



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

SYK180H

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

**VÆSKEBEHANDLING TIL TERMINALE  
CANCERPASIENTER I SYKEHUS**

KANDIDATNUMMER: 47 OG 72  
KULL 11 HØST  
INNLEVERING 11. APRIL 2014

# **« Min far sovnet ikke stille inn, han tørstet og sultet i hjel»**

Aftenposten, 12. Januar 2012

Pårørendes opplevelse av farens bortgang på en institusjon der ernæring og væsketilførselen ble avsluttet etter at faren hadde fått slag. Pårørende hadde fått manglende informasjon fra både lege og sykepleiere om avgjørelsens beslutning.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	s.5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s.5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	s.5
1.3 Avgrensning.....	s.6
1.4 Hensikt med oppgaven.....	s.6
1.5 Oppgavens oppbygging.....	s.6-7
<b>2.0 METODEDEL</b> .....	s.8
2.1 Generelt om metode.....	s.8
2.2 Valg av metode.....	s.8
2.3 Kvalitativ metode.....	s.8-9
2.4 Kildekritikk og valg av kilder.....	s.9-10
2.5 Presentasjon av case.....	s.10
2.5.1 Case I.....	s.10-11
2.5.2 Case II.....	s.11
<b>3.0 TEORIDEL</b> .....	s.12
3.1 Presentasjon av teoretiker.....	s.12
3.2 Virginia Henderson.....	s.12-14
3.3 Kreft.....	s.15
3.4 Terminal fase.....	s.16
3.5 Væskebehandling.....	s.17-19
3.6 Tørste og munntørrehet.....	s.19-20
3.7 Sykepleiers rolle og etiske utfordringer.....	s.20-21
3.8 Pårørende.....	s.21-22
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	s.23
4.1 Væskebehandling.....	s.23-24
4.1.1 For og imot væskebehandling.....	s.24-26
4.2 Tørste og munntørrehet.....	s.26-27
4.3 Sykepleiers rolle og etiske utfordringer.....	s.27-28
4.4 Pårørende.....	s.29-30

**5.0 KONKLUSJON**.....s.31

**LITTERATURLISTE**.....s.32-33

## 1.0 INNLEDNING

Antall ord: 9167

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I forbindelse med vår avsluttende bachelor oppgave i sykepleie er vi to sykepleiestudenter som har samarbeidet med oppgaven. Vi har begge vært interessert i fagfeltet palliativ og terminal omsorg da dette er et sårbart tema både for pasienten og de pårørende. I sykepleieryrket vil vi komme opp i situasjoner der pasienter er alvorlige syke og døende. Å kunne ha gode fagkunnskaper på dette området vil styrke vår kompetanse som framtidige sykepleiere.

Etter å ha opplevd pasientsituasjoner både fra praksis og som pårørende ønsker vi bedre fagkunnskap på området rundt væskebehandling ved den terminale fasen. I enkelte tilfeller har vi opplevd at det har vært uenigheter og usikkerhet blant sykepleiere rundt det å skulle gi intravenøs væskebehandling til den døende pasienten. Vårt inntrykk fra praksis er at det er for lite fagkunnskaper rundt akkurat dette temaet. Dette er et tema som vi ønsker å fordype oss i. Vårt tema for oppgaven er «*væskebehandling til terminale cancerpasienter i sykehus*».

Etter endte praksisperioder både i kommunehelsetjenesten og sykehus, har vi begge kommet opp i pasientsituasjoner der vi har sett at en sterk faglig kunnskap har vært essensiell for en trygg og fredfull død.

Å kunne gi faglig forsvarlig pleie til pasienter i den terminale fasen ser vi på som en av sykepleierens viktigste oppgaver. Vi ønsker å kunne fremme en fredfull avslutning på livet for den døende, samt trygge pårørendes opplevelse av deres kjære den siste tiden av livet.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut ifra vårt tema har vi valgt å formulere problemstillingen «Hva er sykepleiers rolle ved væskebehandling til terminale cancerpasienter i sykehus?».

I løpet av våre praksisperioder opplever vi at det er usikkerhet omkring sykepleiers rolle rundt det å skulle gi væskebehandling til terminale pasienter.

### **1.3 Avgrensning**

For at oppgavens omfang ikke skal bli for stort avgrenser vi vår problemstilling. Vi ønsker å ha fokus på voksne cancer pasienter over 18 år som er innlagt i sykehus og ikke i hjemmet da det om lag er 80 % av pasientene som dør på institusjon (Holter, 2011).

For å avgrense oppgavens omfang ytterligere velger vi og bare ha fokus på væskebehandling og ikke ernæring. Siden vi som fremtidige sykepleiere ønsker å kunne fremme en fredfull død ønsker vi å ha fokuset på terminale pasienter, altså pasienter i livets aller siste slutfase.

Når en pasient er i den terminale fasen vil prinsippene for sykepleien til disse pasientene være relativt like uansett cancer diagnose. Det vil alltid være individuelle forskjeller fra pasient til pasient også når det gjelder ulike cancer diagnoser og hvilke sykepleietiltak som trengs. Vi ønsker med vår bachelor oppgave å la den gjelde for alle typer cancer. I problemstillingen vår har vi ikke nevnt den terminale pasientens pårørende, men vi ønsker likevel å trekke inn pårørende i oppgaven da pårørende som oftest har en sentral rolle for den terminale pasienten. God sykepleie i den terminale fase er ikke bare å pleie pasienten, men også ivareta de pårørende.

### **1.4 Hensikt med oppgaven**

Formålet med oppgaven er å få et større faglig innblikk til bruken av væskebehandling i den terminale fasen til cancer pasienter og hvilken rolle sykepleieren har der. Vi ønsker å kunne finne svar gjennom litteratur og forskning om hva som er riktig når pasienten er terminal. Hva er sykepleierens rolle når pasienten er terminal og ikke selv greier å innta væske per os. Etter å studert litteratur og forskning på dette området ønsker vi som fremtidige sykepleiere å kunne stille faglig sterke til terminale pasienter og deres pårørende når det gjelder behandling med intravenøs væske.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Bachelor oppgaven vår er delt inn i fem hoveddeler som består av en innledningsdel, metodedel, teoridel, drøftingsdel og til slutt en konklusjon. I innledningsdelen gir vi leseren av oppgaven et innblikk i valg av tema og problemstilling. I metodedelen kommer det frem hvilke valg av metode vi har brukt for å finne svar på problemstillingen, vi har også valgt å presentere to caser fra hendelser i praksis for å gi leseren en bedre forståelse for valg av problemstillingen. I teoridelen har vi valgt å belyse valg av sykepleie teoretiker som vi mener

er relevant for vårt tema, en kort beskrivelse av kreft, definisjon av terminal fase, væskebehandling for terminale cancer pasienter, sykepleiers rolle, tørste og munntørhet og pasientens pårørende. I drøftingsdelen har valgt å drøfte væskebehandling til terminale cancerpasienter, der vi tar for oss argumenter for og imot. Vi har også valgt å drøfte de funnene vi har gjort oss om tørste og munntørhet, sykepleiers rolle og etiske utfordringer og pasientens pårørende. Vi har drøftet funn fra forskning og litteratur samt våre egne synspunkter. Til slutt gir vi leseren en konklusjon av våre funn i forhold til tema og problemstillingen for vår bachelor oppgave.

## **2.0 METODEDEDEL**

### **2.1 Generelt om metode**

I forbindelse med vår bachelor oppgave er det viktig at vi velger en metode som er relevant for vår studie. Valget av metode er avgjørende for et best mulig resultat for det temaet og den problemstillingen vi har valgt å fordype oss i.

En metode er en fremgangsmåte for å innhente kunnskap og få frem de riktige påstander som stiller krav til kvalitet og troverdighet. Metoden forteller oss hvordan vi går frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. I metodevalg for oppgaveskriving må det ligge til grunn at vi tenker at metodevalget vil gi oss gode data og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

Vilhelm Aubert definerer metode slik:

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder»* (Dalland, 2007, s. 81).

### **2.2 Valg av metode**

I forbindelse med vår bachelor oppgave har vi valgt å benytte oss av en litteraturstudie for å belyse problemstillingen vår. Vi mener at det er den beste måten for å innhente informasjon og opplysninger til denne oppgaven. Når en bruker litteraturstudie som fremgangsmåte benytter en seg av forskning og litteratur som allerede eksisterer. Intervju som metode for vår problemstilling anser vi som etisk vanskelig og urealistisk med tanke på problemstillingen og tidsaspektet for oppgaven. En litteratur studie er en kvalitativ metode. Vi har i tillegg til litteraturstudien valgt å trekke inn noen erfaringer fra praksis. Disse erfaringene vil bli presenter i case I og case II.

### **2.3 Kvalitativ metode**

En kvalitativ metode lar seg ikke tallfeste eller måle, men den tar sikte på en helhetlig opplevelse. Ved bruk av den kvalitative metoden går en mer i dybden av innhentede data.



Noen kjennetegn ved kvalitativ metode er at data som innhentes tar sikte på å få frem sammenheng og helhet, gå i dybden, ustrukturerte observasjoner og formidle forståelse (Dalland, 2007).

## **2.4 Kildekritikk og valg av kilder**

Når vi skal skrive bachelor oppgave er det viktig at vi er kritisk og reflektert over hvilke kilde valg vi benytter oss av. Det er viktig at vi benytter oss av relevante kilder for å fremskaffe oss data som kan gi de riktige opplysninger vi trenger. Ifølge Dalland er kildekritikk metoder som brukes for å fastslå om en kilde er troverdig. Kildekritikk vil gi leseren innsyn i de refleksjonene en har gjort seg om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2007).

Før vi startet med selve bachelor skrivingen brukte vi to til tre uker for å finne relevant forskning og litteratur for vår problemstilling. Vi startet med å finne forskningsartikler og fagartikler fordi vi ønsket å kartlegge om det fantes nok forskning om temaet. Søkeordene vi har brukt er:

- Terminal cancer patient
- Liquid treatment
- End of life
- Nursing role
- Family members
- Medical assisted hydration
- Liquid treatment

Vi har kombinert disse søkeordene når vi har søkt etter forskningen. De databasene vi har brukt i søket er:

- Svemed +
- Cochrane library
- Pubmed
- British nursing index
- Medline
- Ovid nursing

Det å skulle finne og bruke de rette søkeordene og søkebasene var i starten utfordrende, men etter hvert fikk vi bedre kjennskap til å bruke de ulike ordene og databasene. For å finne relevant litteratur gikk vi først igjennom pensumlitteraturen for deretter å søke etter bøker og tidsskrifter på universitetets bibliotek. Vi har også benyttet oss av byens bibliotek, men der fant vi de samme bøkene som universitetet utlåner.

Mye av litteraturen vi har benyttet oss av i bachelor skrivingen er litteratur vi har funnet utenfor pensum. Vi har benyttet oss av flere litteraturbøker av eldre årgang for å finne ut om det har skjedd endringer de siste ti årene. Vitenskapelige forskningsartikler har vi også valgt å bruke for å finne svar på vår problemstilling gjennom den nyeste forskningen, denne forskningen er blitt publisert i de siste fem årene.

## **2.5 Presentasjon av case**

Før vi startet med bachelor oppgaven har vi begge opplevd hendelser i praksis som vi begge ønsket å utdype og skaffe oss bedre kunnskaper om. For å belyse vårt tema og problemstilling ønsker vi derfor å ta med hendelser fra praksis. Av etiske begrunnelser velger vi å anonymisere både pasienter og pårørende. Vi har derfor valgt å kalle pasienten i case I «Anna» og pårørende «Siri». Case II velger vi å kalle pasienten «Oscar» og pårørende «Sigrund».

Ved å ta med en case fra virkeligheten ønsker vi å gi leseren et bedre innblikk i vårt valg av tema og problemstilling.

### **2.5.1 Case I**

Den første casen vi ønsker å presentere er hentet fra en av våre praksisperioder på en medisinsk avdeling. Casen blir presentert i «jeg» form da det bare var en av oss sykepleier studenter som opplevde situasjonen.

Jeg og en av sykepleierne på avdelingen skulle se til en av pasientene på avdelingen etter morgenrapporten. Pasienten var en terminal kvinne Anna på 73 år. Pasientens datter Siri hadde kommet og satt ved sengekanten da vi kom inn på pasientrommet. Da vi kom inn på rommet reiste Siri seg opp og var rimelig oppskaket over at hennes mor lå med tørre sprukne lepper og åpen munn. Hun ønsket svar på hvorfor Anna ikke fikk væske per os eller intravenøst. Siri brukte ord og setninger som: «*ser dere ikke at hun lider av tørste? Dere har jo tatt bort væsketilførselen hennes!*» og «*skal dere ikke gi henne væske snart?*».

Både jeg som student og sykepleieren ble begge usikre ovenfor Siri og den situasjonen vi var i. Jeg kunne se på sykepleieren at hun ble svært stresset og usikker ovenfor hva hun skulle svare. Sykepleieren sa kort og kjapt at hun nettopp hadde kommet på dagvakt og at hun ikke viste hvorfor Anna ikke fikk væske. Sykepleieren sa at hun skulle snakke med vakthavende lege og senere komme tilbake.

Jeg som student følte situasjonen svært ubehagelig ovenfor Siri og Anna. Sykepleieren hadde ikke fagkunnskaper nok til å kunne forklare situasjonen. Da jeg spurte henne om hvorfor væsken var tatt bort sa hun bare, «*det er vanlig når dem er terminale*».

I ettertid av situasjonen spurte sykepleieren om en av de andre sykepleierne kunne gå inn og prate med Siri, jeg tenkte for meg selv at mangelen på faglige kunnskaper om væskebehandling til terminale pasienter var årsaken til at hun ikke gikk inn selv.

### **2.5.2 Case II**

Oscar en mann på 83 år hadde i lengre tid hatt lunge cancer og var nå innlagt på et sykehjem. Oscars allmenntilstand var nå blitt så dårlig at legene konkluderte ham som terminal. Oscar var klar og orientert helt til det siste. Hans datter Sigrund var flere ganger daglig på besøk hos sin far. Siste dagen Oscar levde kom Sigrund på besøk, da ser hun at han hadde fått kanyle i foten og det pågikk væskeinfusjon. Sigrund ble overrasket og spurte en av sykepleierne hvorfor det nå var blitt hengt opp væske. Sykepleieren svarte at «Oscar er tørr i munnen og trenger væske, han sier han er tørst». Sigrund spurte etterpå Oscar om han hadde bedt om væske og om han var tørst. «Nei jeg var bare tørr i munnen etter natten, ønsket bare en slurk med vann, men så kommer dem og stikker meg jeg som har nok smerter fra før, åren traff dem ikke heller så dem stakk meg i foten». «Jeg ønsker bare å få død, dette holder meg bare lengre i livet med uutholdelige smerter Sigrund!». «Kan du ta det bort!?!». Sigrund ba en av sykepleierne komme inn på rommet og forklarte hva faren hadde sagt. Sykepleieren ble tydelig irritert og skapte en svært ubehagelig situasjon for Oscar og Sigrund. Sykepleieren hadde heller ikke klare faglige svar å gi Sigrund om hvorfor dem hadde startet væskebehandling. I ettertid sitter denne opplevelsen som ubehagelige minner om farens siste timer i livet, Sigrund følte seg totalt overkjørt over sykepleierens svar og avgjørelse. Sigrund og Oscar hadde i inkomstsamtalen gitt klar beskjed om at Oscar ønsket en rolig og fredfull død, han ønsket bare smertelindring og godt stell, ikke behandling som han mente kunne forlenge livet hans.

## **3.0 TEORIDEL**

### **3.1 Presentasjon av teoretiker**

I vår bacheloroppgave har vi valgt å bruke Virginia Hendersons sykepleierteori da hun tar for seg sykepleie ved livets slutt. Da Henderson tar for seg temaet sykepleie ved livets slutt er hun veldig aktuell for vår oppgave.

Virginia Henderson er en verdenskjent sykepleieteoretiker. «Basic Principles of Nursing Care» ble først utgitt i 1960, og er siden utgitt flere ganger og er også oversatt til ca. 30 språk. Henderson er benyttet i flere land som en del av undervisningen. Henderson var en viktig person, og er fortsatt viktig i dag etter sin død, hun ble blant annet utnevnt til æresmedlem i Norsk sykepleierforbund i 1987(Holter, 2011).

### **3.2 Virginia Henderson**

I dag er de fleste pasienter under omsorg fra sykepleiertjenesten ved livets slutt. Virginia Henderson mener at det er viktig at hver enkelt pasient får den individuelle sykepleie han trenger, hun mener også at sykepleieren skal fremme sunnhet, helbredelse og hjelpe en døende pasient til en fredfull død (Vesterdal, 1996).

Henderson sier videre at vi glemmer bort de menneskene som viser at livet går mot slutten. Hun legger også vekt på at det å gi hjelp til en fredfull død består av å lindre smerte, ubehaget og opplevelsen av å være ensom for den som er døende. Miljøet rundt den døende skal være estetisk tilrettelagt og tillitsfull. Pasienten skal få hjelp til å møte realiteten med døden ærlig og tappert og få uttrykke de religiøse behovene pasienten måtte ha foran døden. Sykepleieren har i oppgave å være til hjelp der pasienten selv ikke har tilstrekkelig med kunnskap, vilje eller styrke til å få dekket sine behov. Sykepleieren skal også bistå legen i den lindrende behandlingen som gis til den pasienten som er i livets slutfase(Holter, 2011).

I den reviderte utgaven av «sykepleierens natur», sier Henderson at det er av stor betydning å tilrettelegge egne pleiehjem for døende pasienter. I et miljø som er tilrettelagt for den døende kan de få motta den spesielle sykepleien som den døende har behov for. Her i Norge har det blitt opprettet slike pleiehjem også kalt Hospice, og flere sykehus har egne enheter som er

tilrettelagt for pasienter som har sterke smerter, ofte slike smerter som kommer når pasienten går mot livets slutfase. Vi ser at Henderson har en stor aktualitet i dag, da lindrende behandling nå er et satsningsområde innenfor helsevesenet (Holter, 2011).

Det å være i en situasjon med pasienter som går mot livets slutt kan være av en spesiell karakter, noe også Henderson sier noe om. Hun sier at en sykepleier som ønsker å forstå pasienter med en uhelbredelig sykdom i hans egne sosiale sammenheng, og det å hjelpe pasienten til å bevare hans verdighet, vil bruke anledningen til å snakke med familie og venner av pasienten. Noen ganger kan det å samtale med pasientens pårørende være med på å gjøre pårørende kjent med pasientens behov fra han eller henne (Holter, 2011).

Virginia Henderson omtaler nesten alltid at den som mottar profesjonell sykepleie, er pasienter. Med dette vil hun få frem følgende:

*«En person som ikke har tilstrekkelig styrke, vilje eller kunnskap til selv å utføre aktiviteter som er nødvendige for å opprettholde helsen, bli frisk fra sykdom eller få en fredfull død. Hadde pasienten hatt disse ressursene, ville han selv ha sørget for det»*  
(Holter, 2011, s. 155).

I dette begrepet mener hun de som har en aktiv sykdom, kronisk syke, og de som trenger rehabilitering. Henderson vil fremheve at god sykepleie er å hjelpe pasienten med de helseutfordringene pasienten ikke mestrer på egenhånd.

Virginia Henderson setter i sin teori 14 ulike behov som hun mener er beskrivende for menneskets grunnleggende behov. For å gi pasienten sykepleie som er riktig for hver enkelt pasient må sykepleieren danne seg et overblikk over de ulike områdene pasienten trenger hjelp på.

De 14 grunnleggende behovene som Henderson legger vekt på:

- *«å kunne puste normalt*
- *å kunne spise og drikke tilstrekkelig*
- *å kvitte seg med kroppens avfallsstoffer*

- *å kunne bevege seg å endre kroppsstilling (gå, sitte eller ligge i ulike stillinger som er mulig å forandre etter behov)*
- *å kunne få tilstrekkelig søvn og hvile*
- *å kunne velige riktig påkledning og kle av og på seg*
- *å kunne opprettholde kroppstemperaturen og tilpasse den etter forholdene i omgivelsene*
- *å kunne holde kroppen ren og velpleid og huden beskyttet*
- *å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre*
- *å kunne utrykke følelser, behov, frykt osv gjennom kommunikasjon med andre*
- *å kunne utføre handlinger i pakt med sin religion*
- *å kunne ha oppgaver som gir følelsen av å prestere noe*
- *å kunne leke og delta i forskjellige former for rekreasjon*
- *å kunne lære, oppdage og tilfredsstille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og god helse» (Holter, 2011, s. 156).*

Flere av Virginia Hendersons 14 punkter er svært relevante for sykepleieutøvelsen til terminale pasienter. Punktetene beskriver sykepleiers funksjon ved å sørge for at pasienten får dekket sine grunnleggende behov helt til siste åndedrag.

Henderson sier at den personen som ikke har krefter, vilje eller har manglende kunnskap til å ivareta disse 14 grunnleggende behovene, trenger hjelp fra en profesjonell sykepleier (Holter, 2011, s. 156).

### 3.3 Kreft

Kreft er blant de største folkesykdommene vi har i Norge, og det er ca.175.000 kvinner og menn med kreft i Norge i dag. De fire vanligste typene for kreft i dag er prostatakreft som vi ser hos menn, og brystkreft hos kvinner, tykktarmskreft og lungekreft har også blitt mer vanlig de senere årene(Almås, 2010).

Da vi har valgt å skrive om terminal cancer på generelt grunnlag velger vi å ikke utdype de ulike krefttypene.

Kroppen vår består av mange celler, der de fleste cellene formerer seg ved deling, dette kalles celledeling. Når noen blir rammet av kreft har det skjedd en feil i celledelingen, der cellene deler seg ukontrollert og utfører ikke de oppgavene slik som friske celler gjør. Cellene fortsetter å dele seg og til slutt blir det en opphopning av celler i det organet som ble rammet av den ukontrollerte veksten av celler. Det har da dannet seg en kreftsvulst. Det kan ta helt opp til 20 år før svulsten er stor nok til å bli oppdaget, mens i andre tilfeller går utviklingen raskt. Kreftceller har også en egenskap i motsetning til celler i godartede svulster nemlig evnen til å vokse seg videre inn i andre organer og spre seg via blod eller lymfesystemet(Almås, 2010).

De vanligste behandlingsformene for kreft er kirurgi, cytostatika behandling, og strålebehandling. De ulike typene av behandling er avhengige av hvor kreften er lokalisert, og hvilken kreftform pasienten har. Disse behandlingsformene kan kombineres eller brukes hver for seg(Almås, 2010).

To av tre som har fått diagnostisert kreft i dag overlever sin sykdom, og her ser vi en stor forbedring i forhold til hvor mange som overlevde sin sykdom for 50 år siden, forskningen har spilt en stor rolle for bekjempelse av kreft (Grasdahl, 2014).

Behandlingen av kreft kan være kurativ eller palliativ. Kurativ behandling er når målet er helbredelse av sykdommen. Palliativ behandling er forlengelse av levetid, lindrende behandling, og/eller symptomlindring der pasienten har fått beskjed om at levetiden er begrenset.

### 3.4 Terminal fase

Når en hører ordet kreft forbindes dette ofte med døden. Som nevnt tidligere er det to av tre mennesker som blir friske av kreftsykdommen. Men noen får den tunge beskjeden om at prognosen ser dårlig ut. Ordet terminal er ikke like kjent for mange, da man i folkelig språk bruker ordet døende.

Det er ikke alltid like lett å vite når en pasient er døende. Husebø og Husebø har satt opp en del grunnleggende forutsetninger som kan være til hjelp å vurdere om pasienten er døende:

- *«Pasienten lider av alvorlig progressiv sykdom med dårlig prognose.*
- *Pasienten er tiltakende sengeliggende og ekstremt svekket.*
- *Pasienten er tiltakende forvirret eller bevisstløs.*
- *Pasienten er mindre interessert i mat og drikke.*
- *Pasienten viser avtakende interesser for sine omgivelser.*
- *Pasienten utsettes for en eller flere livstruende komplikasjoner» (Blix og Breivik, 2006, s.358).*

Hos kreftpasienter vil pasientens allmenntilstand svekkes gradvis, og når døden nærmer seg sees en rekke endringer hos pasienten. Pasienten har mer behov for å sove, behov for sengeleie er vanlig, og interessene for omgivelsene svekkes. Orienteringsevnen til pasienten svekkes og pasienten kan bli forvirret. Behovet for ernæring er ikke lenger like stort, og etterhvert vil behovet for væske minke. Denne fasen er vanskelig å tidfeste da den kan vare fra timer til dager, mens andre ganger kan den strekke seg over flere uker. I løpet av det siste levedøgnet kan man se at leppene blir cyanotisk (blåaktig), der også føtter, hender og lepper blir marmorert grunnet svekket blodtilførsel. Hvis man kjenner på pasientens nese, hender og ører kan man kjenne at disse er kalde, og pulsen slår raskere og blir svakere. Pusten til pasienten forandrer seg og man kan høre at pasienten veksler mellom hurtig og langsom respirasjon, der korte og lengre pauser innimellom er vanlig. Dette er ofte kombinert med surkling, fordi pasienten ikke har krefter til å hoste opp slimet, og det er dette som kalles dødsralling (Rosland, Hofacker og Paulsen, 2006).



### 3.5 Væskebehandling

Væskebehandling blir vanligvis gitt til pasienter for å opprettholde en normal væskebalanse i kroppen når en selv ikke greier å innta væske peroralt. Væskebehandling blir som regel gitt intravenøst eller subkutant, i noen tilfeller også gjennom sonde.

I forbindelse med vår problemstilling blir væskebehandling her presentert for cancer pasienter i den terminale fasen.

I den terminale fasen vil ofte temaet væskebehandling være sentralt, spesielt fra pårørende som mener og ønsker at deres kjære ikke skal tørste når pasienten ikke lengre greier å innta væske selv. Fra barndommens år forbinder vi mat og drikke med opprettholdelse av velvære og liv. For pårørende kan det være svært vanskelig å akseptere at deres kjære ikke skal få væske tilført i den terminale fasen. I sykehus og institusjoner er det ofte for dårlig eller lite faglig kompetanse blant sykepleiere om intravenøs væskebehandling. Dette resulterer i usikkerhet omkring intravenøs væskebehandling.

Ikke bare pårørende, men også helsepersonell uten faglig kompetanse kjenner på en usikkerhet om terminale pasienter skal gis væske eller ikke (Hugoson og Sjøberg 1995).

Hva vil være til det beste for den terminale pasienten, tilførsel av væske eller ikke?

De fleste forbinder væske med velvære og opprettholdelse av liv, men det er viktig at en husker på at terminale pasienter ofte ikke lengre ønsker eller har nytte av væskebehandling (Maarup, 1994), dette blir også støttet av forskningen utført av Krishna, Poulouse og Goh (2010). Det er en naturlig del av dødsprosessen at funksjonen av vitale organer nedsettes og dermed vil ikke kroppen ha like stort utbytte av væsketilførsel lengre (Maarup, 1994). Hos et friskt menneske vil uttørking medføre symptomer som tørrhet i munnen, hodeverk, svimmelhet, kvalme, muskelsvakhet og kramper. Når det gjelder terminale pasienter er situasjonen noe annerledes og erfaringer viser at terminale pasienter bare opplever munntørrhet, men ingen andre symptomer (Hugoson og Sjøberg 1995).

Ifølge litteraturen er det gjort få undersøkelser på temaet væskebehandling, de få studiene som er gjort kan ikke påvise at terminale pasienter får minsket tørstebehovet eller redusert munntørrhet ved væskebehandling. Pasienter har ofte fått bedre symptomkontroll når intravenøs væske har blitt seponert. Når væskeinntaket blir redusert oppstår det mindre produksjon av væske til mage-tarm-kanalen som resulterer i mindre kvalme og oppkast hos enkelte pasienter. Sekresjon til lungene blir også redusert, med mindre slim og hoste som resultat (Thoresen og Sjøen 2008). Litteraturen her blir også støttet gjennom en studie gjort av Krishna et al., (2010) som viser til at kunstig hydrering i løpet av de siste 48 timene av livet

ikke har noen betydelige innvirkninger på symptomer knyttet til hydreringsstatus, bruk av medikamenter eller på overlevelse hos terminale syke kreft pasienter (Krishna et al., 2010).

Ved redusert væskeinntak minsker det også urinproduksjonen som medfører mindre toalettbesøk og innleggelse av kateter. Reduksjon av væske kan minske svulminger rundt tumor som resulterer i mindre smerte. Noen teorier påstår også at uttørkinger har en naturlig bedøvende effekt på nervesystemet (Hugoson og Sjøberg 1995).

Slik det også kommer frem av Per Sjøgren i sin håndbok i palliativ medisin kommer det her i stikkordsform ulemper og fordeler ved væskebehandling.

Ulemper ved væskebehandling:

- Væske forlenger dødsprosessen og er en unaturlig innblanding i en naturlig prosess.
- Vansker med toalettbesøk, sengeskiift og smertefulle kateteriseringer da væske gir økt diurese.
- Faste medfører økt produksjon av endorfiner som gir mindre smerte og tørstfølelse
- Sekresjon fra lunger og svelg avtar når pasienten er i væskeunderskudd
- Perifere ødemer og ascites kan oppstå
- Gir begrenset mobilitet og flytter oppmerksomheten fra pasienten til infusjonen

Fordeler med væskebehandling:

- Dehydrering kan medføre nedsatt nyrefunksjon og dermed opphoping av legemidler
- Dehydrering og elektrolyttforandringer kan gi ubehagelige symptomer som kvalme, oppkast, muskelkramper og svimmelhet (Eriksen, Mørch og Sjøgren 2002).

En studie gjort av Raijmakers, Zuylen, Constantini, Caraceni, Clark, Lundquist, Voltz, Ellershae og Heide (2010) viser det seg at kunstig hydrering har begrenset effekt på pasientens symptomer av tørste, men kan i noen tilfeller redusere kvalme. Det ble heller ikke funnet noen sammenheng mellom overlevelse og kunstig hydrering.

Terminale pasienter og pårørende har ofte en positiv holdning til kunstig hydrering i terminal fase. Sykepleier bør derfor kommunisere tydelig med pasienten og pårørende om de begrensede beviser for gunstig effekt av kunstig hydrering. Det er tydelig at denne kommunikasjonen skaper etiske utfordringer (Raijmakers et al., 2010). En annen studie utført av Good, Cavenagh, Mather og Ravenscroft (2008), viser til at væskebehandling kan ha gunstige effekter i form av forbedring av sedasjon og muskelsammentrekninger, men også her

påpeker studien at væskebehandling gir uheldige symptomer for pasienten i form av væskeretensjoner (perifert ødem, pleura væske og ascites) (Good et al., 2008).

### **3.6 Tørste og munntørighet**

Tørste og munntørighet er et tema som ofte dukker opp når pasienter er i den terminale fasen. Terminale pasienter har ofte et forsterket behov for oksygen og for å opprettholde oksygenbehovet er det lettere å puste med åpen munn. Slimhinner i munnen og lepper tørker da ut, og pasienten kan oppleve symptomer som tørste og ubehag. Hovedårsaken til opplevelsen av tørste er ofte tørre lepper, munn og svelg (Blix og Breivik 2008).

Noen pårørende har vansker med å akseptere at deres kjære ser ut til å tørste, og ønsker derfor at pasienten får tilført væske intravenøst. Det er viktig at sykepleieren forklarer at pasienten sjeldent føler tørst, men at symptomer på tørste skyldes tørre slimhinner (Maarup, 1994).

Når pasienten er i den terminale fasen er et av de viktigste sykepleier tiltakene forebyggelse av symptomer som tørste og munntørighet. Tørste og munntørighet nedsetter pasientens livskvalitet og skaper ubehag (Eriksen, Mørch og Sjøgren 2002). I en studie der det ble gjort en spørreundersøkelse viser resultatene at sykepleiere kan bidra til å bedre lindring av tørste ved å øke sine kunnskaper og oppmerksomhet på området rundt munnomsorg for dødssyke kreftpasienter (Yamagishi, Tanaka og Morita 2008).

Sykepleie ved forebyggelse av tørste og godt munnstell kan gjøres på flere måter. Fukting av munnen og lepper kan gjøres med en svamp beregnet for munnstell. Det finnes ulike svamper med forskjellige smaker på sykehus og pleiehjem. Den vanligste smaken er som regel sitron, da det kan fremme spytt produksjonen. Hvis pasienten greier det kan små porsjoner med isvann, isklumper, eventuelt små biter med syrlig frukt, syrlige dropps og sukkerfri tyggegummi være aktuelt. Det kan også hjelpe med spytterstatning i form av kunstig spytt eller eksplorasjonskrem (Holter og Mekki, 2011).

Regelmessig fukting av munn og lepper bør skje hver time til andre time. Bruk av leppebalsam linder også sprukne lepper. Det finnes også sugetabletter som fremmer god smak i munnen og stimulerer spyttsekresjonen. Hvis pasienten bruker tannproteser er det viktig at en husker på at disse kan skape sår og irritasjon på munnslimhinnen, puss og smøring av disse er derfor viktige forebyggende tiltak. Sår og irritasjon skaper smerter og ubehag for pasienten, godt munnstell vil derfor også være forebyggende tiltak for å redusere smerte (Blix og Breivik 2008).

Utførelse av godt munnstell for den terminale pasienten trenger ikke nødvendigvis utføres av sykepleier. Dette er en fin oppgave sykepleier kan undervise pårørende i slik at de kan være delaktige i pleie av deres kjære de siste dager og timer. Pårørende ønsker ofte å kunne bidra for å hjelpe deres kjære, munnstell er derfor et fint sykepleie tiltak dem kan hjelpe til med. Det er viktig å instruere dem praktisk for å unngå usikkerhet (Hugoson og Sjøberg 1995).

### **3.7 Sykepleiers rolle og etiske utfordringer**

Når en hører om begrepet sykepleierens rolle lager de fleste seg noen ulike tanker om hva dette innebærer. En sykepleiers rolle kan innebære alt fra praktiske prosedyrer, medisinhåndtering, pleie, administrative oppgaver og så videre. En annen viktig rolle er ivaretagelsen av både pasienten og deres pårørende ved livets slutt. Vi ønsker derfor her å presentere sykepleiers rolle ved væskebehandling til terminale cancer pasienter som er innlagt på sykehus.

Det å møte pasienter ved livets slutt kan være en stor utfordring for sykepleieren. Sykepleier skal ikke bare ivareta pasienten, men også deres pårørende. Dette kan være etisk vanskelig da sykepleier skal tenke både på pasienten og hans behov samtidig som pårørende er i en svært sårbar situasjon og kanskje har ønsker for pasienten som ikke alltid vil være til det beste for den terminale pasienten.

I løpet av en travel sykehus hverdag er det sykepleieren som ivaretar og følger opp det meste av behandlingen. Gode observasjoner og kliniske vurderinger er viktige tiltak en sykepleier kan gjøre av pasienten for så å videreformidle vurderinger til lege. I en forskningsstudie gjort av Albers, Francke, de Veer, Bilsen og Onwuteaka (2013), viser det seg at over halvparten av de spurte pasientene i spørreundersøkelsen (64 %) heller ønsker å snakke med en sykepleier enn lege angående beslutninger om behandling ved livets slutt. Det kommer også frem i forskningen at flertallet av sykepleierne mente at de hadde en viktig rolle i beslutninger om behandling ved livets slutt. Gjennom tett og hyppig kontakt med pasienter og deres pårørende kan sykepleieren fungere som en viktig kilde til informasjon, og kan gi legen relevant informasjon om pasientens situasjon og ønsker ved livets slutt (Albers et al., 2013).

Når pasienten er ved livets slutt, blir ofte temaet om væskebehandling tatt opp av pårørende. Væskebehandling er spesielt noe pårørende tar opp ved livets siste dager eller timer.

I situasjoner der pasienter er kommet i den terminale fasen er det svært viktig at sykepleieren har faglige kunnskaper om det er hensiktsmessig eller ikke å starte med væskebehandling når pasienten ikke selv greier å innta væske peroralt. Det er legens ansvar å seponere medikamenter og bestemme når væskebehandling skal påbegynnes og avsluttes, men det er sykepleiers ansvar å ta opp denne problemstillingen med legen (Blix og Breivik 2006).

Slik vi har presentert tidligere påpeker Virginia Henderson at en viktig rolle for sykepleierne er å sørge for at pasienten får en fredfull død. Henderson poengterer at det å gi pasienten en fredfull død betyr å redusere smerte, ubehag, og redusere opplevelsen av ensomhet. Miljøet rundt den døende pasienten skal være betryggende og tillitsfull. Hun sier også at en av sykepleieroppgavene ovenfor den døende pasienten er å være til hjelp der pasienten mangler kunnskap, vilje eller styrke til å få dekket sine dagligdags behov. Sykepleieren skal også bistå legen med å gi pasienten lindrende behandling mot livets slutt (Holter, 2011).

### **3.8 Pårørende**

Det første som oftest assosieres med pårørende er nær slekt, ektefeller, foreldre eller barn av pasienten. Pårørende kan også være en nær venn, nabo, kjæreste, kollega eller lignende. Etter pasientrettighetsloven blir pårørende definert som den pasienten oppgir som sin nærmeste pårørende. I de tilfeller der pasienten ikke er i stand til å definere sine pårørende selv sier loven at nærmeste pårørende skal være den personen som i størst mulig grad har varig og løpende kontakt med pasienten. I følge loven skal det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre eller andre familiemedlemmer som står pasienten nær (Pasientrettighetsloven § 1-3 b).

Hos pasienter som er terminale vil pårørende ofte spille en svært viktig rolle for trygghet og trivsel. Pårørende kjenner som oftest pasienten godt og vil kunne bidra til å formidle ulike behov pasienten måtte ha til helsepersonell. Pårørende vil ofte bli sett på som en søyle av trygghet for pasienten.

Å være pårørende til terminale pasienter kan oppleves svært smertefullt spesielt hvis mangelen på god og riktig informasjon uteblir. Ofte vil mangelen på informasjon være nok til at pårørende føler seg misforstått og frustrerte. Medisinske valg eller behandling som blir tatt

av lege og sykepleier vil kunne skape frustrasjon og sinne hos pårørende hvis de ikke får god nok informasjon og forklaring på valgene. I slike situasjoner er det viktig at sykepleieren setter av tid til å undervise og svare pårørende på eventuelle spørsmål. For de fleste pårørende er det viktig at sykepleieren viser omsorg og er tilgjengelig.

Intervjuer og forskning utført av Lind, Lorem, Nortvedt og Hevrøy (2011), viser til at pårørende ønsker en mer aktiv rolle i beslutninger ved livets slutt. Resultatene tyder også på at sykepleierne bør være mer involverte i familie-lege kommunikasjon. I konklusjonen av intervjuet og forskningen viser det seg at pårørende er usikre om eller hvordan dem kan delta i beslutningsprosesser. De trenger entydig kommunikasjon og ærlig informasjon fra helsepersonell (Lind et al., 2011).

I situasjoner der pasienten er i den terminale fasen har pårørende ofte et like stort behov for omsorg som den terminale pasienten. Mange pårørende kan føle seg fremmede og utilpass i situasjonen, for noen er det kanskje første gang de møter døden på nært hold.

Å bekrefte hvor viktige de er for pasienten i slutfasen av livet kan gi pårørende en følelse av å være til nytte i en vanskelig situasjon. Når pasienten er i den terminale fasen vil praktiske oppgaver som å fukte munnen, smøre lepper og vise nærhet være viktige oppgaver den pårørende kan ha (Blix og Breivik 2006).

## 4.0 DRØFTING

Vi skal nå drøfte våre funn av litteratur og forskning som vi har arbeidet med i bachelor oppgaven. Vi ønsker å gjenta vår problemstilling før vi starter med drøftingsdelen.

*«Hva er sykepleiers rolle ved væskebehandling til terminale cancer pasienter i sykehus?»*

Ifølge Dalland (2007) er det gjennom drøftingen vi skal vise hva vi har lært gjennom arbeidet med bachelor oppgaven vår, og hvordan denne kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på området. Vi skal vise hvilken sammenheng det er mellom teorien vi trakk opp under vårt arbeid med problemstillingen og resultater fra forskningsartiklene vi fant (Dalland, 2007).

### 4.1 Væskebehandling

Slik vi tidligere har nevnt forbinder mennesket væske og ernæring med opprettholdelse av liv og velvære. Fra tidlig barndom blir vi lært at væske og ernæring er hovedkilden til opprettholdelse av liv, helse og velvære. Den kjente psykologen Abraham Maslow`s (1908-70) behovs pyramide inneholder fem klasser av behov et menneske trenger. I bunnen av pyramiden ligger behovet for væske og ernæring som er det viktigste et menneske trenger for å kunne leve (Malt, 2009).

Å skulle avgjøre om væskebehandling skal igangsettes eller avsluttes hos terminale pasienter er et vanskelig tema også etisk. I de fire prinsippers etikk er det en plikt at sykepleie skal handle om velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2008). Fra grunnutdanningen i sykepleie har vi lært at væske er en kilde til opprettholdelse av liv, men når væskeinntak i situasjoner kan skade pasienten ser vi at punktet der en ikke skal skade blir sentral. Når en skal avgjøre om væskebehandling til terminale cancer pasienter skal seponeres eller igangsettes er det viktig at sykepleieren er kunnskapsbasert, dette kommer også frem i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at sykepleiere skal ha respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal også bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Slik vi erfarer det fra praksis ønsker de fleste pårørende at pasienten skal få væske intravenøst. Dette blir også støttet av forskningen gjort av Choen, Vigil, Burbach, Rosa, og

Bruera (2012) som viser til at pårørende til dødssyke cancer pasienter så på hydrering som håp og trøst.

Pårørende har ofte ikke kunnskaper rundt det å skulle igangsette væskebehandling til terminale pasienter, de forbinder væske med grunnleggende behov for opprettholdelse av liv. Erfaringene vi har gjort oss i praksis viser også at sykepleiere har manglende fag kunnskaper på området rundt væskebehandling til terminale pasienter. Vi ser på temaet væskebehandling til terminale pasienter som et svært viktig tema som det burde bli satt mer fokus på i sykepleieundervisningen. Etter å ha funnet litteratur og forskning rundt temaet finner vi at det er manglende og for lite forskning gjort rundt væskebehandling til terminale pasienter. Ifølge Thoresen og Sjøen (2008) er dette et vanskelig tema som det er gjort for lite studier på. Noen av årsakene kan være at det er et vanskelig etisk tema å forske på, da både den terminale pasienten og deres pårørende er i en svært sårbar situasjon.

#### **4.1.1 For og imot væskebehandling**

Etter å ha fordypet oss i hva litteratur og forskning sier sitter vi igjen med ny fag kunnskap rundt temaet væskebehandling til terminale cancer pasienter. Før vi startet med litteratur og forsknings søket var vi begge usikre på hva som er til det beste for terminale pasienter. Ville det være best å gi kunstig væskebehandling eller ville det være til det beste og ikke gi kunstig væskebehandling intravenøst til terminale pasienter?

Både i pensum litteraturen og i selvvalgt litteratur har det vært ganske like oppfatninger rundt det å skulle gi væskebehandling for terminale pasienter. Når pasienten er i den terminale fasen vil det som tidligere nevnt være en naturlig del av dødsprosessen at funksjonen av vitale organer nedsettes og kroppen vil dermed ikke ha like stort utbytte av væsketilførsel lengre (Maarup, 1994).

Fra naturens siden er det en naturlig del av den terminale fasen at pasienten ikke lengre greier å innta væske eller ernæring. Vi ser på det å skulle gi kunstig væskebehandling til terminale pasienter som en unaturlig del av en naturlig prosess.

I forskingen vi har funnet blir også teorien av og ikke skulle gi kunstig væskebehandling til terminale pasienter støttet. Både i studien til Krishna et.al (2010) og Raijmakers et.al (2010) viser det seg at kunstig væsketilførsel til terminale pasienter ikke viser seg å ha noen livsforlengende effekt eller påvirkning av dehydrerings symptomer. Virkningen av komfort virket også begrenset. Sykepleiers rolle vil være å fremme velbehag og en fredfull død slik Virginia Henderson også sier.



Maarup (1994) viser til i sin litteratur at kretsløpet hos den terminale pasienten er nedsatt, hvilket betyr at hvis væske blir tilført kunstig, kan det oppstå en uhensiktsmessig væske opphopning i kroppen. En sonde gjennom nesen eller en kanyler i venen med væsketilførsel vil også oppleves som uetisk og skape avstander mellom pasienten og pårørende når døden er nær (Maarup, 1994).

Både i pensum litteraturen og i selvvalgt litteratur fant vi svært få holdepunkter for å skulle gi væskebehandling til terminale pasienter. Men i noen tilfeller var det argumentert for at kunstig væsketilførsel kunne øke livskvaliteten og minske symptomer som kvalme, oppkast, forvirring og svimmelhet. Dehydrering kan også medføre nedsatt nyrefunksjon og dermed opphopning av medikamenter (Eriksen, Mørch og Sjøgren 2002).

I en fagartikkel kommer det frem at i Hospice praksisen er det vanlig å være restriktiv med tilførselen av væskebehandling til terminale pasienter mens det i sykehus har vært motsatt. I sykehusmedisinen har oppfatningen vært at redusert væskeinntak som følger av dødsprosessen, kan øke pasientens plager og lidelse. Hospice medisinen hevder at kunstig væsketilførsel som oftest ikke er til det gode for terminale pasienter, men derimot kan øke plagene foran døden (Dahl og Sørbye, 2003). Disse funnene finner vi interessante da vi bare har praktiske erfaringer fra sykehus der vårt inntrykk er at det råder usikkerhet rundt fagkunnskapen ved å gi væskebehandling til terminale pasienter. Slik vi opplever det fra praksis føler vi at det er mer åpent for å ikke skulle gi væskebehandling til terminale pasienter i sykehjem kontra sykehus. Noe vi tror årsaken kan være er at det i sykehus forventes behandling til det siste.

Slik det fremstilles i litteraturen veier det tyngst for at væskebehandling til terminale pasienter medfører flere symptomer og ubehag og kan forlenge dødsprosessen. Når pasienter er i den terminale fasen vil det etter vår mening basert på våre funn være naturlig at tilførselen av næring og væske blir seponert. Etter vår mening vil en fredfull død være essensen i sykepleie for terminale pasienter, noe vi også ser at Virginia Henderson vektlegger som en viktig rolle/oppgave for sykepleieren.

Når pasienten er i den terminale fasen, skal sykepleien dreie seg om å gi lindrende omsorg og ikke igangsette livsforlengende behandling som etter vår mening vil være uetisk. En normal del av dødsprosessen vil være at pasienten ikke lengre ønsker eller greier inntak av mat og drikke, og da skal som hovedregel væske ikke gis intravenøst eller i sonde fordi det forlenger og forverrer dødsprosessen (Blix og Breivik 2008). Dette vil heller ikke gi en fredfull død slik Henderson var opptatt av. Også i fagartikkelen gjort av Dahl og Sørbye (2003) kommer

det frem at også i Hospice praksisen er det i prinsippet ikke indikasjon for væskebehandling i terminalfasen, men det bør overveies hvis symptomer kan forebygges eller lindres.

Et eksempel kan være hvis intravenøs væske blir gitt i forbindelse med medikamentell smertebehandling. Vår oppfatning er derfor at det alltid må vurderes individuelt, og at det er gjort for lite forskning på området.

## **4.2 Tørste og munntørighet**

Tørste og munntørighet er et vanlig fenomen som oppstår når pasienter er terminale. I løpet av våre perioder i praksis har vi møtt flere terminale pasienter som har ligget med åpen munn, tørre lepper og slimhinner. Dette har virket svært ubehagelig for den terminale pasienten og deres pårørende har hatt inntrykk av at pasienten har tørstet. For pårørende kan det være vanskelig å se sine kjære ligge med åpen tørr munn og sprukne lepper. Pårørendes opplevelse av at pasienten tørster forsterkes og dette skaper situasjoner der pårørende ofte ønsker at deres kjære skal få væskebehandling i sonde eller intravenøst for å redusere tørste og tørste symptomer hos pasienten, noe det i litteraturen og forskningen viser seg har begrensede eller ingen effekt på symptomer som tørste (Krishna et al., 2010), (Raijmakers et al., 2010).

Slik vi har funnet det i litteraturen viser det seg at terminale pasienter sjeldent føler tørst, men at symptomer på tørste oppstår på grunn av tørre lepper, munn, svelg og slimhinner (Maarup, 1994), (Blix og Breivik 2008).

Symptomer på tørste som tørre lepper og slimhinner lar seg lett forebygge ved at sykepleieren sørger for at terminale pasienter får utført godt munnstell hver andre time eller når det er behov for det. Dette blir det også poengtert i en fagartikkel av Dahl og Sørbye (2003) som viser til at følelsen av tørste forebygges ved god munnpleie.

Slike tiltak krever ikke mye tid og praktiske erfaringer og er enkle tiltak en sykepleier kan gjøre for å skape velbehag og unngå tørstefølelse hos terminale pasienter. Godt munnstell er som tidligere nevnt også en fin oppgave sykepleieren kan undervise pårørende til å utføre slik at de får en følelse av å kunne bidra til velbehag hos pasienten. Ved å utføre godt munnstell viser sykepleieren samtidig omsorg og ivaretagelse av den terminale pasienten, noe vi anser som svært viktig rolle for sykepleieren.

I en undersøkelse gjort av Yamagishi et al., (2008) fant vi det interessant at funnene viste seg at halvparten av sykepleiere hadde for dårlige kunnskaper om at godt munnstell for terminale kreftpasienter kunne forebygge opplevelse og symptomer på tørste. Dette stemmer også med

vår oppfatning fra praksis, der vi opplevde at sykepleiere hadde for dårlige fag kunnskaper rundt væskebehandling og godt munnstell til terminale pasienter.

Godt munnstell til terminale pasienter er en enkel sykepleie oppgave som hører til i rollen sykepleieren har ved ivaretagelse av terminale pasienter.

### **4.3 Sykepleiers rolle og etiske utfordringer**

En av de viktigste oppgavene til en sykepleier i møtet med terminale pasienter er å sørge for å skape trygge rammer rundt pasienten slik at pasienten kan oppleve en fredfull død, slik også Virginia Henderson vektlegger i sin sykepleie teori. Henderson mener at det er viktig at sykepleieren har gode kunnskaper som gir trygghet for både pasient og pårørende, og sørge for at miljøet rundt pasienten er tillitsfullt (Holter, 2011).

En sykepleier kan skape trygge omgivelser ved å gi en hånd å holde i, sette av tid til samtaler med pasienten og ikke minst pårørende, vise at hun er engasjert, og at hun har faglige kunnskaper og er trygg i arbeidet. Det å ta vare på pårørende er en viktig del av sykepleiers rolle. Pårørende skal føle seg ivaretatt, og det kan være betryggende for den terminale pasienten å se at sine nærmeste også føler seg trygg og ivaretatt. Vi mener at en sykepleier ut fra kunnskap og samtaler kan skape trygghet slik at pasient og pårørende føler seg trygg i den sårbare situasjonen.

I praksis har vi opplevd at møtet mellom sykepleier, terminal pasient og pårørende kan være utfordrende, slik vi fremstilte det i case I og II. Som nevnt tidligere kan pårørende ha ønsker som ikke alltid er til det best for pasienten, vi mener derfor at det er viktig at sykepleier oppdaterer seg faglig gjennom nyeste forskning og fag litteratur og kan bruke dette gjennom å undervise pårørende om hva som er til det beste for den terminale pasienten. Temaet som å avslutte væskebehandling er noe vi ofte ser er utfordrende både for sykepleier og pårørende. Sykepleieren må videreformidle sin kunnskap om hvilke fordeler eller ulemper det kan føre til ved å gi eller ikke gi væskebehandling. Sykepleieren er den som tilbringer mest tid hos pasienten, og som observerer og tar de kliniske vurderingene. Sykepleiers oppgave er å videreformidle dette til lege, noe som også Henderson sier. Det er legen som skal ta de medisinske avgjørelsene, men sykepleieren har en viktig rolle i beslutningsprosessen. Ut fra forskningsstudien til Albers et al., (2013) viste det seg at de fleste av pasientene ville snakke med sykepleier fremfor å snakke med en lege angående behandling ved livets slutt. Det kom

også frem at sykepleierne selv mente at de hadde en viktig rolle i avgjørelser og beslutninger som ble tatt (Albers et al., 2013). Hvorfor er det slik at pasienter heller vil snakke med en sykepleier fremfor å snakke med en lege? Ut fra egne erfaringer fra praksis opplever vi at det ofte er slik. Vi tror det er fordi at sykepleieren tilbringer mer tid inne hos pasientene sine fremfor det en lege gjør. Vi tror også at en lege ofte kan bruke for avansert fagspråk. Vi har ofte i praksis opplevd at pasienten har spurt sykepleieren om hva legen formidlet under visitten. Det er da sykepleiers oppgave å forklare dette til pasienten på en forståelig måte. I studien kommer det også frem at sykepleierne mente de hadde en viktig rolle i beslutninger som ble tatt, da det var sykepleierne som hadde tett og hyppig kontakt med pasienten og dens pårørende og da kunne sykepleieren være en viktig kilde til informasjon om pasientens situasjon og ønsker ved livets slutt for så å videreformidle denne informasjonen til lege (Albers et al., 2013).

Det er ikke alltid like lett å ha samtaler med pasient og pårørende under denne sårbare situasjonen. Blix og Breivik sier akkurat noe om dette.

*“Mangel med egne erfaringer med døden eller manglende evne til å se døden som en naturlig del av livet, kan skape angst og blokkeringer hos sykepleieren. Vår egen angst kan føre til at vi ikke ser den døendes følelsesmessige pleiebehov og heller ikke har mot til å samtale med pasienten og pårørende om døden” (Blix og Breivik 2006, s.354).*

Det er ikke alle sykepleiere som er like komfortable med å ha samtaler om døden. Vi tror det kan være for at sykepleiere har egne erfaringer om situasjoner de har vært ukomfortable med, det kan også være at de føler at de ikke har god nokk kompetanse og erfaring til å ta slike samtaler. Som tidligere nevnt mener vi at undervisning og faglige oppdateringer rundt temaet ved livets slutt vil være viktig for fremtidig møte med terminale pasienter. De ulike avdelingene burde ha slike undervisninger jevnlig der det er åpent for diskusjoner. Dette kan være med på å trygge sykepleierne rundt situasjonen med den terminale pasient og ikke minst pasientens pårørende.

Vi er individuelle individer, og selv med undervisning er det noen som finner samtaler om døden ubehagelig, men når en er faglig sterk på området vil dette kunne lette ubehaget.

#### 4.4 Pårørende

I møte med den terminale pasienten, møter sykepleier ofte på pasientens pårørende. Pårørende er en viktig del av pasientens liv, og kan være en god støttespiller for pasienten ved livets slutt. Det å få budskapet om at en av dine nærmeste ikke har lenge igjen å leve kan skape frustrasjon, sinne, fortvilelse, sorg og redsel. Det er veldig viktig at pårørende blir like godt ivaretatt som pasienten, og sykepleier må vise sin faglige kompetanse ved å gi omsorg, sette av tid for samtaler og være imøtekommende da det kan være med på å skape trygghet for både pasient og pårørende. Pårørende har en viktig rolle for at pasienten skal føle seg trygg og ikke føle seg alene i den sårbare situasjonen, det er de som kjenner pasienten best og kan bidra til informasjon som er viktig for sykepleien. Ved innleggelse vil sykepleier være i samtale med både pasient og pårørende, og her er det viktig å forberede alle parter om hva som kommer til å skje i de siste timene, dagene eller ukene. Her kan også sykepleier få vite noe om hva pasienten liker av mat og drikke, pasientens interesser, kulturelle behov og så videre, noe som vi mener er viktig da sykepleier skal sørge for at pasientens behov blir ivaretatt.

Som nevnt tidligere kan pårørende blir svært stresset og engstelig i denne sårbare situasjonen hvis informasjon uteblir, og vi hører ofte om at pårørende får manglende informasjon. I forordet vårt har vi tatt med et utdrag fra aftenposten der pårørende gikk ut i media og mente at deres far sultet og tørste i hjel. Det første vi tenkte på når vi leste overskriften var om pårørende har blitt godt nok ivaretatt og fått god nok informasjon fra sykepleier og lege. Vi mener selv det er viktig at pårørende får samtaler der informasjon om videre forløp blir diskutert. Det er viktig at alles synspunkter blir hørt og sett, og også at sykepleier gir informasjon om videre forløp og behandling, slik at pårørende kan forberede seg best mulig på det som skjer rundt pasienten den siste tiden.

I forskningen som er utført av Lind et al., (2011) viser det seg at pårørende ønsker seg en mer aktiv rolle i beslutninger ved livets slutfase. Det viser seg også at pårørende er usikker på om hvordan de kan delta i beslutningsprosessen (Lind et al., 2011). Vi tror at pårørende kan ha vanskeligheter med å bidra da de kan føle usikkerhet i sin rolle og rundt selve situasjonen, og kan tenke at helsepersonell vet best hva som er faglig forsvarlig. Vi tror også at det er viktig at pårørende får ha en mer aktiv rolle i beslutningsprosessen, da pårørende ofte føler at de gjerne vil bidra med noe, da dette gir en god følelse. Vi tror også at dette vil være med på å

hjelpe pårørende med sorgprosessen etter pasientens bortgang, da det kan være fint å tenke på at de har bidratt med å stelle og ivareta deres kjære den siste tiden.

I case I og case II som vi har presentert i metoddelen har vi brukt eksempler på vanskelige situasjoner for både pårørende og sykepleier.

I case I ser vi at Siri er fortvilet over at hennes mor Anna ligger med tørre og sprukne lepper, og sier at moren hennes er tørst. Hun er fortvilet da hun ikke forstår hvorfor hennes mor ikke får tilført væske per os eller intravenøst. I denne situasjonen kan ikke sykepleier forklare hvorfor, men sier at dette er vanlig når pasienter er terminale. Her ser vi at sykepleier er utrygg i sin rolle, og har for lite faglige kunnskaper, som også kan gjøre Siri usikker og utrygg på sykepleier. Vi ser også at Siri ikke har fått god nok informasjon om hva som er til det beste når en pasient er terminal. Slik informasjon mener vi er veldig viktig ved innleggelse for å forberede pårørende på best mulig måte, slik at pårørende kan føle seg trygg på at det som blir besluttet er faglig forsvarlig praksis.

I situasjoner der det blir bestemt at terminale pasienter skal starte eller avslutte væskebehandling er det svært viktig at sykepleieren informerer og underviser deres pårørende om begrunnelser for avgjørelsene som blir tatt. Dette vil styrke tillitsbåndet mellom pasient, pårørende og sykepleieren. Ved å skape trygge tillitsbånd vil sykepleieren skape en rolig og fredfull atmosfære rundt den terminale og deres pårørende.

## 5.0 KONKLUSJON

I vår bachelor oppgave har vi ønsket å fordype oss nærmere i temaet væskebehandling til terminale pasienter. Vi har begge opplevd situasjoner i praksis der vi har sett at fagkunnskapen rundt væskebehandling til terminale pasienter har vært manglende hos sykepleier. Ønsket vårt har dermed vært å kunne stille med faglig kunnskap når vi er utdannede sykepleiere.

Gjennom litteratur og forskningssøket har vi tilegnet oss ny kunnskap som vi føler har gitt oss trygghet i møtet med terminale pasienter og deres pårørende. Før vi startet med bacheloroppgaven var vi begge svært usikre på hva litteraturen sier om goder og byrder ved å gi væskebehandling til terminale pasienter. Litteraturen og forskningen finner at det veier tyngst for og ikke gi væskebehandling til terminale pasienter da det kan skape mer ubehag enn velbehag. Det viktigste en sykepleier kan gjøre for å skape velbehag i den terminale fase er å sørge for at pasienten får utført godt munnstell og unngår munntørrehet. Ved hjelp av Virginia Hendersons teorier har vi lært at sykepleiers viktigste rolle er å hjelpe pasienten til en fredfull død og ha kunnskaper der pasienten ikke har det.

Gjennom litteratur og forskningssøket har vi også sett at det er svært viktig at også terminale pasienters pårørende blir ivaretatt og gitt informasjon, noe som vil trygge deres opplevelse av å snart skulle miste sin kjære.

## LITTERATURLISTE

### Pensum litteratur

- Almås, H. (Red). (2007). *Klinisk sykepleie*. (bind 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Blix, S.E. og Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sjøen, R.J. og Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Akademisk

### Selvvalgt pensum

- Holter, I. M. (Red.). (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg.). Oslo: Forlag Akribe AS (Sider 99).
- Maarup, B. (1994). *Når døden er nær – omsorg og pleje*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag A/S (sider 36).
- Sjøberg, A. og Hugoson, M. (1995). *Aktiv Livshjelp – vid livets slut*. LIC Forlag (Sider 7).
- Sjøgren, P., Mørch, M.M. og Eriksen, J. (2002). *Håndbog i palliativ medicin*. København: Munksgaard Danmark. (Sider 18).
- Vesterdal, A. (1996). *Sygepleje – teori og metode 1*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck (Sider 92).
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler (2011)

### Artikler

- Albers, G., Francke, A., de Veer, A., Bilsen, J., & Onwuteaka, P.B. (2013). *Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A National survey study*. 94(1), 4-9. doi: 10.1016/j.pec.2013.09.018 (sider 5).
- Cohen, M.Z., Vigil, I.T., Burbach, B. E., Rosa, A., & Bruera, E. (2012). *The Meaning of Parenteral Hydration to Family Caregivers and Patients with Advanced Cancer Receiving Hospice Care*. 43(5), 855-865. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.016 (Sider 10).
- Dahl, M. og Sørbye, L.W. (2003). *Hospice Lovisenberg*. 91(13), 34-39. doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0044 (sider 6).



Good, P., Cavenagh, J., Mather, M., & Ravenscroft, P. (2008). *Medically assisted hydration for adult palliative care patients*. doi: 10.1002/14651858.CD006273.pub2 (sider 45).

Grasdal, A. Hva er kreft? Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (12.mars 2014) (sider 5).

Krishna, L. K. R., Poulouse, J. V., & Goh, C. (2010). *Artificial Hydration at the end of Life in an Oncology Ward in Singapore*. 16(3), 168-173. doi: 10.4103/0973-1075.73668 (Sider 6).

Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt., & Hevrøy, O. (2011). *Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions*. 37(7), 1143-1150. doi: 10.1007/s00134-011-2253-x (sider 7).

Malt, U. (2009, 13. Februar). Humanistisk psykologi. Hentet 29. mars 2014 fra [http://sml.snl.no/humanistisk\\_psykologi](http://sml.snl.no/humanistisk_psykologi) (sider 2).

Raijmakers, N.J.H., Zuylen, L. V., Costantini, M., Caraceni, A., Clark, J., Lundquist, G., ...Heide, A. (2011). *Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects*. 22 (7), 1478-1486. doi: 10.1093/annonc/mdq620 (Sider 8).

Rosland, J.H., Hofacker, S.V., & Paulsen, Ø. (2006). Den døende pasient. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1340424> (12.mars 2014) (sider 3).

Yamagishi, A., Tanaka, F., & Morita, T. (2009). *Artificial Hydration Therapy for Terminally Ill Cancer Patients: A Nurse-Education Intervention*. 358-364. Hentet fra [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(09\)00451-5/fulltext#sec3](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(09)00451-5/fulltext#sec3) (sider 6).

Antall sider selvvalgt litteratur: 355

## **Lov**

Pasientrettighetsloven. (2013). *Lov om pasient- og brukerettighetsloven*. Hentet fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven\\*#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*#KAPITTEL_3) (11.mars 2014) (sider 1).

## VEDLEGG - Presentasjon av forskningsartikler

<b>Tittel Forfatter Pub. År</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A National survey study.</b></p> <p>Albers, Francke, de Veer, Bilsen, Onwuteaka 2013</p>	<p>For å undersøke helsepersonellens holdninger til engasjement og rolle i end-of-life avgjørelser og relasjonene med sosiodemografiske og arbeidsrelaterte egenskaper</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>Flertallet av helsepersonellet ønsker å være involvert i end-of-life beslutninger. Arbeidssituasjon og utdannings nivå er avgjørende faktorer i holdningene til helsepersonellet om engasjement i end-of-life beslutninger</p>
<p><b>Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients.</b></p> <p>Raijmakers, Zuylen, Constantini, Caraceni, Clark, Lundquist, Voltz, Ellershaw og Heide 2010</p>	<p>Fordeler og ulemper ved kunstig ernæring og hydrering ved livets slutt</p>	<p>Systematisk litteraturstudie</p>	<p>Virkningene på komfort, symptomer og overlevelse synes begrenset ved kunstig ernæring og hydrering ved livets slutt</p>
<p><b>Family members experiences of “wait and see” as communication strategy in end-of-life decisions.</b></p> <p>Lind, Lorem, Nortvedt og Hevrøy 2011</p>	<p>Målet med denne studien er å undersøke familiemedlemmers erfaringer av end-of-life beslutningsprosesser i norske intensivavdelinger for å fastslå graden hvorvidt pårørende følte seg inkludert i beslutningsprosessen og om de fikk nødvendig informasjon</p>	<p>Intervju</p>	<p>Kjernen av funn er at slektninger ønsker en mer aktiv rolle i end-of-life avgjørelser for å kommunisere pasientens ønsker. Men mange anser deres rolle for å være uklar</p>

<p><b>Medically assisted hydration for adult palliative care patients.</b></p> <p>Good, Cavenagh, Mather og Ravenscroft 2008</p>	<p>Vil kunstig væskebehandling forlenge live teller forbedre livskvaliteten til terminale pasienter</p>	<p>Systematisk litteraturstudie</p>	<p>Resultatene fra de inkluderte studiene tyder på at det kan være noen fordeler ved å gi kunstig væske i forhold til forbedring i sedasjon og muskelsammentrekninger, men at det kan være noen ulemper i forhold til forverring av væskeretensjon. Studien viser til at det må tas individuelle vurderinger.</p>
<p><b>Artificial Hydration at the end of Life in an Oncology Ward in Singapore.</b></p> <p>Krishna, Poulouse og Goh 2010</p>	<p>Målet med denne studien er å undersøke hyppigheten i bruk av kunstig hydrering til terminale pasienter i de siste 48 timer av livet og forekomsten av symptomer spesifisert til hydrerings status.</p>	<p>Retrospektiv gjennomgang av notater ved en palliativ avdeling.</p>	<p>Kunstig hydrering i løpet av de siste 48 timer av livet har ikke noen betydelig innvirkning på symptomer relatert til hydrerings status, medisinerings bruk eller overlevelse for terminale pasienter under palliativ omsorg.</p>
<p><b>Artificial Hydration Therapy for Terminally ill Cancer Patients: A Nurse-Education Intervention.</b></p> <p>Yamagishi, Tanaka og Morita 2008</p>	<p>Finne ut av sykepleierens kunnskaper om hydrering ved livets slutt</p>	<p>Workshop og spørreundersøkelse</p>	<p>Etter workshopen og undersøkelsen viste det seg at sykepleiere ønsket og trengte mer kunnskaper om hydrering ved livets slutt</p>
<p><b>The Meaning of Parenteral Hydration to Family Caregivers and Patients with Advanced Cancer Receiving Hospice Care.</b></p>	<p>Betydningen av hydrering til dødssyke pasienter</p>	<p>Fenomenologisk intervju</p>	<p>Både pasienter og deres pårørende og omsorgspersoner så hydrering som håp og komfort. Håpet var vissheten om at hydrering kan forlenge et liv av verdighet og forbedre livskvaliteten ved å redusere symptomer som tretthet og øke</p>

Cohen, Vigil, Burbach, de Rosa og Bruera 2012			pasientens årvåkenhet.
---	--	--	------------------------