

**Sjuksköterskors erfarenheter av
nutritionsåtgärder i palliativt
slutskede**

En litteraturöversikt

**Nurses' experiences of nutrition
activities in a palliative final phase**

A literature review

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2010

Lena Andersson
Lillemor Ekstedt

Handledare: Stina Thorstensson
Examinator: Marianne Brydolf

SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors erfarenheter av nutritionsåtgärder i palliativt slutskede - en litteraturöversikt
Institution:	Institution för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Lena Andersson och Lillemor Ekstedt
Handledare:	Stina Thorstensson
Sidor:	25
Månad och år:	Juni 2010
Nyckelord:	Sjuksköterska, nutrition, palliativ vård, livets slutskede

Bakgrund: Den palliativa vården ska vila på etiska utgångspunkter och en helhetssyn av patienten samt utgå från patientens behov. Centralt för den palliativa sjuksköterskan är att vara relationsskapande, stödjande, kommunikativ och koordinerande. God omvårdnad i livets palliativa slutskede och vilka nutritionsåtgärder som ska vidtas när inte längre föda via munnen är möjligt, är svåra beslut att ta för att ge patienten en fridfull död. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att ge, avsluta eller avstå enteral eller parenteral nutrition till patienter i palliativt slutskede. **Metod:** En litteraturöversikt genomfördes där totalt 10 kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar granskades och analyserades enligt Fribergs (2006) modell. **Resultat:** Ur resultatet identifierades fyra kategorier, vilka var *livskvalitet, etiska aspekter, kommunikation och utbildning* med tio tillhörande subkategorier. Resultatet visar att om sjuksköterskor har en tidig dialog med patient, anhörig och läkare angående nutritionsåtgärder i palliativt slutskede skapas bättre förutsättningar för en individuell vårdplan och bevarande av patientens autonomi. Samtidigt framkommer det att sjuksköterskor känner sig otrygga i dialogen angående nutritionsåtgärder på grund av bristande kunskap om den fysiologiska processen i döendefasen. **Konklusion:** Mer utbildning behövs för att sjuksköterskor ska känna sig tryggare i sin roll avseende nutritionsåtgärder i palliativt slutskede.

ABSTRACT

Title:	Nurses' experiences of nutrition activities in a palliative final phase a literature review
Department:	School of Life Sciences, University of Skövde
Course:	Thesis in Nursing Care, 15 ETCS
Author:	Lena Andersson and Lillemor Ekstedt
Supervisor:	Stina Thorstensson
Pages:	25
Month and year:	June 2010
Keywords:	Nurse, nutrition, palliative care, end-of-life

Background: Palliative care requires an ethical and comprehensive view of the patient and his/her needs, and it is essential to create a supportive relationship with the patient while efficiently coordinating with one's colleagues. It is difficult for nurses to make the proper decisions about nutritional measures in order for the patient to have a peaceful death. **Aim:** The aim of this study is to highlight nurses' experiences with giving, finishing or abandoning nasogastric intubation and parenteral nutrition with patients during the final phase of palliative care. **Method:** A literature survey was conducted and 10 scientific articles were reviewed and analyzed according to the Friberg (2006) model. **Result:** Four categories (with ten subcategories) were identified: *life quality, ethical aspects, communication, and education*. Nurses who create an early dialogue with the patient, relatives, and doctors about nutritional measures during the final phase of life improve individual care and preserve the patient's autonomy. However, nurses feel insecure when it comes to nutritional measures because of a lack of knowledge about the physiological process in the phase of death. **Conclusion:** Further education is needed in order for nurses to feel more secure when making measures about nutrition in the final phase of life.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VÅRD AV DÖENDE UR ETT HISTORISKT PERSPEKTIV	1
PALLIATIV VÅRD	2
LIVETS SLUTSKEDE	2
TÖRST	3
NUTRITION	3
OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV	3
SJKSKÖTERS KANS FUNKTION OCH ANSVAR	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
VAL AV METOD	6
URVAL	7
LITTERATURSÖKNING	7
ANALYS	8
ETISKA ÖVERVÄGANDE	9
RESULTAT	10
LIVSKVALITET	10
Förlänga livet	10
Individanpassad vård	11
ETISKA ASPEKTER	11
Moraliskt dilemma	11
Lidande	12
Törst/Munvård	13
Religion/Kultur	13
KOMMUNIKATION	14
Dialog med läkare	14
Dialog med patient och/eller anhörig	15
Informationsgivare	16
UTBILDNING	16
Kunskapsbrist	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
KONKLUSION	21
IMPLIKATION FÖR KLINISK VERKSAMHET	22
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	22
REFERENSER	23
BILAGA 1 FRÅGOR FÖR KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLAR	I
BILAGA 2 ÖVERSIKT AV GRANSKADE ARTIKLAR	II

INLEDNING

Omvårdnaden av döende och svårt sjuka har alltid varit en del av vården. I dagens samhälle lever människor allt längre med ett ofta långdraget dödsförlopp vilket kräver omfattande resurser. Den sista tiden i livet är människor med obotliga sjukdomar ofta i behov av palliativa vårdinsatser, där landsting och kommuner har ett delat ansvar för patientens vård (Widell, 2003). Palliativ vård är en övergripande vård som genom prevention av fysiskt, psykiskt, socialt och emotionellt illabefinnande identifierar och lindrar lidande. Det krävs effektiv kommunikation, kunskap och färdighet i hur vårdpersonal utför vården av döende och sorgdrabbade anhöriga (Ferrell, 2005). Vårdpersonal kommer i kontakt med döende patienter i högre grad än vad andra människor i samhället gör (Widell, 2003). I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår det att vårda patienter i livets slutskede som av olika anledningar inte längre kan inta föda via munnen. Vilka nutritionsåtgärder som då ska vidtas skapar ofta en debatt med etisk framtoning. Att som sjuksköterska bemöta patienter och närståendes önsknings är komplext vid tillfällena då dessa går isär. Fokus i denna studie är att öka förståelsen för och kunskaper om sjuksköterskors erfarenheter angående nutritionsåtgärder till patienter i palliativt slutskede.

BAKGRUND

Vård av döende ur ett historiskt perspektiv

"Man dör inte för att man slutar att äta och dricka. Man slutar att äta och dricka för att man ska dö" (Widell, 2003, s.94). Dessa ord myntade Sokrates ca 400 år före Kristus. Döden var långt in på 1900-talet ett vanligt inslag i människors vardag. Inriktningen var då god omvårdnad, att se till att den döende hade det så bra som möjligt. Oftast vårdades den döende i hemmet. Flera generationer levde tillsammans och även barnen var delaktiga vid dödsfall. Från 1950-talet övergick vården till att bli mer botande. Alltmer tekniskt avancerade behandlingsmetoder och användandet av penicillin krävde sjukhusvård. Gamla kulturmönster ändrades. Döden blev något främmande som andra tog hand om (a.a.). Eftersom behandlingsmetoderna har förändrats under 1900-talet kan sjukvården idag bota de tidigare oftast dödliga infektionssjukdomarna och dödsorsaken är främst olika tumörer samt hjärt-kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2006). Flera cancersjukdomar har ett långt sjukdomsförlopp utan möjlighet till botande (kurativ) behandling. Det ställs då stora krav på att sjukvården kan erbjuda en god palliativ vård. Den moderna hospicerörelsen, som startade i England på 1960-talet, har haft mycket stor betydelse för spridningen av den palliativa vårdfilosofin, inte minst i Sverige. Målet är att patienten får känna sig levande till sista dagen i livet, genom en god symtomkontroll och med optimalt psykologiskt stöd (Beck-Friis & Strang, 2005). Olika modeller har utvecklats ur hospicerörelsen såsom sjukhusbaserad och hembaserad palliativ vård. Dessa olika vårdformer integreras mer och mer i den offentliga hälso- och sjukvården (Abu-Saad, 2000).

Palliativ vård

Begreppet palliativ kommer av det latinska ordet pallium som betyder mantel och har i linje med denna metafor oftast förstått i termer av lindrande i motsats till kurativ eller botande. En mantel används för att hölja sig själv eller någon annan i som skydd från kylan, men därmed tas inte själva kylan bort (Sandman & Woods, 2003). Enligt World Health Organisation (2002) är palliativ vård ett förhållningssätt med syfte att förbättra livskvaliteten för patienten och den närstående. Lidandet kan förebyggas genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom. Definitionen lägger vikt på att bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process och inte påskynda eller fördröja döden (a.a.). Statens Offentliga Utredningar (SOU) anser att alla patienter i livets slutskede skall tillförsäkras en palliativ vård på lika villkor i hela landet. Den palliativa vården skall vila på etiska utgångspunkter och utgå från patientens behov av en aktiv helhetsvård genom tvärprofessionellt sammansatta vårdlag. Principen om allas lika människovärde utgör basen. Detta är viktigt i livets slutskede när möjligheten till självbestämmande är i avtagande. Målet är att främja livskvaliteten för varje enskild person som befinner sig i livets slutskede (SOU 2001:6). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Behandlingen och vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (a.a.). Enligt Jakobsson (2007) ska den palliativa vården erbjudas till alla som lider av livshotande sjukdom, se till patientens hela situation samt bygga på samverkan och kontinuitet mellan olika vårdinrättningar.

Livets slutskede

Livets slutskede kan definieras på två olika sätt enligt Jakobsson (2006); utifrån patientens tillstånd och symtom samt utifrån ett tidsperspektiv. Enligt American National Instituts of Health (2004) krävs att någon eller några av följande symtom bör vara aktuella hos patienten; kronisk sjukdom, funktionsskada som kan gå i skov men som alltid består samt symtom eller skada från irreversibel sjukdom som kräver formell eller informell vård vilket kan leda till döden. De senaste decenniernas medicinska och tekniska utveckling innebär större möjligheter än tidigare att påverka tidpunkten för dödens inträde. Denna utveckling har emellertid också medfört en risk för överbehandling i livets slutskede. Socialstyrelsen (SOSFS 1992:2) har därför utarbetat Allmänna råd som bygger på livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. De tar upp de fyra etiska grundprinciperna inom hälso- och sjukvården som är autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (a.a.). Sjuksköterskor beskriver att en god död innebär att den är förväntad och medicinerad samt fridfull för patienten och att anhöriga är förberedda (Costello, 2006). En dålig död är när patienten upplever smärta och att döden sker plötsligt och oförberett (a.a.).

Törst

Enligt Beck-Friis och Strang (2005) känner inte de flesta patienter törst eller hunger de sista dagarna i livet. Törstcentrum i hypotalamus styrs av så kallade osmolaritetsförändringar i blodet (balansen mellan vatten och salter i blodet). Det stora flertalet döende människor har inte påtagligt förändrad osmolalitet i kroppen (a.a.). I en studie från Japan 2001 upptäcktes inte något samband mellan upplevelsen av törst och laboratoriumresultat från blodprover (Morita, Tei, Tsunoda, Inoue & Chihara, 2001). Upplevelsen av törst kan bero på svamp i munnen, tidigare strålbehandling, syrgasbehandling och malignitet i spottkörtlarna (Sutcliffe & Holmes, 1994). Törst och torr mun kan lindras med god omvårdnad såsom isbitar att suga på, hålla läppar fuktiga, ombesörja god munvård och använda analgetika när det behövs (Slomka, 2003). Termen anhörigdropp sätts ibland in för att lindra oron hos anhöriga som är rädda för att den döende ska uppleva att dö av törst (Beck-Friis & Strang, 2005).

Nutrition

Mat kan ses som en symbol för livet och när förmågan eller lusten till matintag förloras hos den döende kommer tankarna på döden allt närmare. Inom den palliativa vården är målet för nutritionsbehandling att se till att patienten upplever matintaget så positivt som möjligt, vilket inte alltid innebär ett fullgott näringsintag. Med minskat intresse för matintag följer viktnedgång som väcker stor oro hos närstående. Det är då viktigt att förklara för närstående att sjukdomen är orsak till försämringen och den minskade lusten till matintag. En god omvårdnad i livets palliativa slutskede inkluderar inte alltid enteral eller parenteral näring (Beck-Friis & Strang, 2005). Enteral nutrition innebär födointag via tarmen det vill säga den normala vägen. Intaget av föda kan ges via en sond som läggs ned i magsäcken (Lindskog, 2004). De sonder som används är nasogastrisk sond, det vill säga en tunn slang via näsan. Gastrostomi eller Perkutan Endoskopisk Gastrostomi där sonden går via buken in till magsäcken (Almås & Kondrup, 2004). Parenteral nutrition är något som är eller går utanför tarmen exempelvis tillförsel av ett läkemedel eller näringsämne, varvid upptaget inte sker via tarmen. Sådan tillförsel kan vara intramuskulär, intravenös eller subkutan men det vanligaste sättet är direkt in i en ven (intravenös infusion) (Lindskog, 2004). Den intravenösa infusionen kan tillföras på olika sätt via perifer venkateter, central venkateter (CVK) eller via subkutan venport (Port a cath) (Björkman & Karlsson, 2001).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Henderson (1991) anger att det är viktigt att inse att alla människor har gemensamma behov. Dessa tillfredställs på ett oändligt antal varierande sätt. Hur klok och omdömesgill sjuksköterskan än är och vilka ansträngningar som än görs kan hon/han ändå inte helt förstå eller fullständigt tillfredsställa de behov en annan människa har. Sjuksköterskan kan endast bistå patienten i de åtgärder som är avsedda att leda fram till hälsa eller tillfrisknande eller till vad som för patienten är liktydigt med en god död. Detta innebär att ge bästa möjliga omvårdnad och minsta möjliga lidande. Om patientens är helt hjälplös, såsom vid koma eller extrem utmattning, har sjuksköterskan rätt att bestämma vad som är bäst för patienten.

Henderson förklarade år 1955 sin definition på omvårdnadsbegreppet som fortfarande är aktuellt inom vården och för sjuksköterskans arbetsuppgifter på följande sätt:

”Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende (a.a.s10).”

Henderson har tagit fram fjorton basbehov som avses ligga till grund för omvårdnaden och dessa är:

1. Andas normalt.
2. Mat och dryck.
3. Uträtta alla naturbehov.
4. Röra sig och bibehålla önskvärd kroppshållning.
5. Sova och vila.
6. Välja lämplig klädsel.
7. Bibehålla normal kroppsform.
8. Personlig hygien.
9. Undvika faror i omgivningen.
10. Kommunicera med andra och uttrycka sina känslor, behov, rädsla och åsikter.
11. Förrätta sin tro.
12. Arbeta på något som ger känsla av resultat.
13. Delta i olika former av förströelse och avkoppling.
14. Lära, upptäcka eller tillfredsställa nyfikenhet som leder till normal utveckling och hälsa.

Utifrån studiens syfte har valts att utveckla basbehovet mat och dryck (2) samt kommunikation (10). Intravenös näringstillförsel och sondmat har räddat livet på tusentals människor, men båda metoderna är riskfyllda och obehagliga. Äta är däremot i normala fall både riskfritt och en njutning. Faktorer som är viktiga för måltiden är att patienten har det bekvämt och att måltiden är framdukad på det sätt som önskas, för att ge bättre aptit. Mycket svårt sjuka patienter kan ofta inte äta själva. Det är då viktigt att den som matar gör det på ett sådant sätt att patienten inte känner stress. Sjuksköterskan måste ha en förvärvad kunskap om ätandets psykologi och vilken betydelse det har för välbefinnandet. Kommunikation innebär att sjuksköterskan har en roll som tolk och kontaktman för sin patient. Genom att sjuksköterskan skaffar kontakter med omgivningen, befordras dennes totala välbefinnande. Sjuksköterskan ställs inför en svår uppgift som förmedlare, då hon/han vill hjälpa en patient att förstå sig själv samt att acceptera det som inte kan förändras. För en patient i livets slutskede är kontakten med anhöriga viktig men försvåras av att patientens energi läggs på sjukdomen och dess förlopp. I rollen som sjuksköterska är det därför viktigt att inge förtroende och förståelse för att underlätta kommunikationen mellan patient och anhörig. Det är viktigt för att befrämja en god död för patienten (Henderson, 1991).

Sjuksköterskans funktion och ansvar

I sjuksköterskans profession ingår att följa International Council of Nurses, (ICN) etiska kod där yrkesorganisationen har utarbetat riktlinjer som behandlar sjuksköterskans personliga ansvar inom sitt yrke. Sjuksköterskan skall ansvara för att den enskilda individen får information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling. Informationen behövs för att uppnå informerat samtycke och ge patienten rättighet att välja eller vägra behandling (ICN, 2005). Enligt Socialstyrelsens (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska är omvårdnadens teori och praktik ett av tre huvudsakliga arbetsområden för sjuksköterskan. Den belyser att helhetssyn och etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskans arbete oavsett verksamhet och vårdform. Det innebär att utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Patientens autonomi, integritet och värdighet ska bygga på respekt och omsorg. Patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter ska tillvaratas. Öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar ska visas. Utgå från önskemål och behov patienten och/eller anhöriga har samt föra deras talan (a.a.). Centralt för den palliativa sjuksköterskan är att handla och agera i patientens och den närståendes intressen så långt det är möjligt (Beck-Friis & Strang, 2005). Sjuksköterskans roll är relationsskapande, stödjande, kommunikativ och koordinerande. Den relationsskapande rollen handlar om att bygga upp en förtroendefull relation med patienten. Den stödjande innebär att stötta den sjuke, familjen och teamets medlemmar genom att underlätta, uppmuntra och vara närvarande. Den kommunikativa delen beskriver samtalet med den sjuke eller dennes närstående och kan handla om alla dimensioner, de fysiska, psykiska, sociala och existentiella. Den koordinerande rollen innebär att sjuksköterskan gör den första bedömningen av patienten och bedömer vilken problematik det rör sig om och vilka insatser som är nödvändiga (a.a.). Ju mer erfarenhet sjuksköterskan har av att vårda döende patienter, desto mer positiv är upplevelsen av omvårdnaden runt patienten. Sjuksköterskans förståelse och empati ökar och bättre individuell vård kan ges till den enskilda patienten (Dunn, Otten & Stephens, 2005; Román, Sorribes, & Ezquerro, 2001).

PROBLEMFORMULERING

En viktig del i sjukvården är den palliativa vården, i rollen som sjuksköterska möter hon/han dessa patienter på många olika enheter. Att ta ställning till vilken nutrition som ska ges i palliativt slutskede till de patienter som inte längre kan inta föda via munnen, är svåra beslut att ta. Det är komplicerat av många olika anledningar däribland att ha insikt i hur och om vilken påverkan dehydreringens effekter har på patienten och hur kommunikationen förs angående detta beslut med patient, anhörig och läkare. Viktiga frågor inom den palliativa vården i livets slutskede är således att studera och diskutera nutrition och nutritionsrelaterade problem inom sjuksköterskornas omvårdnadsarbete och etiska dilemma som kan uppstå. Med denna litteraturoversikt skapas en djupare insikt i sjuksköterskors erfarenheter av nutritionsbehandling och vilka faktorer som påverkar hur beslut av nutritionsåtgärder tas.

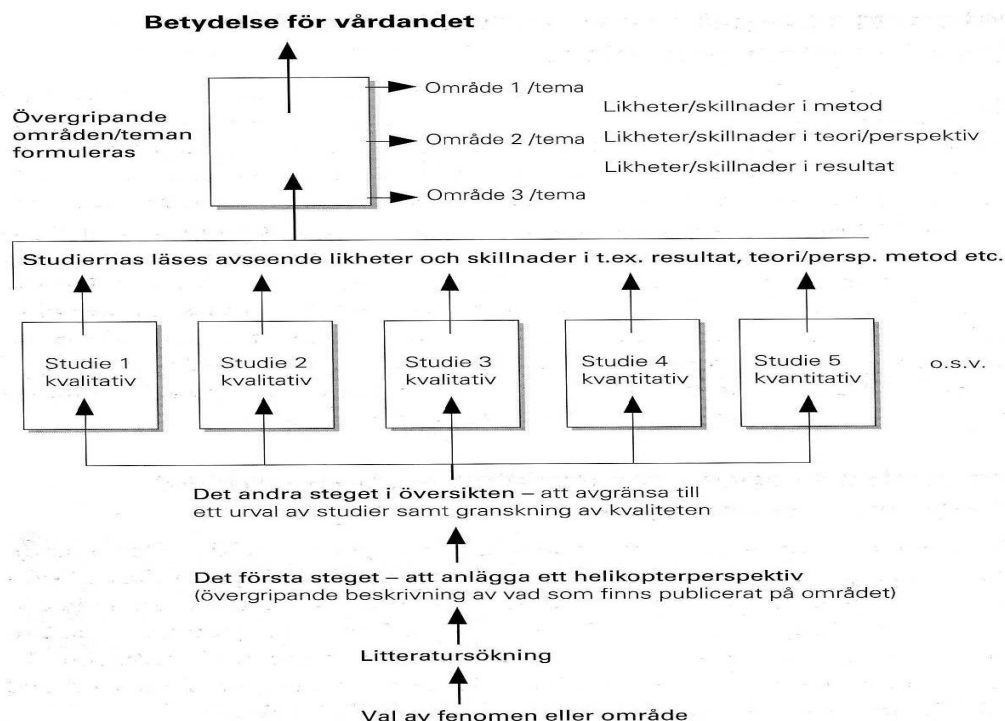
SYFTE

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att ge, avsluta eller avstå enteral eller parenteral nutrition till patienter i palliativt slutskede.

METOD

Val av metod

Som metod har valts en litteraturoversikt över publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter eller akademiska avhandlingar. Genom en litteraturoversikt lyfts och analyseras tidigare forskningsresultat fram. Ett strukturerat arbetssätt används och ger en bild över ett valt område (Friberg, 2006, s.115). Genom ett brett sökande efter både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar samt en bred analys och sammanställning ges en översikt av kunskapsläget. De artiklar som använts är empiriska och har sökts genom systematisk litteratursökning samt genom manuell sökning i relevanta tidskrifter. Metoden används även som grund för fortsatt forskning (a.a.s.115). Fribergs (2006) beskrivning över hur arbetsgången vid en litteraturoversikt går till, kan ses i figur 1.



Figur 1: Litteraturoversiktens arbetsgång enligt Friberg (2006, s. 118).

Urval

För att få aktuell kunskap användes publicerade artiklar som framkommit genom databassökning från år 2000 och framåt. Dessutom valde vi att ta med en artikel från år 1996 som vi fått fram genom manuell sökning i en relevant tidskrift inom vårt ämne. Inklusionskriterier är artiklar som ska vara vetenskapligt granskade (peer-reviewed) och skrivna på engelska eller något av de skandinaviska språken samt vara från primärkällor. De ska också vara gjorda på vuxna över 18 år. Artiklarna ska gälla sjuksköterskors erfarenheter av nutritionsåtgärder i palliativt slutskede inom slutenvården. Exklusionskriterier är artiklar som är gjorda på barn under 18 år eller artiklar gällande nutrition inom hemsjukvård och primärvård. Artiklar skrivna på annat språk än engelska och skandinaviska eller före år 1996 exkluderas också.

Litteratursökning

Litteratursökningen delades upp i två faser för att få fram relevant forskningsmaterial. Första steget enligt Friberg (2006, s.119) var den inledande litteratursökningen där syftet var att fram en översikt över forskningsområdet. För att få fram de artiklar som var relevanta lästes först titlarna på de artiklar som kom upp vid databassökningarna. Därefter lästes artiklarnas sammanfattning igenom för att få en uppfattning om helheten. I steg två arbetades den slutgiltiga mängden forskningsmaterial fram som studien baseras på. De empiriska artiklar som ansågs svara upp mot syftet kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2006, s.118) frågemodell (se bilaga 1). Det resulterade i att 10 artiklar inkluderades i studien. Dessa artiklar redovisas i en artikelöversikt (se bilaga 2).

Arbetet har skett med ett systematiskt förhållningssätt och detta fås genom att dokumentera och följa en arbetsplan samt att utnyttja de databaser och bibliotekskataloger som finns (a.a.). Informationssökning till denna studie har gjorts via databaserna CINAHL och MEDLINE/PubMed. De används för att de är de mest framstående databaserna inom vårdvetenskaplig publikation. Dessutom söktes efter relevanta artiklar i databasen PsycINFO utan att ytterligare hitta någon artikel som motsvarade syftet kunde identifieras. Sökorden som är använt för att svara mot syftet är: *palliative care, nurse, nurse attitudes, terminal care, hydration, dehydration, nutrition, enteral, nasogastricsond, percutan endoscopic gastrostomy (PEG) and terminally ill patient*. Under artikelsökningen visade det sig att det var svårt att få fram relevanta artiklar som svarade upp mot syftet. En utökning av sökorden mot vad som var tänkt från början fick därför göras och kombineras på flera olika sätt (se tabell I). Dessutom gjordes en manuell sökning i relevanta tidskrifter inom ämnet där det hittades en artikel som inkluderades.

Den artikel som ansågs relevant och inkluderades efter manuell sökning var:

Musgrave, C., Bartal, N., & Opstad, J. (1996). Intravenous hydration for terminal patients: What are the attitudes of Israeli terminal patients, their families and their health professionals? *Journal of pain and symptom management, 12, 47-51.*

Tabell I Presentation av sökning och sökvägar

Databas	Sökord	Antal träffar	Inkluderade artiklar
CINAHL	Palliative care and nurse and nutrition	14	Nr 1 Nr 4
CINAHL	Terminal care and nurse and nutrition	28	Nr 3
CINAHL	Palliative care and nurse and nutrition and nurse attitudes	2	Nr 2
PUBMED	Palliative care and dehydration	132	Nr 6 Nr 7
PUBMED	Nurse and hydration and terminally ill patients	18	Nr 9
PUBMED	Palliative care and nutrition and nurse and terminal care	17	Nr 5 Nr 8
MANUELL SÖKNING	Tidskrift: Journal of pain and symptom management		Nr 10

Analys

Analysarbetet i en litteraturöversikt är en process för att samla och bearbeta resultat från relevanta vetenskapliga artiklar för att komma fram till ett nytt resultat (Friberg, 2006, s.121). För att få en överblick av artiklarnas resultat lästes de igenom separat av båda författarna flera gånger för att få en helhet och känsla för vad de handlade om. Resultatet i artiklarna identifierades genom att viktiga delar av texten markeras med överstrykningspenna. Samtidigt gjordes separata anteckningar löpande om artiklarnas innehåll. Sedan jämfördes tolkningen av anteckningarna och resultatet i artiklarna för att undersöka om dessa överensstämde mellan författarna. Artiklarna som valdes för analys dokumenterades i en översiktstabell för att underlätta analysarbetet. För att de vetenskapliga artiklarna ska hålla hög kvalitet beskriver Friberg (2006, s.118) med hjälp av olika frågeställningar hur granskningen går till (se bilaga 1). Fokus läggs därefter på att undersöka likheter respektive skillnader i artiklarnas resultat. Hänsyn togs till att kvalitativa respektive kvantitativa resultat presenteras på olika sätt. De kvantitativa artiklarna redovisas i form av siffror och de kvalitativa i text. Nästa steg var att sortera materialet utifrån resultatet och göra en sammanställning. Efter denna bearbetning gjordes en sortering avseende likheter och skillnader. Det resulterade i fyra kategorier och tio subkategorier. Det är i enlighet med hur Friberg (2006, s.121) beskriver hur en analys ska gå tillväga. Det går inte att göra en linjär jämförelse mellan kvalitativa och kvantitativa artiklar eftersom resultaten är av olika art (a.a.s.122).

ETISKA ÖVERVÄGANDE

Vid en litteraturöversikt är det viktigt att en sanningsenlig bild ges. Det är viktigt att författarna hanterar och redovisar referenser på ett korrekt sätt. Författarna får inte fabricera, falsifiera data eller plagiera delar av andras arbete och presentera det som sitt eget (Medicinska Forskningsrådet, 2003). Den kunskap som genereras ur studien ska vara väl underbyggd och med ett resultat som anses vara viktigt (a.a.). Enligt Nyberg (2000) är det viktigt att uppge sin grundkälla och att källförteckningen är korrekt. Det är heller inte tillåtet att utesluta data som inte är tilltalande för studien (a.a.). Etiska resonemang har förts i samtliga artiklar gällande de etiska krav som ska finnas i vetenskapliga artiklar. Detta ökar artiklarnas tillförlitlighet och vetenskapliga trovärdighet.

RESULTAT

I den här litteraturöversikten har 10 olika artiklar sammanställts och analyserats (se bilaga 2). Av de valda artiklarna är sju kvantitativa och tre kvalitativa. Nedan presenteras resultatet av de artiklar som inkluderats i denna litteratursammanställning utifrån fyra kategorier och tio subkategorier (se tabell II). I tabell III redovisas en artikelöversikt över kategoriernas fördelning i artiklarna.

Tabell II Resultatöversikt

Kategorier	Subkategorier
Livskvalitet	<ul style="list-style-type: none">Förlänga livetIndividanpassad vård
Etiska aspekter	<ul style="list-style-type: none">Moraliskt dilemmaLidandeTörst/MunvårdReligion/Kultur
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none">Dialog med läkareDialog med patient och/eller anhörigInformationsgivare
Utbildning	<ul style="list-style-type: none">Kunskapsbrist

Tabell III Artikelöversikt över kategorierna

					Artikel					
Kategori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Livskvalitet	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etiska aspekter	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kommunikation	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Utbildning		x					x	x		

Livskvalitet

Förlänga livet

Enligt Riet, Higgins, Good & Sneesby (2009) ansåg sjuksköterskor att det fanns situationer när en förlängning av livet ansågs som extra värdefullt, det kunde vara om patienten väntade på att en speciell händelse skulle äga rum eller att hjälpa patienten och familjen att acceptera att döden var nära förestående. Att då ge vätska subkutant var av värde för patienten och övervägde negativa biverkningar. Dessutom var sjuksköterskors upplevelse att något gjordes för patienten (a.a.). I en artikel från Taiwan där 197 sjuksköterskor deltog ansåg 66 % att fördelen med att fortsätta ge vätska var att det förlängde livet (Ke, Chiu, Lo & Hu, 2008). Konishi, Davis & Aiba, (2002) visade i sin artikel att fortsätta med att ge vätsketillförsel var att

bekräfta livet och att det ingav hopp. Att bekräfta livet var dessutom något som sjuksköterskor från Israel betonade som viktigt och livets helighet gick i första hand. Det innebar att ge vätska intravenöst sattes före patientens välbefinnande och självbestämmande. Patientens autonomi fick därmed underordnad betydelse. 25 av de 33 sjuksköterskor som ingick i studien var positiva till att ge intravenös vätska (Musgrave, Bartal & Opstad, 1996).

Individanpassad vård

Resultatet i Ke et al. (2008) och Riet et al. (2009) visade att sjuksköterskor måste se på helheten hos patienten och väga in fördelar och nackdelar med nutritionsåtgärder i palliativt slutskede. Dialog med patient och anhöriga samt ha respekt för patientens autonomi måste även det vägas in i beslutet (a.a.). I en studie gjord av Konishi et al.(2002) med 160 sjuksköterskor ansåg 78 % att patientens önskan om att avsluta nutritionsåtgärder skulle tillgodoses. För att kunna tillgodose en individuell vård utifrån patientens vilja ansåg de det viktigt att dennes familj tog över ansvaret när patientens autonomi blev nedsatt (a.a.). Enligt Mc Aulay (2001) ansåg alla tio informanterna att beslutet om fortsatt vätsketillförsel skulle baseras på individuell basis. Endast en respondent ansåg att åldern påverkade beslutet (a.a.). Patientcentrerat team för att nå fram till varje enskild patients individuella behov angående hydrering ansågs viktigt för att uppnå bästa möjliga komfort i palliativt slutskede. Det innebar att sjuksköterskor tillsammans med läkare och anhöriga i större utsträckning diskuterade patientens behov av vätska och att det kunde förändras dag från dag (Miyashita, Morita, Shima, Kimura, Takahashi & Adachi, 2008). Om sjuksköterskor blev mer involverade i helheten av patientens omvårdnad blev det lättare att förstå patientens egna önskemål vilket resulterade i individuell vård angående nutritionsåtgärder (Veer, Franke & Poortvliet, 2008). Rutinmässig användning av artificiell vätsketillförsel rekommenderades inte enligt en studie gjord av Morita, Miyashita, Kimura & Adachi (2004) utan en individualiserad behandling ska göras som bygger på en omfattande bedömning utifrån varje patients behov. Om omvårdnaden för varje enskild patient gjordes i form av en vårdplan utifrån dennes livssituation innebar det en bättre livskvalitet under den sista tiden i livet där även nutritionsåtgärder ingick (Yamagishi, Tanaka & Morita, 2009). Sjuksköterskors ansvar blev då att se till att detta efterlevdes (a.a.).

Etiska aspekter

Moraliskt dilemma

I en svår etisk situation gällande nutritionsåtgärder uppstår spänningar och osäkerhet hos sjuksköterskor hur de ska agera och hantera situationen så att ingen skada uppstår. Den spänning som uppstår utgår från våra moraliska tankar och det val som enskilda sjuksköterskor gör och förhåller sig till i omvårdnaden. De moraliska koderna går samman med sjuksköterskors egna subjektiva sanningar om vad hon/han upplever som sant och rätt i sin

yrkesroll (Riet et al., 2009). Enligt Riet, Higgins, Good & Sneesby (2008) var att ge medicinsk hydrering till döende patient inte i linje med palliativa sjuksköterskors uppfattning om god omvårdnad och etiskt förhållningssätt.

”I think your opportunity for physical and emotional closeness increases when extra equipment and tubes and things are taken away so that there’s just the person and his carer there, without external devices. I think that then facilitates the emotional and physical closeness to increase” (Riet et al., 2008, s. 149).

I en nationsvid översikt gällande sjuksköterskors inställning till artificiell hydrering till döende i en artikel av Miyashita et al. (2008) upplevde sjuksköterskor moraliskt dilemma när patienter vägrade ta emot vätska intravenöst. 44 % av 2735 sjuksköterskor som arbetade på en onkologisk avdelning och 57 % av 593 sjuksköterskor som arbetade på en palliativ enhet upplevde olust i denna situation. Samtidigt upplevde 48 % av onkologisjuksköterskor och 47 % av palliativsjuksköterskor moraliskt dilemma när läkare ville fortsätta ge vätska intravenöst. För att lätta på bördan för sjuksköterskor i detta svåra beslut vad som var rätt eller fel gällande nutritionsåtgärder ansåg de det viktigt med en dialog mellan alla delaktiga parter (a.a.). Ett moraliskt dilemma som sjuksköterskor upplevde i Taiwan var att patientens autonomi inte blev tillgodosedd för att psykologiska och sociala behov inte uttrycktes. Det de istället utgick ifrån var de fysiologiska behoven och därför gavs intravenös vätska rutinmässigt istället för att utgå ifrån om det var att föredra eller inte (Ke et al., 2008). Ett ytterligare etiskt dilemma för sjuksköterskor var enligt Konishi et al. (2002) att ingen visste hur patienten upplevde sitt döende när artificiell vätsketillförsel avslutades. Kanske patienten inte upplevde någon förändring eller också fick de en hemsk fysisk smärta som ett resultat av denna handling. Det svåra var att göra en utvärdering eftersom patienten oftast hade svårt att kommunicera och sedan dog (a.a.).

Lidande

Att avsluta nutritionsåtgärder för att minska patientens lidande ansåg 70 % av 160 sjuksköterskor som en viktig orsak (Konishi et al.(2002). I deras studie ingick öppna enkätfrågor där det andra skälet att avsluta nutrition angavs vara patientens egen önskan och det tredje viktigaste skälet att avsluta vätsketillförsel var att det då blev en naturlig död (a.a.).

”Artificial food and fluid to the dying body are against the law of nature. A natural and graceful death is my wish for every dying patient” (Konishi et al., 2002, s.14).

I en kvalitativ studie från England 2001 där tio sjuksköterskor ingick tillfrågades de om lidandet skulle öka hos patienterna om all vätsketillförsel avslutades. Samtliga sjuksköterskor var eniga om att det inte skulle öka och att de skulle känna sig bekväma i ett sådant beslut (McAulay, 2001). Enligt en studie från Taiwan med 197 sjuksköterskor gjord av Ke et al. (2008) visade resultatet att majoriteten av sjuksköterskor har en negativ attityd till att fortsätta med intravenös vätskebehandling för döende patienter trots detta var tendensen att det gjordes. Det skäl som ansågs vara den största nackdelen med att fortsätta ge vätska intravenöst sett ur

ett patientperspektiv var att 81 % av de sjuksköterskor som deltog ansåg att de blodkärl som användes kunde bli infekterade. Det skäl som ansågs som nummer två i belastning var att 78 % ansåg att det gav besvär från andningsvägar (a.a.). Att förlänga livet med artificiell vätska via PEG i palliativt slutskede upplevdes av sjuksköterskor som mer smärtsamt än fördelaktigt när döden var oundviklig (Riet et al., 2009). I en kvalitativ studie med sjuksköterskor från Australien sågs dehydrering som en normal del av döendeprocessen vilket minskade bördan och lidandet hos patienten (Riet. et al., 2008). Enligt Morita et al. (2004) var ödem den största försämringen vid väsketillförsel hos patienter med lungcancer eller magsäckscancer. Vid lungcancer eller magsäckscancer uppgav 54 % av 2735 onkologisjuksköterskor att patienterna fick försämring av ödem vid fortsatt vätska intravenöst dessutom ansåg 44 % att andningen försämrades för patienten. Av de palliativa sjuksköterskor som deltog ansåg 71 % av 593 att ödem försämrades hos patienten och 65 % upplevde att andningen försämrades. Dessa symtom ökade lidandet för patienten (a.a.).

Törst/Munvård

Det råder delade meningar enligt Ke et al. (2008) på vilket sätt enteral eller parenteral nutrition påverkar törst och muntorrhet i palliativt slutskede. Av 197 sjuksköterskor ansåg 49 % att muntorrhet och törst minskade hos patienter när fortsatt vätska gavs (a.a.). En torr mun var enligt Riet et al. (2008) inte en orsak till ökad lidande så länge god munvård gavs. Om god munvård gavs minskade upplevelsen av törst hos patienten. Eftersom dehydrering sågs som en normal del av döendeprocessen påverkades inte törsten av detta (a.a.). Enligt Morita et al. (2004) visade en studie från Japan med 3328 sjuksköterskor att upplevelsen av törst endast minskade hos 3,1-6,2 % av patienter med magsäcks- eller lungcancer av väsketillförsel oavsett vilken mängd som gavs. De sjuksköterskor som deltog i studien var från en onkologisk och en palliativ vårdavdelning. (a.a.). Under en utbildningsdag i Japan med 76 sjuksköterskor var inställningen innan kursstart att törsten minskade med väsketillförsel intravenöst till döende patienter med 45 %. Efter utbildningsdagen ansåg endast 5 % att törsten lindrades med intravenös vätska. De fick en större insikt i vikten av en god munvård för att minska upplevelsen av törst. Det innebar att de mer frekvent skulle utföra god munvård för att förbättra patientens välbefinnande och minska upplevelsen av törst (Yamagishi et al., 2009).

Religion/Kultur

I en studie från Taiwan där 197 sjuksköterskor deltog var 41,8 % buddister och 40,7 % sade sig inte tillhöra någon religion, av dessa hade 80,1% givit intravenös behandling och 84,7 % hade givit enteral nutrition till patienter i palliativt slutskede under det sista året. Även om 72,6 % inte ansåg att det förbättrade patientens upplevelse av hunger fanns det i deras kulturella arv en uppfattning om att "för människan kommer mat först" och basal omvårdnad var då att ge vätska och att tänka i andra banor var inte acceptabelt (Ke et al., 2008). Enligt Riet et al. (2008) visar deras studie att det var kulturell skillnad mellan olika vårdinrättningar angående patientens omvårdnad och syn på nutrition. De sjuksköterskor som arbetade på palliativa vårdenheter ansåg att komfort och livskvalitet för patienten var det viktigaste i palliativt

slutskede medan sjuksköterskor som arbetade på akutavdelningar ansåg att fortsätta med medicinsk behandling inkluderande vätska var av värde för patienten (a.a.). Yamagishi et al. (2009) beskriver att den kulturella synen på att ge artificiell vätsketillförsel i palliativt slutskede var det minsta som kunde göras avseende god omvårdnad på japanska sjukhus. De påpekar dock att en generalisering av deras resultat inte bör göras relaterat till att andra kulturer har en annan syn på vätsketillförsel (a.a.). I en annan japansk studie där 3328 sjuksköterskor deltog påpekas också att generaliseringsbarhet inte kan göras beroende på den kulturella synen och deras tro på användandet av artificiell hydrering (Morita et al., 2004).

I den judiska kulturen betonades principen att livet är heligt och det som kunde göras för att påverka livslängden såsom att ge vätska intravenöst vägde tyngre än patientens livskvalitet i palliativt slutskede (Musgrave, et al., 1996). I en studie från Nederländerna där kulturen var att läkare och patient tog besluten i livets palliativa slutskede var involveringen för sjuksköterskor i beslutsprocessen relaterad till vilken vårdinrättning de arbetade på, vilken utbildningsnivå som fanns och hur många timmar de arbetade per vecka. De som arbetade på en psykiatrisk klinik föredrog att bli involverade mer än sjuksköterskor på andra sjukvårdsinrättningar. Det visade sig dock att när de på psykiatrisk klinik vårdade döende patienter pratade de mindre om livets slutskede med patienten än de på andra kliniker. Det berodde troligen på att de inte hade tillräcklig erfarenhet för att diskutera frågor angående livets palliativa slutskede. De behövde ytterligare utbildning i detta eftersom de inte hade så många svårt sjuka på sin klinik. Sjuksköterskor med mer än tre års utbildning och som arbetade mer än halvtid föredrog att bli mer frekvent involverade. Däremot hittades inga associationer till andra bakgrundsfaktorer såsom kön, arbetslivserfarenhet och hur många patienter i palliativt slutskede klinikerna hade. Sammanfattningsvis betonas vikten av att utveckla vårdplaner så att besluten fattades på ett konsekvent sätt och inte berodde på demografiska aspekter (Veer et al., 2008).

Kommunikation

Dialog med läkare

I dialogen med läkare angående nutritionsåtgärder i livets palliativa slutskede hade sjuksköterskor och läkare olika synsätt och uppfattningar hur beslut skulle tas baserat på livskvalitet eller förlängning av livet. Det rådde även delade meningar mellan sjuksköterskor vad som var den bästa omvårdnaden för patienten (Riet et al., 2009). När det gäller fortsatt vätsketillförsel intravenöst ansåg 82 % av 489 sjuksköterskor i en undersökning från Nederländerna att de ville vara delaktiga i beslutsprocessen tillsammans med läkare. 245 sjuksköterskor (50 %) ansåg att de var involverade i beslutsprocessen idag och av dessa diskuterar 84 % med läkare. När sjuksköterskor och läkare samtalar om problem angående omvårdnaden och det beslut som ska tas angående nutritionsåtgärder ansåg de att det blev lättare för bägge parter. Sjuksköterskor spelade också en central roll för att initiera beslutstagande angående förändrad nutrition när patientens tillstånd försämrades. Det var då

viktigt att ha en dialog med läkaren om detta (Veer et al., 2008). 11 av 33 sjuksköterskor från Israel var involverade i dialog med läkare för att initiera intravenös vätsketillförsel i palliativt slutskede. Givandet av intravenös vätska till döende patienter framkallade starka reaktioner hos de sjuksköterskor som var involverade i beslutsprocessen. I resultatet framkom att fokus borde läggas på att förstärka dialogen mellan läkare och sjuksköterskor för att ge patienten bästa möjliga välbefinnande (Musgrave, et al., 1996).

Resultatet från en artikel där öppna frågor ingick, med 160 sjuksköterskor från Japan visade att majoriteten av sjuksköterskor inte inkluderade sig själva i samtal med läkare angående beslutet om vätsketillförsel. De ansåg att läkaren har en överordnad roll och det medicinska ansvaret och tar därför inte ställning till nutritionsåtgärder. Många sjuksköterskor var osäkra på om fortsatt vätsketillförsel var bra eller dåligt för patienten. De har också en begränsad uppfattning om sin roll och vilket ansvar de har samt vilka möjligheter de har att föra fram sina åsikter. Japanska sjuksköterskor var också försiktiga med att inte sätta läkaren i en situation där dennes trovärdighet ifrågasattes (Konishi et al., 2002). I Mc Aulays (2001) kvalitativa studie med tio sjuksköterskor ansåg samtliga att beslutet om att fortsätta med parenteral vätska ligger på läkarens ansvar. De ansåg dock att en dialog med läkaren befrämjade patientens omvårdnad i syfte att öka patientens komfort i livets palliativa slutskede. Det var dock många sjuksköterskor som kände sig osäkra på om det var en fördel eller nackdel med att fortsätta ge vätska till patienten (a.a.). Miyashita et al. (2008) kommer i sitt resultat fram till att läkarens respekt angående sjuksköterskors åsikter gällande vätsketillförsel var att 36 % av 2735 på onkologisk avdelning och 68 % av 593 på palliativ enhet upplevde att de har läkarens respekt och en adekvat dialog om beslutet som tas. Det visar att sjuksköterskor som arbetar på onkologisk avdelning upplever att de har otillräcklig kommunikation med läkare för att känna sig trygga i samtalet med patient och anhörig angående nutritionsåtgärder (a.a.).

Dialog med patient och/eller anhörig

Att bygga upp positiva attityder och beteenden stärker enligt Ke et al. (2008) sjuksköterskors roll för att kommunicera och samarbeta med patient och anhöriga. I undersökningen framkom dock att kommunikationssvårigheter med patient och anhörig fanns och påverkade beslutet om nutritionsåtgärder. Kommunikationssvårigheterna bestod till stor del i det kulturella arvet och att fortsätta ge vätska var det minsta som kunde göra för patienten och någon annan diskussion med anhöriga eller patient var etiskt oacceptabelt (a.a.). Enligt Veers et al. (2008) studie samtalade endast 25 % av 489 sjuksköterskor med patienten om vätsketillförsel i livets palliativa slutskede, däremot var det 91 % av 245 sjuksköterskor som hade samtal med anhöriga. Att så stor del hade samtal med anhöriga och inte patienten berodde på att det var i livets "sista fas" och kommunikation med patienten var svår eller omöjlig på grund av sänkt medvetande eller medvetlöshet (a.a.). I Riet et al. (2008) studie lyfter sjuksköterskor fram kommunikationens betydelse med anhöriga i beslutsfattandet angående nutritionsåtgärder för att anhöriga inte ska bli lämnade ensamma med detta svåra beslut. En studie av Yamagishi (2009) från Japan visade att mer än 80 % av 76 deltagande sjuksköterskor i en endagarsutbildning angående vätsketerapi i livets palliativa slutskede mer frekvent efter

utbildningen kommer att diskutera med patient och familj om önskemål och syn på nutritionsåtgärder.

Informationsgivare

Enligt Ke et al. (2008) var sjuksköterskor ansvariga för att information gavs till patient och anhöriga om fördelar och nackdelar med nutritionsåtgärder, samtidigt som respekt för patientens autonomi och psykosociala inställning skulle respekteras. I vården av döende patienter var sjuksköterskors roll att ge information utifrån den kunskap hon/han besatt för att kunna hantera denna svåra fråga (Riet et al., 2008).

”You’d sit down and listen to them and what they’re feeling...and initially it’s a fear and just find out what they’re really fearful of and I guess educate them in various informative ways and, sometimes you can go along with their wishes but then you need to back off very slowly. I think it depends on the family” (Riet et al., 2008, s.150).

Utbildning

Kunskapsbrist

I undersökningen från Taiwan av Ke et al.(2008) där en övergripande sammanställning gjorts avseende kunskapen om nutritionsåtgärder i livets palliativa slutskede visade resultatet att 53,7 % av 197 sjuksköterskor hade tillräcklig kunskap. Eftersom 46,3 % saknade tillräcklig kunskap ansågs att en förstärkning i sjuksköterskeutbildningen behövdes för att i dialog med läkare skapa förutsättningar för att bästa lämpliga medicinska beslut ska tas utifrån patientens behov (a.a.). I en undersökning från Japan 2009 där 81 sjuksköterskor deltog visade resultatet att kunskap avseende artificiell hydrering till döende cancerpatienter ökade på nio av tretton punkter efter en utbildningsdag. De betonar vikten av ökad kunskap genom utbildning i denna komplicerade situation (Yamagishi et al., 2009). I Mc Aulays studie från 2001 svarade sju av tio sjuksköterskor att de saknade kunskap om dehydreringens effekter på döende patienter, det gjorde att de kände sig osäkra angående anhörigas frågor om patientens komfort.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att ge, avsluta eller avstå enteral eller parenteral nutrition till patienter i palliativt slutskede. För att få en översikt över forskningsområdet och samtidigt kunna uppfylla studiens syfte valdes en litteraturoversikt som metod. Litteraturoversikt lämpar sig då en fördjupning och sammanställning av redan tidigare redovisat forskningsresultat vill undersökas (Friberg, 2006). Arbetsprocessen enligt Fribergs (2006) modell är väl strukturerad och tydligt beskriven (se figur I). Att följa dessa steg har underlättat arbetsgången betydligt. När artiklarna granskades användes Fribergs (2006) frågor för att säkerställa att artiklarna höll hög kvalitet (se bilaga 1). På frågan hur etiska tillstånd gjorts i de 10 artiklar vi valt i vår studie, visar det sig att det inte redovisas i alla inkluderade artiklar däremot har etiska resonemang förts. Tillstånd har begärts ifrån de sjukhus där personal valts ut för att ingå i studierna och artiklarna håller enligt Fribergs (2006) analyseringsmetod hög kvalitet för övrigt.

När artiklar söktes, letades efter både kvalitativa och kvantitativa för att få ett så brett material som möjligt. Detta för att öka trovärdigheten i resultatet. Det visade sig att det fanns ett större utbud av kvantitativa artiklar i förhållande till kvalitativa inom vårt problemområde. Det hade varit intressant om det funnits mer kvalitativa artiklar eftersom en större förståelse av sjuksköterskors erfarenheter då framkommer. Några av de kvantitativa studierna innehöll dock inslag av kvalitativa ansatser i form av öppna frågor, där deltagarna svarade med egna ord. Resultatet blev att det inkluderades sju kvantitativa och tre kvalitativa artiklar. För att få så aktuellt forskningsresultat som möjligt sökte vi från början endast artiklar från år 2000 och framåt. Ett stort antal abstrakt lästes igenom och fick exkluderas eftersom de inte tillfullo svarade upp mot syftet eller var empiriska. Trots ett sökande med stor variation av de sökord som vi ansåg motsvarade vårt syfte, visade det sig att vårt forskningsområde inte var så utforskat och antalet relevanta artiklar blev för få. I sökorden enteral, nasogastric sond, percutaneous endoscopic gastrotomy (PEG) hittades det inga publicerade artiklar utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Författarna anser att detta är en svaghet och finner det underligt eftersom det är en betydligt mer ekonomisk metod än att ge vätska intravenöst till patienter i palliativt slutskede. Därför valde vi att ta med en artikel från år 1996 som vi ansåg höll hög kvalitet. Den artikeln fick vi fram tidigt under manuell sökning i relevanta tidskrifter samt fann den intressant och beslöt att ta med den om antalet artiklar från år 2000 och framåt inte var tillräckligt i antal. Dessutom var den från Israel och det breddade vår spridning av artiklar från olika länder.

Av de valda artiklarna fanns endast två med fulltext resterande fick beställas via bibliotek mot betalning. Artiklarna som inkluderades i studiens resultat var utförda i Australien, Taiwan, Japan, Nederländerna, England och Israel. Eftersom forskningen på artiklarna var från olika världsdelar kom det fram att olikheter gällande kultur, religion och synen på sjuksköterskors roll påverkade resultatet. En svaghet med vår studie är att det inte hittades några artiklar från

Norden eller USA. Dessutom hade det varit intressant om det funnits artiklar från Afrika för att belysa deras syn på nutrition vid livets palliativa slutskede.

Artiklarna som valdes lästes enskilt av författarna flera gånger. Under processens gång fördes en diskussion mellan författarna för att säkerställa att resultatet uppfattats lika. Vid analysförfarandet uppstod vissa problem när de kvantitativa artiklarnas resultat skulle analyseras. Vi fastnade lite i vårt arbete eftersom vår kunskap att tolka tabeller och statistiska uträkningar är begränsad. Men med hjälp av tabellernas text samt Ejlertssons Grundläggande statistik(1992) analyserades och tolkades resultatet för att säkerställa att de uppgifter vi presenterade var sanningsenliga. Enligt Friberg (2006) presenteras resultaten olika, de kvantitativa i form av siffror medan de kvalitativa presenteras i form av ord.

Resultatdiskussion

Fyra viktiga kategorier framkom i resultatet under analysen av vårt vetenskapliga material angående fortsatta nutritionsåtgärder eller inte i livets palliativa slutskede de var: *Livskvalitet*, *Etiska aspekter*, *Kommunikation och Utbildning*. Utifrån dessa fyra kategorier framkom tio subkategorier som påverkar sjuksköterskors upplevelser och syn på nutrition till patienter i palliativt slutskede. Sjuksköterskor är de som är omvårdnadsansvariga vilket innebär att planera omvårdnaden och se till helheten hos varje enskild patient. Sjuksköterskors roll i palliativ vård är att vara relationsskapande, stödjande, kommunikativ och koordinerande (Beck-Friis & Strang, 2005). Målsättningen med den centrala funktionen är att ge bästa möjliga omvårdnad och minsta möjliga lidande för varje enskild patient (a.a.).

I resultatet under kategorin *Livskvalitet* kom det fram att i Taiwan, Israel och Japan ansåg en majoritet av sjuksköterskor att anledningen till fortsatt vätsketillförsel i livets palliativa slutskede var i första hand att bekräfta livet och dess helighet samt att hoppet fanns kvar. Att ge vätska intravenöst sattes därmed före patientens välbefinnande och autonomi. I Beck-Friis & Strang (2005) beskrivs autonomiförlusten som något av det svåraste för en döende människa. Det är då lätt att vårdpersonal utan att reflektera eller i tron att de hjälper, tar över dennes autonomi och att vården ges utifrån andra utgångspunkter än den sjukes önskemål (a.a.). Omvårdnadsteoretiker Virginia Henderson (1991) anser att idealet är att utgå ifrån patientens syn på vilka nutritionsåtgärder denne önskar i livets slutskede så att självbestämmandet tillvaratas. Beror inställningen till fortsatt vätsketillförsel på att den kulturella synen ute i samhället i dessa länder färgar sjuksköterskors och övrig personals synsätt inom vården och att livskvalitet därmed får underordnad betydelse? Författarna anser att patientens välbefinnande och egna önskemål ska respekteras och tas tillvara.

I subkategorin individanpassad vård visar resultatet att sjuksköterskor anser att patientens totala situation och önskan bör tillgodoses för att se till att varje enskild patient ges bästa möjliga omvårdnad i livets palliativa slutskede. Detta blir möjligt om en dialog med patient och anhöriga angående beslut om nutritionsåtgärder görs och patientens autonomi respekteras.

Vid tillförsel av vätska bör effekten utvärderas varje dygn och nya bedömningar om vad som gagnar patienten göras. Resultatet visar att sjuksköterskor har som mål att tillgodose en individanpassad vård för varje patient men trots det görs det inte. I Statens Offentliga Utredningar (SOU) är målet att främja livskvalitet för varje enskild patient när möjlighet till självbestämmande är nedsatt i livets slutskede (SOU 2001:6). Detta fås genom att tvärprofessionellt sammansatta vårdlag diskuterar den enskilda patientens behov (a.a.). Författarna anser att om en vårdplan upprättas i ett tidigt skede tillsammans med anhöriga tillgodoses patientens enskilda behov och patientens autonomi kan tas tillvara. Anhöriga har då insikt i patientens egna önskemål när patientens autonomi försämras och kan då lättare ta över ansvaret tillsammans med sjuksköterskor och läkare.

Under kategorin *Etiska aspekter* framkommer det i vårt resultat att det uppstår ett moraliskt dilemma eftersom det råder delade meningar mellan sjuksköterskor från samma land om vad som är rätt eller fel att vidta för nutritionsåtgärder i livets palliativa slutskede. Resultatet visar att många sjuksköterskor är osäkra på om den intravenösa tillförseln av vätska gagnar eller missgynnar patientens välbefinnande i livets palliativa slutskede. Dessutom framkommer det att sjuksköterskor upplever olust när patienten tagit ett eget beslut om att avstå intravenös vätska. Resultatet visar också att ett annat etiskt dilemma som sjuksköterskor i studier från Taiwan och Japan upplever är att läkare och sjuksköterskor i de flesta fall utgår ifrån de fysiologiska behoven samt att den kulturella synen är att äta och dricka för att kunna leva och inte tar hänsyn till den döende patientens individuella behov. Därför ges intravenöst vätska rutinmässigt istället för att i dialog med patient och anhöriga komma fram till vad som är bäst för varje enskild patient. Trots att resultatet visar att sjuksköterskor har en ambition om att se till helheten hos patienten finns en otillräcklig kunskap och missuppfattning angående intravenös vätskebehandling. Dessutom finns en påverkan från läkare och patientens familjemedlemmar, kombinerad med en rädsla för medicinsk konflikt och kommunikationsproblem med andra kollegor. Enligt DeMarinis (1998) har kulturen ett övergripande begrepp som formar vårt sätt att uppleva och tänka kring hälsa och ohälsa. Trots olika kulturella synsätt är målet enligt DeMarinis att hjälpa de patienter som befinner sig i livets slutskede att se till att individuell vård ges för att patienten ska få dö sin egen död (a.a.). Enligt Socialstyrelsens (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor belyser den att ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskors arbete oavsett i vilken verksamhet och vårdform hon/han arbetar.

Författarna anser att för att kunna förändra den allmänna uppfattningen bland sjuksköterskor behövs en förstärkning av sjuksköterskans roll genom utbildning i vad som händer både kroppsligt och själsligt hos den döende patienten. Författarna fann det också anmärkningsvärt att det i artiklarnas resultat inte togs upp vilket stöd sjuksköterskor fick eller behövde för att orka med omvårdnaden av patienter i livets palliativa slutskede. Dessutom framkommer det i resultatet att många sjuksköterskor upplever olust när patienten själv tagit ett beslut om att avstå intravenös vätska vilket är motsägelsefullt eftersom patientens autonomi ska vara det som respekteras. Detta kanske kan förklaras med att den kulturella synen i flera länder är att det minsta som kan göras är att i alla fall ge vätska intravenöst. För att kunna förändra synen på de delade åsikterna sjuksköterskor har

anser författarna att en större etisk diskussion bör få utrymme i vården och därmed bryta den kulturella influensen.

Resultatet i vår studie visar att i Japan, England, Taiwan och Australien ansåg vissa sjuksköterskor att lidandet minskar för patienten om vätsketillförseln avslutas. Som skäl angavs att fortsatt vätsketillförsel ökar belastningen på kroppen med ödemutveckling och slemmbildning vilket ger en försämrad andning. Enligt WHO:s (2002) definition kan lidandet förebyggas genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av fysiska och psykosociala problem som uppkommer i samband med livshotande sjukdom. Definitionen lägger vikt på att bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process och inte påskynda eller fördröja döden (a.a.). Författarna anser att minska lidandet genom att avsluta vätsketillförsel i de flesta fall är att föredra för att patienten ska få en god död och istället ge en god munvård i livets palliativa slutskede.

Törst och torr mun har länge varit en bidragande orsak till fortsatt intravenös vätsketillförsel hos döende. Vår studie visar att genom god munvård anger sjuksköterskor att det minskar upplevelsen av törst hos patienten. Speciellt utsatta för muntorrhet är patienter som genomgått strålbehandling i munhålan eller har mediciner som påverkar saliven (Sutcliffe et al., 1994). Författarna anser att om det blir rutin att ställa in en bricka med munvårdsartiklar hos varje döende patient ökar chansen att en frekvent munvård görs. Om det dessutom finns en signeringslista att fylla i när munvården blivit utförd skapar det bra rutiner och omvårdnaden stärks.

När det gäller synen på vad sjuksköterskor ansåg vara det viktigaste angående nutritionsåtgärder för patienter i livets palliativa slutskede visar resultatet att det fanns en kulturell skillnad mellan olika vårdinrättningar. De som arbetade på palliativa enheter ansåg att komfort och livskvalitet för patienten var det viktigaste medan sjuksköterskor som arbetade på akutavdelningar ansåg att fortsätta med medicinsk behandling inkluderande vätska var av värde för patienten. För de sjuksköterskor som arbetar inom palliativa enheter är döden en naturlig del av omvårdnadsarbetet. Deras erfarenhet blir därmed bredare ju fler år de arbetar. Enligt Dunn et al. (2005) och Roman et al. (2001) ökar sjuksköterskors förståelse och empati ju mer erfarenhet hon/han har av att vårda döende patienter och desto mer positiv är upplevelsen av omvårdnaden runt patienten. Det författarna anser vara en viktig fråga är varför synen på nutrition skiljer sig mellan de olika enheterna? Kan det bero på att sjuksköterskor som jobbar med palliativ vård får en annan insikt i vad som är livskvalitet för patienten? Sjuksköterskor är också påverkade av vilken syn läkare har på respektive enhet eftersom de har det medicinska beslutet.

I kategorin *Kommunikation* visar resultatet att det många gånger brister i kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor vid beslut om nutritionsåtgärder. I Japan ansåg sjuksköterskor att läkaren har en överordnad roll och är den som tar beslut om fortsatta nutritionsåtgärder och inkluderar därför inte sig själva i dialog vid dessa beslut. Vad studien däremot visar är att sjuksköterskor önskar vara involverade i beslutsprocessen genom en öppen dialog med läkaren. När sjuksköterskor och läkare har en dialog runt problemet blir det beslut som tas lättare för bägge parter. De senaste decenniernas medicinska och tekniska utveckling innebär större

möjligheter att påverka när döden inträffar. Socialstyrelsen (SOSFS 1992:2) har därför kommit med allmänna råd som bygger på livsuppehållande åtgärder i livets slutskede eftersom det finns en risk för överbehandling. Båda författarna har upplevt att läkare har ordinerat dropp till patienter som inte haft behov av det. Eftersom läkaren har det medicinska ansvaret och ibland har svårt att acceptera en patients förestående död samt rädsla för att bli anmälda till Socialstyrelsen, anser författarna att intravenös vätsketerapi ordinerats som inte hjälpt eller gynnat den döende patienten.

I rollen som sjuksköterska tar omvårdnadsteoretikern Henderson (1991) upp att det är viktigt att inge förtroende och förståelse för att underlätta kommunikationen med patient och anhörig. Det är viktigt för att främja en god död för patienten (a.a.). Författarna anser att om det byggs upp en god kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor i beslutsprocessen angående nutritionsåtgärder innebär det att vi som sjuksköterskor känner oss tryggare i samtalet med patient och anhörig. Detta innebär att vår roll som informationsgivare utifrån den kunskap vi besitter känns lättare att hantera när delade meningar uppstår i dialogen med anhöriga.

I tre olika artiklar under kategorin *Utbildning* kommer det fram att kunskap saknas avseende vilka nutritionsåtgärder som är till fördel för patienter i palliativ vård i livets slutskede. Kunskap saknades om dehydreringens effekter och dess fysiologiska påverkan på kroppen vilket gjorde att sjuksköterskor kände sig osäkra på vad som är rätt eller fel angående vilka nutritionsåtgärder som bör vidtas, för att uppnå så god omvårdnad som möjligt. Omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson (1991) menade i sin teori att personalen saknade kunskap angående intravenös vätsketillförsel och på grund av detta fick många döende patienter dropp.

Författarna anser också att kunskap saknas om vad som händer fysiologiskt i kroppen och att intravenös vätska givits till patienter som inte förbättrat eller underlättat patientens tillstånd. Genom egen erfarenhet som sjuksköterskor i mer än 25 år är vår uppfattning att patienter i livets palliativa slutskede sällan tar upp hunger som ett problem. Eftersom det inte går att göra en utvärdering i efterhand på grund av att patienten dör, är det viktigt att utifrån våra upplevelser av hur patienten mår här och nu, låta det styra våra omvårdnadsåtgärder. Att ge patienterna en fridfull död är något som omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson (1991) framhåller och i vår roll som sjuksköterska är målsättningen att ge bästa möjliga omvårdnad och minsta möjliga lidande för patienter i palliativt slutskede.

Konklusion

Vilka nutritionsåtgärder som ska vidtas i palliativt slutskede skapar oro hos sjuksköterskor. Trots att resultatet visar att sjuksköterskor anser att individuell vård är viktig påverkas besluten angående nutritionsåtgärder av olika etiska och kulturella influenser. Den kulturella synen i flera länder präglas av att bekräfta livet och dess helighet och sätts därmed före patientens välbefinnande och autonomi. Patientens autonomi som ska respekteras får därmed underordnad betydelse. Som sjuksköterska hamnar denne ofta mitt i den etiska debatten om vad som är rätt

och fel att göra. Resultatet visar att det finns behov av utbildning för att förstå skillnaden i den fysiologiska processen av att vara döende och de symtom anhöriga oroar sig för såsom hunger och törst eftersom de vanligtvis inte är relaterade till varandra men uppfattas höra ihop. Genom ökad teoretisk kunskap hos sjuksköterskor minskar osäkerheten vilket därmed underlättar kommunikationen med patient, anhöriga och läkare. Eftersom läkaren har det medicinska ansvaret för patienten är dialogen med denne viktig för att som sjuksköterska känna sig trygg i samtalet med patient och anhöriga angående nutritionsåtgärder. Genom en tidig dialog i den palliativa fasen med patient och anhöriga ökar chansen att genom ett ökat förtroende möjliggöra att patienten får en god individuell vård och minsta möjliga lidande när dennes autonomi sviktar. Det är viktigt att komma ihåg att de nutritionsåtgärder som vidtas aldrig kan förhindra döden för patienter i livets palliativa slutskede.

Implikation för klinisk verksamhet

Resultatet av studien kan användas av sjuksköterskor i den kliniska verksamheten genom att en individuell vårdplan genomförs i samråd med patient, anhöriga och läkare i ett tidigt stadium av livets palliativa slutskede och att kontinuerlig uppdatering görs. Detta ska ske utifrån den enskildas livssituation för att ge bästa möjliga livskvalitet och möjliggöra en fridfull död. I den individuella vårdplanen ska nutritionsåtgärder diskuteras. Att även skapa rutiner för att ge en frekvent munvård i det kliniska arbetet stärker omvårdnaden och minskar patientens upplevelse av törst. Dessutom borde möjlighet till teoretisk kunskap ges angående vård i livets palliativa slutskede eftersom resultatet visar att det finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskor.

Förslag till fortsatt forskning

Eftersom ett alternativ är att ge nutrition via sond till magsäcken är det förvånande att det inte finns fler studier gjorda inom ämnet enteral nutrition i livets palliativa slutskede sett ur ett sjuksköterskeperspektiv. Att ge näring via sond innebär att den naturliga vägen för att få näring upprätthålls. I endast två av de tio artiklar som ingår i studien har författarna hittat att detta ämne tagits upp, dock ej som en egen studie. Det vore därför intressant om fler studier inom detta område genomfördes. Dessutom vore det mycket intressant om forskning gjordes i Sverige angående sjuksköterskors erfarenheter och syn på nutritionsåtgärder i livets palliativa slutskede för att se om det skiljer sig emot det resultat denna studie visat.

REFERENSER

De referenser som har en *ingår i resultatdelen

Abu-Saad, H. (2000). Palliative care: an international view. *Patient Education and Counselling*, 41(1), 15-22.

Almås, H., & Kondrup, J. (2004). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber.

Björkman, E & Karlsson, K. (2001). *Medicinsk teknik för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

Costello, J. (2006). Dying well: nurses experiences of good and bad deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 594-601.

DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård i livets slutskede*. Lund: Studentlitteratur.

Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experiences and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97-104.

Ejlerssson, G. (1992). *Grundläggande statistik – med tillämpningar inom sjukvården*. Lund Studentlitteratur.

Ferrell, B. (2005). Overview of the domains of variables relevant to end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 22-29.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Borås: Almqvist och Wiksell förlag AB.

ICN (2005). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Jakobsson, E., Bergh, I., & Öhlén, J. (2006). The turning point: Identifying end-of-life care in everyday health care practice. *Journal of Palliative Medicine*, 7(5), 611-624.

Jakobsson, E. (2007). *Palliativa perspektiv*. (on line). Vårdalinstitutets Tematiska Rum Palliativ vård och omsorg. Hämtad 2009-05-05 från <http://www.vardalinstitutet.net/art/perspektiv.pdf>.

*Ke, L., Chiu, T., Lo, S., & Ku, W. (2008). Knowledge, attitudes and behavioural intentions of nurses toward providing artificial nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan. *Cancer Nursing, 31(1)*, 67-76.

*Konishi, E., Davis, A.J., & Aiba, T. (2002). The ethics of withdrawing artificial food and fluid from terminally ill patients: an end of life dilemma for Japanese nurses and families. *Nursing Ethics, 9(1)*, 7-19.

Lindskog, B. (2004). *Medicinsk Terminologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

*Mc Aulay, D. (2001). Dehydration in the terminally ill patient. *Nursing Standard, 16(4)*, 33-37.

Medicinska Forskningsrådet. (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk *humanforskning – Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.

*Miyashita, M., Morita, T., Shima, Y., Kimura, R., Takahashi, M., & Adachi, I. (2008). Nurse views of adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: a nationwide survey. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 24(6)*, 463-469.

Morita, T., Tei, Y., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (2001). Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer, 9*, 177-186.

*Morita, T., Shima, Y., Miyashita, M., Kimura, R., & Adachi, I. (2004). Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine 7(5)*, 683-693.

*Musgrave, C.F., Bartal, N., & Opstad, J. (1996). Intravenous hydration for terminal patients: What are the attitudes of Israeli terminal patients, their families, and their health professionals? *Journal of Pain and Symptom Management. 12(1)*, 47-51.

National Institutes of Health. (2004). State-of-the-science Conference statement. Improving end-of life care. Final statement.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar-med stöd av IT och Internet* Lund: Studentlitteratur.

*Riet, P., Higgins, I., Good, P., & Sneesby, L. (2008). Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing, 14(3)*, 145-151.

- *Riet, P., Higgins, I., Good, P & Sneesby, L. (2009). A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2104-2111.
- Román, E.M., Sorribes, E., & Ezquerro, O. (2001). Nurses attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 338-345.
- Sandman, L., & Woods, S. (2003). *God palliativ vård - etiska och filosofiska aspekter* Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Slomka, J. (2003). Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 70(6), 548-552.
- Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1992:2 *Socialstyrelsens allmänna råd om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede* .Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2001:6 Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande av Kommittén om vård i livets slutskede. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sutcliffe, J., & Holmes, S. (1994). Dehydration: burden or benefit to the dying patient? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 71-76.
- *de Veer, A.J.E., Francke, A.L., & Poortvliet, E. (2008). Nurses involvement in end of life decisions. *Cancer Nursing*.31 (3), 222-228.
- Widell, M. (2003). *Lindranda vård – vård i livets slutskede*. Uppsala: Bonnier.
- World Health Organization. (2002). National cancer control programmers; policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization.
- *Yamagishi, A., Tanaka, F., & Morita, T. (2009). Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. *Journal of Pain and Symptom Management*. 38(3), 358-364.

Bilaga 1

Frågor för kvalitetsgranskning av artiklar.

Frågor som ställdes inför granskning av kvalitativa artiklar:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersoner beskrivna?
- Hur analyserades data?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Frågor som ställdes inför granskning av kvantitativa artiklar:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur analyserades data? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall, hur hänger de ihop?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Friberg (2006) sid. 118.

Bilaga 2

Översikt av granskade artiklar

Nr	Författare	Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat
1	Riet, Higgins, Good & Sneesby Australien	Journal of Clinical Nursing. 2009	A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care.	Att undersöka diskurser av hur sjuksköterskor och läkare förhåller sig till de nutritionsproblem de ställs inför vid vården av patienter med svår hjärnskada och döende patienter med cancer.	Kvalitativ studie som baserades på 2 fokusgrupper med totalt 15 informanter.	Det uppenbarade sig olika attityder och uppfattningar mellan läkare och sjuksköterskor angående livskvalitet och förlängandet av livet. Etiska dilemman uppstår när beslut måste göras.
2	Ke, Chiu, Lo & Hu Taiwan	Cancer Nursing. 2008	Knowledge, attitudes, and behavioural intentions of nurses toward providing artificial nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan.	Att förstå hur kunskap, attityder och beteende hos sjuksköterskor förhåller sig till att ge artificiell nutrition och vätska hos döende cancerpatienter.	Kvantitativ studie där 197 sjuksköterskor deltog och svarade på en enkät.	Studiens resultat tyder på att en förstärkning i utbildningen för att öka kunskaperna angående artificiell nutrition och vätska för döende bygger upp positiva attityder. Det stärker arbetet för kommunikation med läkare, patient och familj.

Nr	Författare	Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat
3	Konishi, Davis & Aiba Japan	Nursing Ethics. 2002	The ethics of withdrawing artificial food and fluid from terminally ill patients: an end-of- life dilemma for Japanese nurses and families.	Att undersöka hur japanska sjuk- sköterskor och anhöriga ser på att avsluta artificiell vätsketerapi vid terminalvård.	Kvantitativ studie med 160 sjuk- sköterskor som deltog i en enkätunders ökning. Studien har inslag med öppna kvalitativa frågor i enkäten.	Resultatet visade att läkarens ord, familjens önskan eller patientens ålder inte påverkade synen på tillbaka- dragande av vätsketerapi. Däremot patientens önskan och om det underlättade lidandet och en naturlig död.
4	Veer, Francke & Poortvliet Neder- länderna	Cancer Nursing. 2008	Nurses' involvement in end-of- life decisions.	Att undersöka sjuusköter- skors åsikter gällande deras roll angående diskussioner i livets slutskede samt deras faktiska roll i besluts- processen.	Kvantitativ studie med 489 sjuusköter- skor som svarade på en enkät.	Studien visade att sjuusköter- skor anser att läkaren bör diskutera dessa beslut oftare med dem. Sjuusköter- skors syn påverkar vilken roll de har i besluts- processen. Därför är det viktigt att utveckla redskap som garanterar att besluten fattas konsekvent.

Nr	Författare	Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat
5	Riet, Good, Higgins & Sneesby Australien	Journal of Palliative Nursing. 2008	Palliative care professionals' Perceptions of nutrition and hydration at the end of life.	Att undersöka palliativa sjuksköterskors och läkares uppfattning och attityd angående att ge nutrition till patient i livets slutskede.	Kvalitativ studie med 15 informanter uppdelade i 2 fokusgrupper.	Resultatet visar att terminal dehydrering minskar bördan av lidande för döende patienter så länge adekvat munvård ges. Utbildning och kommunikation är viktig för ett bra lagarbete i denna svåra situation.
6	Morita, Shima, Miyashita, Kimura & Adachi Japan	Journal of Palliative Medicine. 2004	Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill patients with cancer.	Att undersöka läkares och sjuksköterskors erfarenheter angående effekterna av intravenös vätskebehandling av symptom på döende patienter med cancer.	Kvantitativ Studie med 3328 sjuksköterskor som svarade på en cross-sectional enkätundersökning.	Studiens resultat visar att rutinmässig användning av intravenös vätsketillförsel ej bör rekommenderas och individuell vård som bygger på omfattande bedömning av varje patients behov starkt krävs.

Nr	Författare	Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat
7	Yamagishi, Tanaka & Morita Japan	Journal of Pain and Symptom Management. 2009	Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: A nurse- education intervention.	Att undersöka effekterna av en utbild- ningsdag i interaktiv workshop som bygger på riktlinjer för sjuk- sköterskors kunskap, förtroende, självupplevda erfarenheter och dess användbarhet i praxis gällande nutrition.	Kvantitativ Studie med 76 sjuksköterskor som svarade på en pre-och post anonym enkät.	Trots kliniska bevis att intravenös vätsketerapi har liten effekt för att lindra törst i livets slutskede gavs det ändå. Efter work-shopen angav 95 % att oral omvårdnad är viktigare. Dessutom svarade mer än 80 % att de ska fråga patient och familj angående vätsketerapi.
8	McAulay England	Journals Nursing Standard. 2001	Dehydration in the terminally ill patient.	Att undersöka effekterna av dehydrering till döende patienter med syfte att som läkare och sjuksköterska känna sig trygg i situationen.	Kvalitativ ansats med öppna frågor. Tio sjuksköter- skor deltog.	Sjuksköter- skor anser att det är läkarens beslut som gäller. Samtliga sjuksköterskor var överens om att avsluta vätsketerapi till döende ökar patientens välbefinnande Individuell vård ska baseras på de beslut som tas.

Nr	Författare	Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat
9	Miyashita, Morita, Shima, Kimura, Takahashi & Adachi Japan	American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2008	Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: A nationwide survey.	Att undersöka sjuksköterskors upplevelse av diskussionen mellan sig och läkare angående artificiell vätsketerapi som ges till döende cancerpatienter. Samt klargöra sjuksköterskors frustration utgående från artificiell vätsketerapi och undersöka faktorer relaterade till detta missmod.	Kvantitativ studie med 3328 sjuksköterskor som svarade på en enkät undersökning.	Diskussion mellan läkare och sjuksköterskor angående artificiell hydrering är otillräcklig, särskilt på allmänna sjukhus. Vården ska fokusera på patientcentrerat team och individuella beslutgällande nutritionsåtgärder. Aktivt deltagande för sjuksköterskor hjälper både i patientomvårdnaden och lättar på den etiska bördan.
10	Musgrave, Bartal & Opstad Israel	Journal of Pain and Symptom Management. 1996	Intravenous hydration for terminal patients: What are the attitudes of Israeli terminal patients, their families, and their health professions?	Att identifiera attityder hos patienter, läkare, sjuksköterskor och anhöriga angående uppfattningen gällande intravenös vätsketerapi i livets slut och vem som ska ta beslutet.	Kvantitativ Studie med inslag av kvalitativa öppna frågor. Trettiofyra sjuksköterskor deltog i studien.	Kulturella aspekter påverkar beslutsprocessen. Hälften av sjuksköterskorna ansåg sig inte vara involverade. Läkaren ansågs överordnad vid beslutsstagandet.