



UMEÅ UNIVERSITET

# Personers erfarenheter av att leva med hemodialysbehandling

Mellan det vardagliga och det meningsfulla

En litteraturstudie

Ida Borgestig

Matilda Wallin

Examensarbete, 15 hp  
Sjuksköterskeprogrammet, Omvårdnadsvetenskap teori och tillämpning  
Vt 2026

# **Personers erfarenheter av att leva med hemodialysbehandling- Mellan det vardagliga och det meningsfulla**

## **Abstrakt**

**Bakgrund:** Hemodialys är en livsförlängande och tidskrävande behandling för personer med kronisk njursvikt. Hemodialys är den mest förekommande njurersättande behandlingen världen över. Behandlingen medför flera behandlings- och/eller sjukdomsrelaterade symtom samt flera aspekter som har en direkt påverkan på livskvalitet. Sjuksköterskan har en viktig roll i att stödja personer som genomgår hemodialys och skapa en förståelse för deras erfarenheter.

**Syfte:** Syftet var att beskriva vuxna personers erfarenheter av att leva med hemodialysbehandling vid kronisk njursvikt.

**Metod:** Studien har baserats på nio kvalitativa artiklar. Databassökningar genomfördes i PubMed och CINAHL. Analysen utgick från Fribergs femstegsmetod.

**Resultat:** I resultatet framkom sex teman: att kämpa med behandlings- och sjukdomsrelaterade symtom; att pendla mellan olika känslor; att kämpa med finansiell börda och praktisk belastning; att uppleva sociala förändringar; att vilja bli sedd i vårdrelationer och att uppleva känslan av stöd.

**Konklusion:** Erfarenheterna av hemodialysbehandlingen visade sig variera inom psykiska, fysiska, sociala och finansiella aspekter. Känslan av att få stöd av anhöriga och vårdpersonal var viktigt, men det fanns konflikter i form av attityder och sociala roller, vilket kunde ge upphov till skuld och skam. För att främja en god vårdrelation var det viktigt att sjuksköterskan tog hänsyn till autonomi, delaktighet och integritet hos personerna.

**Nyckelord:** Hemodialys, erfarenheter, vuxna personer, kronisk njursvikt, litteraturstudie

# **Persons' experiences of living with hemodialysis- Between everyday life and the meaning**

## **Abstract**

**Background:** Hemodialysis is a life-sustaining and time-consuming treatment for people with chronic kidney disease. Hemodialysis is the most common kidney replacement therapy worldwide. Hemodialysis is associated with several symptoms, as well as various factors that directly impact quality of life. Nurses play a vital role in supporting people undergoing hemodialysis and in understanding their lived experiences.

**Aim:** The aim was to explore adults' experiences of living with hemodialysis for chronic kidney disease.

**Methods:** The study was based on nine qualitative articles. Database searches were conducted in PubMed and CINAHL. The analysis was based on Friberg's five-step method.

**Results:** The results revealed six themes: coping with treatment- and disease- related symptoms; fluctuating between different emotions; coping with financial burdens and practical challenges; experiencing social changes; wanting to be acknowledged as individuals within healthcare relationships and experiencing a sense of support.

**Conclusion:** Experiences of hemodialysis treatment varied across psychological, physical, social and financial aspects. Receiving support from family members and healthcare professionals was perceived important, however conflicts related to attitude and changing social roles gave rise to feelings of guilt and shame. To promote a good care relationship, it was important that nurses consider the person's autonomy, participation and integrity.

**Keywords:** Hemodialysis, experience, adults, chronic kidney disease, literature study.

## Innehållsförteckning

<b>Abstrakt</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>5</b>
Inledning .....	5
Kronisk njursvikt.....	5
Njurersättande behandling .....	6
Hemodialysbehandling .....	7
Omvårdnadens betydelse vid hemodialysbehandling.....	8
Motiv.....	9
Syfte .....	9
<b>Metod</b> .....	<b>9</b>
Sökmetoder.....	9
Urval .....	10
Analys .....	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
<b>Resultat</b> .....	<b>12</b>
Att kämpa med behandlingsrelaterade symtom och biverkningar .....	12
Att pendla mellan olika känslor .....	13
Att kämpa med finansiell börda och praktisk belastning.....	14
Att möta sociala förändringar .....	15
Att vilja bli sig sedd i vårdrelationer .....	16
Att uppleva känslan av stöd .....	17
<b>Diskussion</b> .....	<b>19</b>
Resultatdiskussion .....	19
Diskussion och etiska, samhälleliga och intersektionella aspekter.....	22

Diskussion om klinisk implikation .....	26
Diskussion om vidare forskning .....	26
Metoddiskussion .....	27
<b>Konklusion .....</b>	<b>30</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>31</b>
<b>Deklarationer .....</b>	<b>40</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>1</b>
<b>Bilaga 2.....</b>	<b>2</b>

# **Bakgrund**

## **Inledning**

Hemodialys är en livsuppehållande behandling (Dreja & Jönsson, 2016, s. 469), men kan inte helt ersätta en människas njurfunktion (Lönnbro-Widgren & Samuelsson, 2020, s. 193). Mortaliteten för personer som genomgår hemodialysbehandling ligger på 20%, där den vanligaste underliggande orsaken är hjärt- och kärlkomplikationer (Lönnbro-Widgren & Samuelsson, 2020, s. 193). Hemodialys är den dialysform som förekommer mest frekvent världen över (Bello et al., 2022). Behandlingsformen utgör en stor påfrestning på personers hälsa och livskvalitet. Trots att behandlingen har förbättrats genom åren har faktorer som symtom, ekonomi, morbiditet och mortalitet visats sig ha en stor påverkan på individen (Bello et al., 2022). Beräkningar visar att cirka 323 per miljoner invånare lever med hemodialys, siffrorna baseras på 136 länder (International Society of Nephrology, 2023).

## **Kronisk njursvikt**

Njurarna har en rad viktiga funktioner, exempelvis utsöndrar de slaggprodukter med urinen, reglerar elektrolyt- och vätskebalansen, syra-basbalansen samt står för en produktion av livsviktiga hormoner (Gulbrandsen, 2021, s. 120). Njurens funktion mäts oftast genom glomerulär filtrationshastighet (GFR), vilket är den mängd vätska som njurarna filtrerar per minut (Gulbrandsen, 2021, s. 120). En frisk person har mellan 120–130 milliliter/minut i GFR (Dreja & Jönsson, 2016, s. 463). Vid kronisk njursvikt är njurarnas filtreringsförmåga irreversibelt nedsatt och försämras ofta ytterligare över tid (Evans et al., 2020, s. 172). Kronisk njursvikt utvecklas oftast under en längre tid, vanliga orsaker är bland annat komplikationer från diabetes eller hypertoni (Gulbrandsen, 2021, s. 127). Däremot upptäcks ofta njursvikt först när njurarnas huvudfunktioner upphör eller är kraftigt nedsatta (Gulbrandsen, 2021, s. 126). Njursvikt klassificeras i fem stadier utifrån GFR, graden albumin i urinen och grundorsak (Dreja & Jönsson, 2016, s. 467). Vid stadium 4 föreligger en grav nedsatt njurfunktion och i stadium 5 är GFR under 15ml/min och njurarna har i princip ingen funktion kvar (Gulbrandsen, 2021, s. 127).

I världen uppskattas 800 miljoner människor leva med kronisk njursvikt (International Society of Nephrology, 2023), där prognosen är stark relaterad till grad av njurfunktion (Dreja & Jönsson, 2016, s. 468). Vid lägre GFR, uttalas fler uremiska symtom och därför är det betydelsefullt att genomföra tidiga förberedelser för att kunna ge behandling redan innan symtomen framträder (Dreja & Jönsson, 2016, s. 468). Det framkommer att många med kronisk njursvikt upplever påtagliga symptom som påverkar deras hälsa (Dreja & Jönsson, 2016 s. 468; Senanayake et al., 2017; Sharma et al., 2023). I en kvantitativ tvärsnittsstudie undersöktes upplevd symtombörda, där majoriteten av deltagarna hade njursvikt i stadium 4 (Senanayake et al., 2017). Deltagarna rapporterade en hög symtombörda, där de vanligaste symtomen exempelvis var ben-/ledvärk, eller energilöshet (Senanayake et al., 2017). Forskning visar också att den fysiska symtombördan är korrelerad till upplevd livskvalité vid kronisk njursvikt, där livskvalitén rapporterats vara signifikant lägre för personer med många symtom (Sharma et al., 2023).

## **Njurersättande behandling**

För de personer som har en hög risk för att utveckla terminal njursvikt (grad 5), rekommenderas att aktiv uremivård startas i tid, som består av dialysbehandling och/eller njurtransplantation (Dreja & Jönsson, 2016, s. 469). Personer som är föremål för aktiv uremivård kan bli aktuella för njurtransplantation där risker, postoperativ behandling och eventuella kontraindikationer tas i beaktning (Dreja & Jönsson, 2016, s. 480).

En annan aktiv uremisk vård vid terminal njursvikt är dialysbehandling, som ersätter njurarnas funktion av filtrering från avfallsämnen och överskottsvätska (Gulbrandsen, 2021, s. 130–131). Det finns två typer av dialys: hemo-och periodentaldialys (Dreja & Jönsson, 2016, s. 469). Periodental dialys är den äldsta formen av dialys och består av en inopererad kateter via huden in till bukhinnan. Toxiner i blodet diffunderas till periodentalvätskan i bukhinnan som sedan tappats ut genom katetern (Dreja & Jönsson, 2016, s. 476).

## Hemodialysbehandling

Hemodialys är den vanligaste aktiva dialysformen inom uremisk vård (Svenskt Njurregister, 2025). På ett motsvarande sätt som njurens egen filtrering av blod, innefattar hemodialys en filtrering via ett filter (dialysator), där stora blodvolymmer transporteras utanför kroppen (Lönnbro-Widgren & Samuelsson, 2020, s. 185).

Hemodialysbehandling kan ges både på dialysavdelning och i hemmet (Dreja & Jönsson, 2016, s. 478). Den vanligaste formen av hemodialys ges på en dialysenhet och är en tidskrävande behandling (Gulbrandsen, 2021, s. 132). Behandlingen ges vanligtvis under 4–5 timmar per gång och 3–4 gånger per vecka, där personers tillstånd och förmåga avgör hemodialysens tidsfrekvens (Dreja & Jönsson, 2016, s. 478). I en randomiserad interventionsstudie jämfördes dialysfrekvens relaterat till personers livskvalité (Dai et al., 2020). Gruppen som behandlades två gånger per vecka visade högre nivåer av livskvalité, jämfört med gruppen som behandlades tre gånger per vecka (Dai et al., 2020). Hemodialys i hemmet anses ofta vara skonsammare för personer och kan leda till en ökad frihet, men har trots det en låg prevalens världen över (Lönnbro-Widgren & Samuelsson, 2020, s. 193).

Likt studier som undersökt symtombörda vid kronisk njursvikt, visar andra studier att hemodialysbehandling har en negativ påverkan på livskvalitet (Sułkowski et al., 2025; van Oevelen et al., 2024). I en kvantitativ kohortstudie framkom det att upplevelsen av högre fatigue korrelerade starkt med en lägre livskvalitet (Sułkowski et al., 2025). Yngre personer rapporterades ha lägre nivåer av fatigue (Sułkowski et al., 2025). I linje med det, identifierade en annan studie att äldres livskvalité påverkas främst av fysiska symtom, medan yngre påverkas i högre grad av försämrad mental hälsa (van Oevelen et al., 2024).

Studier visar att det är kostsamt med hemodialys (Clark-Cutaia et al., 2019; Machaca-Choque et al., 2024). Det rapporterades exempelvis att personer med en ekonomisk självförsörjning hade en högre livskvalité, jämfört med personer som var beroende av ekonomiskt stöd från familjen. Faktorer som manligt kön, äldre personer och högre utbildning associeras med en högre livskvalité (Machaca-Choque et al., 2024).

## **Omvårdnadens betydelse vid hemodialysbehandling**

Forskning visar att det är utmanande att leva med hemodialysbehandling (Clark-Cutaia et al., 2019; Flythe et al., 2018; Machaca- Choque et al., 2024; Sulkowski et al., 2025; Zhang et al., 2025). Utifrån sjuksköterskans perspektiv är det viktigt att alltid stödja patienten genom denna svåra tid, där motivation och undervisning är viktig i sjuksköterskans omvårdnadsroll (Gulbrandsen, 2021, s. 129). Behovet av psykiskt stöd har visats vara en viktig faktor hos personer som behandlas med hemodialys, något som sjuksköterskor inte tillgodosett i tillräckligt stor omfattning (Hashemi et al., 2018). I en kvalitativ studie intervjuades sjuksköterskor som framförde personers behov av psykosocialt stöd när de behandlas med hemodialys, där de poängterar att många skulle gynnas av ett bättre stöd (Kosar Sahin et al., 2025). Studien belyser vikten av ett bättre teamarbete, där exempelvis psykologer hade kunnat samtala med personerna oftare för att möta det psykosociala behovet (Kosar Sahin et al., 2025). En av njursjuksköterskans kärnkompetenser är att samordna insatser i ett interprofessionellt team (Svensk njurmedicinsk sjuksköterskeförening, 2021).

I en studie från Iran lyfte sjuksköterskor flera hämmande faktorer som försvårade arbetet att ge god vård till personer med hemodialysbehandling (Shahdadi et al., 2018). Faktorer som hämmade arbetet var exempelvis resursbrist och otillräcklig erfarenhet hos sjuksköterskor, samt svårigheter att få patienternas förtroende (Shahdadi et al., 2018). Bristfälliga resurser kan rimligtvis förklaras av organisatoriska och finansiella aspekter, vilket kan utmana möjligheten till en god omvårdnad. Det finns även rapporterat av Zhang et al. (2025) att personers njursjukdom förbisågs eller feltolkades initialt av vårdpersonal. Vidare visades brister i patientutbildning vilket medförde att patienterna sökte kunskap på andra ställen, exempelvis hos terapeuter eller på internet (Zhang et al., 2025). Patienters hälsotillstånd kan troligtvis utmanas på grund av otillräcklig kunskap från vårdpersonal. Inadekvat kunskapsstöd från vårdpersonal går inte linje med 3 kap §1 i Patientlagen (2014), som tydliggör att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd och strategier att hantera den. I alla faser av en människas liv ska sjuksköterskan tillämpa en vård som lutar mot evidens, som ännu är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). ICN etiska kod talar även för att sjuksköterskor delar ett samhällsansvar att möta behov hos

hälso-och sjukvård samt sociala behov hos alla människor (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

## **Motiv**

Hemodialys är en livsuppehållande behandling (Gulbrandsen, 2021, s. 130) och har visats vara både tidskrävande och begränsande. Erfarenheten av hemodialys påverkar flera faktorer som är viktiga för personers välbefinnande, exempelvis sociala relationer, tillit till vården, en utmanande symtombörda och finansiella förutsättningar (Flythe et al., 2018; Zhang et al., 2025). Avsikten med denna litteraturstudie är att uppmärksamma personers erfarenheter som får hemodialysbehandling. Sjuksköterskan, kan med kunskap om erfarenheter, stödja personerna genom att ta hänsyn till de påfrestningar som de står inför och stödja de att finna strategier för att främja sitt välbefinnande.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva vuxna personers erfarenheter av att leva med hemodialysbehandling vid kronisk njursvikt.

## **Metod**

Litteraturstudien är baserad på kvalitativa studier då det möjliggör besvarandet av syftet, som fokuserar på att beskriva erfarenheter.

## **Sökmetoder**

Sökprocessen inledes med att CINAHL och PubMed valdes ut som databaser, båda innehåller kvalitetsgranskad forskning. CINAHL innehåller information om omvårdnadsvetenskap, medan PubMed om medicin och hälsa (Östlundh, 2022, s. 88–89). Sökorden skapades utifrån begreppen i syftet, det var bland annat “hemodialysis” och “experience”. Booleska operatorerna OR och AND användes för att kombinera begreppen till en söksträng, där de slutgiltiga söksträngarna redovisas i tabell 1 (Bilaga 1).

För att begränsa sökträffarna användes avgränsningar. Enligt Östlundh (2022, s. 102) är vanligt förekommande avgränsningar tid, språk, dokumenttyp och peer reviewed. Avgränsningar som användes var max 10 år gamla, engelskt språk, endast vuxna

deltagare samt peer reviewed. Sökningarna i PubMed gav ett stort antal sökträffar och för att skapa en mer specificerad sökning användes avancerade inställningar där vissa centrala ord skulle förekomma i titel/abstrakt. Antalet sökträffar i PubMed var 106 och i Cinahl 37, se tabell 2 (Bilaga 1).

## **Urval**

Studiens inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara kvalitativa empiriska studier, publicerade mellan 2016–2026 samt skrivna på engelska. Artiklarnas fenomen skulle vara erfarenheter av att leva med hemodialysbehandling och populationen var vuxna med kronisk njursvikt som regelbundet har hemodialys på sjukhus. Samtliga artiklar skulle vara peer reviewed. Exklusionskriterier var studier som fokuserar på ett specifikt symtom kopplat till hemodialys och/eller studier som handlar om palliativ vård.

Urvalsprocessen påbörjades efter en relevant sökning utfördes. Enligt Rosén (2023, s. 442) sker urvalet av artiklar i tre steg. Det första urvalet baseras på titeln, författarna läser då titeln och ställer den gentemot syftet och inklusionskriterier. Andra urvalet utgick från abstraktet, där en grovsällning sker av de valda artiklarna från urval ett. Det tredje urvalet baseras på fulltextartiklarna, varpå granskningen utgår ifrån hela texten.

Efter det tredje urvalet kvalitetsgranskades samtliga artiklar med Olsson & Sörensen (2021, s. 291) bedömningsmall för kvalitativa studier. Författarna granskade först tillsammans och sedan var för sig, en dialog fördes mellan författarna för att diskutera olikheter i bedömningarna. Kvalitetsgranskningen resulterade i nio valda artiklar, majoriteten av artiklarna hade hög kvalitet (grad I, 80%) och en av artiklarna hade medelkvalitet (grad II, 70%). Den artikeln som bedömdes till grad II saknade presentation av bortfall, bortfallsanalys samt hade en kortfattad diskussion av egenkritik och eventuella felkällor, varpå sattes en lägre poäng. En artikel valdes bort på grund av låg kvalitet (grad III, 60%), där artikelns syfte inte besvarades i resultatet. Artikeltabellen för de valda studierna redovisas i tabell 3 (bilaga 2).

## **Analys**

Analys av data genomfördes med en kvalitativ innehållsanalys, baserat på Fribergs femstegsmetod (Friberg, 2022, s. 176–180). Inför analysen hade författarna av examensarbetet en viss förförståelse inom området baserat på tidigare erfarenheter, det medförde en strävan efter ett öppet förhållningssätt genom hela analysen. Steg ett påbörjades genom att läsa igenom de nio valda artiklarnas resultat individuellt. Resultaten lästes flera gånger för att skapa sig en förståelse för innehållets betydelse. I steg två identifierades huvudfynd i varje enskild artikels resultat gemensamt. Citat och beskrivningar lästes igenom noggrant eftersom de kan innehålla betydelsefull information. De resultat som svarade an mot detta examensarbets syfte markerades. I det tredje steget sammanfattades varje enskilt resultat för att kunna få en bättre översikt. I steg fyra jämfördes de sammanfattade resultaten i relation till varandra för att synliggöra skillnader och likheter mellan artiklarnas resultat. De resultat som visade på likheter grupperades för att bilda nya teman. I det femte och sista steget skapades en helhet där resultatet presenterades i löpande text grundat i temana (Friberg, 2022, s. 176–180).

## **Forskningsetiska överväganden**

Etik inom forskning har som skyldighet att skydda människans värde och rättigheter (Kjellström, 2023, s. 61). Forskningsetiken är med i alla stadier av ett vetenskapligt arbete och handlar om etiska lagar, riktlinjer och principer. I Sverige regleras forskningsetiken av lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Helsingsforsdeklarationen grundades av World Medical Association (WMA) och riktar sig mot klinisk medicinsk forskning med människor och/eller mänskligt material eller data. Deklarationen innehåller etiska riktlinjer och används internationellt för att säkerställa att forskning utgår från säkerhet och respektfullhet (World Medical Association, 2024). I relation till det har författarna i det här examensarbetet kontrollerat att samtliga valda artiklar följer etiska lagar, riktlinjer och principer. Samtliga nio artiklar som inkluderats i resultatet har säkerställt deltagarnas samtycke, säkerhet, autonomi och integritet. Alla studierna har godkännande från en etisk kommitté respektive en granskningsnämnd.

## Resultat

Litteraturstudiens resultat grundas på nio kvalitativa empiriska studier som har använt sig av semistrukturerade intervjuer. Totalt deltog 121 personer i studierna, de var mellan 20–79 år gamla. Av deltagarna var 55 kvinnor och 49 män, i två av studierna specificerades inte könsfördelningen. Studierna genomfördes i Ghana, Kina, Malaysia, Malta, Nepal, Norge, Pakistan, Saudi Arabien och Thailand. Nedan presenteras litteraturstudiens sex teman, se tabell 1.

Tabell 1. Resultatets teman.

<b>Teman</b>
Att kämpa med behandlingsrelaterade symtom och biverkningar
Att pendla mellan olika känslor
Att kämpa med finansiell börda och praktisk belastning
Att uppleva sociala förändringar
Att vilja bli sedd i vårdrelationer
Att uppleva känslan av stöd

För personer som genomgår hemodialysbehandling uttrycktes flera fysiska, psykiska, finansiella och sociala utmaningar. Bland deltagarna fanns också strategier för att upprätthålla välbefinnande och stöd av närstående samt vårdpersonal. Deltagarna beskrev en känsla av att vilja bli sedd i vårdrelationer och behovet av tillgång av stöd.

### **Att kämpa med behandlingsrelaterade symtom och biverkningar**

Deltagarna upplevde biverkningar och en betydande symtombörda i samband med hemodialysbehandlingen (Akhtar et al., 2025; Alzahrani et al., 2023; Andersen-Hollekim et al., 2020; Chiarani, 2016). Personerna upplevde fysiska symtom som fatigue och energilöshet, både under samt efter dialys (Akhtar et al., 2025; Alzahrani et al., 2023; Chiarani, 2016). Upplevelsen av en minskad fysiska förmåga medförde begräsningar inom exempelvis familjeåtaganden och aktiviteter (Alzahrani et al.,

2023). För personer i arbetsför ålder fanns högre förväntningar av att klara av vardagen, men i samband med behandling och sjukdom förändrades det påtagligt. Behandlingen beskrevs som att den exempelvis medförde brist på både tid och ork (Andersen-Hollekim et al., 2020). Deltagare beskrev att dialysrelaterade symtom gjorde det svårare för dem att sova (Akhtar et al., 2025; Rao et al., 2025), exempelvis på grund av smärta (Akhtar et al., 2025), eller andra mer ospecifika obehag efter dialys (Rao et al., 2025). Samtidigt uttryckte vissa deltagare att behandlingen har medfört en ospecificerad symtomlindring och en upplevelse av lättnad (Akhtar et al., 2025). En betydande utmaning för deltagarna var att leva efter kost- och vätskerestriktioner (Akhtar et al., 2025; Andersen-Hollekim et al., 2020; Boateng et al., 2024; Chiarani, 2016). Personer upplevde att det var svårt att följa det rekommenderade dagliga intaget av vätska (Akhtar et al., 2025; Andersen-Hollekim et al., 2020) och få i sig tillräckligt med kost, vilket kunde grunda sig i en aptitlöshet som läkemedel medförde (Akhtar et al., 2025).

### **Att pendla mellan olika känslor**

Deltagarna upplevde flera känslomässiga spektrum relaterat till hemodialysbehandlingen (Akhtar et al., 2025; Andersen-Hollekim et al., 2020; Chiarani, 2016; Rao et al., 2025; Woei-Ling et al., 2024). Emotionella och existentiella upplevelser beskrevs ha en stor påverkan på hälsan (Akhtar et al., 2025; Chiarani, 2016; Rao et al., 2025). Personerna kände ett brett spektrum av känslor som bland annat innefattade ilska och rädsla (Akhtar et al., 2025), samt nedstämdhet (Rao et al., 2025). Det framkom att personerna fick en positiv återkoppling av sjuksköterskorna när de följt kost-och vätskerestriktionerna (Andersen-Hollekim et al., 2020). Personerna upplevde att de gjorde sitt bästa att följa kost-och vätskerestriktioner. Samtidigt som en vanlig känsla var att inte känna att de inte kunde följa det tillräckligt, vilket gav upphov till skamkänslor inför vårdpersonal (Andersen-Hollekim et al., 2020). Vidare beskriver deltagarna känslor som minskat självförtroende och underlägsenhet vilket försämrade deras självbild (Rao et al., 2025).

Deltagarna upplevde även ett existentiellt tillstånd präglad av tvivel och osäkerhet inför framtiden (Chiarani, 2016), exempelvis där det fanns en begränsad möjlighet att få en njurtransplantation (Woei-Ling et al., 2024).

En återkommande hanteringsstrategi som personerna delgav var hoppet om att bli frisk från hemodialysbehandlingen och kronisk njursvikt (Alzahrani et al., 2023; Andersen-Hollekim et al., 2020; Rao et al., 2025; Woei-Ling et al., 2024). Personerna uttryckte en hoppfullhet inför att erhålla en njurtransplantation (Andersen-Hollekim et al., 2020; Woei-Ling et al., 2024), även en strävan efter förbättrad hälsa och att återfå sin frihet (Rao et al., 2025; Woei-Ling et al., 2024).

### **Att kämpa med finansiell börda och praktisk belastning**

Finansiell börda beskrevs i majoriteten av studierna som en utmaning (Akhtar et al., 2025; Boateng et al., 2024; Chiarani, 2016; Rao et al., 2025; Sah et al., 2025; Woei-Ling et al., 2024). Behandlingens stora kostnader förklarades inte enbart påverka personen själv utan även familj och vänner (Akhtar et al., 2025; Boateng et al., 2024; Rao et al., 2025; Sah et al., 2025). I en studie från Nepal framkom det att en del personer behövt flyttat från ägda bostäder till hyrda (Sah et al., 2025), där flytten har berott på behandlingens kostnader och/eller långa avstånd till dialysenheten (Boateng et al., 2024). För att behandlingen skulle kunna fortskrida var en deltagare och dennes förälder tvungna att sälja sina egendomar (Sah et al., 2025). Vidare framkom det att några deltagare skapade ett avstånd mellan sig själva och anhöriga relaterat till den ekonomiska påfrestningen, en deltagare beskrev att andra tar avstånd för de är rädda att personen ska vilja låna pengar, vilket resulterade i att personen undvek att träffas med de (Woei-Ling et al., 2024). Vidare uttryckte deltagarna att familjemedlemmar behövde ge ett finansiellt stöd för att klara av behandlingens kostnader (Sah et al., 2025; Chiarani, 2016), exempelvis genom att personens partner hade två arbeten för att klara av utgifterna (Chiarani, 2016).

Personerna upplevde en påtaglig utmaning gällande tillgång till hemodialys i relation till ekonomiska aspekter (Akhtar et al., 2025; Alzahrani et al., 2023; Boateng et al., 2024; Sah et al., 2025). I en studie från Ghana beskrev personer som hade en dialysenhet i sin stad att de var nöjda med tillgängligheten (Boateng et al., 2024).

Personer som däremot hade långa avstånd till dialysenheten påverkades med en minskad dialysfrekvens och i vissa fall hade behandlingstillfällen uteblivit (Boateng et al., 2024; Sah et al., 2025). Deltagarna påpekade att långa avstånd i relation till antalet timmar som spenderades på dialysenheten var utmanande (Alzahrani et al., 2023; Boateng et al., 2024; Sah et al., 2025). Många timmar på dialysenheten medförde att deltagare under vissa tillfällen behövde lämna behandlingen en timme tidigt (Sah et al., 2025), eller spendera en extra dag på sjukhuset för att avståndet hem var för långt (Boateng et al., 2024).

## **Att möta sociala förändringar**

Hemodialys upplevdes medföra sociala utmaningar (Alzahrani et al., 2023; Andersen-Hollekim et al., 2020; Chiarani, 2016; Rao et al., 2025; Sah et al., 2025; Scriberras et al., 2017; Woei-Ling et al., 2024). Det framkom att personer med hemodialysbehandling upplevde utmaningar i att anpassa sig och där de kände sig isolerade från det sociala livet (Alzahrani et al., 2023; Rao et al., 2025). Sociala begränsningar upplevdes komma i samband med sjukdomsrelaterade symtom och frekvent hemodialysbehandling, exempelvis svårigheter att fortsätta arbeta (Andersen-Hollekim et al., 2020; Rao et al., 2025) eller umgås med familj (Alzahrani et al., 2023; Rao et al., 2025). Samtidigt som många deltagare uttrycker utmaningar, fanns det även fall då deltagarna uttrycker olika sätt att upprätthålla sociala interaktioner (Chiarani, 2016; Rao et al., 2025), exempelvis genom att umgås med andra patienter (Rao et al., 2025) eller värna om den tid som fanns med familjen (Chiarani, 2016).

Deltagare beskrev svårigheter i att upprätthålla sina sociala roller och sitt engagemang, vilket exempelvis kunde medföra att känna sig som en belastning (Andersen-Hollekim et al., 2020; Rao et al., 2025). En deltagare beskrev att den inte kunna möta förväntningar i den sexuella aspekten av en relation (Chiarani, 2016), samt kände sig annorlunda från normen (Rao et al., 2025). Vidare upplevde deltagarna att hårda kost- och vätskerestriktioner kunde leda till sociala begränsningar, exempelvis att vänner tog mindre kontakt, samtidigt som personerna själva valde att avstå från sociala sammanhang (Rao et al., 2025; Alzahrani et al., 2023). Det beskrevs att sociala sammankomster leder till en känsla av obehag, vilket i

kombination med begränsad social interaktion föranledde succesiv minskning av antalet vänskapsrelationer över tid (Rao et al., 2025).

### **Att vilja bli sig sedd i vårdrelationer**

Det fanns en vilja från deltagarna att känna sig sedd i vårdrelationerna, där det fanns en variation i hur det upplevdes (Alzahrani et al., 2023; Andersen-Hollekim et al., 2020; Sciberras et al., 2017; Woei-Ling et al., 2024). Deltagarna visade en uppskattning gentemot sjuksköterskorna och upplevde att de flesta bidrog med en positiv vårdupplevelse (Alzahrani et al., 2023; Andersen-Hollekim et al., 2020; Sciberras et al., 2017; Woei-Ling et al., 2024). Deltagarna uttryckte att sjuksköterskorna försökte uppfylla personernas önskemål (Alzahrani et al., 2023; Andersen-Hollekim et al., 2020) och utförde uppgifter utöver deras arbetsroll (Andersen-Hollekim et al., 2020). Personerna upplevde sjuksköterskorna som kunniga gällande sjukdomen och dialysbehandlingen, en av deltagarna uppgav att sjuksköterskorna obehindrat kunde svara på frågor (Sciberras et al., 2017). Samtidigt uttryckte en deltagare att sjuksköterskorna inte kunde svara på alla frågor som rör personens vård och därför behövdes även samtal med läkare (Andersen-Hollekim et al., 2020). Deltagare beskrev även ett missnöje i att sjuksköterskor inte skulle kunna förstå en persons upplevelse av hemodialysbehandlingen (Andersen-Hollekim et al., 2020; Sciberras et al., 2017), även om sjuksköterskorna hade den medicinska kunskapen (Sciberras et al., 2017).

Deltagare uttryckte också upplevelser att inte känna sig sedd av sjuksköterskor, exempelvis i fråga om bristande delaktighet (Andersen-Hollekim et al., 2020; Sciberras et al., 2017). Studien visar vidare att personer upplevde en begränsad autonomi och egenmakt gällande beslutsfattande på dialysenheten (Andersen-Hollekim et al., 2020). Personerna berättade att de försökte att upprätthålla sin egenmakt genom att uttrycka sina behov, åsikter med en vilja att aktivt delta i vårdbeslut (Andersen-Hollekim et al., 2020). En förutsättning för att delta i vårdbeslut var att ha tillräcklig medicinsk kunskap, därför var det viktigt att vårdpersonal delade kunskap med personerna, vilket stärkte egenmakt och trygghet (Rao et al., 2025).

I flera studier beskrevs relationen med läkare som bristfällig (Andersen-Hollekim et al., 2020; Sah et al., 2025; Sciberras et al., 2017). Personerna uppgav att läkarnas tillgänglighet var beroende av vilken tid på dygnet dialysen ägde rum (Sciberras et al., 2017), och därför fick de inte möjlighet att ställa frågor (Andersen-Hollekim et al., 2020; Sah et al., 2025). Ett exempel på en bristfällig relation var när en läkare genomfört ett misstag som sedan inte erkändes, vilket i sin tur skapade ett minskat förtroende hos personen (Andersen-Hollekim et al., 2020).

Deltagarna beskrev att en bra vårdrelation också grundade sig i dialysenhetens omgivning (Chiaranai, 2016; Sciberras et al., 2017). Dialysenheten kunde både beskrivas som en trygghet (Chiaranai, 2016), eller som att den hade stora brister, exempelvis möjligheten till avskildhet och personlig integritet (Sciberras et al., 2017). Enhetens gemensamma behandlingsrum medförde att samtal överhördes mellan personerna, vilket kunde upplevas som obekvämt. Känslan av obehag medförde att personliga ärenden undveks och fick istället diskuteras efter behandlingens slut (Sciberras et al., 2017). Samtidigt varierade upplevelsen, och en annan studie beskrev att deltagarna fann tröst när de befann sig på dialysenheten, vilket kopplades till personalens kompetens och bidrog till minskad psykologisk påfrestning (Rao et al., 2025).

## **Att uppleva känslan av stöd**

I studierna konstaterades det att sociala relationer också upplevdes som betydelsefulla, där stöd exempelvis gavs från familj, vårdpersonal, (Alzahrani et al., 2023; Andersen -Hollekim et al., 2020; Sciberras et al., 2017; Woei-Ling et al., 2024) och kollegor (Andersen-Hollekim et al., 2020; Sciberras et al., 2017; Woei-Ling et al., 2024). Deltagarna upplevde olika typer av stöd, exempelvis emotionellt, socialt eller informativt.

Ett emotionellt stöd från vänner och familj kunde också upplevas som ett sätt att hantera utmaningar som behandlingen medförde (Alzahrani et al., 2023; Rao et al., 2024; Sciberras et al., 2017). De personer som upplevde emotionellt stöd betonade bland annat familjens roll, som förmedlade en positiv inställning inför kommande dialysstart (Sciberras et al., 2017), där familjen var närvarande och fick personen att

känna sig prioriterad (Alzahrani et al., 2023). Deltagarna beskrev exempelvis familjens sällskap som värmande och en av deltagarna menade att det bidrog till att känna sig mindre sjuk (Rao et al., 2024).

I studien av Woei-Ling et al. (2024) beskrivs kollegor och chefers sociala stöd som en yttre hanteringsstrategi. En deltagare beskrev att kollegorna och chefen var villiga att dela arbetsbördan då personen själv var frånvarande från arbetet på grund av behandlingstillfällen (Woei-Ling et al., 2024). Deltagarna beskrev också tacksamhet mot kollegor som anpassade arbetsbelastningen efter dialysbehandlingen (Andersen-Hollekim et al., 2020). Samtidigt fanns det en känsla hos några deltagare att vara en börda gentemot kollegor, då de blev påmind om deras egen oförmåga (Andersen-Hollekim et al., 2020).

I en annan studie av Sah et al. (2025) beskrev deltagarna att upplevelsen av stöd från läkare upplevdes inadekvat. Det framkom att det informativa stödet från läkare upplevdes otillräckligt, exempelvis i form av brist på information om sjukdom, stress, diet och kost (Sah et al., 2025). I kontrast till det, visar en annan studie att stödet från sjuksköterskorna på enheten var den primära motivationen att fortsätta behandlingen (Alzahrani et al., 2023).

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vuxna personers erfarenheter av att leva med hemodialysbehandling vid kronisk njursvikt. Resultatets sex teman är att kämpa med behandlingsrelaterade symtom; att pendla mellan olika känslor; att kämpa med finansiell börda och praktisk belastning; att uppleva sociala förändringar; att vilja bli sedd i vårdrelationer och att uppleva känslan av stöd. Resultatet kommer diskuteras mot relevant forskning och Mishels omvårdnadsteori uncertainty in illness.

Uncertainty in illness skapades år 1988 av Merle H. Mishel, och handlar om hur en patient hanterar osäkerhet vid sjukdom (Bailey Jr & Stewart, 2022, s. 451). Teorin grundas i patientens orsaker till att uppleva en osäkerhet, exempelvis hur symtom ter sig, om symtomen igenkänns eller om händelser stämmer överens med förväntningar (Bailey Jr & Stewart, 2022, s. 451). Beroende på orsak tolkar sedan patienten osäkerheten antingen som ett hot eller som en möjlighet, som banar väg för två olika sätt att hantera situationen på. Om patienten upplever osäkerheten som ett hot försöker patienten aktivt hantera osäkerheten, exempelvis genom att vara uppmärksam eller sökande efter information. En patient som ser osäkerheten som en möjlighet söker istället efter strategier som dämpar osäkerheten (Bailey Jr & Stewart, 2022, s. 453–454).

Socialt stöd har i litteraturstudiens resultat beskrivits som en viktig faktor för hur behandlingen upplevdes. I en prospektiv observationsstudie framkommer det att ett starkt socialt stöd är associerat med högre nivåer av överlevnad för personer som hade hemodialysbehandling (Zhang et al., 2026). Litteraturstudiens resultat visade att personer som levde med dialys hade ett minskat socialt liv och kände otillräcklighet. Det är rimligt att anta att avsaknad och minskat socialt engagemang kan grunda sig i en djupare problematik som skapats över tid. Stigma var ett begrepp som myntades av Erving Goffman på 1960-talet och innebär upplevelser av fördomar, diskriminering och nackdelar till följd av ett tillstånd/sjukdom (Van Tijingen & Humphris, 2020, s. 60–61). Stigma sker när andra människor ger den sociala uppfattningen en negativ betydelse (Van Teijlingen & Humphris, 2020, s. 60–61).

Den sociala processen vid stigmatiseringen utgår bland annat från att man skiljer människor med ”vi” och ”dem”, där skillnader förknippas med negativa stereotyper vilket leder till en förlorad social status (Pescosolido & Martin, 2015), denna förlorande sociala status kallas för socialt stigma. I litteraturstudiens resultat kan stigma identifieras i flera situationer. Personerna upplevde känslor som kan leda till stigmatisering, exempelvis känslan av att vara en belastning, minskat socialt engagemang samt bristande följsamhet av kost-och vätskerestriktioner.

Upplevelser kring följsamhet till kost-och vätskerestriktioner har i litteraturstudiens resultat visat sig vara utmanade, där deltagare kände sig annorlunda från normen och avstod därför från sociala sammanhang. Samtidigt visar en studie att deltagarna anpassade kosten utifrån matkulturen och åsidosatte restriktionerna, då det fanns en rädsla att bli dömd (Lee et al., 2021). Studien belyser att socialt stigma påverkar beteendemässiga mönster kopplade till behandlingsföljsamhet av kost- och vätskerestriktioner (Lee et al., 2021). I en annan studie beskrevs deltagare ha en otillräcklig kunskap och förståelse för restriktionernas betydelse, exempelvis där restriktionerna kändes som en direkt order utan att de riktigt förstod vikten av det (Hong et al., 2017). En möjlig förklaring till ett passivt engagemang i sin behandling kan kopplats till stigmatisering. Stigmatiseringen kan möjligtvis förklaras utifrån en del av litteraturstudiens resultat, där deltagarna får kritik eller beröm av vårdpersonal beroende på följsamhet och kan påverka hur de tar till sig skuld och skam.

Litteraturstudiens resultat visade att sociala relationer kan fungera skyddande, men kan också påverkas negativt. Personer beskriver ett minskat socialt engagemang och nätverk, vilket grundar sig i att känna sig som en börda. I linje med det, visar en kvantitativ metaanalys att personer med hemodialys skattade hög nivå av stigmatisering i sociala roller, en hög nivå av stigma var associerat med exempelvis en lägre grad av socialt stöd (Li et al., 2024). Samtidigt har personer i litteraturstudiens resultat beskrivit att de aktivt dragit sig undan från familj och vänner, då rädslan fanns att bli dömd, exempelvis när de behövde ekonomiskt stöd. I en annan studie som handlar om upplevelser vid diabetes typ 2, framför de att deltagare också upplevde socialt stigma i form av skuldbeläggning och en känsla att bli dömda (Browne et al., 2013). Personer i studien dolde aktivt sjukdomen för andra personer

för att undvika att bli skuldbelagda eller bli diskriminerade (Browne et al., 2013). Rädslan för att bli skuldbelagd kan rimligtvis framträda både för personer med kronisk njursvikt och personer med typ 2 diabetes, på grund av upplevda normativa föreställningar från samhället. Personer undviker då rimligtvis sociala sammanhang eller döljer sin situation för att minska risken för att uppleva skuld och skam. En annan reflektion är att social stigmatisering kan vara kopplad till bristande kunskap hos anhöriga, kollegor och vårdpersonal samt samhället i stort. Genom att personer blir utsatta för social stigmatisering kan deras negativa bild av sig själv förstärkas.

Känslan av stigma är återkommande i litteraturstudiens resultat, och kan ses enligt Mishels teori *uncertainty in illness*, som en osäkerhet framträdande som ett hot (Bailey Jr & Stewart, 2022, s. 453–454). Osäkerheten grundas i deltagarnas upplevelser om ett bristande socialt engagemang, stöd och egna kunskapsluckor. När osäkerheten framträder som ett hot, kan känslor såsom skuld och skam bli centrala. En aktiv hantering av skuld och skam kan ses i litteraturstudiens resultat genom undvikandet av sociala sammanhang och försök till anpassning av förväntade normer. Däremot kan undvikandet av sociala sammanhang och att försöka anpassa sig, bidra till ett minskat stöd. Vikten av att sjuksköterskan stödjer patienter i att hantera och dämpa känslan av stigma är central. Genom att dämpa känslan av stigma kan patienten bättre acceptera sin livssituation och ta användning av de stödresurser som finns.

Litteraturstudiens resultat visar på att vårdrelationer är en viktig komponent för personer som lever med hemodialysbehandling. Deltagarna upplevde att en bevarad autonomi och delaktighet var viktiga komponenter för en god vård. Hreńczuk (2021) beskriver att viktiga komponenter för en god vårdrelation främst bygger på empati, ömsesidigt förtroende och respekt. Studien visade även att nästan alla deltagare ansåg relationen med sjuksköterskorna som god, vilket medförde att deltagarna kunde få hjälp att hantera svåra stunder (Hreńczuk, 2021). Litteraturstudiens resultat visade samtidigt på en variation i deltagarnas upplevelser om sjuksköterskorna, bland annat beskrevs en saknad av förståelse för levnadssättet som behandlingen medförde. Det kan rimligtvis antas att en sjuksköterskas kunskapsområde inte räcker till för att en person ska känna sig förstörd i sina subjektiva upplevelser.

Litteraturstudiens resultat visar på att hemodialysens gemensamma behandlingsrum medförde en bristande integritet för vissa deltagare. I International Health Facility Guidelines (2024) beskrivs behovet av att enheten behöver utformas i balans mellan personalens behov av kontinuerlig övervakning och samtidigt bibehålla patienternas integritet. Irish Kidney Association (2025) rapporterar däremot att cirka 80% är nöjda med det gemensamma behandlingsrummet och att det inte medförde en bristande integritet. Trots att många personer är nöjda med enhetens uppbyggnad, är det viktigt att betona personer som upplever att deras personliga sfär inte respekteras. En reflektion är att skillnader i upplevelser kan förklaras genom att integritet ter sig olika för varje individ. Behandlingsrummets uppbyggnad kan för en person upplevas som en känsla av trygghet där dialysenheten medför ett konstant sällskap, medan för en annan kan det upplevas som kränkande.

Upplevelsen av att inte känna sig delaktig och bristen på integritet kan kopplas till Mishels teori uncertainty in illness, genom att tolka deltagarnas osäkerhet som ett hot (Bailey Jr & Stewart, 2022, s. 451). Deltagarna som inte kände sig delaktiga försökte aktivt hitta strategier för att påverka vården och besluten, för att uppnå en känsla av kontroll. En bidragande faktor till att vara missnöjd med en vårdrelation, är exempelvis bristen på integritet och att inte känna sig förstådd. Teorin beskriver vidare att både patienter och vårdpersonal behöver se utfallet av sjukdomen som en sannolikhet och inte en säkerhet för att möjliggöra positivitet, vilket kallas probabilistiskt tänkande (Bailey Jr & Stewart, 2022, s. 453–454). Genom att se utfallet av sjukdomen som en sannolikhet kan patienter acceptera osäkerheten i en större utsträckning. Samtidigt är det viktigt att sjuksköterskan hjälper och aktivt visar ett stöd för patienten, eftersom vårdrelationen är en central del för att processen ska fungera för båda parter.

## **Diskussion och etiska, samhällsliga och intersektionella aspekter**

### *Etiska aspekter*

Litteraturstudiens resultat visade deltagarnas missnöje med att inte vara med i beslutsfattandet på dialysenheten, vilket medförde en upplevelse av begränsad autonomi. Begreppet autonomi beskriver en människas förmåga och möjlighet att själv bestämma över sitt liv (Sandman & Kjellström, 2024, s. 239). Vidare beskrivs

autonomiprincipen bestå av två delar, en rättighet och en skyldighet. Rättigheten finns hos människan och hur den väljer att bestämma över sitt liv, medan skyldigheten finns hos andra människor i att rättigheterna ska respekteras (Sandman & Kjellström, 2024, s. 420). Litteraturstudiens resultat visar på en bristande skyldighet hos vårdpersonal, där önskan om att vara delaktig i beslutsfattande inte respekteras. Patientlagen (2014) stärker även att vårdpersonalens arbetssätt ska utgå ifrån att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. En studie av Ladin et al. (2017) beskriver patienters olika upplevelser av delaktighet i beslutsfattande. Negativa upplevelser beskrevs med att preferenser och värderingar vid dialysvård förbisågs samt att vissa biverkningar eller begränsningar av dialys inte diskuterades inför beslut. Samtidigt kunde patienters delaktighet i beslutsfattandet upplevas som aktivt och meningsfullt (Ladin et al., 2017). Patienters delaktighet i beslutsfattande varierar, vilket möjligtvis kan förklaras av att vårdpersonal har olika bemötande beroende på patient och situation. Alla patienter bör få förutsättningar att delta i beslut och känna sig respekterad som individ.

Göra gott-principen innebär en människas moraliska skyldighet att förebygga skada, främja det goda och dämpa en skada som redan är gjord (Sandman & Kjellström, 2024, s. 420). Ett återkommande tema är känslan av skam inför vårdpersonal i litteraturstudiens resultat, där det bland annat påpekades svårigheter i att upprätthålla rekommenderade kost- och vätskerestriktioner. Genom att deltagarna upplevde en skamkänsla på grund av sjuksköterskans reaktioner av att inte hålla sig till rekommenderade kost- och vätskerestriktioner, beaktas inte den moraliska skyldigheten att förebygga skada. Det kan upplevas som att vården inte fullt ut främjar hälsa och välbefinnande, där sjuksköterskan aktivt bör försöka minska en redan upplevd skamkänsla. En reflektion blir att vårdpersonal i vissa fall har ett bristfällande bemötande, som kan bidra till en minskad värdighet för patienterna. Etik inom vården är en central del, där en balansgång mellan vårdande och patienters integritet kan medföra etiska dilemman som blir viktiga att diskutera i en personalgrupp.

## *Samhälleliga aspekter*

Litteraturstudiens resultat visar att den finansiella aspekten hos personer som lever med hemodialys kan vara utmanande, bland annat om de själva behöver finansiera behandlingen. I Sverige finansieras vården av skatten (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Hälso- och sjukvårdslagen (2017) talar även för att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen. En finansierad vård kan innebära en mer jämlik tillgång till behandlingen, eftersom det kan minska ekonomiska hinder. Det kan däremot konstateras att geografiska hinder kan påverka tillgången till behandlingen. Tillgången till behandlingen i Sverige kan antas vara olika runt om i landet, de som exempelvis är bosatta i vissa delar av Norrland kan ha långa avstånd till närmsta sjukhus och dialysenhet. Det poängteras att fler åtgärder behövs för att uppnå jämlik vård i hela Sverige, främst i glesbygd områden (Myndigheten för vård-och omsorgsanalys, 2023).

Litteraturstudiens resultat visar att en begränsad tillgång till hemodialys kunde medföra en reducerad behandlingsfrekvens. Vid exempelvis geografiska hinder är det möjligt att få hemodialys i hemmet. I Sverige har forskning visat att personer som har hemodialys i hemmet har en ökad livskvalité, jämfört med de som får hemodialys på sjukhus (Agebord et al., 2005). En ökad livskvalité kan bero på olika saker, men det kan antas att en bidragande faktor är den minskade resebördan. Trots att hemodialys i hemmet visat på tydliga förbättringar hos personerna, hade endast 3% i hela landet behandlingen hemma under 2024, där vissa län hade 0% (Svenskt njurregister, 2025). Samtidigt kan det visa på att alla inte har förutsättningarna för att få behandlingen hemma. I Sverige är medelåldern 68 år för de som genomgår hemodialysbehandling (Svenskt njurregister, 2025), en äldre ålder vid behandling kan möjligtvis medföra begränsade resurser och stöd. Vårdens inställning till hemodialys i hemmet kan också ha en bidragande faktor. Tong et al. (2012) beskriver att det fanns otillräcklig personal och resurser för att stödja en utbildning för hemodialys i hemmet. Finns det inte tillräckligt med utbildningstid eller begränsad erfarenhet, kan det möjligtvis förstås att vårdpersonal förespråkar behandlingen på sjukhus. Sammantaget kan det antas att hemodialys i hemmet kräver att patienten har gott om resurser både hemma och från vården, eftersom det fortfarande är en komplex behandling med många utmaningar.

## *Intersektionella aspekter*

Etniska minoritetsgrupper, exempelvis afroamerikaner eller latinoamerikaner, har generellt sätt sämre tillgång till olika behandlingsformer, både dialys och njurtransplantation (Wilkinson et al., 2019). Minoritetsgrupper har dessutom i vissa fall sämre tillgång till dialysens effektivitet, utredning inför transplantation och uppföljning av medicinerings efter transplantation. Däremot rapporterar Norris et al. (2017) att afroamerikanska personer som genomgår hemodialys har en längre överlevnad, jämfört med icke-spansktalande vita personer. Studien förklarar att etniska skillnader inom dialys kan bero på både biologiska och sociala faktorer, men understryker vikten i att alltid undersöka orsak noggrant (Norris et al., 2017). Litteraturstudiens resultat belyser inga tydliga etniska skillnader, däremot består resultatet av artiklar från olika världsdelar. En reflektion är att resultatens olika upplevelser varierar eftersom deltagarna har olika förutsättningar beroende på sociala, kulturella och geografiska faktorer. Däremot kan etnicitet inte ses som en ensam faktor som påverkar upplevelserna utifrån litteraturstudiens resultat, utan behövs sättas i kontext i hur vården bedrivs.

Utifrån ett socioekonomiskt perspektiv kan det skapas en förståelse för hur en ojämnbalans mellan olika samhällsklasser exempelvis kan relateras till fördelning av utbildning och ekonomiskt välstånd, samt hur det förhåller sig till vård (Tengelin, 2022, s. 217). I litteraturstudiens resultat framkommer en begränsad arbetsförmåga och ekonomiska hinder vilket påverkade tillgången av behandlingen och personers psykiska hälsa. I en kvantitativ observationsstudie framfördes skillnader utifrån socioekonomisk status på en mikronivå (individnivå) och hur det påverkar personernas livskvalitet (Anees et al., 2018). Personer som hade en högre inkomst, hade en bättre livskvalitet. Personerna med bättre ekonomisk status kunde exempelvis finansiera dyra läkemedel och näringsrik mat som medförde en bättre hälsa och en mer adekvat dialys (Anees et al., 2018). Samtidigt visar resultatet att personer som har sämre ekonomisk status har bättre livskvalité gällande sociala relationer och sexuell hälsa. En reflektion är att socioekonomisk status kan påverka

livskvalitén i olika aspekter, där en lägre socioekonomisk status inte nödvändigtvis bidrar till en sämre livskvalité på alla plan.

## **Diskussion om klinisk implikation**

Resultatet i litteraturstudien visar en komplexitet och dualitet av upplevelser inom hemodialysbehandling. Resultatet kan bidra med en ökad förståelse för de utmaningar som finns och vilka stödresurser som behövs. Det framkom att hemodialysvården till viss del är präglad av stigma runt personen. Vårdpersonal kan påverka sin egen förmåga att bryta mönstret i social stigmatisering i form av att reflektera hur man bemöter personen i fråga. Ett medvetet bemötande kan exempelvis vara att använda sig av positiva attityder, bekräfta personens upplevelse som giltig, samtala om svårigheter med anhörig och patienten själv. Resultatet visade att vårdrelationer är en viktig del för trygghetsskapande. Som vårdpersonal kan man främja relationen till patienten genom att bekräfta de känslor som finns, involvera den i beslutsfattande och bidra med befintlig kunskap utifrån patientens behov. Sammantaget blir det viktigt att man som sjuksköterska arbetar brett med förmedling av kunskap och ett positivt bemötande. Organisatoriskt skulle behandlingsrummet eventuellt kunna använda flyttbara skiljeväggar för att kunna bidra till en ökad integritet, samt möjliggöra tid för privata reflektioner i syfte att skapa förbättringar i relation till patienters önskemål.

## **Diskussion om vidare forskning**

Flertalet personer upplevde att känslan av att vara en börda i sociala sammanhang, där brist på stöd och okunskap bidrog till en stigmatisering. Förslag på vidare forskning skulle kunna vara att studera sjuksköterskans attityder gentemot personer med hemodialysbehandling för att kunna se om det finns en direkt påverkan som ligger till grund av skuld och skam. Förslagsvis skulle det kunna vara kvalitativa intervjuer för att få en djupare förståelse eller kvantitativa analyser som kan kartlägga orsakssamband. Idag finns det en begränsad forskning om området i Norden, för att kunna dra internationella orsakssamband och skillnader kan fler kvantitativa studier behövas. Hemodialysvård har i resultatet visat skillnader på upplevelser beroende på

geografiskt läge och det understryker vikten av vidare forskning på skillnader och likheter mellan låg- och höginkomstländer. Vidare forskning kan bidra med att beskriva ojämlikheter och på så vis förbättra upplevelserna för personer med hemodialysbehandling.

## **Metoddiskussion**

Litteraturstudien utgick från en kvalitativ metod, metodvalet anses spegla studiens syfte väl i att beskriva erfarenheter. Samtidigt hade en kvantitativ metod kunnat bidra med orsak och samband, för att kunna kartlägga faktorer kopplat till erfarenheter. Flera databaser är lämpligt att använda för att finna relevanta artiklar (Henricsson, 2023, s. 494), därför användes både PubMed och Cinahl vilket medförde en starkt trovärdighet. I början var intresset att litteraturstudien skulle handla om akut njursvikt, vi valde däremot kronisk njursvikt och hemodialys. Det konstaterades att akut njursvikt var ett begränsat forskningsområde och att välja ett stort område kan rimligtvis bidra med fler perspektiv av erfarenheter. Syftet hade kunnat preciseras för att få ett konsekvent resultat, exempelvis att beskriva specifika dimensioner av erfarenheter som existentiellt, symtombörda eller vårdrelationer. Valet av endast erfarenheter som paraplybegrepp möjliggjorde däremot en visad komplexitet av ämnet och hur dimensioner kan höra samman.

Vid formatering av sökord söktes ämnesord i MESH, de ämnesord som framkom medförde däremot en begränsad sökning och kunde inte besvara syftet till full grad. Det som istället användes var fritextsökningar och relevanta nyckelord, som kombinerades med booleska sökoperatörer. Avsaknaden av ämnesord kan bidra till en minskad trovärdighet, då ämnesorden bidrar till en mer precis sökning (Henricson, 2023, s. 494). Samtidigt kan fritextsökningar medföra att relevanta artiklar kan inkluderas, som annars riskerar att sorteras bort i sökningen. Samtliga artiklar inkluderade i resultat var peer reviewed. Genom att välja artiklar som är peer reviewed, bidrar det med en ökad trovärdighet för litteraturstudien (Henricson, 2023 s. 494).

Några av studiernas kvalitet granskades först tillsammans, för att resterande studier granskades var för sig. Ett alternativ för att höja trovärdigheten hade kunnat vara att kvalitetsgranskningen genomfördes enskilt för att sedan jämföra granskningen med varandra (Henricsson, 2020, s. 495). En annan del som bör diskuteras är hur dataanalysen har kvalitetssäkrats (Henricson, 2023, s. 495). I metodavsnittet framför vi hur fördelningen i analysprocessen har gått till, vilket i sin tur stärker trovärdigheten. Vi hade en kontinuerlig diskussion genom analysprocessen, för att minska risken för ensidig tolkning. Förförståelsen har färgat dataanalysen och resultatet (Polit & Beck, 2021, refererad i Henricson, 2023, s. 496), författarnas förförståelse handlade om att behandlingen var tidskrävande och att personal behövde vara på plats under hela behandlingstillfället. Alla delar från artiklarnas resultat har inte tagits med i detta examensarbete och beror på att de exkluderade delarna inte svarade an mot syftet.

Resultatet i litteraturstudien utgår ifrån länder i Asien, Afrika, en studie från Norden och en från Malta. Det kan tänkas bero på att forskning om hemodialys i västvärlden, framför allt i Norden redan har forskat på området längre bak i tiden (Herlin et al., 2010; Hagren et al., 2005), och på så vis har de exkluderats från litteraturstudiens sökningar. Det hade varit möjligt att inkludera ett annat tidsspänn för att artiklar genomförda i Norden inte skulle exkluderas från litteraturstudiens resultat.

Känslan av otillräcklighet kopplat till följsamhet av det rekommenderade kost- och vätskeintaget skulle kunna sättas i en svensk vårdkontext. I en kvalitativ studie från Sverige upplevde personer med hemodialybehandling sjuksköterskors brist på förståelse och negativa attityd, exempelvis kunde de ifrågasätta hur svårt det verkligen var att hålla det rekommenderade vätskeintaget (Hagren et al., 2005). Samtidigt finns ett behov av mer aktuell forskning i Sverige för att det ska bli mer överförbart. Det bör tas i beaktning att samhällsnormer, vården och attityder kan förändras i takt med samhällets utveckling över tid. Känslan av att få vara delaktig kan rimligtvis vara tillämpligt i Sverige. Delaktighet i vården är ett begrepp som innebär att patienten får vara med och besluta eller alternativt utföra den vård som patienten behöver, i olika utsträckning (Sandman & Kjellström, 2024, s. 263). Delaktighet kan därför ses även i Sverige, med både att känna sig delaktig och att uppleva exkludering. En finansierad svensk vård är däremot något som skiljer sig

från litteraturstudiens resultat, där en del behövde sälja egendommar för att finansiera behandlingen. Det som däremot går att tillämpa under den finansiella aspekten är en begränsad inkomst, eftersom behandlingen medför svårigheter att arbeta.

Etiska överväganden och diskussioner fördes mellan författarna av den här litteraturstudien under hela arbetets gång. En etisk aspekt under arbetet var att litteraturstudiens artiklar byggdes på intervjuer och deltagarnas individuella subjektiva upplevelser. Intervjuerna behöver däremot inte spegla den objektiva verkligheten eller hur en vårdsituation har utspelat sig. Intervjuer kan medföra att deltagares svar anpassas utifrån vad de tror undersökaren vill ha som svar, samtidigt som undersökaren kan få deltagaren att känna sig tvungen att genomföra intervjun (Kjellström, 2023, s. 76). Artiklarna som är inkluderade i resultatet är skrivna på engelska, författarna av litteraturstudien har däremot inte engelska som första språk. När engelska inte är förstaspråket kan det medföra felaktiga översättningar och tolkningar, samt en begränsad förståelse för hur en rättvis bedömning ska utföras (Kjellström, 2023, s. 76). Samtliga valda artiklar till resultatet har framfört deltagarnas samtycke till deltagandet i studien. Samtycke är en viktig aspekt inom forskning och bygger på att skydda deltagarnas frihet och självbestämmande (Kjellström, 2023, s. 73). När samtycke tydliggörs, visar det på att forskningen utgår från etiska principer och skyldigheten att skydda människan.

## **Konklusion**

Hemodialys är en komplex behandling med varierande upplevelser inom symtombörda, känslomässiga-, finansiella- och sociala aspekter, samt inom vårdrelationen. Litteraturstudiens resultat beskriver stödets betydelse för personerna, samt hur attityder och sociala roller kan skapa en känsla av skuld och skam. Resultatet beskriver även viljan att känna sig sedd, med delaktighet och integritet som viktiga begrepp för sjuksköterskan att tillgodose. Vidare forskning kan bidra med en ökad insikt i sjuksköterskors attityder gentemot personer som genomgår hemodialysbehandling, och på så sätt kunna identifiera eventuella kunskapsluckor för att förbättra vårdupplevelse, vårdkvalité och vårdrelation.

## Referenser

Artiklarna som redovisas i artikeltabellen är markerade med \*

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(s4), S8–S14. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2005.01164.x>

\*Akhtar, T., Pienaar, A. J., Asmat, K., & Sikander, S. (2025). Lived realities of symptom burden among haemodialysis patients: a phenomenological study from rural Pakistan. *BMJ Open*, 15(11), Article e106937. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-106937>

\*Alzahrani, N. S., Almarwani, A. M., Alhowaymel, F., & Alharbi, H. F. (2023). The lived experience of middle-aged Saudi patients with end-stage chronic renal disease on hemodialysis treatment. *Journal of Transcultural Nursing*, 34(4), 263–269. <https://doi.org/10.1177/10436596231166041>

\*Andersen-Hollekim, T., Solbjør, M., Kvangarsnes, M., Hole, T., & Landstad, B. J. (2020). Narratives of patient participation in haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2293–2305. <https://doi.org/10.1111/jocn.15238>

Anees, M., Batool, S., Imtiaz, M., & Ibrahim, M. (2018). Socio-economic factors affecting quality of life of Hemodialysis patients and its effects on mortality. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(4), 811–816. <https://doi.org/10.12669/pjms.344.15284>

Bailey, D. E., Jr., & Stewart, J. L. (2022). Uncertainty in illness theory. I M. R. Alligood (Red.), *Nursing theorists and their work* (uppl., 10, s.451-470). Elsevier.

Bello, A. K., Okpechi, I. G., Osman, M. A., Cho, Y., Htay, H., Jha, V., Wainstein, M., & Johnson, D. W. (2022). Epidemiology of haemodialysis outcomes. *Nature Reviews. Nephrology*, 18(6), 378–395. <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00542-7>

\*Boateng, E. A., Iddrisu, A. A., Kyei-Dompim, J., & Amooba, P. A. (2024). A qualitative study on the lived experiences of individuals with end-stage kidney

disease (ESKD) accessing haemodialysis in Northern Ghana. *BMC Nephrology*, 25(1), Article 186. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03622-x>

Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2013). 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*, 3(11), e003384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003384>

\*Chiaranai, C. (2016). The lived experience of patients receiving hemodialysis treatment for end-stage renal disease: A qualitative study. *The Journal of Nursing Research*, 24(2), 101–108. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000100>

Clark-Cutaia, M. N., Sevick, M. A., Thurheimer-Cacciotti, J., Hoffman, L. A., Snetselaar, L., Burke, L. E., & Zickmund, S. L. (2019). Perceived barriers to adherence to hemodialysis dietary recommendations. *Clinical Nursing Research*, 28(8), 1009–1029. <https://doi.org/10.1177/1054773818773364>

Dai, L., Lu, C., Liu, J., Li, S., Jin, H., Chen, F., Xue, Z., & Miao, C. (2020). Impact of twice- or three-times-weekly maintenance hemodialysis on patient outcomes: A multicenter randomized trial. *Medicine (Baltimore)*, 99(20), Article e20202. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020202>

Dreja, K., & Jönsson, A. (2016). Njursjukdomar. I A. Ekwall., & A. M. Jansson (red.), *omvårdnad & medicin* (uppl., 1, s. 457–482). Studentlitteratur.

Evans, M., Stenvinkel, P., & Christensson, A (2020). Kronisk njursjukdom. I Aurell, M., Samuelsson, O., Guron, G., & Saeed, A (Red.). *Njurmedicin*. (Uppl., 5 s. 172–184). Liber

Flythe, J. E., Dorough, A., Narendra, J. H., Forfang, D., Hartwell, L., & Abdel-Rahman, E. (2018). Perspectives on symptom experiences and symptom reporting among individuals on hemodialysis. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 33(10), 1842–1852. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy069>

Friberg, F. (2022). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning- inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Uppl., 4, s. 169–183). Studentlitteratur.

Gulbrandsen, T. (2021). Omvårdnad vid akut njurskada och kronisk njursvikt. I D.-G. Subberud., R. Grønseth., & H. Almås (Red.) *klinisk omvårdnad 2* (uppl., 3, s.119–136). Liber.

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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01036.x>

Hashemi, M. S., Irajpour, A., & Abazari, P. (2018). Improving quality of care in hemodialysis: a content analysis. *Journal of Caring Sciences*, 7(3), 149–155. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.024>

Herlin, C., & Wann-Hansson, C. (2010). The experience of being 30-45 years of age and depending on haemodialysis treatment: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 693–699. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00764.x>

Hong, L. I., Wang, W., Chan, E. Y., Mohamed, F., & Chen, H. (2017). Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3664–3676. <https://doi.org/10.1111/jocn.13739>

Hreńczuk, M. (2021). Therapeutic relationship nurse–patient in hemodialysis therapy. *Nursing Forum (Hillsdale)*, 56(3), 579–586. <https://doi.org/10.1111/nuf.12590>

*Hälso-och sjukvårdslag* (SFS: 2017:30). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

International Health facility Guidelines (IHFG). (2025). *Part B: Health facility briefing & design- renal dialysis unit*. [https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG\\_part\\_b\\_renal\\_dialysis\\_unit](https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_renal_dialysis_unit)

International Society of Nephrology. (2023). *Global kidney health atlas 2023*.  
[https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN%20Atlas\\_2023%20Digital.pdf](https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN%20Atlas_2023%20Digital.pdf)

Irish Kidney Association. (2024). *Living with end stage kidney disease in Ireland: Patient satisfaction with ESKD services in Ireland*. <https://ika.ie/wp-content/uploads/2025/03/IKA-Patient-Satisfaction-Report-March-2025.pdf>

Kosar Sahin, C., Sevgi Doğan, E., & Dedeli Çaydam, Ö. (2025). “Teamwork is needed”: care management of patients receiving haemodialysis through the eyes of their nurses - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 843.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-12968-3>

Ladin, K., Lin, N., Hahn, E., Zhang, G., Koch-Weser, S., & Weiner, D. E. (2017). Engagement in decision-making and patient satisfaction: a qualitative study of older patients’ perceptions of dialysis initiation and modality decisions. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 32(8), 1394–1401. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw307>

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/)

Lee, E. J., Chang, A. K., & Chung, Y. C. (2021). Socioecological factors affecting fluid restriction adherence among Korean patients receiving hemodialysis: A qualitative study. *Journal of transcultural nursing*, 32(3), Article 1043659620919162.  
<https://doi.org/10.1177/1043659620919162>

Li, B., Cai, P., Zhao, X., Li, W., Yang, J., Xia, X., & Ma, L. (2024). Factors associated with stigma in patients undergoing hemodialysis: a meta-analysis and systematic review. *American Journal of Translational Research*, 16(8), 3498–3509.  
<https://doi.org/10.62347/SRIC1173>

Lönnbro–Widgren, J., & Samuelsson, O. (2020). Hemodialys och annan extrakorporeal behandling. I Aurell, M., Samuelsson, O., Guron, G., & Saeed, A (Red.). *Njurmedicin*. (Uppl., 5 s. 185– .196). Liber

Machaca-Choque, D., Palomino-Guerra, G., Flores-Cohaila, J., Parihuana-Travezaño, E., Taype-Rondan, A., Gomez-Colque, S., & Copaja-Corzo, C. (2024). Quality of life and its associated factors in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis from a Peruvian city: A cross-sectional study. *PloS One*, *19*(5), Article e0300280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300280>

Myndighet för vård- och omsorgsanalys. (2023). Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd. <https://www.vardanalys.se>

Norris, K. C., Williams, S. F., Rhee, C. M., Nicholas, S. B., Kovesdy, C. P., Kalantar-Zadeh, K., & Ebony Boulware, L. (2017). Hemodialysis disparities in African Americans: The deeply integrated concept of race in the social fabric of our society. *Seminars in Dialysis*, *30*(3), 213–223. <https://doi.org/10.1111/sdi.12589>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (Uppl., 4). Liber

*Patientlagen* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, *41*(1), 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>

\* Rao, H., Guo, Y., Qiu, L., & Ren, X. (2025). Exploring health challenges and coping strategies in young patients undergoing maintenance hemodialysis: a qualitative study. *BMC Nephrology*, *26*(1), Article 378. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04320-y>

Rosén, M. (2023). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Uppl., 3, s. 435–448). Studentlitteratur.

\*Sah, B. K., Khan, I., Dhungana, A., Subedi, M., & Dhital, R. (2025). Lived experiences of chronic kidney disease patients undergoing haemodialysis in a tertiary

hospital of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 22(4), 738–743.  
<https://doi.org/10.33314/jnhrc.v22i04.5434>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2024). *Etikboken: etik för vårdande yrken* (Uppl., 3). Studentlitteratur.

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

Senanayake, S., Gunawardena, N., Palihawadana, P., Bandara, P., Haniffa, R., Karunarathna, R., & Kumara, P. (2017). Symptom burden in chronic kidney disease; a population-based cross sectional study. *BMC Nephrology*, 18(1), Article 228.  
<https://doi.org/10.1186/s12882-017-0638-y>

Shahdadi, H., & Rahnama, M. (2018). Experience of nurses in hemodialysis Care: A Phenomenological Study. *Journal of Clinical Medicine*, 7(2), Article 30.  
<https://doi.org/10.3390/jcm7020030>

Sharma, S., Kalra, D., Rashid, I., Mehta, S., Maity, M. K., Wazir, K., Gupta, S., Ansari, S. A., Alruqi, O. S., Khan, R., Khan, I., & Anwar, S. (2023). Assessment of health-related quality of life in chronic kidney disease patients: A hospital-based cross-sectional Study. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(10), Article 1788.  
<https://doi.org/10.3390/medicina59101788>

Sułkowski, L., Matyja, A., & Matyja, M. (2025). Fatigue in hemodialysis patients: A comparative analysis with healthy controls. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(2), Article 12.  
<https://doi.org/10.3390/ejihpe15020012>

Svensk njurmedicinsk sjuksköterskeförening. (2021). Kompetensbeskrivning avancerad nivå: Sjuksköterskor med specialisering inom njurmedicinsk omvårdnad.  
<https://www.snsf.eu/wp-content/uploads/2021/10/Komp-Njurmedicinsk-klar-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). ICN: s etiska kod för sjuksköterskor.

<https://swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>

Tengelin, E. (2022). Klass, hälsa och vård. I E. Dahlborg & E. Tengelin (Red.), *Jämlik vård: Normmedvetna perspektiv* (Uppl., 2 s. 215–236). Studentlitteratur

Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J. C., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson, D. W., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S., & Strippoli, G. F. M. (2012). Clinician beliefs and attitudes about home haemodialysis: a multinational interview study.

*BMJ Open*, 2(6), Article e002146. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002146>

van Oevelen, M., Bonenkamp, A. A., van Eck van der Sluijs, A., Bos, W. J. W., Douma, C. E., van Buren, M., Meuleman, Y., Dekker, F. W., van Jaarsveld, B. C., & Abrahams, A. C. (2024). Health-related quality of life and symptom burden in patients on haemodialysis. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 39(3), Article 179.

<https://doi.org/10.1093/ndt/gfad179>

Van Teijlingen, E. R., & Humphris, G. (Eds.). (2020). *Psychology and sociology applied to medicine: an illustrated colour text* (uppl.4.). Elsevier.

Wilkinson, E., Brettle, A., Waqar, M., & Randhawa, G. (2019). Inequalities and outcomes: end stage kidney disease in ethnic minorities. *BMC Nephrology*, 20(1), Article 234. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1410-2>

\*Woei Ling, T., Khuan, L., Baharom, A., & Arshad, M. M. (2024). Exploring the lived and coping experiences of patients with kidney failure undergoing haemodialysis in Malaysian private hospitals. *Journal of Research in Nursing*, 29(3), 228–240.

<https://doi.org/10.1177/17449871241235627>

World Medical Association. (2024). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Zhang, K., Teng, Z., Li, A., Zhang, N., Wang, R., Wei, S., & Ni, C. (2025). Real experience of young and middle-aged hemodialysis patients: a qualitative meta-

synthesis. *Frontiers in Medicine*, 12, Article 1530465.

<https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1530465>

Zhang, L., Zhang, Y., Zhag, S., Tang, X., Shi, S., Quan, H., & Yang, X. (2026) Influence of social support and quality och life on mortality among patients undergoing hemodialysis. *The journal of nursing research*, 34(2), Article 443.

<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000732>



## Deklarationer

Tabell över egen insats i examensarbetet.

<b>Del av arbetet</b>	<b>Matilda Wallin</b>	<b>Ida Borgestig</b>
<b>Bakgrund</b> (exempelvis sökt litteratur till bakgrunden, skrivit första utkastet för en viss del, reviderat texten, definierat begrepp, skrivit problemformulering)	Sökt litteratur till bakgrund Skrivit avsnitt: kronisk njursvikt, njurersättade behandling, hemodialysbehandling  Skrivit problemformulering  Reviderat samtliga delar tillsammans med medstudent	Sökt litteratur till bakgrund Skrivit avsnitt: kort bit i kronisk njursvikt. Hemodialysbehandling och omvårdandens betydelse  Reviderat samtliga delar tillsammans med medstudent
<b>Metod</b> (exempelvis utfört litteratursökningar, utfört urvalet, genomfört kvalitetsgranskning, deltagit i analysen, skrivit utkast till metoden, reviderat texten)	Utfört hela litteratursökningen och kvalitetsgranskningen genomfördes tillsammans med medstudent  Skrivit: analys och forskningsetiska överväganden  Reviderat tillsammans med medstudent	Utfört hela litteratursökningen och kvalitetsgranskningen tillsammans med medstudent  Skrivit: Sökmetoder och urval  Reviderat tillsammans med medstudent
<b>Resultat</b> (skrivit utkast till specifika delar i resultatet, reviderat)	Skrivit: Att uppleva hälsans komplexitet och levnadsvillkor samt att uppleva sociala förändringar och känslan av stöd  Båda studenterna har varit delaktig i varandras skrivande och kommit med synpunkter och förbättringsförslag	Skrivit: Att kämpa mot finansiell börda och praktisk belastning samt att känna sig sedd i vårdrelationer  Båda studenterna har varit delaktig i varandras skrivande och kommit med synpunkter och förbättringsförslag
<b>Diskussion</b> (sökt litteratur, skrivit utkast till specifika delar i diskussionen, reviderat)	Sökt litteratur, skrivit skuld och skam, intersektionella aspekter, klinisk implikation, vidare forskning  Metoddiskussionen och konklusion genomfördes tillsammans med medstudent  Reviderat gemensamt	Sökt litteratur, skrivit "Uncertainty in illness", delaktighet och integritet, etiska aspekter, samhälliga aspekter  Metoddiskussionen och konklusion genomfördes tillsammans med medstudent  Reviderat gemensamt
<b>Referenser och formalia</b> (Kontrollerat referenser, reviderat referenslista, formaterat text, skapat tabeller)	Kontrollerat referenslista + reviderat Kontrollerat språket genom uppsatsen tillsammans	Skapat sök-och urvalstabell samt artikelöversikt-och kvalitetsgranskningstabell Kontrollerat språket genom uppsatsen tillsammans

## Bilaga 1

Tabell 2. Översikt sök- och urvalstabell

Datum	Databas	Sökord	Antalet träffar	Filter	Urval 1 titel	Urval 2 abstract	Urval 3 hela texten	Valda artiklar
17/2	Cinahl	(hemodialysis or haemodialysis) AND (experiences or perceptions or attitudes or views) AND (chronic kidney disease or chronic renal failure or ckd or esdr) AND (nursing care or care) AND (qualitative research)	37	Peer reviewed, senaste 10 åren, skriver på engelska, endast vuxna	8	6	6	5
20/2	PubMed	((hemodialysis[Title/Abstract] OR haemodialysis[Title/Abstract])) AND (experiences or perceptions or attitude or views)) AND (chronic kidney disease or chronic renal failure or ckd or esr)) AND (qualitative research)	106	Senaste 10 åren, skrivet på engelska, endast vuxna	8	4*	4	4

\*Dubletter sorterades bort

## Bilaga 2

Tabell 3. Artikelöversikt och kvalitetsgranskning

Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Akhtar, T., Pienaar, A. J., Asmat, K., & Sikander, S.  2025, Pakistan	Lived realities of symptom burden among haemodialysis patients: a phenomenological study from rural Pakistan	Syftet var att utforska och beskriva levda erfarenheter hos patienter bosatta i Pakistans landsbygdsområden som får hemodialys	En transcendent fenomenologisk studie med intervjuer, observationer och journaler, 20 deltagare.  Data analyserades med Colaizzi´s justegsmetod	5 teman identifierades:  1.Fysiska manifestationer som leder till förlust av självständighet  2.Emotionella och kognitiva effekter av hemodialys  3.Utmaningar med kosthantering, ätmönster och livsstil  4.Ekonomiska och logistiska svårigheter som påverkar behandlingens kontinuitet  5.Symtomupplevelser efter hemodialys	36 p, hög
Alzahrani, N. S., Almar	The lived experience of middle-aged Saudi patients with end sta	Att förstå den levda erfarenheten hos	En kvalitativ fenomenologisk	2 teman och 3 subkategorier identifierades:	35 p,

<p>wani, A. M., Alhowaymel, F., &amp; Alharbi, H. F.</p> <p>2023, Saudi Arabian</p>	<p>ge chronic renal disease on hemodialysis treatment</p>	<p>medelålders Saudiarabien hemodialys patienter.</p>	<p>metod med intervjuer. 11 deltagare i studien.</p> <p>Öppen och axiell kodning användes för att identifiera teman.</p>	<p>1. Hemodialysens negativa konsekvenser</p> <p><i>Subkategorier:</i> reserestriktioner, social isolering och lågt ansvar gentemot familjer</p> <p>2. Stödnivå</p> <p><i>Subkategorier:</i> familjestöd, sjuksköterskestöd och statligt stöd</p>	<p>medel</p>
<p>Andersen-Hollekim, T., Solbjør, M., Kvangarsnes, M., Hole, T., &amp; Landstad, B. J.</p>	<p>Narratives of patient participation in haemodialysis</p>	<p>Syftet var att undersöka hur vuxna i arbetsför ålder upplever patientdelaktighet under hemodialys på sjukhus</p>	<p>Narrativ ansats som bestod av intervjuer med öppna frågor. 11 patienter deltog.</p> <p>Data analyserades med vivo-kodning och författarna själva analyserade mönstren och koder.</p>	<p>Resultatet belyste tre nyckelteman som innefattar upplevelser av delaktighet under hemodialysbehandling vid kronisk njursvikt.</p> <p>1. Informerad men inte involverad i behandlingsval</p> <p>2. Dualitet av omsorg och kontroll</p> <p>3. Bräckligt förtroende för personal som återspeglar brister i samarbete.</p>	<p>40 p, hög</p>

Norge, 2020					
Boateng, E. A., Iddrisu, A. A., Kyei-Dompim, J., & Amooba, P. A.  Ghana, 2024	A qualitative study on the lived experiences of individuals with end-stage kidney disease (ESKD) accessing haemodialysis in northern Ghana	Att undersöka individens erfarenheter av att få tillgång till hemodialys i norra Ghana	En fenomenologisk design med semistrukturerade intervjuer, 12 deltagare.  Data analyserades med reflexiv tematisk analys och Nvivo-12.	Resultatet visade att begränsad kunskap, kulturella faktorer, geografiskt område, otillräckliga resurser och ekonomiska begränsningar påverkade deltagarnas upplevelser och tillgång till behandling.  Vården upplevdes som god.	44 p, hög
Chiarana, i, C.  Thailand, 2016	The lived experience of Patients receiving hemodialysis treatment for end-stage renal disease: A qualitative study	Syftet med studien var att få en bättre förståelse om dagliga livserfarenheter hos thailändska patienter med slutstadiet av kronisk njursvikt som genomgår hemodialys	En fenomenologisk metod med semistrukturerade intervjuer, 26 patienter deltog.  Data analyserades med tematisk analys, föreslaget av Colaizzi	3 teman identifierades:  1. Att möta livets begränsningar  2. Att leva med osäkerhet  3. Beroende av medicinsk teknik  Utöver detta identifierades även	41 p, hög

				socioekonomiska begränsningar, som enligt författaren, skiljer sig från annan forskning.	
Rao, H., Guo, Y., Qiu, L., & Ren, X.  Kina (2025)	Exploring health challenges and coping strategies in young patients undergoing maintenance hemodialysis: a qualitative study	Att utforska de fysiska, mentala och sociala hälsoutmaningarna som unga MHD patienter står inför och undersöka hanteringsstrategier som de tar sin att för att hantera svårigheter	En kvalitativ metod med semistrukturerad intervju där 6 patienter deltog.  Analysen utfördes enligt Colaizziss metod med stöd av kodning i Nvivo 15	Resultatet fann hälsoutmaningar för deltagarna gällande somatiska symtom, social adaptation, brist på rollidentitet, initialt motstånd och misstro.  Hanteringsstrategier för deltagarna betonade resultatet vikten av social anpassning samt stöd från familj, vänner och erfaren vårdpersonal.	38 p Hög
Sah, B. K., Khan, I., Dhungana, A., Subedi, M., & Dhital, R	Lived experiences of chronic kidney disease patients undergoing haemodialysis in a tertiary hospital in Nepal	Att utforska levda erfarenheter hos patienter med CKD som genomgår hemodialys	En fenomenologisk design med djupintervjuer, 13 deltagare.  Data analyserades med Colaizziss metod.	4 huvudteman framkom i resultatet: 1. Resan för att få hemodialys 2. Ekonomiska begränsningar 3. Psykosocialt stöd	36 p, hög

2025, Nepal				4. Sökande efter speciella hälsovårdstjänster	
Sciberras, A., & Scerri, J.  2017, Malta	Facilitators and barriers to treatment with haemodialysis among patients in mid-adulthood: an interpretative phenomenological analysis	Att undersöka de upplevda hinder och faktorer som underlättar upplevelsen av hemodialys hos patienter i vuxen medelålder.	En kvalitativ metod med interpretativ fenomenologisk design (IPA). Semi-strukturerade intervjuer användes, 7 patienter deltog.  Data analyserades med IPA.	3 huvudteman identifierades: 1. Socialt nätverk utanför dialysen 2. Den njurmedicinska miljön som kontext 3. Kvalité relaterad till personal  <i>Identifierade faciliteter:</i> stöd från familj och arbetskollegor, omtänksam och kunnig personal samt samråd med patienter vid planering av behandlingsschema.  <i>Identifierade barriärer:</i> obehag med dialysnål, hemodialysens intrång i familjetiden, brist på integritet på dialys-enhet och personal som inte tar deras bekymmer på allvar.	38 p, hög
Woei-Ling,	Exploring the lived and coping experiences of patients with kidney disease	Att utforska levda och hanterings erfarenheter hos patienter	Tolkande fenomenologisk analys med	Resultatet visade att patienterna uttryckte	36 p,

<p>T., Khuan, L., Baharom, A., &amp; Mursyid-Arshad, M.</p> <p>2024, Malaysia</p>	<p>ney failure undergoing haemodialysis in Malaysian private hospitals</p>	<p>patienter med njursvikt som genomgår hemodialys på tre privata sjukhus i Malaysia.</p>	<p>en hermeneutisk fenomenologisk design. Semi-strukturerade intervjuer, 15 patienter deltog.</p> <p>Analysen utfördes enligt interpretativ fenomenologisk analys (IPA) och kodningen i NVivo.</p>	<p>emotionell stress, begränsningar i livet, ekonomiska bördor, kunskapsbrister och en varierande uppfattning om hemodialys när de undersökte levda erfarenheter.</p> <p>Vid erfarenheter om hantering visade resultatet att förändringar i kroppsuppfattningen, ekonomiskt stöd, socialt stöd och hopp var hanteringsstrategier som använts av patienterna.</p>	<p>hög</p>
---	--	---	--	--	------------



