011; Namiki, Rowe, & Cooke, 2009; Polaschek, 2005).

Många patienter med hemHD valde nattdialys för att behandlingarna inte skulle påverka deras dagliga aktiviteter så mycket. En av de största fördelarna med att förlägga dialyserna till natten var helt enkelt att mer dagtid frigjordes (Blogg & Hyde, 2006; Polaschek, 2007). En del patienter valde att dialysera på dagtid när familjen var borta från hemmet för att på så sätt få tid att umgås med familjen när familjen var samlad. Ytterligare en variant var att utföra kortare behandlingar under vardagarna så att det var möjligt att arbeta och därefter utföra längre dialyspass på helgen (Polaschek, 2007). Känslan av frihet var bland annat relaterat till den mer restriktiva varianten som dialys på klinik innebar. Dialysbehandling på klinik innebar att patienten var styrd av en viss veckorutin och att schemat oftast bara kunde ändras av speciella skäl och efter diskussion med personalen. Med hemHD kunde patienten tillfälligt ändra i sitt dialysschema så att det passade det sociala livet som exempelvis fritidsaktiviteter, händelser på jobbet och kortare resor (Cases, et al., 2011; Namiki et al., 2009; Polaschek 2005). Följande citat beskriver fördelen med flexibiliteten som hemHD erbjuder.

”What you’re basically doing is, you’re building the dialysis around your life, and you’re not building your life around the dialysis, so it’s giving you more flexibility...” (Cases et al., 2011, s.4)

Patienter som hade hemHD upplevde också att de fick en tidsvinst när de inte längre behövde tillbringa stor del av sin tid med att vänta som de gjorde när de hade dialys på

klirik. Då var det en väntan på sjukhuset innan dialysbehandlingen kunde startas, väntan på transporten till och från sjukhuset och mycket tid som måste tillbringas i bilen till och från behandlingarna (Namiki, et al. 2009; Polaschek, 2005). Men trots flexibilitet och tidsvinsten hemHD erbjöd kunde patienterna uppleva att dialysbehandlingarna tog mycket tid från deras dagliga liv. Det var inte bara timmarna i dialys som ingick i behandlingen utan det var mycket arbete runtomkring, exempelvis att förbereda och städa efter behandlingen (Polaschek, 2005).

Ökad möjlighet att arbeta ger känsla av meningsfullhet

Flera patienter kunde börja arbeta igen efter att de övergått till hemHD från dialysbehandling på klinik (Agar, Sommerville, Dwyer, Simmonds, Boddington, & Waldron, 2003; Ageborg, et al., 2005; Blogg & Hyde, 2006; Kooistra, Vos, J., Koomans, & Vos, P.F., 1998). Möjligheten att frigöra tid genom att själv planera veckans dialysbehandlingar gjorde det lättare att få tid till att arbeta (Agar et al.2005). För vissa patienter kunde mer frigjord tid betyda att de kunde arbeta heltid istället för deltid (Blogg & Hyde, 2006). I en jämförande studie av Ageborg et al.(2005) arbetade fyra av de fem patienterna i hemHD gruppen som deltog i studien, medan den femte patienten studerade. Medelåldern för patienterna som hade hemHD var 47 år. I den jämförande gruppen med 8 patienter som fick dialys på klinik arbetade ingen och majoriteten hade sjukpension. Medelåldern i den senare gruppen var 60 år. I en annan studie rapporterade några av patienterna att de efter två månader med hemHD upplevde att de var uttråkade och ville gå tillbaka till arbetet. Att ha ett arbete där man blev bekräftad var också en drivkraft för att sköta sin behandling optimalt. Likaså minskade motivationen för behandlingen om man var arbetslös eller inte hade någon sysselsättning där man blev uppskattad. (Lockridge, Spencer, Craft, Pipkin, Campbell, McPhatter, et al., 2004)

Det förbättrade hälsotillstånd många patienter som har hemHD upplevde bidrog också till att de kunde börja arbeta igen. Ett exempel som Kooistra et al.(1998) lyfte fram var en patient som hade haft dialys på klinik i fyra år och inte kunde arbeta på grund av sitt hälsotillstånd. Han hade många dialysrelaterade symtom som kramper och trötthet och klarade inte av att följa vätskerestriktionerna mellan behandlingarna. Oförmågan att arbeta gjorde honom frustrerad och deprimerad. Efter att ha startat med hemHD förbättrades hans hälsa, de dialysrelaterade symtomen försvann helt och han kunde återigen börja ett krävande arbete som IT-specialist på heltid.

HemHD påverkar relationen till närstående

Eftersom patienterna inte behövde lägga tid på resor till och från dialysavdelningen, och dessutom kunde planera sina dialystider själv, fick de mer tid att umgås med familj och vänner (Cases, et al., 2011; Namiki et. al., 2009; Polaschek, 2005). Förmågan att njuta av ett förhållande ökade och enligt övriga familjemedlemmar kunde patienten engagera sig mer i familjen och gemensamma aktiviteter (Polaschek, 2007). Påverkan på familjerelationen beskrevs av en deltagare;

“When on hospital HD you were away from home, and my daughter and I grew apart during that time, because I was never there for her... and only through the home haemo we have got back together again...and we have a life together”
(Cases, et al., 2011, s.5)

De flesta patienterna var medvetna om att deras val att ta hem dialysbehandlingen skulle påverka hela familjen (Cafazzo, Leonard, Easty, Rossos, & Chan, 2009). En del patienter upplevde det som helt nödvändigt att ha en partner för att överhuvudtaget

kunna ha hemHD. I de fall där partnern till patienten blev en dialyspartner fanns beskrivet hur de såg sig som ett team där de hade olika roller och ansvar. Patienten var dock väl medveten om vilken börda som lades på partners axlar (Namiki et al., 2009). Samtidigt som patienten blev mer oberoende i sin dialysbehandling blev de mer beroende av sin partner. Partnern i sin tur blev mer bunden till partnern som hade dialys och behandlingen än när den sköttes på klinik. Patienterna visste att de begränsade sin partners egen tid och inte minst att den anhörige upplevde stress över att vara delaktig i ansvaret för dialysbehandlingen (Polashek, 2005). En patient uttryckte:

”they [my family] don't have the same faith in me that I have in me that I can control the machine. A transplant would relieve my family of the worry; they are more concerned than me”

(Polashek, 2005,s.29)

En av deltagarna i Cafazzo et al (2009) studie uttryckte:

” I know it was very hard for my family. My mother was petrified. I don't think she wanted me to, but I kind of said, you know, I need to do it.” (Cafazzo et al 2009, s.786)

Det var av stor betydelse för patienterna att ha ett nära förhållande till en partner, familj och vänner. Ett nära förhållande motiverade dem att utföra sina behandlingar på ett optimalt sätt. Att t.ex. vara förälder till småbarn var krävande och svårt att få tiden att räcka till, men också en stark drivkraft till att noggrant sköta sina behandlingar. Flera av dem som hade blivit lämnade av sin partner efter att de börjat med dialys tyckte att det blivit svårare att följa de krav som dialysberoendet krävde (Polashek, 2006).

Anpassning av hemmet

Trots att det innebar många inskränkningar att ha en komplex dialysutrustning i sitt hem uppskattade patienterna fördelarna och friheten de fick med hemHD. Initialt krävdes det en noggrann planering för att integrera hemHD till hemmet och till det dagliga livet. Det fanns olika sätt att lösa de praktiska problem som uppstod med att få plats med en inte så hemtrevlig dialysmaskin och skrymmande material. Var i huset dialysbehandlingarna utfördes varierade, i ett eget separat sovrum, eller i det gemensamma sovrummet. En av deltagarna hade inrett en separat del av huset som ett eget privat sjukhus. I det sistnämnda fallet var det viktigt att separera behandlingen från det dagliga livet, men omvänt var det också viktigt att ta med sitt liv in i behandlingsrummet med hemlika föremål och foton på familjemedlemmar. Några av deltagarna i studien hade valt att flytta till ny bostad som var bättre anpassad för dialysbehandling (Namiki et al., 2009).

VÄLBEFINNANDE OCH HÄLSA

Ökat välbefinnande

Patienter som hade hemHD skattade sin fysiska och psykiska hälsa högre än patienter som hade dialys på klinik (Agar et al., 2003; Ageborg et al., 2005; Blogg & Hyde, 2006; Vos, Zilch, Jennekens- Schinke, Salden, Nuyen, Kooistra et al.,2006). I flera studier framkom att patienterna tyckte att de hade en generell förbättrad hälsa samt ökad energi (Ageborg et al., 2005; Kooistra et al 1998; Van Eps, Jeffries, Johnson, Campell & Isbel, 2010; Vos et al.,2006). Patienterna upplevde ett ökat välbefinnande och bidragande faktorer var möjligheten att påverka sin livssituation genom att anpassa dialysen till sin vardag samt ökad dialystid (Blogg & Hyde, 2006; Namiki et al., 2009; Kooistra et al.,

1998). Även Tang et al. (2010) såg i sin studie att välbefinnandet ökade och att mer än en tredjedel av patienterna upplevde minskad stress efter att ha börjat med hemHD.

Vilken attityd patienten hade till livet generellt spelade roll och hade betydelse för hur patienten klarade av att förhålla sig till att vara beroende av dialys, och hur motiverade de var att sköta sin dialysbehandling. Motivationen kunde komma från familj, arbete eller personlig övertygelse och de som hade en stark motivation hade oftare lättare att handskas med de krav som dialysbehandlingen ställde. De patienter som däremot tyckte sig sakna mening med livet kunde tycka att det var svårare att motivera sig och det var större risk att de misskötte sina dialysbehandlingar (Polaschek, 2007).

Patienter som startat med hemHD ville oftast inte byta tillbaka till dialys på klinik. Patienterna kunde känna en osäkerhet inför framtiden och en rädsla att behöva återgå till dialys på klinik, särskilt om det förelåg omständigheter som gjorde att det inte längre kunde tyckas vara lika lämpligt att ha hemHD. Försämrad hälsa, komplikationer eller accessproblem kunde vara en orsak till att behöva återgå till dialys på klinik (Polaschek, 2005; Van Eps et al., 2010; Agar et al., 2003). Även psykosociala problem kunde vara en anledning till att man måste byta tillbaka till dialys på klinik (Van Eps et al., 2010).

Självständighet och eget ansvar

Att regelbundet besöka en dialysavdelning för att ta emot behandling kunde förstärka känslan av beroende, medan friheten som hemHD medförde istället kunde stödja en känsla av oberoende och självständighet (Polaschek, 2007). En av de viktigaste faktorerna för att hemHD skulle fungera var att patienterna fick en grundlig träning inne på klinik. Under träningen lärde sig patienterna att självständigt hantera accessen samt dialysmaskin med tillhörande vattenrening (Namiki et al., 2009). Träningen gav patienterna den kunskap och det självförtroende som behövdes för att våga ta hem dialysmaskinen. Det var viktigt att det var patienten själv som bestämde när det var dags för hemHD. En av patienterna i Cases et al. (2011) studie berättade:

”The decision to actually take everything to the house was mine. It wasn’t any of the hospital staff or that. It was my decision, “right, I feel ready to do it” (Cases et al., 2011, s.6)

Det kunde till en början vara en skrämmande upplevelse att ta hem dialysmaskinen och bli ansvarig över sin egen behandling (Cases et al., 2011). Momentet att sticka sig själv i AV-fisteln upplevdes av patienterna som ett av de största hindren. De patienter som tidigare hade upplevt medicinska problem under behandlingen uttryckte mer oro för att det skulle kunna uppstå livshotande komplikationer under behandlingen när de hade hemHD. Patienterna konstaterade att de bara hade sig själva att lita på vid en akut händelse till skillnad mot när de hade dialys på klinik där det alltid fanns personal som kunde hjälpa dem. (Cafazzo et al., 2009). En nära kontakt med det professionella teamet på avdelningen bestående av läkare, sjuksköterskor och tekniker var viktig. Men trots att patienterna värderade teamets stöttning högt ville de inte bli beroende av dem utan föredrog att se det som att teamets stöttning hjälpte dem att behålla sin självständighet (Namiki et al., 2009). Med tiden kom de att se på dialysbehandlingen som något de skötte och klarade av i livet precis som ett arbete eller fritidsaktivitet (Polaschek, 2005).

Cases et al. (2011) beskrev hur patienterna rapporterade flera personliga vinster till följd av att ha flyttat från dialys på klinik till hemHD. De såg flytten som en process i att återuppbygga sin självkänsla. De upplevde en ökad självständighet och att de fick mer kontroll över både behandlingen, hälsan, och livet i allmänhet. Det gav en känsla av tillfredsställelse att själv kunna utföra behandlingen och kunna lösa dialysrelaterade problem. Patienterna såg sig som friska individer till skillnad mot att se sig som en

patient med en kronisk sjukdom som tog emot behandling. De upplevde att det var de själva som gav sig bättre hälsa eftersom de genom eget val kunde anpassa behandlingen till vad de behövde. Agar et al. (2005) visade också att hemHD patienter skattade sin förmåga till egenvård högre än patienter som fick dialys på klinik.

Patienterna modifierade ibland sin behandlingsregim. Detta såg patienterna inte som att de hade svårt att följa ordinationer utan mer som att det var deras sätt att klara av att leva livet eftersom de var beroende av dialys. De diskuterade oftast inte sina ändringar av behandlingen med vårdpersonalen eftersom de var väl medvetna om vilka förväntningar de hade på sig att följa behandlingsordinationerna (Polaschek, 2007). En av patienterna i Polascheks (2007) studie uttryckte:

"No one knows how a person feels except the person themselves. I do it how I want within the guidelines of the system" (Polaschek, 2007, s.54-55)

Förbättrad fysisk hälsa

När patienterna övergick från dialys på klinik till hemHD fick de en bättre fysisk hälsa som förbättrades ju längre tid patienterna hade hemHD (Kooistra et al., 1998; Van Eps et al., 2010; Vos et al., 2006). Patienter med hemHD hade ett minskat antal sjukhusbesök per år och likaså kortare vårdtid om de blev inlagda på sjukhus (Lockridge et al., 2004). Den förbättrade fysiska hälsan ledde bland annat till att patienterna kunde minska eller till och med sluta med vissa mediciner.

I en studie fick patienterna ändrad dialysregim från konventionell hemodialys till hemHD, och fick därefter återgå till konventionell hemodialys. Resultaten visade att den fysiska hälsan förbättrades då patienterna fick hemHD, för att sedan åter försämrades då patienterna fick konventionell hemodialys. Upplevelsen av den fysiska hälsan blev till och med sämre än hur den hade upplevts innan övergången till hemHD (Vos et al., 2006).

I flera studier påvisades att HemHD patienterna fick förbättrat blodtryck och kunde minska eller i många fall sluta helt med blodtrycksmediciner (Agar et al., 2003; Blogg & Hyde, 2006; Kooistra et al., 1998; Lockridge et al., 2004). Läkemedelsjusteringarna kunde oftast göras redan några veckor efter att patienterna börjat med hemHD, även om de hade flera olika mediciner sedan tidigare (Agar et al., 2003; Kooistra et al., 1998). Kooistra et al. (1998) belyste som exempel hur en patient som trots tre blodtryckssänkande mediciner och maximal vätskedragning hade ett blodtryck på 170/95 efter dialysbehandling när den utfördes på klinik. Fyra månader efter påbörjad hemHD var blodtrycket 110/75 och han hade bara kvar en låg dos av en blodtryckssänkande medicin. Efter sex månader med hemHD behövde han inga blodtryckssänkande mediciner alls. Logistiska problem gjorde att han tvingades byta tillbaka till dialys på klinik med följd att blodtrycket steg till 170/100. Patienten bytte då åter till hemHD och blodtrycket normaliserades.

Både Van Eps et al. (2006) och Tang, et al. (2010) kunde notera att det efter 12 månader med hemHD krävdes lägre doser av Erythropoetin för att uppnå en stabil hemoglobinnivå. Några patienter kunde till och med sluta helt med Erythropoetin (Tang, et al., 2010).

Patienterna hade signifikant lägre värden före dialys av uremiska toxiner som urea, kreatinin och B2 mikroglobuliner (Van eps et al., 2006). Många av patienterna som hade hemHD kunde sluta med fosfatbindare då fosfatvärdena sjönk till inom normalgräns (Agar et. al., 2003; Tang, et al., 2010; Van Eps et al., 2010). I Agar et al. (2003) studie

där patienterna fick dialys 6-nätter/vecka avvecklades alla fosfatbindare inför studien och patienterna fick komplettering av fosfat i dialysatet. Trots detta sjönk alltså fosfatnivåerna ner till normala värden.

Agar et al. (2003) rapporterade att patienterna efter år av restriktioner på mat beträffande högt kaliuminnehåll nu kunde äta vad de önskade och när de önskade. Kaliumnivåerna låg ändå inom normalgränserna. Några av patienterna upplevde det svårt att förlita sig på att de kunde äta livsmedel med högt kaliuminnehåll och följden blev att de behövde kaliumtillskott under en period. Patienterna uppgav också att de kunde dricka vad de ville. Patienterna upplevde också minskad törst och ökad aptit mellan dialyserna (Kooistra et al., 1998).

När patienten väl vant sig vid att sova med pågående dialysbehandling fick de en förbättrad sömnkvalitet jämfört med tiden före hemHD. Minskade sömnproblem ledde till att de upplevde mindre trötthet (Agar et al., 2003; Vos et al., 2006). I Agar et al. (2003) studie berättade även patientens maka/make som de delade sovrum med att patienten sov lugnare och snarkade mindre. Det tog tre till sex veckor att vänja sig vid ljudet från dialysmaskinen och vattenreningen.

Färre dialysrelaterade symtom

Kroppsliga symtom som kunde uppstå till följd av dialysbehandlingen var huvudvärk, illamående, trötthet och kramper. Dessa dialysrelaterade symtom kunde påverka dialyspatientens förmåga att genomföra aktiviteter efter dialysbehandlingen. Med tiden och genom erfarenhet lärde sig patienter som hade hemHD att själva minimera dialysrelaterade symtom genom olika åtgärder som att förlänga eller förkorta dialyserna. Även om mängden vätska som ultrafiltrerades bort totalt per vecka ökar, så minskade vätskevolymen att ultrafiltrera per dialystillfälle vilket resulterade i att muskelkramper under dialys totalt försvann. Dialyserna blev markant mer hemodynamiskt stabila (Kooistra et al., 1998; Polaschek, 2006). Kooistra et al (1998) visade att patienterna som deltog i studien var redo för sina vanliga aktiviteter direkt efter dialys. Van Eps et al.(2010) konstaterade dock i sin studie att ingen förbättring av dialysrelaterade symtom kunde noteras. De patienterna som deltog i studien hade dock redan haft hemHD i minst 3 månader innan baseline.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En litteraturstudie var en lämplig metod för syftet eftersom vi ville skapa en övergripande bild över ett särskilt område (Friberg F., 2006). Artiklarna söktes i PubMed och CINAHL. CINAHL var ingen passande sökmotor för syftet, vi fick bara 20 träffar jämfört med över 200 i PubMed. Önskemålet var att hitta artiklar från mer än en sökmotor men det visade sig vara svårt. Vi tog även hjälp av en bibliotekarie men kom fram till att PubMed var den sökmotor som fungerade bäst för vårt syfte. De första sökorden ”home hemodialysis” och ”quality of life” gav många träffar i PubMed men det resulterade inte i tillräckligt många artiklar som kunde användas. Många artiklar handlade om peritonealdialys och många artiklar byggde inte på egna empiriska studier utan diskuterade mest andra studiers resultat. Några av de artiklar vi inte kunde använda handlade om patienter som dialyserade sig själva på självdialysavdelningar. Det är ett område som ligger nära hemHD men eftersom syftet var att studera hemHD fick de väljas bort. För att hitta fler artiklar modifierades sökorden och nya sökningar gjordes.

Vid dessa sökningar återkom flera artiklar som redan valts ut och det totala antalet artiklar blev inte så många fler. Det hade varit en styrka för resultatet om vi hade kunnat basera det på några fler artiklar. Flera av de artiklar som användes täckte även områden som inte passade syftet, exempelvis kostnader. En artikel som visserligen passade syftet valdes bort eftersom den handlade om barns upplevelser av hemHD. Eftersom vi inte hittade fler artiklar som handlade om barn valde vi att exkludera den artikeln då det kan vara svårt att jämföra barns och vuxnas upplevelser. Vi hade kunnat begränsa oss ytterligare i våra sökningar genom att välja bort barn redan från början.

Vi tror att det hade varit en fördel om vi hade hittat fler kvalitativa artiklar eftersom en del av syftet var att beskriva upplevelser. Artiklar med citat från patienterna var särskilt givande att läsa och de bidrog till att det var lätt att skapa sig en bild av patientens upplevelse. För att se resultat på hälsorelaterad livskvalitet är dock kvantitativa artiklar också passande. Flera länder och världsdelar var representerade i de valda artiklarna. Inte så överraskande var att studier med flest antal deltagare kom från Australien där hemHD är mer vanligt förekommande än i andra länder. Vi hittade bara en artikel som baserades på en svensk studie och det hade naturligtvis varit intressant att ta del av fler forskningsresultat från Sverige. Vid genomläsningen av artiklarna kunde ganska snart tre olika huvudteman, som vi senare slog ihop till två, identifieras. Svårigheten var att sortera huvudtemana i subteman eftersom många områden berör varandra.

Vi hade en förförståelse i det valda ämnet då vi båda har arbetat inom dialysområdet. Nackdelen med förförståelse i ämnet var risken att missa detaljer om patienternas upplevelser i artiklarna. Detta på grund av att vi för snabbt bildade oss en uppfattning om hur patienterna upplevde att hemHD påverkade deras hälsorelaterade livskvalitet.

RESULTATDISKUSSION

“My health is so much better than before. I have normal blood pressure and normal appetite, restful nighttime sleep and more energy than when I was on in-center treatment...I've joined the world of “living” again, and that feels really good.” (Boardman, 2007, s.50)

Ovanstående citat är skrivet av en patient som i en artikel själv skriver om hur hennes liv förändrats efter att hon bytt från dialys på klinik till hemHD. Vi tycker att citatet ger en bra beskrivning av det som framkommit i resultatet. Meningen med vår litteraturstudie var att få en ökad kunskap kring hur patientens hälsorelaterade livskvalitet påverkas av hemHD. Vi hade redan innan arbetet påbörjades en förförståelse om att det skulle visa sig vara positivt för många patienter att byta till hemHD eftersom vi hört det berättas från både sjuksköterskor och patienter. Resultatet bekräftar till stor del vår förförståelse och det är glädjande att se att det finns stöd i litteraturen för patienternas upplevelser. Resultatet ger oss mer kunskap och förståelse om vad det är som gör att patienter som har valt hemHD mår bättre jämfört med när de hade dialys på klinik. Vi har på så sätt också fått mer kunskap om hur det dagliga livet påverkas för patienter som har dialys på dialysmottagning och vad det är som saknas dem. Den kunskapen är värdefull och kan förhoppningsvis även bidra till ökad förståelse om hur det dagliga livet påverkas för patienter som har dialys på dialysmottagning.

Resultatet redovisas i två olika huvudteman som i sin tur är indelade i vardera fyra subteman. Intentionen är att resultatets teman ska kunna relateras till begreppet hälsorelaterad livskvalitet, det vill säga hur hälsan och välbefinnandet påverkats av sjukdom och behandling utifrån fysiska, psykiska och sociala aspekter.

Betydelsen av tid återkommer i flera subteman. Patienten ”vinner” helt enkelt tid när tiden inte längre behöver läggas på att transportera sig till och från dialysbehandling, få dialys på klinik och kanske till att må dåligt efter behandling. Att själv kunna styra över sin tid hjälper patienter med hemHD i sin strävan att leva ett så normalt liv som möjligt. Patienter som drabbas av långvarig sjukdom längtar efter att kunna leva sitt liv som det var innan sjukdomen, som att arbeta, delta i fritidsaktiviteter, umgås med familj och vänner (Öhman et. al., 2003). Resultatet visar att det är just det som patienter med hemHD väljer att lägga sin frigjorda tid på. Eftersom många hemHD patienter dessutom mår bättre och får ökad energi kan de lägga sin tid på det som de tycker är viktigt i livet. Kraften att orka umgås med familj och vänner ökar och med det även välbefinnandet. Att ha ett arbete har inte betydelse bara för ekonomin utan också för att upprätthålla sitt sociala nätverk. Att ha ett arbete bidrar till en känsla av meningsfullhet och motiverar också patienten att sköta sina behandlingar på ett optimalt sätt (Lockridge et al., 2004) Naturligtvis spelar det också roll för möjligheten att arbeta att medelåldern för patienter som har hemHD är lägre (Ageborg et al., 2005). Det borde vara större chans för en patient att fortsätta arbeta efter en eventuell njurtransplantation om det varit möjligt att vara kvar på arbetsmarknaden under dialystiden.

Genom att flytta sin dialysbehandling från sjukhuset till sitt hem får patienterna en bättre självkänsla, ett ökat oberoende och större egenkontroll. Ökad självständighet och mer kunskap om sin behandling gör att patienten blir, från att ha varit mottagare av vård på sjukhuset, till en aktiv aktör med kontroll över sitt eget liv. Det var intressant att se att de alltmer kom att se sig själva som friska individer. På så sätt förändras förhållandet mellan sjuksköterska och patient. I arbetet med patienter med långvarig sjukdom måste sjuksköterskan kanske ibland våga ta ett steg tillbaka och lita på att patienten vet vad som är bäst för honom eller henne, även om det inte alltid blir så som vi tycker är bäst. Att patienten, med rädsla för vad personalen ska säga, väljer att inte alltid berätta om de modifieringar de ibland gör i sin behandlingsregim tyder på att de fortfarande ser det som att det är personalen som bestämmer (Polaschek, 2005). Men det gäller naturligtvis att vara observant för det kan också vara ett tecken på att patienten inte har tillräcklig kunskap om sin sjukdom och behandling. Enligt Berglund (2011) är det viktigt att vi är medvetna om att lärandet är en process som förändras över tid. Vi kan inte luta oss tillbaka och tro att patienten är färdiglärdd, vi måste vara lyhörda och erbjuda patienten kontinuerliga diskussioner om patientens livssituation och dialysbehandling. Det är en utmaning för oss som sjuksköterskor hur vi ska förhålla oss till patienterna i den alltmer personcentrerade vården. En spännande utmaning som ställer höga krav på hela vårdorganisationen. Sjuksköterskor som möter patienterna måste också ställa krav på att få lära sig och få rätt verktyg till att kunna ge stöd och lära ut på bästa sätt.

De många och täta kontakterna på en dialysmottagning skapar ofta en familjär stämning i de möten som sker. Patienterna tycker oftast att det är socialt trevligt att vistas på dialysmottagningen, de lär känna personalen och andra patienter. Det är någon som väntar på dem och bryr sig om dem. Det finns exempel på patienter som tyckt att det blivit för ensamt och känt sig oroliga för att ha hemHD och av den anledningen bytt tillbaka till dialys på mottagning (Agar et. al, 2003). Men för dem som haft båda behandlingsalternativen värderas oftast friheten att ha hemHD högre än tryggheten på avdelningen. För patientens anhöriga kan dock effekten bli den motsatta, de känner sig istället mer bundna till dialysbehandlingarna än tidigare. Desto viktigare är det då att patienten får en grundlig utbildning och känner sig säker innan det är dags att ta hem dialysmaskinen. Meningen är att patienten ska kunna skötas sin dialysbehandling själv utan att vara beroende av anhöriga eller sjukvårdspersonal.

I de artiklar som resultatet bygger på diskuteras inte möjligheten att kunna resa med sin dialysmaskin. Men det tillför ytterligare en dimension till ordet frihet.

”Last winter my husband and I spent a weekend watching some high school basketball games at the state tournament. We simply made our hotel reservations, gassed up the car and packed my supplies. You Can’t beat FREEDOM! (Boardman, 2007, s.50)

Dialyspatienter är inte bara bundna till dialysmaskinen utan också till platsen där dialysmaskinen är placerad. Särskilt inför sommaren kommer frågor från många patienter om möjligheten att få gästdialys på andra orter, där till exempel övriga familjen ska tillbringa semestern. Många patienter har sommarstugor där de inte längre kan vistas eftersom resorna till dialysmottagningen blir för långa. Med den situation som råder med fulla dialysavdelningar runt om i landet är det mycket svårt att ordna gästdialys för patienterna. Det är dessutom dyrt för hemmalandstiget att betala för ”sina” patienters dialys i ett annat landsting och därför brukar antalet dialystillfällen vara begränsade. Ökat antal patienter som har hemHD skulle frigöra fler platser på dialysavdelningarna och kanske fler patienter kunde erbjudas gästdialys. En patient som är van och trygg med hemHD kan också lära sig att resa med dialysmaskinen om det önskemålet finns. Idag är det möjligt tack vare tekniska lösningar och små dialysmaskiner som det går att ta med sig.

Kostnaden för hemHD diskuteras i några av artiklarna som ingår i resultatet. Vi har valt att inte presentera det i resultatet eftersom det inte var vårt syfte med arbetet. Det som redovisas är att det blir ekonomiskt billigare med hemHD jämfört med konventionell dialys på klinik (Agar et al., 2003; Ageborg et al., 2005; Kooistra et al., 1998). Anpassning av hemmet, kostnader för material etc. är högre än för en patient som har dialys på mottagning. Men hemHD medför bland annat minskade personalkostnader, lokalkostnader och transportkostnader. Agar et al (2003) redovisar att kostnaden för sjuksköterskor vid hemHD är hälften så stor jämfört med om patienten har konventionell dialys på klinik. Patienter som har hemHD är friskare och tillbringar färre dagar inlagda på sjukhus med allt vad det innebär med olika undersökningar, provtagningar och behandlingar. Resultatet visar också att patienter med hemHD använder färre antal mediciner vilket innebär ytterligare en minskad kostnad för både patienten och samhället.

HemHD passar naturligtvis av olika anledningar inte alla, men resultatet visar att långt många fler än idag skulle kunna få stora vinster med förbättrad livskvalitet genom att ha hemHD. Vissa patienter har antagligen mer att vinna. Pierratos (1999) föreslår att patienter som med stor sannolikhet inte kommer att transplanteras hör till den gruppen. Likaså patienter som har stora besvär av dialysrelaterade symtom och stora patienter som kanske inte uppnår tillräckligt med dialys med standardbehandlingen tre gånger/ vecka. Patienter som ännu inte redan börjat med dialys är definitivt en målgrupp för hemHD. Den gruppen bör enligt Pierratos förberedas redan på det predialytiska stadiet och börja träna för hemHD så fort de måste starta dialysbehandling.

Vem bär då ansvaret för att en patient i de predialytiska stadiet väljer den behandling som passar bäst? Hur ska patienten som efter att ha fått information om olika alternativ egentligen själv kunna välja? Vårdpersonalens har ett stort ansvar att lära känna patienten så pass väl så att det går att diskutera de olika alternativen ur just den patientens perspektiv. Det är mycket viktigt att processen före dialysstart får ta tid. Det är en process som sjuksköterskan till stor del kan ansvara för. Naturligtvis tillsammans med ansvarig läkare men de upprepade kontakterna mellan patienten och sjuksköterskan gör det lämpligt att stor del av diskussionen förs mellan dem. Återigen måste krav ställas på vårdorganisationen att ge den tid och personal som behövs för att möta en

människa som drabbats av långvarig sjukdom. Det val som görs först behöver naturligtvis inte vara beständigt men erfarenheten säger att det är lätt att stanna kvar vid förstahandsvalet, som inte så sällan är dialys på dialysmottagning eller peritonealdialys. Det är ett stort beslut som ska tas av en patient som är på väg att förändra sin livssituation. Är det kanske vår skyldighet att styra patienten mot det val som vi vet ger ökad hälsorelaterad livskvalitet? Enligt Berglund (2011) hade många patienter med långvarig sjukdom gjort helt andra val om de bara fått rätt information, på rätt sätt, från början. För framtiden tycker vi därför att det är viktigt att kunskapen kring hemHD och dess positiva effekter ökar bland sjukvårdspersonal som möter dessa patienter. Patienterna behöver mer information kring hemHD och dess fördelar. Det kan kanske till och med vara viktigt att till viss del styra behandlingsvalet. Att använda den nya formen av njurskola som informationskälla där patienten som redan är i dialys är med och agerar ”expert”, tror vi är ett effektivt sätt att påverka dialysvalet. Det blir ett helt annat forum för blivande dialyspatienter att ställa frågor och samtala i när de möter människor med liknande bakgrund som sig själva.

Vi vågar anta att det finns fler dialyspatienter på våra mottagningar som vill ta över ansvaret för sin egen dialysbehandling men som aldrig har blivit tillfrågade. På dialysmottagningen är det vanligtvis en sjuksköterska som tar hand patienten och sköter behandlingen. Det är lätt att köra vidare i ”gamla hjulspår” och det är lätt att ge patienterna dialys som vi alltid gjort. Att dialysera en patient utan att ta sig tid att förmedla sin kunskap och utbilda patienten går fortare än att göra motsatsen. På vissa dialysmottagningar erbjuds självdialys vilket innebär att patienten själv sköter sin behandling och sjuksköterskan finns som stöd. Det finns även så kallade satellitavdelningar som inte ligger i direkt anknäpning till något sjukhus men där patienter kan boka tider och komma för att själva utföra sin dialysbehandling.

Hodge (2010) skriver i sin artikel ”The path to a paradigm shift in hemodialysis” att det krävs nya guidelines inom njursjukvården. Den dialysbehandling som förordas måste vara det bästa möjliga som kan erbjudas, istället för minimalt tillräckliga som det står i dagens guidelines. Det bästa möjliga definieras som det som leder till bästa möjliga välbefinnande och längst överlevnad för patienten. Västra Götalandsregionen tillsatte 2003 en utredning om hur den framtida dialysvården i Storgöteborg skulle se ut ur ett patientperspektiv. Det konstaterades att det fanns ett intresse hos patienter som har dialys att få mer information om självdialys i hemmet eller på satellitavdelning. Det var dock minoriteten av patienterna som skulle kunna tänka sig självdialys av något slag. Utredarna konstaterade att det kan bero på att det då (2003) i Göteborg inte fanns tillgång till vare sig självdialys på satellitavdelning eller hemHD. På frågan om patienterna kunde tänka sig mer dialystid/ vecka om det ger bättre hälsa svarade majoriteten ja eller kanske. Erfarna dialyspatienter bedömde att 20 % av patienterna skulle kunna klara självdialys på avdelning och ytterligare 10 % av patienterna ansågs kunna klara hemHD (Västra Götalandsregionen, 2003). Det har snart gått 10 år efter utredningen och det är positivt att både självdialys på dialysmottagning och hemHD har startat i Göteborgsområdet. Men fortfarande i blygsam omfattning, och varför har ingen satellitavdelning startat? Vi tror att det förutom ekonomin till stor del beror på vilket engagemang och intresse som finns från dem som har möjlighet att bestämma över dialysutbudet.

I vår litteraturstudie fann vi att patienter som har hemHD upplever en bättre hälsorelaterad livskvalitet. Patienterna upplever en ökad frihet att råda över sin egen tid, att ta ansvar för sin egen hälsa och att kunna arbeta. De upplever ett ökat välbefinnande, större självständighet, bättre fysisk hälsa och färre dialysrelaterade symtom. Därför anser vi att fler borde erbjudas hemHD som förstahandsalternativ. För dem som av olika

anledningar inte kan ta hem dialysmaskinen men ändå vill och kan klara sig själv bör självdialys på satellitavdelning erbjudas. Då frigörs också mer resurser för dem som måste få dialys på dialysmottagning. Om begreppet hemHD avdramatiseras och sjukvårdens inställning till hem HD eller självdialys på satellitavdelning förändras borde det vara ett realistiskt framtidsscenario.

REFERENSFÖRTECKNING

- Agar, J. W., Sommerville, C. A., Dwyer, K. M., Simmonds, R. E., Boddington, J. M., & Waldron, C. M. (2003). Nocturnal Hemodialysis in Australia. *Hemodialysis International*, 7(4), 278-289.
- Ageborg, M., Allenius, B.-L., & Cederfjäll, C. (2005). Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: A comparative study. *Hemodialysis International*, 9(1), 8-14.
- Aurell, M. (2004). *Njurmedicin*.(2:a uppl). Stockholm:Liber
- Berglund, M. (2011). *Att ta rodret i sitt liv. Lärande utmaningar vid långvarig sjukdom*.(Doktorsavhandling).Göteborg: Intellecta Infolog.
- Blogg, A., & Hyde, C. (2006). Enhancing lifestyle through home haemodialysis. *EDTNA/ ERCA Journal*, 32(4), 179-182.
- Boardman, P. (2007). HHD: A better way to do dialysis. *Nephrology News and Issues*, 21(3), 48-50.
- Cafazzo, J. A., Leonard, K., Easty, A. C., Rossos, P. G., & Chan, C. T. (2009). Patient-Perceived Barriers to the Adoption of Nocturnal Home Hemodialysis. *Clinical Journal American Society Nephrology*, 4(4), 784-789.
- Cases, A., Dempster, M., Davies, M., & Gamble, G. (2011). The experience of individuals with renal failure participating in home haemodialysis: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 884-94.
- Edvardsson, D (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur
- Henriksson, M. & Carlsson, P. (2002) Att mäta hälsorelaterad livskvalitet-en beskrivning av instrumentet EQ-5D. Linköping: CMT Rapport 2 002:1.
- Hodge, M.H.(2010) The path to a paradigm shift in hemodialysis. *Hemodialysis International*, 14(1), 5-10
- Kooistra, M. P., Vos, J., Koomans, H. A., & Vos, P. F. (1998). Daily home haemodialysis in the Netherlands: effect on metabolic control, haemodynamics, and quality of life. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 13(11), 2853–2860.
- Krützén, L.(2004). Hemhemodialys enligt Lundamodellen. *Dialäsen*,(1), 7-8.
- Lockridge, R. S., Spencer, M., Craft, V., Pipkin, M., Campbell, D., McPhatter, L., Albert, J., Anderson, H., Jennings, F., Barger, T. (2004). Nightly home hemodialysis: Five and one-half years of experience in Lynchburg. Virginia. *Hemodialysis International*, 1(8), 61-69.
- MacGregor, M., Agar, J. & Blagg,C.(2006). Home hemodialysis-international trends and variation. *Nephrology Dial ysisTransplantation*, 21(7), 1934-1945.
- Namiki, S., Rowe, J., & Cooke, M. (2009). Living with home-based haemodialysis: insights from older people. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 547-555.
- Ng, TG., & Tan. SH.(2010). Novel Trends in Hemodialysis:Where Are We Heading? *Ann Acad Med Singapore*, 39(6), 482-488.
- Nordström, P, & Ragnarson, A.(2010). Vad gör patienten i patientutbildningen? *Dialäsen*,2(3), 42-45.
- Pierratos, A. (1999). Nocturnal home hemodialysis: an update on a 5-year experience. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(12), 2835-2840.
- Polaschek, N. (2005). Haemodialysing at home: The client experience of self-treatment. *EDTNA/ ERCA Journal of Renal Care*, 31(1), 27-30.
- Polaschek, N. (2007). Doing dialysis at home: client attitudes towards renal therapy. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 16(3a), 51-58.

- Revicki, D.A., Osboa, D., Fairclough, D., Barofsky, I., Berzon, R., Leidy, N.K. & Rothman, M. (2000) Recommendations on Health-Related Quality of Life Research to Support Labelling and Promotional Claims in the United States. *Quality of Life Research*, 9 (8), 887-900.
- SNR/SRR Svenskt njurregister (2012). *Årsrapport 2011*.
<http://www.medscinet.net/snr/rapporterdocs/%C3%85rsrapport%202011.pdf>
- Socialstyrelsen.(2009a). *Nationella indikatorer för God vård*. (Patientfokuserad hälso och sjukvård, 21). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen.(2009b). *Hälso och sjukvårdsrapport*. (Patientfokuserad vård, 75-78). Stockholm: Socialstyrelsen
- Svensk Författningssamling 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen
- Tang, H-L., Wong, J. H-S., Poon, C. K-Y., Tang, C. M-K., Chu, K-H., Lee, W., ... Tong, K-L. (2011). One year experience of nocturnal home haemodialysis with an alternate night schedule in Hong Kong. *Nephrology*, 16(1), 57-62.
- The WHOQOL Group.Development of the WHOQOL. (1994) Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. (Utvärdering av livskvalitet WHO), 23-24.
- Van Eps, C. L., Jeffries, J. K., Johnson, D. W., Campbell, S. B., Isbel, N., Mudge, D. W., Hawley, C.M. (2010). Quality of Life and alternate nightly home hemodialysis. *Hemodialysis International*, 14(1), 29-38.
- Vos, P. F., Zilch, O., Jennekens- Schinke, A., Salden, M., Nuyen, J., Kooistra M, M. P., van Huffelen, A.C., Sitskoorn, M.M. (2006). Effect of short daily home haemodialysis on quality of life, cognitive functioning and the electrencehalogram. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 21(9), 2529-2535.
- Västra Götalandsregionen. (2003) *Dialys I Göteborgsområdet: En utredning om utvecklingen i ett 10-års perspektiv*. Göteborg: Västra Götalandsregionen.
- Öhman, M., Söderberg, S.& Lundman, B. (2003) Hovering between suffering and enduring: The meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(4), 528-542.

BILAGA 1 Artikelpresentation

- Författare** Agar, J. W., Sommerville, C. A., Dwyer, K. M., Simmonds, R. E., Boddington, J. M., & Waldron, C. M.
- Titel** Nocturnal Hemodialysis in Australia
- Tidsskrift** Hemodialysis International
- År** 2003
- Land** Australien
- Syfte** Utvärdera ett statligt finansierat program med hembaserad dialys åtta timmar per gång, sex nätter per vecka
- Metod** Kvantitativ och kvalitativ studie. Sexton patienter som haft dialys på satellitavdelning eller daglig hemhemodialys mer än 3 månader tränades för nattlig hemhemodialys. Tretton dialyserade hemma 8-9 timmar per natt, sex nätter i veckan, medan tre dialyserade 8-9 timmar per natt varannan natt. Parametrar som biokemi, läkemedelsanvändning, sömn, kostnader för material, personal och läkemedel följdes under 18 månader. Intervju om kognitiva funktioner gjordes.
- Referenser** 25
- Författare** Ageborg, M., Allenius, B-L., & Cederfjäll, C.
- Titel** Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: A comparative study
- Tidsskrift** Hemodialysis International
- År** 2005
- Land** Sverige
- Syfte** Att undersöka om det finns någon skillnad i livskvalitet, egenvårdsförmåga och känsla av sammanhang om patienterna dialyserar sig själva hemma eller inne på klinik, eller har dialys som sköts av sjukvårdspersonal på klinik.
- Metod** Kvantitativ studie. 19 patienter deltog. Patienterna fick fylla i tre olika enkäter; SF-36, Appraisal of self-care agency och The sense of coherence questionnaire. Enkäterna fylldes i vid ett tillfälle.
- Referenser** 30
- Författare** Blogg, A., & Hyde, C.
- Titel** Enhancing lifestyle through home haemodialysis
- Tidsskrift** *EDTNA/ ERCA Journal of Renal Care*
- År** 2006
- Land** Australien
- Syfte** Att fastställa effekterna för patienter som har dialys i hemmiljö och har ändrat sin dialysregim med stöd från The Sidney Dialysis Centre.
- Metod** Kvantitativ och Kvalitativ studie. Ett frågeformulär skickades till 83 patienter som dialyserade i hemmiljö, antingen nattdialys eller många timmar dagtid. Undersökningen omfattade demografiska data, frågor som krävde ja/nej svar och öppna kvalitativa frågor. Svarsfrekvensen var 94 %.
- Referenser** 11

- Författare** Cafazzo, J. A., Leonard, K., Easty, A. C., Rossos, P. G., & Chan, C. T.
Titel Patient-Perceived Barriers to the Adoption of Nocturnal Home Hemodialysis
Tidsskrift Clinical Journal American Society Nephrology
År 2009
Land Canada
Syfte Att förstå vilka hinder patienterna upplever och som medför att nattlig hem hemodialys inte är mer vanligt trots att det har visats förbättra kliniska resultat för patienterna
Metod Kvantitativ och kvalitativ. 56 patienter som hade nattlig hemhemodialys och 153 patienter med konventionell hemodialys deltog. Deltagarna svarade på 122 frågor i ett frågeformulär. SF-12 användes för att uppskatta självupplevd hälsa. The Modified Appraisal of Self-Care Agency, The Spielberger State-Trait anxiety Inventory for adults och The Multidimensional scale of perceived Social Support användes i analysen av svaren. Ytterligare 20 patienter, varav tre som ännu inte påbörjat dialys, intervjuades utifrån the Health Belief Model.
Referenser 28
- Författare** Cases, A., Dempster, M., Davies, M., & Gamble, G.
Titel The experience of individuals with renal failure participating in home haemodialysis
Tidsskrift Journal of Health Psychology
År 2011
Land England
Syfte Att få insikt i den subjektiva upplevelsen av att leva med hemHD av individer som har hemHD
Metod Kvalitativ. Sex patienter som haft hemHD mellan två månader och fem år intervjuades i 60-90 minuter. Intervjuerna spelades in och var analyserade med en fenomenologisk tolkande analys. Frågorna täckte tre områden; upplevelsen av att starta hemHD, behandlingens påverkan på självkänsla, bemästrande, livsstil, upplevelsen av sjukvården och stödet från sjukvården när man hade hemHD
Referenser 42
- Författare** Kooistra, M. P., Vos, J., Koomans, H. A., & Vos, P. F.
Titel Daily home haemodialysis in the Netherlands: effect on metabolic control, haemodynamics, and quality of life
Tidsskrift Nephrol Dial Transplant
År 1998
Land Nederländerna
Syfte Att undersöka effekterna av ökat antal dialysdagar från tre gånger/vecka till 6 gånger/vecka utan att ändra dialystiden.
Metod Kvantitativ studie. Mätningar gjordes vid start, efter 8 veckor och efter 24 veckor. Den metaboliska kontrollen undersöktes genom blodprover, den hemodynamiska kontrollen genom blodtrycksmätningar och patienterna fick svara på livskvalitetsformulär (Nottingham Health profile och RAND 36)
Referenser 14

- Författare** Lockridge, R. S., Spencer, M., Pipkin, M., Campbell, D., McPhatter, L. A., Anderson, H., o.a.
- Titel** Nightly home hemodialysis: Five and one-half years of experience in Lynchburg, Virginia
- Tidsskrift** Hemodialysis International
- År** 2004
- Land** USA
- Syfte** Att utvärdera ett hem hemodialysprogram som pågått under fem år
- Metod** Kvantitativ studie. Patienterna fyllde i SF36 frågeformulär efter 6, 12, 18 och 24 månader och därefter årligen samma dag som de startat nattlig hemhemodialys. 25 patienter startade programmet, fyra patienter fanns kvar efter 5 år.
- Läkemedelsanvändning, blodtryck, sjukhusvistelse följdes över tid.
- Referenser** 5
- Författare** Namiki, S., Rowe, J., & Cooke, M.
- Titel** Living with home-based haemodialysis: insights from older people.
- Tidsskrift** Hemodialysis International
- År** 2009
- Land** Australien
- Syfte** Att förstå de utmaningar äldre människor med njursjukdom och hem hemodialys möter i sitt vardagliga liv.
- Metod** Kvalitativ studie. Fyra deltagare mellan 60-75 år med njursjukdom och som nyligen påbörjat hemhemodialys deltog. Djupintervjuer som spelades in på band och utsattes för en kvalitativ temagranskning.
- Referenser** 53
- Författare** Polaschek N
- Titel** Hemodialysis at home: The client experience of self-treatment
- Tidsskrift** Journal of Renal Care
- År** 2005
- Land** Nya Zeeland
- Syfte** Att beskriva nyckelfunktionerna kring erfarenheterna att leva med hemhemodialys
- Metod** Kvalitativ studie där sex patienter deltog. Alla patienterna genomförde tre semistrukturerade intervjuer på vardera 1 timme. Intervjuerna skedde i deras respektive hem.
- Referenser** 14
- Författare** Polaschek N
- Titel** Doing dialysis at home: clients attitudes towards renal therapy
- Tidsskrift** Journal of Clinical Nursing
- År** 2007
- Land?** Nya Zeeland
- Syfte** Att beskriva karaktäristiska attityder mot terapeutisk behandling i en grupp som har dialys i hemmet.
- Metod** Kvalitativ studie. 15 patienter med hemhemodialys och 5 patienter med peritonealdialys deltog. Patienterna intervjuades vid ett tillfälle i sitt hem. Intervjuerna varade cirka en timme där de fick prata fritt om saker som rörde deras behandling.
- Referenser** 24

- Författare** Tang, H-L., Wong, J. H-S., Poon, C. K-Y., Tang, C. M-K., Chu, K-H., Lee, W., ... Tong, K-L.
- Titel** One year experience of nocturnal home haemodialysis with an alternate night schedule in Hong Kong
- Tidsskrift** Nephrology
- År** 2011
- Land** Kina
- Syfte** Att utvärdera erfarenheten av det första året med nattlig hemHD i Hong Kong.
- Metod** Kvantitativ. Kliniska parametrar av 14 patienter som haft nattlig hememodialys i ett år analyserades retrospektivt. Quality of Life undersöktes med ett frågeformulär.
- Referenser** 25
- Författare** Van Eps, C. L., Jeffries, J. K., Johnson, D. W., Campbell, S. B., Isbel, N., Mudge, D. W., Hawley, C.M.
- Titel** Quality of life and alternate nightly nocturnal home hemodialysis
- Tidsskrift** Hemodialysis International
- År** 2010
- Land** Australien
- Syfte** Att undersöka livskvalitet för patienter med nattlig hemhemodialys. Patienterna hade tidigare konventionell hemodialys på klinik, hade varit transplanterade eller haft periotonealdialys.
- Metod** Kvantitativ. Prospektiv observationsstudie med kohort design. 63 patienter deltog under 3 år. Alla patienter fick en KDQOL enkät som är framtagen för dialyspatienter för att belysa livskvalitet. Enkäten besvarades vid studiens start, efter 6 månader och efter 12 månader.
- Referenser** 30
- Författare** Vos, P. F., Zilch, O., Jennekens- Schinke, A., Salden, M., Nuyen, J., Kooistra M, M. P., van Huffelen, A.C., Sitskoorn, M.M.
- Titel** Effect of short daily home haemodialysis on quality of life, cognitive functioning and the electroencephalogram
- Tidsskrift** Nephrology Dialysis Transplantation,
- År** 2006
- Land** Nederländerna
- Syfte** Att undersöka effekten av hemhemodialys genom EEG, QoL formulär och neuropsykologiska undersökningar av patienter med hemHD och patienter med dialys på klinik och deras livskvalitet
- Metod** Kvantitativ.A-B-A design. Patienterna inkluderades i studien från dialys på klinik 3 gånger/vecka till hemHD i sex månader och sedan återgång till dialys inne på klinik 3 gånger/vecka. De fick genomgå EEG, neuropsykiatrisk undersökning samt svara på QoL formulär. Det fanns även en kontrollgrupp som hela tiden var kvar inne på dialysklinik och fick dialys 3 gånger/vecka.
- Referens** 20