

**RELATIONEN MELLAN SJUKSKÖTERSKAN OCH PATIENTEN
PÅ EN HEMODIALYSMOTTAGNING**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE NURSE AND THE PATIENT
AT THE HAEMODIALYSIS CLINIC**

Examinationsdatum: 2015-01-13
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Kurs: 42
Författare: Sofie Anetoft
Författare: Hanna Karlsson

Handledare: Karin Casten Carlberg
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Njursvikt är en kronisk sjukdom som ofta leder till dialysbehandling. Dialys är en livsviktig behandling då njurarna aldrig kan återfå fullständig funktion av att rena, reglera och producera blodet efter insjuknande i njursvikt. En hemodialysbehandling kan genomföras på en mottagning där sjuksköterskorna och patienterna träffas kontinuerligt flera gånger i veckan, cirka fyra till fem timmar per gång. Sjuksköterskorna och patienterna är därmed en stor del av varandras vardag.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av relationen med patienter som genomgår kronisk hemodialysbehandling.

Metod

En kvalitativ intervjustudie genomfördes. Deltagarna var sju sjuksköterskor verksamma på tre hemodialysmottagningar i en storstad i Sverige. En manifest kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera den insamlade datan.

Resultat

Sjuksköterskorna upplevde att relationen till patienter med hemodialysbehandling var utöver den professionella. Det var en relation som innebar att sjuksköterskorna var ett viktigt stöd i patienternas vardag som innefattade framgångar och motgångar. Sjuksköterskorna arbetade med att bevara patientens autonomi och integritet vilket stärkte relationen mellan båda parterna. Valet till att sjuksköterskorna arbetade på en hemodialysmottagning var för den kontinuerliga och nära relationen som uppstod med patienterna samt att de fick följa deras behandling under en längre tid.

Slutsats

På hemodialysmottagningen skapades det en nära relation mellan sjuksköterskorna och patienterna där båda var betydelsefulla för varandra. En relation utöver den professionella som även inkluderade en vänskaplig relation. Sjuksköterskorna var ett viktigt stöd i relationen till patienterna då de hade en förståelse för deras livssituation.

Nyckelord: Relation, Hemodialys, Sjuksköterska, Patient, Omvårdnad.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Njurarnas funktion	1
Njursvikt	1
Dialysbehandling	3
Sjuksköterskornas relation med patienter som genomgår hemodialys	4
Sjuksköterskornas stöd till patienterna med hjälp av coping.....	6
Problemformulering.....	6
SYFTE	7
METOD	7
Val av metod	7
Genomförande	7
Databearbetning och Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden.....	10
RESULTAT	10
Relationen	11
Faktorer som påverkar relationen.....	13
Sjuksköterskans stöd till patienten	15
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	19
Slutsats.....	21
REFERENSER	22

BILAGA A-C

INLEDNING

Dialys ersätter njurarnas funktion av att producera, reglera och rena blodet. Patienter med njursvikt är i ett beroende av dialys då den kompenserar för njurarnas nedsatta funktion. En av dialysmetoderna är hemodialys som kan utföras på en dialysmottagning eller i hemmet (Devi et al., 2012). År 2012 var 3026 personer i Sverige under pågående hemodialysbehandling (Gabara, Schön & Stendahl, 2013). Patienter som genomgår behandling på en hemodialysmottagning tillbringar en stor del av vardagen tillsammans med sjuksköterskorna. Patienterna och sjuksköterskorna skapar därmed en relation utöver den professionella relationen (Hagren, Pettersen, Severinsson, Lützén & Clyne, 2005). Förväntningarna med föreliggande studie är att belysa sjuksköterskornas erfarenheter om relationen med patienter som genomgår kronisk hemodialysbehandling.

BAKGRUND

Njurarnas funktion

Njurarna har livsviktiga funktioner i kroppen. Den främsta uppgiften är att reglera sammansättningen av kroppsvätskorna. Blodet renas i njurarna genom att filtreras från avfallsprodukter. Lungorna tillsammans med njurarna reglerar syra- basbalansen och strävar gemensamt för att upprätthålla den extracellulära vätskan med ett pH-värde mellan 7,35–7,45. Utsöndringen av hormonet erythropoietin sker via njurarnas endokrina funktion. Hormonet stimulerar röda benmärgen till att bilda röda blodkroppar. Nedsatt utsöndring av erythropoietin kan leda till att anemi (blodbrist) utvecklas. Absorption av kalcium och fosfat sker i tunntarmen efter aktivering av vitamin D₃ (kalcitriol) från njurarna. Njurarna sköter även reabsorberingen av glukos och arbetar för att förhindra att glukos förloras med urinen (Ericson & Ericson, 2012).

Njurarna reglerar till viss del blodtrycket genom enzymet renin som bildas i njurarna. Vid lågt blodtryck frisätts renin och påverkar hormonet angiotensin I som ombildas till angiotensin II i endotelcellerna i lungkretsloppet. Angiotensin II stimulerar sedan utsöndringen av aldosteron. Aldosteron ökar reabsorptionen av natrium och vatten i njurarna samt ökar blodtrycket genom att kontrahera blodkärlen. Renin-angiotensin II-aldosteron-systemet (RAAS systemet) har därmed en central uppgift för att förhindra lågt blodtryck. Vid njursvikt hotas därmed ett flertal av kroppens funktioner vilket kan leda till svikt i kroppens övriga organ (Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje, 2006).

Njursvikt

Njursvikt även benämnd njurinsufficiens, delas in i akut och kronisk. Njurarnas filtreringssystem är uppbyggda av nefron som renar blodet och bildar urin. Vid njursvikt förlorar nefronen sin funktion av att filtrera blodet vilket resulterar i att mängden slaggprodukter ökar i kroppen. Vanligaste orsakerna till njursvikt är åderförkalkning, glomerulonefrit samt diabetes som pågått mellan 15–30 år. Glomerulonefrit innebär att det uppstått en njurinflammation. Inflammationen uppstår vid nedsatt filtrering av blodet i njurarnas kapillärnätverk (Glomerulus). Ett nefron kan aldrig återfå sin funktion och därmed skapas uremi, även benämnt urinförgiftning (Ericson & Ericson, 2012).

Uremi skapas genom dålig genomströmning i nefronen då vätska lagras i kroppen vilket leder till att toxiska metaboliter ansamlas i blodet istället för att utsöndras med urinen (Ericson & Ericson, 2012).

Kroppen blir övervätskad och lungödem samt elektrolytrubbning uppstår vilket kan leda till uremisk koma. Uremi leder därmed till död om det inte behandlas. Symtomen vid uremi är klåda, illamående, trötthet och nedsatt aptit. Njursvikt behandlas utifrån graden av uremi genom kostbehandling, medicinska åtgärder, njurtransplantation eller dialys (Ericson & Ericson, 2012).

Njurarna kan ha god funktion tills enbart tio procent av kapaciteten återstår utan specifika symtom. Njursvikt upptäcks ofta i ett sent skede eftersom symtom som illamående, klåda och fatigué inte alltid upplevs av personen. Symtomen är diffusa vilket gör att njursvikt i många fall upptäcks av en slump i samband med en hälsokontroll eller ett blodprov (Ericson & Ericson, 2012).

Diagnostisering

Högt blodtryck, minskad urinproduktion, blod eller protein i urinen är tidiga tecken på att njurarnas funktion är nedsatt. Vid dålig genomströmning av blodet i nefronen kompenserar njurarna detta genom att höja blodtrycket som indirekt kan ge hjärt- och kärlsjukdomar (Aurell & Samuelsson, 2008).

Njurarnas funktion kan mätas genom Glomerular Filtration Rate (GFR). GFR mäter hur många milliliter plasma som renas per minut genom njurens glomeruli. Det mäts genom hur mycket en substans, till exempel inulin utsöndras med urinen. Inulin är en kolhydrat som inte kan reagera eller brytas ner av kroppen och återabsorberas därmed inte till blodet från nefronen. Slutsatsen om att njurarna har en nedsatt funktion kan då fastställas vid minskad utsöndring av inulin (Aurell & Samuelsson, 2008). Förhöjda värden av kreatinin i blodet är även ett tydligt tecken på att njurarnas funktion är nedsatta. Kreatinin stiger vid muskelarbete och utsöndras via njurarna (Ericson & Ericson, 2012).

Behandling

Njursvikt kan behandlas med kost-, farmakologisk och dialysbehandling tills tillståndet förhoppningsvis kan åtgärdas med njurtransplantation. Vid farmakologisk behandling är det viktigt att ta i beaktande att njurens eliminationsförmåga är nedsatt vilket påverkar läkemedelsomsättningen i kroppen (Aurell & Samuelsson, 2008).

Vid nedsatt njurfunktion rekommenderas en proteinreducerad kost då njurarna har svårt att utsöndra kvävehaltiga metaboliter som bryts ner från proteinerna. Uremiska symtom uppstår om kvävehaltiga ämnen så som urea ansamlas i kroppen. Vid start av dialysbehandling behöver däremot patienterna återuppta en proteinrik kost då behandlingen i sig medför en stor proteinförlust. Malnutrition är förekommande vid njursvikt och därför rekommenderas det ofta att starta dialysbehandling direkt istället för att påbörja en proteinreducerad kost. En proteinreducerad kost ökar risken för malnutrition på grund av minskat intag av näring. Illamående och minskad smak är vanliga symtom som ger patienterna sämre aptit. En dietist rekommenderas innan och under dialysen för att stödja patienterna att komma upp i det dagliga energibehovet (Eyre & Rothenberg, 2008).

Mellan dialysbehandlingarna ansamlas det vätska i kroppen vilket påverkar blodtrycket och kroppsvikten. Dialysmaskinen reglerar vätskebalansen samtidigt som patienterna bär ett ansvar för att inte dricka för mycket eller för lite. En vätskerestriktion ges därmed på cirka 500-1000 milliliter per dygn. Många patienter upplever det svårt att följa restriktionerna då de upplever en konstant törst. Sjuksköterskorna har en viktig uppgift att i samråd med patienterna hitta strategier för att uppnå en jämn vätskebalans hos patienterna (Ericson & Ericson, 2012).

Behöver patienten avlägsna mer vätska än normalt från kroppen, kan det upplevas påfrestande för patienten att behöva förklara exakt vad de har ätit och druckit den senaste tiden (Hagren et al., 2005).

Sjukgymnasten kopplas in för att stärka patienternas fysiska förmåga som försämras på grund av viktnedgång, trötthet och inaktivitet. Det interprofessionella teamets samarbete bestående av sjuksköterskor, dietist och sjukgymnast är viktigt för planeringen kring patienternas omvårdnad (Eyre & Rothenberg, 2008).

Dialysbehandling

Dialys är en kronisk underhållsbehandling vilket inte botar njursvikten utan stärker patienternas livskvalité (Gerogianni & Babatsikou, 2013). Dialysen kompenserar för njurarnas nedsatta kapacitet att rena blodet. Utan dialys renas inte blodet från toxiska ämnen, slaggprodukter, överflödigt vätska samt elektrolyter vilket leder till uremi. Två dialysformer att tillgå är hemodialys (bloddialys) och peritonealdialys (påsdialys). Skillnaden mellan dialysformerna är att vid peritonealdialys används kroppens egen bukhinna som filter och vid hemodialys renas blodet utanför kroppen i en dialysmaskin. Dialysen renar blodet på konstgjord väg och kan därmed inte helt ersätta njurarnas funktion av att rena, reglera och producera (Aurell & Samuelsson, 2008). Njurtransplantation är nödvändigt för överlevnad eftersom dialysen inte kan ersätta njurarna livet ut. Det finns i dagsläget inte tillräckligt med njurdonationer vilket gör att majoriteten av patienterna avlider efter en tid av dialysbehandling. Hur länge en person överlever med dialys beror på dennes fysiska tillstånd utöver njursvikten (Axelsson, Randers, Lundh Hagelin, Jacobson & Klang, 2012b).

Hemodialys

Hemodialys är den mest förekommande behandlingsmetoden där blodet renas utanför kroppen i en dialysmaskin. Blodet filtreras och avlägsnas från slaggprodukter med hjälp av dialysvätska genom ett semipermeabelt membran samtidigt som salter och mineraler tillförs till kroppen. Överskottsvätska som bildats i blodet avlägsnas samtidigt genom osmotisk effekt (Ericson & Ericson, 2012).

Hemodialysmaskinen kräver ett stort och snabbt blodflöde mellan 200-400 milliliter per minut. Blodkärlen i kroppen har inte kapaciteten att tillgodose ett sådant stort blodflöde och därmed opereras en ateriovenös fistel (AV-fistel) in, vanligtvis i patientens underarm. AV-fisteln skapar en förbindelse mellan en artär och en ven för att uppnå ett optimalt blodflöde till dialysmaskinen (Ericson & Ericson, 2012). AV-fisteln kan medföra komplikationer i form av fistlar och trombotiseringar vilket gör att infarten bör kontrolleras kontinuerligt av sjuksköterskorna (Axelsson, Randers, Jacobson & Klang, 2012a).

Hemodialys utförs oftast på en mottagning tre gånger i veckan cirka fyra till fem timmar per besök (Axelsson et al., 2012a). Patienterna kan även utföra hemodialys i hemmet vilket inte är lika förekommande eftersom det ställer större krav och motivation hos patienten. Inför varje dialystillfälle räknas patientens torrvekt ut. Torrvekten är den normala mängden vätska patienten bör ha i kroppen. Dialysmaskinen ställs in utifrån torrvekten för att kunna avlägsna överskottsvätskan som patienten bär på (Aurell & Samuelsson, 2008).

Patienters upplevelse av att leva med kronisk hemodialys

Livssituationen för patienter med hemodialys kan upplevas svår att hantera eftersom de kan befinner sig i gränslandet mellan liv och död (Axelsson et al., 2012b).

Att inte kunna bemästra sjukdomen på egen hand utan närstående och vårdpersonal kan upplevas påfrestande (Axelsson et al., 2012b). Patienter med hemodialys utsätts för stora fysiologiska och psykologiska stressfaktorer. Självförtroendet kan försämrats, värdigheten kan minska samt patienternas roll i familjen kan bli ifrågasatt. Livsförändringen utspelar sig i depression, ångest och en känsla av otillräcklighet eftersom patienterna inte kan påverka situationen (Mok & Tam, 2001).

Patienternas livskvalitet försämrats genom beroendet till hemodialys. Patienterna är i behov av fysiskt och psykiskt stöd för att uppnå livskvalité vid hemodialys (Martinas da Silva, Oliveria, Amora Ascari & De Lima Trindade, 2012). Livskvalitet är enligt Nordenfeldt (2004) en subjektiv upplevelse som ses utifrån fysiska, psykiska, sociala och essentiella dimensioner. Livskvalitet kan innebära att klara av sitt dagliga liv och ha meningsfulla sysselsättningar. Det finns inget tydligt begrepp för hur hälsa förhåller sig till livskvalité utan det är personens egna upplevelser av sin livssituation som avgör.

Hemodialysbehandling påverkar patienternas livssituation. Patienterna upplever en känsla av inte finna tid för att leva. Att tiden innan, under samt efter hemodialysen innebär biverkningar som fatigué och illamående. Detta påverkar vardagen negativt eftersom det begränsar patienterna till en vardag utan jobb, resor och sociala relationer (Hagren, Pettersen, Severinsson, Lützn & Clyne, 2001, 2005). Fatigué hindrar patienterna från att utföra vardagliga aktiviteter. Även en minskad arbetskapacitet på grund av fatigué medför stor stress kring den ekonomiska tryggheten (Mok & Tam, 2001).

En acceptans till att leva med hemodialys

En acceptans kring sjukdomssituationen underlättar för patienterna att finna lösningar på motgångar och att leva ett värdigt liv (Hagren et al., 2001; Mok & Tam, 2001). Det är upp till den enskilde individen att avgöra vad välbefinnande och ett värdigt liv innebär (SSF, 2010). Patienterna upplever att beroendet till vården påverkar dem negativt.

Sjuksköterskorna får därmed en central uppgift att genom en god relation underlätta livet för varje unik patient (Gerogianni & Babatsikou, 2013). Enligt Svensk sjuksköterskeförning (2010) bygger relationen mellan människor på en god värdegrund. En värdegrund har betydelse för hur sjuksköterskorna hanterar sina personliga värderingar samt känner empati och medkänsla för patienterna. Empati är en viktig faktor för att sjuksköterskorna kan sätta sig in i patienternas situation och känslor.

Stöd från patienternas familj kan minska fatigué samt bidra till att patienterna lättare kan hantera sin livssituation med hemodialys (Karadag, Kilic & Metin, 2013). Patienter med hemodialysbehandling har lättare att acceptera livssituationen med stöd från familj och närstående (Lopes, Mor Fukushima, Inouye, Iost Pavarini & de Souza Orlandi, 2014).

Sjuksköterskornas relation med patienter som genomgår hemodialys

På dialysmottagningar arbetar grundutbildade sjuksköterskor (Seeberger, 2011). Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor framgår det att en god omvårdnad och relation bygger på respekt och omsorg för patienternas autonomi, integritet och värdighet. Målsättningen för en god omvårdnad är en omvårdnadsrelation som präglas av en jämn maktfördelning mellan patienterna, sjuksköterskorna och närstående (SSF, 2010). En balanserad maktförskjutning i relationen bygger också på tillit. Tillit är viktigt för en god och fungerande omvårdnadsrelation (Ternstedt & Norberg, 2009).

Tillit är involverat i alla mänskliga möten och växer fram genom att patienterna kan anförtro sig till sjuksköterskorna vilket skapar en god omvårdnadsrelation (SSF, 2010).

Travelbee (1971) interaktionsteori bygger på att skapa en god relation. Kommunikationen är grunden för att en relation ska byggas upp. En relation som skapas av ett ömsesidigt beroende från båda parter där respekt och värdighet visas (Ternestedt & Norberg, 2009). Relationen bygger på erfarenheter mellan patienterna och sjuksköterskorna. Patienterna är människor med känslor, tankar och reaktioner och inte en sjukdom eller ett rumsnummer (Nightingale, 1952).

Sjuksköterskor på hemodialysmottagningar har stora erfarenheter av teknisk utrustning och att ge det stöd som patienterna och närstående behöver (Axelsson et al., 2012b). Patienterna kan uppleva det svårt att besöka dialysmottagningen samt befinna sig i en beroendeställning till sjuksköterskorna och dialysmaskinen. Beroendet till kontinuerliga dialysbehandlingar gör att patienterna upplever en känsla av ständig oro av att aldrig känna sig helt frisk (Devi et al., 2012).

Sjuksköterskornas bevarande av patientens autonomi

Sjuksköterskorna har en viktig social relation med dialyspatienterna eftersom de är en del av deras vardag (Hagren et al., 2005). Sjuksköterskorna kan genom en god relation med patienterna skapa en vardaglig känsla av att besöka dialysen (Devi et al., 2012). Sjuksköterskorna bör bemöta patienter med dialys med respekt och sträva efter att bevara patienternas autonomi. Automin och självkänslan stärks genom att patienterna är delaktiga i hemodialysbehandlingen och utför det de har kapacitet till, exempelvis självständigt koppla upp sig till dialysmaskinen (Jansen, Rijken, Heijmans & Boeschoten, 2010; Sadala, Miranda, Lorençon & de Campos Pereira, 2010).

Integritet på en hemodialysmottagning

Integritet är kopplat till människans värdighet och egenvärde. Integritet innebär att människan inte ska bli kränkt fysiskt eller psykiskt. Patienternas integritet har en stor betydelse för deras upplevelse av relationen till sjuksköterskorna. Det är inte alltid lätt att bevara patienternas integritet på en hemodialysmottagning eftersom patienterna ofta genomgår hemodialysbehandling tätt intill varandra i sängar. Privata samtal sker ofta vid patienternas sängar med endast en vikhägg som avskiljer vilket hindrar patienterna från att få en privat atmosfär (Saez Rodriguez, Perez Paz, Valino Pazos & Castro Fernandez, 2009).

Professionellt förhållningssätt i relationen till patienterna

En långvarig relation mellan sjuksköterskorna och patienterna uppstår på en hemodialysmottagning då de kontinuerligt ses flera gånger i veckan under flera år. Det framkommer att ett flertal sjuksköterskor har svårt att förstå och respektera patienternas livssituation med hemodialys. Brist på respekt och förståelse skapar ett avstånd mellan sjuksköterskorna och patienterna i vårdrelationen. Ett avstånd kan även uppstå när sjuksköterskorna inte har tid eller är intresserade av att lära känna patienterna. En önskan om en relation utöver den professionella finns hos patienterna för att de ska få en positivare inställning till att besöka hemodialysmottagningen. Patienterna upplever att när de känner sjuksköterskorna utöver det professionella förhållningssättet, får de en större trygghet inför behandlingen (Hagren et al., 2005).

Relationens påverkan av sjuksköterskornas stress

En god relation och omvårdnad bygger på att sjuksköterskorna ska visa respekt för patienterna, exempelvis för deras vardag utöver hemodialysen. Respekten kan visas genom att sjuksköterskorna är redo vid start och avslut av hemodialysbehandlingen. Detta är viktigt för att patienterna vill utnyttja resten av dagen och återgå till dagliga aktiviteter efter hemodialysen. Sjuksköterskorna upplever därmed stor stress vid uppstart och avslut av dialysen då patienterna upplevs stressade för att de vill avklara behandlingen (Bæk, Pedersen, Poulsen & Agerskov, 2011). En del sjuksköterskor upplever stor stress i arbetet på hemodialysmottagningen. Teknisk utrustning, arbetsmiljön, patienternas frågor, maktlöshet, brist på kunskap samt hög arbetsbelastning skapade stor stress. Detta påverkar i sin tur patientsäkerheten, relationen och mötet med patienterna (Dermody och Bennett, 2008).

Sjuksköterskornas stöd till patienterna med hjälp av coping

För att hantera motgångar och stressorer används copingstrategier (Antonovsky, 1985). Begreppet coping beskriver individens tillvägagångssätt för att hantera yttre och inre krav som överstiger personens resurser (Therlund, 1995). Coping bygger en del på det salutogena synsättet som grundades av Antonovsky. Med det salutogena synsättet går det att uppleva god hälsa trots sjukdom. Människans resurser är i fokus istället för att fokusera på det sjuka tillståndet. Med det salutogena synsättet kan personen fokusera på det som vidmakthåller hälsa istället för på orsakerna till sjukdom. Stressorer är destruktiva för personens hälsa och copingstrategier kan användas för att förhindra dess negativa inverkan (Antonovsky, 1985).

Människor möter livsförändringar, trauman och motgångar i livet som kräver olika verktyg för att bemästra. Verktygen är individuella och består av personens egna resurser, metoder och ageranden för att bemästra, ta sig igenom eller bara acceptera livssituationen. Copingstrategier personen besitter avgör hur stor betydelse händelsen kommer att få för personens liv. Det handlar inte om vad personen utsätts för, utan hur situationen hanteras (Brattberg, 2008).

Copingstrategier är viktigt för patienter med hemodialysbehandling (Lindqvist & Sjoden, 1998; Mok & Tam, 2001). Copingstrategier kan användas för att bemästra motgångar som uppkommer vid hemodialysbehandling. Sjuksköterskorna är ett stort stöd för patienternas användning av copingstrategi i vardagen (Lindqvist & Sjoden, 1998). Närstående kan vara en viktig copingstrategi för patienterna vid motgångar i hemodialysbehandlingen. Patienterna upplever att en del sjuksköterskor blir deras vänner och får därmed en stor betydelse vid motgångar i behandlingen. Patienterna kan till exempel ha dåliga blodvärden och känna sig nedstämda. Sjuksköterskornas stöd är då en copingstrategi genom att lyssna och finnas där för patienterna (Al Nazly, Ahmad, Musil & Nabolsi, 2013).

Problemformulering

Sjuksköterskor och patienter på en hemodialysmottagning möts kontinuerligt under flera år, därmed skapas en relation som sällan uppstår på andra mottagningar (Hagren et al., 2005). En relation där sjuksköterskan kan få stor betydelse för patienten (Axelsson et al., 2012a). Med föreliggande studie vill vi belysa sjuksköterskors erfarenheter av relationen som uppstår med patienterna på hemodialysmottagningen.

Författarna har erfarenheter av närstående som är drabbade av njursvikt och har levt med dialys i över tio år. Det väckte ett intresse eftersom de närstående har påpekat att sjuksköterskorna har haft en stor betydelse för deras livssituation med hemodialysbehandling.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av relationen med patienter som genomgår kronisk hemodialysbehandling.

METOD

Val av metod

Studien genomfördes med semistrukturerade kvalitativa intervjuer då denna metod ansågs lämpa sig bäst för att besvara föreliggande studies syfte. Då föreliggande studies syfte var att beskriva sjuksköterskans subjektiva upplevelser av fenomenet anses denna metod mest optimal (Kvale och Brinkman 2009). Patton och Quinn (2002) betonade att metoden ger en öppenhet och flexibilitet under intervjuprocessen. I enlighet med Danielson (2012a) var en intervjustudie lämplig att genomföra då det saknades erfarenheter om hur fenomenet upplevdes samt att flera kvantitativa studier har genomförts kring ämnet.

Urvalskriterier

Inklusionskriterierna för studien var legitimerade sjuksköterskor som arbetade aktivt med hemodialys samt hade minst ett års erfarenhet av hemodialysbehandling på mottagning. Ett år ansågs som minimum av erfarenhet för att deltagarna skulle kunna besvara studiens syfte. Deltagarna skulle kunna tala och förstå det svenska språket för att säkerställa att inga missförstånd skulle uppstå om föreliggande studies syfte, genomförande och under intervjutillfället.

Urvalsgrupp

Deltagarna i studien var sju kvinnor med en arbetserfarenhet inom hemodialysbehandling mellan ett till 20 år. Ett stort antal deltagare ansågs inte som ett måste för att uppnå en god kvalitet på studien i enlighet med Polit och Beck (2011). Alla förutom en utav deltagarna hade en vidareutbildning på 15 högskolepoäng inom njurmedicin.

Genomförande

Kontakt

Tre dialysmottagningar i en utav Sveriges storstäder kontaktades för att komma i kontakt med lämpade deltagare utefter föreliggande studies inklusionskriterier. Första kontakten togs via missiv som skickades till verksamhetschefen på mottagningarna (bilaga A).

Svarsbrev från alla mottagningar erhöles med underskrift om godkännande att medverka i studien. Verksamhetscheferna följdes därefter upp med ett telefonsamtal för att bekräfta antalet deltagare som kunde tänkas delta från varje hemodialysmottagning. Tid och plats för intervjuerna fastställdes med verksamhetscheferna som anpassades utefter deltagarna. Intervjuerna utfördes på två dagar under vecka 41. Första dagen utfördes pilotintervjun på förmiddagen för att eventuellt vid behov kunna revidera intervjuguiden till eftermiddagen då den andra intervjun ägde rum. Andra dagen utfördes resterade fem intervjuer på två olika mottagningar.

Intervjuguide

En intervjuguide med sju öppna frågor med avsikten att besvara föreliggande studies syfte användes som stöd under samtliga intervjuer (bilaga B). Enligt Danielson (2012a) är en intervjuguide en ram för vad som ska tas upp under intervjun. Följdfrågor fanns med i intervjuguiden som kunde användas om deltagarnas berättelser behövdes utvecklas.

Pilotintervju

Testintervjuer utfördes mellan författarna till föreliggande studie innan pilotintervjun genomfördes för att öva teknik och utförande. Efter pilotintervjun diskuterades intervjuguiden med deltagaren för eventuell korrigerande. Deltagaren i pilotintervjun uppfyllde urvalskriterierna för att medverka i studien och pilotintervjun var av god kvalitet vilket resulterade i att den inkluderades i studien. Pilotintervjun varade i cirka 18 minuter vilket var den ungefärliga tiden som förväntades. En god pilotintervju var enligt Danielson (2012a) viktig att genomföra innan intervjuerna för att säkerställa att frågorna besvarade syftet.

Intervjutillfälle

Tre mottagningar besöktes med en kapacitet för 15, 22 respektive 35 patienter med pågående hemodialys. Vid varje intervjutillfälle önskades ett avskilt rum där intervjuerna kunde pågå ostört för att minimera risken för avbrott. Samtliga deltagare fick ta del av skriftlig och muntlig information (bilaga C) om föreliggande studie. Information gavs om att allt som uppges under intervjun är konfidentiellt. Intervjuerna spelades in med en diktafon efter godkännande från deltagaren, i enlighet med Danielson (2012a) som uttrycker att om intervjuerna inte spelas in ökar risken för att värdefull data förbises.

Intervjuerna kom överens om hur de skulle presentera sig för deltagarna innan intervjuerna, vilket var ett strategiskt tillvägagångssätt för att deltagarna skulle bli avslappnade redan från början. För att få relevant information till föreliggande studies syfte var det viktigt att deltagarna kände att de inte blev utfrågade utan uppmuntrades till att prata fritt kring sina erfarenheter (Polit & Beck, 2011). Författarna till föreliggande studie turades om att intervjua deltagarna samtidigt som den andra var mer passiv och antecknade samt kom med eventuella tillägg. Frågorna ställdes i den ordning som föll sig lämpligast under intervjun vilket var optimalt för att få en narrativ karaktär. Intervjuerna varade mellan 18-28 minuter. Deltagarna fick möjlighet att ge eventuella tillägg efter att alla frågor var besvarade.

Databearbetning och Dataanalys

Datan bearbetades utifrån kvalitativ manifest innehållsanalys. Enligt Danielson (2012b) beskriver manifest innehållsanalys det som direkt framkommer i intervjuerna utan subjektiv tolkning. En kvalitativ innehållsanalys lämpar sig väl till en mindre mängd data, som för föreliggande studie.

De sju intervjuerna transkriberades ordagrant för att få en beskrivning över intervjuernas karaktär. Författarna till föreliggande studie transkriberade intervjuerna de själva hade utfört. Under dataanalysen granskades datan var för sig och meningsenheter valdes ut var för sig för att sedan tillsammans plocka ut lämpliga meningar som besvarade syftet. Från meningarna valdes ord ut som hade ett gemensamt budskap och skapade tillsammans kondenserande meningsenheter. Meningsenheterna tilldelades koder som beskrev innehållet.

Liknande koder grupperades ihop och bildade sedan tre kategorier och åtta underkategorier (Tabell 2). Danielsson (2012b) förklarar att en kategori beskrivs som koder med liknande innehåll. Resultatet presenterades och styrktes med citat från intervjuerna. En tabell skapades för att ge en överblick över meningsenheterna, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier och kategorier. Exempel på analysprocess (Tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Jag upplever den som ganska speciell och är just en av anledningarna till varför jag jobbat med dialys så länge som jag har gjort, är just det att man får en väldigt speciell relation med sin patient.	Den speciella relationen är anledningen till att sjuksköterskorna vill arbeta med dialys.	Relationen orsak till yrkesvalet	Fördelar med relationen	Relationen
Men så vi tar gärna över för mycket och egentligen tänker man väl att man gör något gott, att man är snäll. Men ibland måste man ju tänka att dom mår bättre av att göra mer själva.	Sjuksköterskorna ska inte ta över för mycket utan patienten mår bättre av att göra saker själv.	Gör för mycket för patienten	Autonomi	Faktorer som påverkar relationen
Ibland kan det vara saker hemma som blivit jobbigare och då blir det jobbigare här så det är många aspekter där som kan spela in. Eller att dom helt enkelt har kommit in i en svacka eller att dom får mera symtom eller lider av klåda eller får dåliga värden.	Flera olika situationer kan upplevas jobbigt, till exempel svackor, symtom eller dåliga värden.	Motgångar som påverkar patienten	Motgång	Sjuksköterskans stöd till patienten

Trovärdighet och tillförlitlighet

Inom kvalitativ forskning är giltighet, överförbarhet, tillförlitlighet och delaktighet viktiga begrepp för att avgöra hur trovärdig studien är. Det är viktigt att inte tankar och värderingar speglas i resultatet utan att enbart datan ses i sin helhet. För att ge en ökad trovärdighet och överförbarhet av arbetet har en noggrann beskrivning av arbetsförloppet genomförts av författarna till föreliggande studie. En beskrivning av studiens tillvägagångssätt gav tillförlitlighet till läsaren. Alla deltagarna fick besvara samtliga frågorna i intervjuguiden som var strategiskt utformad med öppna frågor för att deltagarna skulle kunna prata öppet kring sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Intervjuerna transkriberades och analyserades noggrant var för sig för att öka tillförlitligheten i resultatet. Citat presenterades i resultatet vilket gav läsaren möjlighet att bedöma giltigheten, i enlighet med vad Lundman och Hällgren Graneheim (2012) säger. Den transkriberade datan analyserades i sin helhet och citaten som presenterades i resultatet gynnade inte enbart studiens syfte. Valet av att spela in intervjuerna och att anteckna var för att få med hela sammanhanget i intervjun med deltagarnas egna ord och uttryck. Hela arbetsprocessen har från början till slut präglats av ett reflekterat förhållningsätt för att öka trovärdigheten i enlighet med Polit och Beck (2011).

Forskningsetiska överväganden

Informerat samtycke

Informerat samtycke var ett av de forskningsetiska överväganden som berörde deltagarna i studien. Helgesson (2006) beskrev att informerat samtycke innebär att deltagarna inte utsätts för ofrivilligt deltagande. Deltagarna i föreliggande studie hade ett självständigt ansvar kring sitt deltagande och vad de uttalade sig om. Deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om studiens tillvägagångssätt. Alla deltagare informerades om att de när som helst kunde avsluta sitt medverkande i studien utan närmare förklaring.

Konfidentialitet

Intervjuerna hanterades med största konfidentialitet och transkriberades så att deltagarna inte kunde identifieras eller kontaktas av obehöriga. En överenskommelse med deltagarna gjordes om hur datan skulle hanteras för att bevara deras integritet, i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) som säger att det är viktigt att deltagarna blir informerade om att de är anonyma. Efter transkriberingen skrevs den avidentifierade datan ut i pappersform från lösenordskyddade datorer som användes under studien. Detta var för att säkerställa att materialet inte blev tillgängligt av obehöriga genom intrång på datorerna. Den utskrivna datan förvarades i ett säkert förvar hos författarna till föreliggande studie så att obehöriga inte kunde ta del av materialet. Materialet raderades efter studiens slut i enlighet med Kjellström (2012).

Konsekvenser för deltagarna i studien

Innan genomförandet av studien övervägdes riskerna för deltagarnas möjliga lidande. En stor försiktighet beaktades under intervjuerna kring känsliga ämnen för att minska onödigt lidande hos deltagarna. I enlighet med Kjellström (2012) genomfördes studien enbart på individer som hade möjlighet att neka sitt deltagande. Informationen som deltagarna tilldelade brukades inte för annat bruk än till studien.

RESULTAT

Resultatet presenterades utifrån tre kategorier och åtta underkategorier som framkom under analysprocessen (Tabell 2). För att illustrera resultatet redovisades en kort presentation under varje rubrik och underrubrik som tydliggjordes med representativa citat. För att förtydliga citatens innebörd omformulerades citaten genom att överflödiga ord uteslöts. Citaten presenterades med indragen och kursiverad stil och med tre punkter när text hade uteslutits. Respektive deltagares citat markerades med siffror som representerade varje deltagare. Deltagarna presenterades som sjuksköterskorna och benämndes med samma term när samtliga deltagare i studien uttryckte samma åsikt.

Tabell 2. Presentation av kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Relationen	Fördelar med relationen Svårigheter med relationen Professionellt förhållningssätt
Faktorer som påverkar relationen	Autonomi Integritet Tidsbristen
Sjuksköterskans stöd till patienten	Sjuksköterskornas påverkan på patientens livskvalitet Motgångar

Relationen

Under intervjuerna framkom att sjuksköterskorna upplevde att relationen till patienterna med hemodialys var utöver den professionella. Enligt sjuksköterskorna var det en relation som inte uppkom på andra avdelningar. De kontinuerliga mötena flera gånger i veckan ledde till långvariga relationer som innefattade samtal utöver dialysen. De spenderade ett flertal timmar tillsammans och därmed uppstod ett beroende till varandra. Majoriteten av sjuksköterskorna beskrev det som en familjär relation då de spenderade mer tid tillsammans med patienterna än med sina anhöriga.

”... då patienterna kommer hit tre till fyra gånger i veckan ... så vi blir lite som en stor familj. Alltså man träffar dom mer än sin egen familj...”
(7)

Fördelar med relationen

Majoriteten av sjuksköterskorna uttryckte att det bästa med att arbeta med patienter som genomgår hemodialys var den långvariga relationen som uppstod. Sjuksköterskorna berättade att ett flertal patienter valde att inte genomgå sin behandling i hemmet på grund av den sociala relationen som uppstod med sjuksköterskorna och de andra patienterna på en hemodialysmottagning. En del patienter hade få närstående och sjuksköterskorna blev därmed de närmaste närstående. Sjuksköterskorna uttryckte att flertalet av patienterna upplevde dialysen som ett heltidsjobb där sjuksköterskorna blev deras kollegor.

”... han har det bara för den sociala biten ... han ville hit, komma ut hemifrån för att träffa oss... han tycker om oss så mycket. Det blir ju som att få gå till jobbet och träffa sina kollegor för dom.” (6)

Den sociala kontakten gav även en trygghet vilket sjuksköterskorna uttryckte som viktigt för många patienter. Sjuksköterskorna påpekade att patienterna upplevde ett beroende till dialysen vilket kunde lättare hanteras om de hade en trygg relation till sjuksköterskorna. Tryggheten skapade förutsättningar för att få patienterna mer delaktiga i sin behandling och därmed stärktes även deras självförtroende menade sjuksköterskorna.

”Patienterna är ju väldigt beroende utav oss också och det kan ju kännas som en trygghet för dom att ha en sådan nära relation till oss...” (7)

Svårigheter med relationen

Sjuksköterskorna uttryckte att en nära relation inte skapades med samtliga patienter. Personkemin uttrycktes som en central aspekt för att utveckla en nära relation till patienterna. En del av sjuksköterskorna ansåg att de fick en närmare relation till patienterna de var patientansvarig sjuksköterska till. När personkemin inte stämde mellan en sjuksköterska och en patient försökte detta lösas på bästa sätt för att båda parterna skulle trivas i vårdrelationen.

“Sen finns det ju vissa som man kanske inte kopplar lika bra med ... som är väldigt krävande... men då brukar det ofta finnas någon annan sjuksköterska som har lättare att ta dom.” (6)

Den nära relationen gjorde att några sjuksköterskor ansåg att patienterna tog dem för givet. Patienterna kunde nyttja den nära relationen till sjuksköterskorna och därmed ta upp andra medicinska problem utöver hemodialysen. Den nära relationen gjorde att en del sjuksköterskor upplevde det svårt att inte hjälpa patienterna med andra medicinska problem då de kunde ses som en vän som de ville hjälpa. Några av sjuksköterskorna poängterade att det var viktigt att sätta en gräns att endast frågor angående dialysen hanterades på mottagningen. Övriga åkommor som patienten hade skulle exempelvis tas med vårdcentralen för att de skulle få rätt behandling.

”... det är lätt att de lägger över saker på oss för att det är bekvämt. De känner oss väl och vet att man har svårt att säga nej alla gånger men vi försöker hålla en gräns där, att vi ska göra det här.” (1)

En av sjuksköterskorna ansåg att den nära vårdrelationen kunde göra att många patienter tog ut aggressioner på sjuksköterskorna då det var den enda sociala kontakten. Patientens avsaknad på anhöriga kunde resultera i att aggressioner istället utspelades på sjuksköterskorna. Aggressioner som kunde grunda sig i andra problem än de som rörde hemodialysen. Sjuksköterskan uttryckte att det då var viktigt att bemöta patienterna på ett professionellt sätt genom att ha en förståelse för deras livssituation, då hemodialysen i sig var ansträngande. Patienternas negativa energi fick inte tas personligt utan hanteras professionellt ansåg sjuksköterskorna.

“... för många patienter är mottagningen den enda kontakten med andra personer... de har ingen hemma, ingen att bli sur på, ingen att få ut nå aggressioner på, så det kan bli att man tar ut det när man kommer hit...” (1)

Professionellt förhållningssätt

Under intervjuerna framkom det att sjuksköterskorna upplevde svårigheter i att upprätthålla en professionell relation till patienterna. Svårigheten grundades i att de träffades två till fyra gånger i veckan under flera år. En del sjuksköterskor påpekade att det kunde upplevas svårt att enbart prata om behandlingen då många patienter själva inte ville prata om den. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna inte ville se sig själva som sjuka utan istället få en vardaglig känsla till mottagningen.

En sjuksköterska ansåg att en vardaglig relation till patienterna är viktig och att de ska kunna umgås som bekanta genom att prata om annat än det som berör dialysen. Svårigheten var att samtidigt finna en balans i att bibehålla professionaliteten som sjuksköterska.

“... under vår utbildning sa våra lärare att man ska hålla det personligt men inte privat och det reagerade jag direkt på när jag började jobba här... gränsen blir otroligt svår att hålla här när man träffas två till fyra gånger i veckan och nästan umgås, ibland blir den gränsen svår att veta vart man ska stå och svara på om sig själv och prata om med patienterna.” (5)

Flertalet sjuksköterskor upplevde att för att kunna skapa en dialog med patienterna utöver hemodialysen behövde båda parterna dela med sig av deras vardag. Beroende på vilken relation sjuksköterskorna hade till patienterna kunde de dela med sig olika mycket av sitt privatliv. En sjuksköterska ansåg att hur privat sjuksköterskorna ville bli med patienterna berodde på deras personligheter. Sjuksköterskorna var eniga om att patienterna var människor precis som dem själva och hade behov av att prata om personliga händelser. Vissa sjuksköterskor kunde uppleva att patienterna blev som vänner men att de kunde lämna patienternas problem när de gick hem för dagen.

”Man tar ju inte upp sina egna problem, man går inte över gränsen på det viset men samtidigt är det svårt ... man säger saker som man inte skulle pratat om med andra patienter om. Det blir mer personlig relation än vad det blir till andra... det är ju inte vilken patient som helst på en vanlig vårdavdelning utan det är ju en vän.” (1)

Faktorer som påverkar relationen

Under intervjuerna framkom det att flertalet faktorer påverkade relationen mellan patienterna och sjuksköterskorna. Autonomi, integriteten och tidsbristen var det som inverkar på relationen. Sjuksköterskorna arbetade med att stärka patienternas självförtroende genom att bygga upp deras autonomi och integritet som i sin tur gynnade relationen.

Autonomi

Sjuksköterskorna på hemodialysmottagningarna arbetade för att få patienterna självständiga och delaktiga i sin behandling. En negativ inställning till hemodialysbehandlingen upplevdes av en del patienter vilket minskade om patienternas autonomi stärktes av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna arbetade för att patienterna själva skulle utföra delar av sin behandling som anpassades efter patienternas kapacitet. Exempelvis att patienterna själva stack in nålen (infarten) i AV-fisteln, kopplade slangarna till dialysmaskinen eller bäddade sin egen säng. Sjuksköterskorna uttryckte att de blev som ett team tillsammans med patienterna.

”Mitt mål är ju att de ska bli självständiga i sin behandling och så finns jag där i bakgrunden som ett stöd. Och som en coach eller vi blir som ett team, det är dit vi vill nå...” (4)

Respekt för patienternas kunnande kring sjukdomen skapade en bättre relation mellan sjuksköterskorna och patienterna. Sjuksköterskorna berättade att vid stressade situationer kunde de ta över uppgifter som patienterna egentligen kunde utföra själva.

Arbetsmomenten gick därmed fortare och sjuksköterskornas upplevde sig även som snälla mot patienterna. Sjuksköterskorna upplevde att de kunde begränsa patienternas autonomi genom att de tar ifrån dem de moment som de kunde utföra själva.

”... vi tar gärna över för mycket och egentligen så tänker man väl att man gör något gott, att man är snäll. Men ibland måste man ju tänka att dom mår bättre av att göra mera själva... delaktigheten i sin dialysvård är viktigt så där måste man påminna sig själv hela tiden om att inte hjälpa till för mycket.” (2)

Sjuksköterskorna strävade alltid efter att lyfta fram styrkan hos varje patient för att bevara autonomi. En del patienter hade inte den fysiska förmågan att klara av sin behandling själv, fast kunskapen och förståelsen fanns kring behandlingen. Dessa patienter fick vägleda sjuksköterskorna i hur de skulle utföra arbetsmomenten för att patienterna skulle få vara delaktiga i behandlingen. Sjuksköterskorna ansåg att alla patienter hade kapacitet att utföra något moment själv i sin behandling.

“... alla patienter kan göra någonting själv. Även om de rullar in i en rullstol och inte klarar knappt att flytta sig så kan dom göra någonting själv... i alla fall kan ta en penna och skriva upp sin vikt och sätta sin viktlapp i pärmen, de kan tvätta sin arm innan de börjar och att man försöker utnyttja sin egen kapacitet... alltid bevara någonting av det friska.” (1)

Integritet

Förutom att bevara patientens autonomi på mottagningen arbetades det även för att bevara integriteten. Sjuksköterskorna förklarade att på hemodialysmottagningen är majoriteten av patienterna placerade tätt intill varandra under sin behandling. Det resulterade i att patienternas integritet kunde bli negativt påverkad. Bara ett fåtal av patienterna kunde utföra behandlingen på en enkelsal. Sjuksköterskorna upplevde däremot att flertalet av patienterna aktivt valde att ligga i en stor sal för den sociala relationen med patienterna och sjuksköterskorna. Inför ronderna tillfrågades patienterna om de ville ha rondens i ett enskilt rum för att undvika att övriga patienter skulle ta del av samtalen. Sjuksköterskorna strävade alltid efter att uppmärksamma om patienterna behövde samtala enskilt för att bevara integriteten.

Vikväggar användes för att försöka avskilja patienterna emellan så att integriteten bevarades. Vid akuta situationer, exempelvis vid ett blodtrycksfall riskerades patienternas integritet då åtgärderna prioriterades först. I samband med detta upplevde flera sjuksköterskor att patienterna blev påverkade negativt av att beskåda varandra i de akuta situationerna. Det framkom även att bekvämligheten på avdelningen gjorde att integriteten kunde glömmas bort. Ett flertal sjuksköterskor berättade att de ofta pratade högt om ämnen som inte alla patienter skulle tagit del av.

”... när någon blir dålig sen får alla veta det för dom hör ju att personalen kan ropa på varandra över hela salen. Vilket vi även kan bli bättre på, till exempel om Kalle behöver ett bäcken kanske man inte ska ropa över hela salen för då vet alla andra det direkt.” (7)

Att patienterna låg bredvid varandra var även ett aktivt val och en strategi som sjuksköterskorna kunde utnyttja till något positivt. Sjuksköterskorna observerade att patienter som var ovilliga till egenbehandling blev motiverade av att placeras bredvid en patient som utförde hemodialysbehandlingen själv.

”Men sedan kan man ju utnyttja det också det här att dom ser varandra, så det är en medveten strategi att vi utnyttjar det. Det kan vara till exempel en patient som klär sin maskin och sätter sina nålar själv och startar allting och så. Då kan man ju lägga den personen bredvid någon som är lite ovillig sådär.” (1)

Tidsbristen

Sjuksköterskor på en av de större mottagningarna ansåg att de inte hade tillräckligt med tid för patienterna. De ansåg att det saknades tid att sitta ner och samtala med patienterna. Tidsbristen gjorde att patienterna inte fick den uppmärksamhet som sjuksköterskorna upplevde att de behövde. Patienterna och relationen blev lidande av detta då patienterna fick vara ensamma när hemodialysbehandlingen pågick.

“... man har så mycket ambitioner. Man vill. Man har en plan i huvudet och tänker och tror att det finns tid men så är det inte så, utan man släcker bränder hela tiden och i det långa loppet blir patienterna såklart lidande.” (7)

Sjuksköterskans stöd till patienten

Det framkom under intervjuerna att patienter på en hemodialysmottagning skiljer sig från andra patientgrupper. Patienterna var i ett konstant beroende till dialysmaskinen och vårdpersonalen vilket gjorde att de levde ett begränsat liv. Sjuksköterskorna berättade att många av patienterna inte hade samma sociala förutsättningar som andra människor. Patienternas liv styrdes utifrån hemodialysbehandlingarna vilket resulterade i att de exempelvis inte kunde ha ett heltidsarbete eller resa bort en längre tid.

Sjuksköterskornas påverkan på patientens livskvalitet

En sjuksköterska berättade att patienter med njursvikt kan oroa sig flera år innan de ska påbörja hemodialysbehandlingen. Vid uppstart av hemodialys upplevde många patienter dialysen som främmande och svår. Flera sjuksköterskor menade att information om hemodialysen och dess påverkan på livssituationen var viktig att informera patienten om. Genom information skapades en dialog som var gynnsam för relationen.

“... det är rädsla för det plingar och det tutar och man vet inte vad det betyder, om det är någonting farligt som händer så det är ju jätteviktigt att man hela tiden informerar och berättar vad man gör och varför.” (7)

Under intervjuerna beskrev några sjuksköterskor patienternas ständiga oro inför att påbörja hemodialys som efter en tid övergick till en oro som handlade om patienternas väntan på om de skulle få genomgå en njurtransplantation. En av sjuksköterskorna beskrev att stödet var viktigt för att patienterna inte skulle känna sig ensamma i sin väntan på att få en ny njure. Hon beskrev att patienterna kände sig trygga då de visste att sjuksköterskorna förstod vad de gick igenom.

”... jag har jobbat i sex år här och många patienter har stått sex år i kön utan att det har hänt någonting, det är ju en ständig väntan på det där.” (1)

Flertalet av sjuksköterskorna upplevde att en del patienter var ensamma i sin livssituation med hemodialys. I samband med detta beskrevs det att den sociala relationen till sjuksköterskorna blev viktig för många patienter.

”... ibland är ju vi den enda sociala kontakten som dom har, de träffar inga andra människor och det är ju tragiskt i sig, att man kan vara så ensam men det är den bistra verkligheten.” (2)

Motgång

Då hemodialysbehandling är en kronisk behandling menade sjuksköterskorna att ett flertal patienter aldrig upplevde sig som friska. Patienterna upplevde att ovissheten för hur framtiden skulle bli kunde skapa stor frustration. Individuella delmål användes för att inge hopp till patienterna samt för att försöka fokusera på det positiva istället för motgångarna.

”... det är en krokig väg att gå och vi försöker förklara det att vi kanske inte når målen imorgon men att vi kanske når de längre fram och där har vi också en stöttande roll när det sker motgångar. Att vi försöker hitta det positiva.” (3)

Sjuksköterskorna poängterade att med hjälp av olika copingstrategier kunde det underlätta för patienterna att kringgå motgångar som uppstått i deras liv. Individuella strategier sågs som en viktig aspekt för att ta sig igenom motgångar. Motgångarna kunde infatta att de uremiska symtomen upplevdes mer påfrestande eller en känsla av hopplöshet i att aldrig bli frisk från sin njursvikt. Förutom att lindra symtomen arbetade sjuksköterskorna med att finna patienternas egna styrkor tillsammans med patienten. Styrkorna användes som verktyg för att underlätta att ta sig igenom motgångarna. En av copingstrategierna som flera sjuksköterskor använde sig av var att få patienten att se dialysen som ett heltidsjobb där medpatienterna och sjuksköterskorna blev deras kollegor.

”... de ska tänka att det är ett jobb dom går till... ibland tänka på dialys på ett annat sätt än vad de gör. De ska inte bara se det som en stor börda utan liksom tänka att detta är faktiskt en tillgång för att fanns inte dialysen skulle jag varit död nu. Det är den bistra sanningen.” (2)

Även att anpassa när och hur hemodialysen kunde fördelas under veckan underlättade patienternas inställning till behandlingen. Ett flertal sjuksköterskor menade att patienterna hade olika uppfattningar inför hur de ville genomföra dialysen. Vissa ville komma flera gånger i veckan under kortare tid och en del ville utföra behandlingen under färre dagar och då under längre tid vid varje tillfälle. Sjuksköterskorna strävade alltid efter att anpassa behandlingen till hur det fungerade ihop med patienternas vardag och livssituation.

“... försöka hitta individuella lösningar för varje patient, vad som passar just den... framförallt erbjöd man den som hade besvärliga dialyser ... med kramp, illamående, blodtrycksfall och så, att de kunde komma oftare då men med kortare behandlingar.” (6)

Det var viktigt att patienterna hittade egna tillvägagångssätt för att ta sig igenom sina motgångar. Sjuksköterskorna stöttade genom att lyssna på patienterna istället för att lägga in egna värderingar för hur de på bästa sätt skulle finna lösningar på problemen. Genom att patienterna fick finna egna lösningar med stöd av sjuksköterskorna stärktes även patientens autonomi och integritet. Sjuksköterskorna arbetade aktivt med att stödja patienterna till att förlita sig på sig själva när de hamnade i svackor.

”Sen aktar jag mig mycket för att komma med förslag ... som oftast är lättast och inte lägga in mina värderingar ... utan låta patienten själv komma med förslag. Mest försöker jag finnas där och lyssna.” (5)

Det lyftes även fram av några sjuksköterskor att det krävdes eget ansvar av patienterna utanför hemodialysmottagningen. Vätskerestriktionerna var ett ansvar som upplevdes svårt att hantera. Strategier som sjuksköterskorna använde sig av var att inte förbjuda patienterna från något utan istället få patienterna att prioritera det som ansågs viktigast i livet. En sjuksköterska uttryckte att livet måste anpassas till den nya livssituationen. Att prioritera det som var viktigt för varje unik patient var en copingstrategi som många utav sjuksköterskorna använde på patienterna. Att försöka se patienternas unika förutsättningar, styrkor och mål för att sedan lösa motgångarna tillsammans.

”... hela tiden hålla på med denna problemlösning i samråd med patienten ... oftast så kan man tänka sig att man kan dra ner på någonting och vad är viktigast för dig under dagen, vilken kopp te eller vilket kopp kaffe är viktigast... det blir mycket motiverande samtal runt omkring hur man kan förändras... man vill ju att deras liv ska vara så normalt som möjligt.” (1)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna uttryckte att det skapades en unik relation till patienterna eftersom de spenderade många timmar ihop flera gånger i veckan. Även i tidigare studier (Devi et al., 2012; Hagren et al., 2005) framkom det att sjuksköterskorna på en hemodialysmottagning hade en viktig social relation till patienterna i deras vardag.

Författarna till föreliggande studie upplevde att de intervjuade sjuksköterskorna undermedvetet använde sig av Travelbee (1971) interaktionsteori. Detta fynd grundade sig i att sjuksköterskorna uttryckte att de ansåg att kommunikationen var viktig för att skapa en god relation. En relation som byggde på tillit och förtroende mellan båda parterna. Sjuksköterskorna som deltog i föreliggande studie ansåg att valet av att arbeta med hemodialys var relaterat till den personliga relationen med patienterna. Sjuksköterskorna uppskattade att de fick spendera mycket tid med patienterna och följa deras behandling under en längre tid. Ett fynd som skilde sig från bakgrunden i föreliggande studie var att personkemin stod till grund för att en god relation skulle uppstå mellan sjuksköterskorna och patienterna ansåg de intervjuade sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna uttryckte att det kunde uppstå svårigheter i att skapa en god relation om personkemin inte stämde överens mellan båda parterna på en hemodialysmottagning.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att de enbart skulle fokusera på frågor gällande hemodialysbehandlingen. Flertalet av patienterna hade andra medicinska problem de ville rådfråga sjuksköterskorna om vilket de blev nekade hjälp till. Sjuksköterskorna upplevde att på grund av den nära relationen till patienterna kunde de ibland ha svårt att inte hjälpa patienterna med problem utöver dialysen. Axelsson (2012a) motsäger till viss del föreliggande studies resultat. Axelsson konstaterade att sjuksköterskorna inte enbart ska fokusera på hemodialysbehandlingen utan även ge det komplexa stödet utefter patienternas behov. Ett komplext stöd som innefattade mer än att bara hjälpa patienterna med hemodialysen.

Hagren et al. (2005) konstaterade att relationen påverkades utifrån hur sjuksköterskorna bemötte patienterna. Sjuksköterskorna i studien utövade enbart ett professionellt förhållningsätt i relationen till patienterna vilket påverkade patienterna negativt.

De intervjuade sjuksköterskorna i föreliggande studie motsäger Hagren et al. (2005) då de upplevde att det skapades en vänskaplig relation utöver den professionella relationen. Ett förhållningssätt utöver det professionella var nödvändigt för att erhålla en god relation till patienterna. De var eniga om att alla patienter är människor med ett behov av att prata om personliga händelser i livet.

I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor framgår det att god omvårdnad och relation till viss del bygger på respekten för patientens autonomi. Sjuksköterskorna i föreliggande studie poängterade vikten av att bevara patienternas autonomi genom att respektera deras kunskap om sin sjukdom vilket även bekräftades av Jansen et. al (2010) och Sadala et al. (2010). I studierna framkom det att sjuksköterskorna arbetade med att stärka patienternas autonomi genom att få dem delaktiga i sin hemodialysbehandling. Detta arbetssätt tillämpades även av sjuksköterskorna i föreliggande studie. Genom att göra patienterna delaktiga i sin behandling fokuserades det alltid på det friska istället för det sjuka.

I enlighet med Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning uttryckte samtliga sjuksköterskor i föreliggande studie att en god relation och omvårdnad byggde delvis på bevarandet av patienternas integritet och värdighet. I tidigare forskning (Saez Rodriguez et al., 2009) påvisades det att patienternas integritet kunde bli kränkt på en hemodialysmottagning. I studien framkom det att patienterna kunde känna sig kränkta eftersom behandlingsmiljön inte var optimal då patienterna behandlades i sängar placerade tätt intill varandra. Det överensstämde med sjuksköterskorna i föreliggande studie som tog hänsyn till att patienterna behandlades tätt intill varandra genom att använda sig av olika integritetsbevarande strategier. En strategi var att patienterna alltid tillfrågades om de ville att rondens utfördes i ett enskilt rum.

Ett fynd som överraskande författarna i föreliggande studie var att det fanns en anledning till att patienterna var placerade bredvid varandra i en stor sal. Sjuksköterskorna upplevde då att patienterna studerade övriga patienter i hur mycket de kunde utföra själv av sin behandling. Detta främjade patienternas motivation till att klara av lika mycket av sin behandling som de andra patienterna. Författarna i föreliggande studie ansåg att integriteten därmed kunde ses utifrån ett positivt och negativt perspektiv. Sjuksköterskorna i föreliggande studie påpekade att stödet hade betydelse för patienter som genomgår en hemodialysbehandling. Sjuksköterskorna berättade att ett flertal patienter upplevde en ständig oro inför att påbörja hemodialysbehandling eller en oro inför en eventuell njurtransplantation. Med ett bra stöd och en god relation ökade sjuksköterskorna patienternas livskvalité. Detta bekräftas av Hagren et al. (2005) som menar att sjuksköterskor är ett viktigt stöd när patienterna upplever en oro inför en framtid med hemodialysbehandling.

Ett flertal studier (Lindqvist & Sjoden, 1998; Mok & Tam, 2001) visar på att sjuksköterskorna är ett viktigt stöd för patienterna vid motgångar i likhet med de intervjuade sjuksköterskorna. Ett flertal av patienterna var ensamma i livssituationen med hemodialys enligt de intervjuade sjuksköterskorna. Den kontinuerliga relationen till sjuksköterskorna blev då betydelsefull för patienterna. Flera studier (Al Nazly et al., 2013; Gerogianni & Babatsikou, 2013; Martinas da Silva et al., 2012) överensstämmer med att sjuksköterskorna har en viktig stödjande uppgift vid motgångar till patienter som hade få närstående.

Majoriteten av sjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att de stödjer patienterna till att finna individuella strategier vid motgångar som kan uppstå i behandlingen.

Metoddiskussion

Författarna till föreliggande studie valde att använda sig av en kvalitativ semistrukturerad intervjumetod i enlighet med Danielson (2012a) då det ansågs lämpa sig bäst för att besvara föreliggande studies syfte. En kvalitativ intervjumetod betraktar fenomenet subjektivt och fokuserar på mänskliga erfarenheter (Polit & Beck, 2011). En kvantitativ metod valdes att uteslutas då subjektiva upplevelser av människans erfarenheter kan vara svårt att mäta. Polit och Beck menar att en kvantitativ metod är mest tillämplig vid fenomen som studeras objektivt efter förekomst, storlek och mätbarhet. Få fynd av kvalitativa studier inom studiens syfte gjordes och desto fler kvantitativa uppmärksammades vilket ytterligare var en av anledningarna till att utföra en kvalitativ intervjustudie.

Att delta i en intervjustudie kan medföra att deltagarna anpassar svaren till vad författarna i studien förväntar sig att höra. För att få deltagarna bekväma utfördes intervjuerna på en plats utefter deltagarnas önskan i enlighet med Danielson (2012b). Föreliggande studie kunde enligt författarna, i enlighet med Danielson (2012a), genomföras med en enkätstudie för att undvika att deltagarna blev påverkade av författarnas närvaro. Författarna önskade narrativa svar om deltagarnas erfarenheter och då lämpade sig en kvalitativ intervjumetod bättre än en enkätstudie. För att optimera intervjuernas kvalitet förberedde sig författarna till föreliggande studie sig väl genom att utföra en testintervju och en pilotintervju. Detta för att skapa en trygghet hos intervjuaren och deltagaren i enlighet med Trost (2010).

Då kvalitativa intervjuer innebär nära relationer till deltagarna togs det i beaktande av intervjuaren att vissa frågor kunde upplevas känsliga för deltagarna. För att deltagarna inte skulle känna sig obehagliga under intervjun förberedde sig författarna i föreliggande på att eventuellt ställa frågorna i en annan ordning i överensstämmelse med Trost (2010). Därmed valet av semistrukturerade intervjuer för att ha möjlighet att anpassa frågorna i den ordning som föll sig bäst. Denna typ av intervjuguide gav de som intervjuade en större chans till att anpassa frågorna efter svaren (Kvale & Brinkman, 2009).

Författarna diskuterade vilka urvalskriterier som var rimliga för att få delta i studien. Ett års erfarenhet ansågs tillräckligt för att kunna inhämta den kunskap och erfarenheter som behövdes för att besvara föreliggande studies syfte. Benner (1984) motsäger detta och anser att sjuksköterskan först efter två år besitter erfarenheter och kompetens inom sitt område. Trots påståendet enligt Benner ansåg författarna att den kontinuerliga kontakten som de intervjuade sjuksköterskorna hade med patienterna gjorde att ett års erfarenhet var tillräckligt för att besvara syftet. Majoriteten av deltagarna som deltog i studien hade varit yrkesverksamma i mer än ett års tid vilket författarna ansåg gav en bredare erfarenhet av det upplevda fenomenet.

Sju deltagare ansågs som ett rimligt antal deltagare i förhållande till författarnas förutsättningar. Enligt Polit och Beck (2011) behövs inte ett stort antal deltagare för att bevaka studiens syfte. Kvalitet går före kvantitet vilket gör att ett färre väl utförda intervjuer är av mer värde än fler intervjuer av sämre kvalitet. Polit och Beck menar att med en god intervjuguide ska tillräcklig med information kunna inhämtas för att besvara studiens syfte.

Med detta som grund utfördes sex intervjuer samt en pilotintervju som också inkluderades i studien.

Tre mottagningar i en av Sveriges storstäder kontaktades av författarna till föreliggande studie. Författarna övervägde att kontakta fler mottagningar fast ansåg att tre var tillräckligt för att besvara studiens syfte. Tidsbegränsningen för studien var även en aspekt som vägdes in i valet av att intervjua färre mottagningar. Med färre mottagningar kunde en bättre kvalitet uppnås på intervjuerna då det kunde läggas större fokus på varje enskild intervju. Författarna ansåg även att resultatet inte påverkades av antalet mottagningar utan av deltagarnas erfarenheter (Polit & Beck, 2011).

Under intervjutillfällena var författarna noga med att ta hänsyn till maktförskjutningen som kunde förekomma mellan intervjuare och deltagare. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är en viss maktskillnad förekommande och utspelar sig då hos den som intervjuar. För att undvika detta och få intervjuerna avslappnade och neutrala var en semistrukturerad intervjuguide lämplig då deltagarna kunde få ett större inflytande under intervjuerna.

Att båda författarna till föreliggande studie medverkade under intervjuerna var ytterligare en risk för att en maktförskjutning kunde uppstå, då deltagaren kan uppleva sig i underläge i enlighet med Trost (2010). Valet till att båda författarna ändå deltog under intervjuerna var i enlighet med vad Trost säger är en strategi för att få ut mer av intervjun.

Intervjuerna spelades in med en diktafon efter samtycke med deltagaren i enlighet med vad Danielsson (2012b) säger. Författarna till föreliggande studie upplevde att deltagarna i början av intervjuerna var obekväma med att deras röster spelades in. Det resulterade i att de första frågorna inte besvarades lika utförligt som de som ställdes sist i intervjun. För att undvika att information uteblev valde författarna till föreliggande studie att avsluta varje intervju med att fråga om de hade något de ville tillägga. Eftersom deltagarna fick tillägga information i slutet av intervjun ansåg författarna att den insamlade datan var tillräcklig för studiens syfte.

Att transkriberingen utfördes av respektive författare som hade genomfört intervjun var ett medvetet val för att lättare kunna relatera till intervjutillfället. Det ansågs lättare att transkribera intervjuerna när författarna hörde sin egen röst. Författarna valde att under analysprocessen arbeta separat för att välja ut lämpliga meningsenheter för att sedan diskutera fynden ihop och tillsammans komma fram till det resultat som presenterades. Detta var en medveten strategi för att författarna inte skulle spegla varandra i deras val av meningsenheter vilket därmed gav ett bredare perspektiv till resultatet.

En förförståelse fanns av författarna till föreliggande studie om att det kunde uppstå en relation utöver den professionella mellan sjuksköterskorna och patienterna på hemodialysmottagningen. Detta grundade sig på att författarna hade närstående som behandlats med hemodialys och som hade berättat betydelsen sjuksköterskorna hade haft för dem. Författarna har inte influerats av deras närståendes erfarenheter av relationen till sjuksköterskorna under studien.

Föreliggande studies syfte kan anses som besvarat då det framkommit utifrån föreliggande studies resultat hur relationen mellan sjuksköterskan och patienten är på en hemodialysmottagning.

Slutsats

Resultatet visade att relationen till patienter som genomgår hemodialysbehandling är en relation som inte uppstår eller går att jämföra med relationer som uppstår på andra mottagningar. Anledningen till att många sjuksköterskor arbetade med patienter som genomgår hemodialys var för den kontinuerliga, nära och vänskapliga relationen som uppstod. Många patienter var ensamma i sin livssituation med hemodialys och därmed blev sjuksköterskorna som patienternas närstående.

Resultatet visade också att sjuksköterskorna använde kommunikationen som ett verktyg för att skapa en god relation. Relationen till patienterna grundades till stor del på hur personkemin mellan parterna fungerade. Den nära relationen som uppstod mellan parterna ledde till att sjuksköterskorna inte enbart upprätthöll ett professionellt förhållningsätt gentemot patienterna. Det lyftes fram att patienterna kunde utnyttja den vänskapliga relationen vilket gjorde att sjuksköterskorna upplevde det svårt att enbart hjälpa patienterna med frågor som berörde dialysen. Sjuksköterskorna arbetade med att stärka patienternas autonomi och integritet vilket gynnade relationen. Stödet till patienterna från sjuksköterskorna var viktigt vid motgångar för att som ett team bemästra och ta sig igenom motgångarna som kunde uppstå i och med hemodialysbehandlingen. Ett gott stöd byggde på en god relation ansåg sjuksköterskorna.

Fortsatta studier

Författarna till föreliggande studie upplevde att fortsatta studier om sjuksköterskornas relation till patienter med hemodialys skulle kunna vara av intresse. Studien skulle kunna utvecklas genom att flera mottagningar i Sverige besöktes för att få ett större perspektiv om fenomenet. Det framkom i föreliggande studie att relationen mellan sjuksköterskorna och patienterna skiljde sig beroende på storlek på mottagningarna. Det gjorde att vidare studier inom det berörda syftet var relevant.

Klinisk relevans

Författarna anser att studien har en klinisk tillämpbarhet då allmänsjuksköterskan kan få en ökad förståelse av relationen mellan sjuksköterskan och patienten på en hemodialysmottagning. Studien kan tillämpas av sjuksköterskor som ska börja arbeta på en hemodialysmottagning för att öka förståelsen för denna patientgrupps livssituation.

REFERENSER

- Al Nazly, E., Ahmad, M., Musil, C., & Nabolsi, M. (2013). Hemodialysis stressors and coping strategies among Jordanian patients on hemodialysis: a qualitative study. *Nephrology Nursing Journal: Journal of The American Nephrology Nurses' Association*, 40(4), 321-327.
- Antonovsky, A. (1985). *Health, Stress, and Coping*. (5th ed.). United States of America.
- Aurell, M., & Samuelsson, O. (2008). *Njurmedicin*. (tredje uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, L., Randers, I., Jacobson, S. H., & Klang, B. (2012a). Living with haemodialysis when nearing end of life. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(1), 45-52. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00902.x
- Axelsson, L., Randers, I., Lundh Hagelin, C., Jacobson, S. H., & Klang, B. (2012b). Thoughts on death and dying when living with haemodialysis approaching end of life. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2149-2159. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04156.x
- Bæk, B., Pedersen, B. D., Poulsen, B., & Agerskov, H. (2011). Nursing in hemodialysis treatment seen from the patients' and the professionals' perspectives [Norwegian]. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 13(1), 57-65.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Perentice Hall Health Upper Saddle River, New Jersey.
- Brattberg, B. (2008). *Att hantera det ohanterbara - om coping*. Stockholm: Värkstad.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad*. (ss 329-342). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad*. (ss 165-174). Lund: Studentlitteratur.
- Dermody, K., & Bennett, P. N. (2008). *Nurse stress in hospital and satellite haemodialysis units*. *Journal of Renal Care*, 34(1), 28-32. doi:10.1111/j.1755-6686.2008.00007.x
- Devi, E., Prabhu, R., Bhanumathi, P., Sequiera, L., Mayya, S.S., Bairy, K., & Manu, M. (2012). Identification of health problems of patients undergoing hemodialysis using self care deficit theory and application of nursing process approach care. *International Journal of Nursing Education*, 4(1), 15-7.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. (fjärde uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Eyre, S., & Rothenberg, E. (2008). Behandling med proteinreducerad kost vid njursvikt. Majoritet av svenska njurmedicinska enheter tillämpar metoden, visar enkät. *Läkartidningen*, 105(30-31).

- Gabara, S., Schön, S., & Stendahl, M. (2013). *Svensk njurregister. Årsrapport 2013*. Jönköping. Hämtad från <http://www.medscinet.net/snr/rapporterdocs/Årsrapport%202013%20SNR.pdf>
- Gerogianni, G. K., & Babatsikou, F. P. (2013). Identification of stress in chronic haemodialysis. *Health Science Journal*, 7(2), 169-176.
- Hagren, B., Pettersen, I.-M., Severinsson, E., Lützén, K., & Clyne, N. (2001). The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*, 34(2), 196-202.
- Hagren, B., Pettersen, I.-M., Severinsson, E., Lützén, K., & Clyne, N. (2005). Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 294-300.
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik - för medicinare och naturvetare*. Studentlitteratur.
- Jansen, D. L., Rijken, M., Heijmans, M., & Boeschoten, E. W. (2010). Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: The importance of illness and treatment perceptions. *Psychology & Health*, 25(6), 733-749. doi:10.1080/08870440902853215
- Karadag, E., Kilic, S. P., & Metin, O. (2013). Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. *Nursing & Health Sciences*, 15(2):164-171. doi: 10.1111/nhs.12008
- Kjellström, S. (2012). *Forskningsetik*. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad*. (ss 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, R., & Sjoden, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 312-319.
- Lopes, J. M., Mor Fukushima, R. L., Inouye, K., Iost Pavarini, S. C., & de Souza Orlandi, F. (2014). Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*. 27(3), 230-236. doi: 10.1590/1982-0194201400039
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ Innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2.uppl. ss. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Martinas da Silva, O., Oliveria, F., Amora Ascari, R., & De Lima Trindade, L. (2012). The quality of life of the patient suffering from chronic renal insufficiency undergoing hemodialysis. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 6(11), 2777-2784. doi:10.5205/reuol.3111-24934-1-LE.0610201221
- Mok, E., & Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 503-511.

- Nightingale, F. (1952). *Notes on nursing; [What it is and what it is not]*. London: Duckworth.
- Nordenfeldt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: Teori och kritik*. (andra uppl.). Linköping: Linköpings universitet. Institutionen för hälsa och samhälle.
- Patton, Quinn, M. (2002). *Qualitative research & Evaluation Methods*. (3th ed.). London: Sage Publications.
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2011). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadala, M. A., Miranda, M. G., Lorençon, M., & de Campos Pereira, E. P. (2010). Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. *Journal of Renal Care*, 36(1), 34-40. doi:10.1111/j.1755-6686.2010.00135.x
- Saez Rodriguez, L., Perez Paz, M., Valino Pazos, C., & Castro Fernandez, S. (2009). Analysis and assessment of the referring nurse of patients on haemodialysis [Spanish]. *Revista De La Sociedad Espanola De Enfermeria Nefrologica*, 12(2), 16-20.
- Sand, O., Sjaastad, V. O., Haug, E., & Bjålie, G. J. (2006). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. (andra uppl.). Stockholm: Liber.
- Seeberger, A. (2011). *Njurarna. De som håller oss i balans*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Värdegrund för omvårdnad. Stockholm. Hämtad från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etikpublikationer/Vardegrund.for.omvardnad.web.pdf>
- Ternstedt, B.-M., & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (ss 29-63). Lund: Studentlitteratur.
- Therlund, G. (1995) Från psykodynamisk kristeori till copingbegrepp: en jämförande historik. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 72(1), 4-11.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa Intervjuer*. (4:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Stockholm, 2014-09-22

Till verksamhetschef

XXX XXXXXX

Avdelning X, XXXXXX sjukhus

Vi heter Sofie Anetoft och Hanna Karlsson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör ”sjuksköterskans erfarenheter av relationen till patienter som genomgår hemodialys på mottagning” (var god se nästa sida för sammanfattning av arbetets innehåll och upplägg). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra intervjuer av leg. Sjuksköterskor som har minst ett års erfarenhet av dialys på avdelning X, XXXXXX Sjukhus.

Om Du godkänner att studien genomförs, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid avdelning X är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Students namnteckning

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students telefonnummer

Students E-postadress

Students E- postadress

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

Handledares telefonnummer och E-postadress

Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll

Sjuksköterskor på dialysavdelningar har en central och viktig roll för dialyspatienter och närstående. Syftet med arbetet är att studera ”sjuksköterskans erfarenheter av relationen till patienter som genomgår hemodialys på mottagning”. Detta skulle vi vilja göra genom att intervjua tre sjuksköterskor på Er klinik om det berörda ämnet. Vi vill genom studien belysa vikten av att ha kunskap om hur dialyspatientens livssituation är och kan förbättras genom att intervjua dialyssjuksköterskor om deras erfarenheter av att möta denna patientgrupp. Vi ser då Er klinik som en stor resurs som kan ge oss en större inblick i sjuksköterskans centrala arbetsroll. Vi skriver examensarbetet mellan v 40-47.

Därmed har vi en önskan om att få komma och intervjua tre dialyssjuksköterskor på Er klinik under v40 eller v41. Kraven vi har för deltagande är att sjuksköterskorna ska ha arbetat på en dialysmottagning i minst ett år samt kan tala och förstå det svenska språket. Intervjun beräknas pågå i cirka 20-30 minuter. Intervjuerna kommer att användas som datainsamling och allt kommer att spelas in för att sedan transkriberas. Alla deltagare kommer att anges anonymt och information om detta ges i samband med intervjuerna samt att det är ett frivilligt deltagande.

Frågorna kommer att beröra sjuksköterskornas självupplevda erfarenheter av relationen med patienter som genomgår hemodialys.

Vi hoppas på ett närmare samarbete med Er och vore evigt tacksamma om vi kunde få tre intervjuer.

Med vänliga hälsningar

Sofie Anetoft och Hanna Karlsson.

BILAGA A

Jag godkänner härmed att Sofie Anetoft och Hanna Karlsson får utföra studien ”sjuksköterskans erfarenheter av relationen till patienter som genomgår hemodialys på mottagning” på mottagningen under tidsperioden v.40-47 2014.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

Intervjuguide

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av relationen med patienter som genomgår kronisk hemodialysbehandling.

Namn:

Avdelning:

Erfarenhet av dialysvård:

Datum:

- Berätta hur du upplever relationen mellan dig som sjuksköterska och patient vid hemodialysbehandling?
- Förklara hur du tror att patienterna upplever relationen till er sjuksköterskor?
- Eftersom du har kontinuerliga möten flera gånger i veckan med patienterna upplever du det då svårt att hålla en professionell relation? Vad anser du gränsen går mellan privat och professionell?
- Hur arbetar du för att bevara patientens autonomi och integritet?
- Hur hanterar du situationer när patienten möter motgångar i sin behandling?
- Förklara hur du som sjuksköterska ger stöd till patienter för att hitta olika bemästringsstrategier? Coping?
- Hur hanterar du frågor om ärftlighet vid njursvikt med närstående?

Är det något du skulle vilja tillägga?

Eventuella följdfrågor:

- Är det så att du upplever att...?
- Har du något exempel?
- Kan du berätta mer...

Skriftlig information till deltagarna

En semistrukturerad intervju kommer att genomföras med sju frågor som berör dialyssjuksköterskors erfarenheter om relationen mellan dialyssjuksköterskan och patienter som genomgår hemodialysbehandling. Intervjun beräknas att ta cirka 20-30 minuter. Några frågor kan beröra ämnen som du inte tidigare reflekterat över som sjuksköterska. Det är dina erfarenheter vi är ute efter, inte att du ska uppleva intervjun som ett test där det finns tydliga svar med rätt eller fel. Svaren ska i huvudsak handla om dina tolkningar, uppfattningar och erfarenheter. Om vi ställer frågor som du inte vill svara på eller har funderingar kring är det viktigt att du uttrycker det. Tveka inte att säga till under intervjun om det är något som du tycker är oklart.

Intervjun kommer att spelas in i samtycke med intervjupersonen och kommer att hanteras med största konfidentialitet. Detta innebär att du inte kan identifieras eller kontaktas av obehöriga efter intervjun då det endast är vi som genomför studien som bearbetar materialet. Datan kommer transkriberas och skrivas neutralt utan dialekter och talspråk vilket leder till att du inte kan identifieras eller kontaktas efter deltagandet i studie.