



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **Bacheloroppgave i sykepleie**

Emnekode: SYK180H

Dato: 11.04.14

Kandidatnummer: 61, 39

Væskebehandling i livets slutfase



## **Innholdsfortegnelse**

Innholdsfortegnelse .....	i
1.0 INNLEDNING .....	2
1.1 Bakgrunn for oppgaven .....	2
1.2 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema .....	2
1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensninger .....	2
1.4 Oppgavens videre oppbygning .....	3
2.0 METODE .....	4
2.1 Definisjon av metode .....	4
2.2 Valg av metode.....	4
2.3 Litteraturstudium .....	4
2.4 Vitenskapsteoretisk forståelse .....	4
2.5 Søkeprosessen .....	5
2.6 Kildekritikk .....	6
2.7 Presentasjon av artikler .....	7
2.8 Etske overveielser .....	8
TEORIDEL .....	9
3.0 SYKEPLEIETEORI.....	9
3.1 Virginia Hendersons definisjon av sykepleierens særegne funksjon .....	9
3.2 Hendersons sykepleieprinsipper.....	9
3.3 Hendersons syn på sykepleiers rolle .....	10
4.0 LIVETS SLUTTFASE OG DØDSPROSESSEN .....	11
4.1 Livets slutfase.....	11
4.2 Dødsprosessen.....	12
5.0 VÆSKEBEHANDLING.....	13
5.1 Væskens funksjon .....	13
5.2 Væskebehandling .....	13
DRØFTING.....	14
6.0 HVORDAN KAN SPØRSMÅL OM VÆSKEBEHANDLING I LIVETS SLUTTFASE OPPSTÅ? .....	14
6.1 Case om Per.....	14
6.2 Presisjon av aktuelle poeng .....	15
7.0 VÆSKEBEHANDLING VED LIVETS SLUTT – SYKEPLEIEFAGLIG FOKUS .....	17
7.1 Sykepleiers rolle i forhold til væskebehandling .....	17
7.2 God kommunikasjon kan fremme trygghet hos pasient og pårørende.....	18
7.3 Informasjon – for å skape forståelse .....	19
7.4 Væskebehandling i livets slutfase – sykepleierens vurdering.....	21
8.0 AVSLUTNING .....	24
9.0 LITTERATURLISTE .....	25
9.1 Pensumlitteratur .....	25
9.2 Selvvalgt litteratur .....	25

«Det betyr ikke så meget hvordan man kom til verden, men det har endelig meget å si  
hvordan man dør» (Referert i: Blix & Breivik, 2006)

## **1.0 INNLEDNING**

### ***1.1 Bakgrunn for oppgaven***

Som avslutning på sykepleierstudiet skal vi skrive en bacheloroppgave. I løpet av studietiden har vi møtt spennende utfordringer og gjort mange nye erfaringer. På bakgrunn av våre praksiserfaringer har vi funnet et tema vi ønsker å lære mer om og som vi velger å skrive oppgave om.

### ***1.2 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema***

Temaet i denne oppgaven er væskebehandling hos pasienter i livets slutfase.

I praksis har vi opplevd at det blir stilt spørsmål om pasienter i livets slutfase skal få væskebehandling eller ikke. Vi opplever at det er ulike prosedyrer og tradisjoner for væskebehandling fra praksissted til praksissted. I noen tilfeller har pårørendes oppfatning av væskebehandling hatt avgjørende betydning for beslutningen som ble tatt. Vårt inntrykk er at det ikke er enighet om hva som er til det beste for pasienten, men at det vurderes i hvert enkelt pasienttilfelle. Vi har lest flere artikler i aviser hvor pårørende står fram og sier at deres foreldre som lå for døden tørstet i hjel og at helsepersonellet sviktet pasienten. Vi ønsker derfor å finne forskning som kan gi oss mer kunnskap om dette temaet slik at vi som fremtidige sykepleiere kan være bedre forberedt til møtet med pasienter i livets slutfase og deres pårørende. Blant annet ønsker vi å vite hvilke faktorer som spiller inn i vurderingen om pasienten skal få eller ikke få væskebehandling og hvilke konsekvenser væskebehandlingen får for pasienten.

### ***1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensninger***

Vi har kommet fram til følgende problemstilling:

*Væskebehandling i livets slutfase – Hva er god sykepleie?*

Med denne problemstillingen ønsker vi å finne svar på om det er god sykepleie å gi eller ikke gi væskebehandling til pasienter i livets slutfase.

I forhold til denne problemstillingen har vi gjort følgende avgrensninger:

- Pasienter i livets slutfase. Dette da vi ønsker å lære mer om væskebehandlingens virkning på dødsprosessen.
- Pasienter på sykehus. Der er både infusjonsvæske og legeordinasjon lett tilgjengelig.
- Pasienter over 70 år. Videre i oppgaven nevner vi ikke spesifikk alder på pasientene, men vi har sett for oss eldre pasienter over 70 år der eventuell annen behandling er avsluttet og det er forventet at pasienten dør i løpet av noen dager.
- Pasienter som ikke tar til seg væske og næring peroralt. Det er ofte da spørsmålet om å gi væskebehandling stilles.
- Pasienten er hovedfokuset i oppgaven. Vurderinger som blir gjort skal være til det beste for pasienten.

#### ***1.4 Oppgavens videre oppbygning***

Denne oppgaven består av 9 kapitler og oppgavens omfang er på 8941 ord. I metodedelen beskriver vi hvilken metode og fremgangsmåte vi har valgt å bruke i oppgaven, samt søkeprosess og kildekritikk. Vi presenterer tre sentrale artikler som vi bruker i drøftingen og skriver om etiske overveielser vi har gjort i oppgaven. Videre kommer en teoridel med generell teori som er nødvendig for drøftingen. Vi skriver om sykepleieteoretiker Virginia Henderson, generell teori om livets slutfase og dødsprosessen, væskebehandling og væskens funksjoner. Drøftingen innledes med en case om en pasient vi har kalt Per, som viser et eksempel på hvordan spørsmål om væskebehandling i livets slutfase kan oppstå. Casen tas med videre i drøftingen hvor vi bruker den som eksempel. I drøftingsdelen varierer vi mellom å bruke sykepleier og vi. Vi bruker begrepet *sykepleier* når vi skriver om sykepleierens generelle oppgaver i forhold til væskebehandling. Vi setter oss selv i rollen som sykepleiere når det er snakk om Per og bruker da *vi*. Vi skriver også *vi* når vi kommer med våre egne betraktninger. I drøftingen skriver vi om det som er viktig for å gi god sykepleie i forhold til væskebehandling i livets slutfase. Da skriver vi om sykepleierens rolle, kommunikasjon, informasjon og sykepleierens selvstendig vurdering. Vi avslutter med en avslutning.

## **2.0 METODE**

### ***2.1 Definisjon av metode***

I boken *Metode og oppgaveskriving for studenter* definerer Tranøy metode som: «en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som framsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare» (Dalland, 2007. s. 81)

### ***2.2 Valg av metode***

For å finne svar på problemstillingen i oppgaven vår tar vi et valg i forhold til hvilken metode vi skal bruke. I samfunnsvitenskapen skiller en gjerne mellom to metoderetninger, kvalitativ og kvantitativ metode. I kvalitativ metode har en gjerne få kilder for å kunne gå i dybden av materialet og på den måten få et helhetlig bilde og god forståelse for meninger og opplevelser som kan beskrive fenomenet. I kvantitativ metode forsøker en å beskrive fenomenet ved hjelp av målbare data som en igjen kan analysere for å se sammenhenger (Dalland, 2007. s. 80-97).

I oppgaven har vi valgt å bruke kvalitativ metode. Denne metoden mener vi vil hjelpe oss å finne kunnskapen vi trenger for å kunne se på ulike aspekter ved opplevelsen av fenomenet, for deretter å kunne danne et helhetlig bilde. Målbare data alene vil ikke gi oss et dekkende svar på problemstillingen.

### ***2.3 Litteraturstudium***

Vi velger å bruke litteraturstudium som framgangsmåte for å skaffe den kunnskapen vi trenger for å svare på problemstillingen. Når vi benytter litteraturstudium er det litteraturen som er informasjonskilden, på samme måte som intervjuobjektet er informasjonskilden når en benytter intervju som metode (Olsson, Sörensen & Bureid, 2003. s. 91). Vi bruker blant annet vitenskapelige artikler som informasjonskilde, der vi trekker ut sentrale funn og drøfter det opp mot annen faglitteratur. Dette vil gi oss kunnskapen vi trenger for å komme fram til en egen konklusjon.

### ***2.4 Vitenskapsteoretisk forståelse***

Vi gjør et litteraturstudium. Det er da naturlig at vi også bruker hermeneutisk fortolkningsmetode for å få klarhet i problemstillingen vår. Hermeneutikk som metode skal hjelpe oss å få en forståelse for fenomenet i sin helhet. For å kunne se helheten ved problemstillingen må vi se på ulike deler (Dalland, 2007. s. 44-59). Derfor tar vi også for oss

det naturvitenskapelige aspektet hvor vi ser på fysiske konsekvenser ved væskebehandling til pasienter i livets slutfase, for å kunne gjøre en helhetlig vurdering.

Hermeneutikk er en forstående vitenskap der en fortolker meningsfulle fenomen som menneskelige handlinger, tekster og språk. Metoden gjør det mulig å se nærmere på det særegne ved fenomenet som vi ønsker å få kunnskap om. Hermeneutikken har fokus på pasientens opplevelse, erfaringer og kunnskaper ved sykdom og mener dette skal sees i sammenheng og være sentralt i sykdoms- og sykepleiesammenheng. Dette er blant annet viktige faktorer for hvordan pasienten vil mestre sykdommen (Dalland, 2007. s. 44-59). Hermeneutikken sier at forskeren sitter i utgangspunktet med en forforståelse og har egne tanker og følelser omkring temaet, som kan påvirke forskningsresultatet. Dette kan være en positiv ressurs som gir forskeren større forståelse for forskningsområdet (Dalland, 2007. s. 44-59). Også vi sitter med en forforståelse når vi leser forskningen som er gjort, noe vi ser på som en fordel i dette arbeidet, da vi får en økt forståelse for kompleksiteten omkring dette temaet.

## **2.5 Søkeprosessen**

Etter å ha funnet et interessant tema, laget vi en foreløpig problemstilling. Vi fant faglitteratur på biblioteket som vi leste for å sette oss inn i temaet og dets aktualitet. Deretter gjorde vi artikkelsøk i ulike databaser og prøvde oss frem med ulike ord og begreper. Da fant vi hvilke databaser og søkeord som ga artikkelfunn innenfor vårt tema, før vi satte i gang med systematisk litteratursøk. Søkeprosessen har vi valgt å vise ved hjelp av en tabell.

Databaser	Søkeord	Avgrensninger	Funn	Aktuelle
Swemed+	Væskebehandling terminal	Les online	4	3
PubMed	Terminal care fluid therapy	Free full text available, 5 år, humans	12	3
The cochrane library	Hydration treatment palliative		1	1
Scopus	Terminal care fluid therapy	2012-2014, engelsk, medicine, nursing, article, review	42	3
Medline (Ovid)	Terminal care artificial hydration	5 år, engelsk, human, fulltext	26	5

I utgangspunktet ønsket vi å basere oppgaven vår på primærlitteratur. I første runde med litteratursøk fant vi bare reviewstudier, vi valgte derfor å undersøke litteraturlistene til reviewstudiene for å finne primærlitteratur. Men vi ser at reviewstudier kan gi et bedre grunnlag for oppgaven vår da de legger flere studier til grunn for å dra konklusjoner. De gir en oversikt over relevant forskning som er gjort innenfor problemstillingen i løpet av et bestemt tidsrom. Forfatteren tolker primærlitteraturen for å kunne trekke ut funn som er relevante for sin egen studie. Vi har valgt å bruke en primærstudie og to reviewartikler i vår oppgave.

## ***2.6 Kildekritikk***

Da vi søkte i databasene gjorde vi avgrensninger for å få ned antall artikler. Vi avgrenset til engelske artikler og artikler med fulltekst tilgjengelig. Der det var mulig avgrenset vi også til artikler og review. Var det fortsatt mange antall treff, avgrenset vi søket til å inneholde de siste 5 årene da vi ønsket oppdatert kunnskap.

Når vi hadde under 50 treff, så vi etter aktuelle titler og videre på abstrakt. Vi så hvilken type artikkel det var og hvilke metoder som var brukt, og var artikkelen av god kvalitet, leste vi den. Mange artikler hadde gode titler og abstrakt som indikerte at de kunne gi svar på problemstillingen, men det var få artikler som kunne gi konkrete svar.

Når vi sjekket litteraturlista til reviewene, så vi at reviewene var basert på mange av de samme studiene. Det er gjort få studier, og de fleste studiene er gjort før 2008. Det er de siste årene stort sett bare gjort reviewstudier som er basert på eldre forskning. Kvaliteten på forskningen som er gjort er også varierende, så det er behov for ny forskning av høy kvalitet. Det ser ut til at det er utfordrende å gjøre studier innenfor dette emnet, blant annet fordi det er vanskelig å få nok deltakere. Det er også utfordrende å få samtykke fra pasientene da de ofte er kommet for langt i dødsprosessen når spørsmålet stilles (Raijmakers, van Zuylen, Costantini, Caraceni, Clark, Lundquist & van der Heide, 2011, \*1). Etter å ha lest en del studier ser vi at de ofte har fokus på noen få symptomer som de vurderer effekten av væskebehandlingen ut i fra. Siden studiene ofte tar for seg bare deler av spørsmålet, er det vanskelig å få oversikt over alle fordeler og ulemper ved å gi væskebehandling. De fleste studiene som omhandler væskebehandling i siste del av livet inkluderer pasienter med kreft. Oppgaven omhandler ikke væskebehandling til døende pasienter med kreft, men generelt om



væskebehandling til pasienter i livets slutfase. Vi tenker problemstillingen med væskebehandling til pasienter med kreft og andre pasienter som er døende er tilnærmet lik.

## ***2.7 Presentasjon av artikler***

En av artiklene vi har valgt å ta med i oppgave heter *Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects (2011)*. Denne artikkelen er skrevet av: (\*1) Raijmakers, N.J., van Zuylen, L., Costantini, M., Caraceni, A., Clark, J., Lundquist, G., Voltz, R., Ellershaw, J.E., van der Heide, A. Alle disse forfatterne har vært medforfatter på flere andre artikler, blant annet om palliativ omsorg. Denne artikkelen er basert på en litteraturgjennomgang av 15 engelske studier som omhandler bruk av væske- og ernæringstilførsel til pasienter med kreft i de siste levedagene. Artikkelen er skrevet på vegne av OPCARE9 som er et europeisk samarbeid som forsøker å optimalisere forskning og klinisk omsorg til kreftpasienter i de siste levedager. Fem av studiene artikkelen er basert på rapporterte om positive effekter av væskebehandling. Disse effektene er mindre symptomer på dehydrering og mindre kronisk kvalme. To studier rapporterte om negativ effekt i form av mer ascites. Fire studier rapporterte om noe effekt på terminal delirium, tørste, kronisk kvalme og væskeoverbelastning.

Vi har også valgt å bruke artikkelen *Variation in attitudes towards artificial hydration at the end of life: a systematic literature review (2011)*. Forfattere som skrev denne artikkelen er: (\*2) Raijmakers, N.J., Fradsham, S., van Zuylen, L., Mayland, C., Ellershaw, J.E., van der Heide, A. Flere av disse forfatterne har også skrevet artikkelen vi presenterte ovenfor og er også medforfattere på flere andre artikler. Denne artikkelen er også skrevet på vegne av OPCARE9, og er basert på funn fra 11 studier. Dette er en systematisk litteraturstudie som gir en oversikt over pasient, pårørende, helsepersonell og den generelle befolkning sin mening og holdning angående væskebehandling i livets slutfase. Funn fra studiene viser at 1/3 av den generelle befolkning mener væskebehandling gir økt velbehag, og største del av pasientgruppen føler væskebehandling kan ha både fysiske og psykiske fordeler. Helsepersonell er mindre optimistisk og under halvparten tror det er fordeler med væskebehandling. Helsepersonell er for det meste enige om at væskebehandling ikke forlenger levetiden, mens 89% av pasientene forventer at det gjør det.

En studie som vi har med i oppgaven heter *Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study (2005)*. Studien er gjort av Bruera, E., Sala, R., Rico,

M.A., Moyano, J., Centeno, C., Willey, J., Palmer, J.L. Alle disse forfatterne har skrevet mange artikler, og flere av artiklene er et samarbeid mellom flere av disse forfatterne. Det ser ut til at disse forfatterne har palliativ pleie som forskningsfelt da de fleste artiklene tar for seg utfordringer innenfor palliativ pleie. Dette er en randomisert kontrollert studie som har scoret 5/5 på Oxford Quality Scale, noe som viser at det er en godt utformet og gjennomført studie. Studien er foreløpig og har som mål å fastslå effekt av væskebehandling på symptomer hos døende kreftpasienter. Pasientene som er inkludert i studien har tegn på mild til moderat dehydrering. Behandlingsgruppen får 1000 ml væske og den andre pasientgruppen får placebo med 100 ml fysiologisk saltvann per døgn. Dette gis i to dager, og pasientenes symptomer blir observert. Væskebehandlingen førte til mindre symptomer på dehydrering hos disse kreftsyke pasientene. Væskebehandlingen ble godt tolerert, og hadde også placeboeffekt.

### ***2.8 Etiske overveielser***

Da vi gikk i gang med bacheloroppgaven tenkte vi på hvilke etiske overveielser som måtte tas hensyn til. Vi føler oss åpen i forhold til hvilket svar forskningen kan gi oss og ønsker et faglig svar på hva som er til det beste for pasienten i slike situasjoner. Siden vi gjør et litteraturstudium vil vi gå systematisk fram for å få oversikt over det som er skrevet om emnet. Vi ønsker å bruke artikler som er representativ for den forskningen som er gjort. Ved å gjøre oss godt kjent med litteraturen, kan vi framstille forfatterens budskap på riktig måte. Det er andres arbeid som er grunnlaget for oppgaven vår og da er det viktig å ha respekt for forfatternes arbeid. Vi følger derfor oppgavetekniske retningslinjer og skal da blant annet utheve eventuelle sitat og henviser til forfatteren i teksten og i litteraturlisten, slik at vi får fram at arbeidet er gjort av forfatteren. For å finne svar på problemstillingen vår bruker vi det som er relevant i artikkelen og får fram budskapet i sin helhet, ikke bare deler av det slik at det skal lyde bra i oppgaven. Vi bruker funn fra litteraturen, men skiller på hva som er våre meninger og hva som er hentet fra litteraturen. Også hvis vi bruker egne erfaringer fra praksis må dette tydeliggjøres. Da må pasient, arbeidssted og andre gjenkjennbare faktorer anonymiseres slik at det ikke skal være risiko for gjenkjennelse. Vi har ikke utfordring i forhold til å anonymisere studiedeltakere, da det allerede er gjort av forfatterne.

## TEORIDEL

### 3.0 SYKEPLEIETEORI

#### *3.1 Virginia Hendersons definisjon av sykepleierens særegne funksjon*

Virginia Henderson (1897-1996) er en kjent sykepleieteoretiker og var en av de første til å beskrive sykepleierens særegne funksjon. Hun har utarbeidet en definisjon som beskriver sykepleierens særegne funksjon som:

... å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Referert i: Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005. s. 35).

Henderson utdyper videre at hvis det ikke er et realistisk mål at pasienten skal bli selvstendig, som for eksempel ved kronisk eller langvarig funksjonssvikt, skal sykepleieren hjelpe pasienten til god helse, velvære eller en fredfull død. Hun er en av få forfattere som nevner sykepleierens ansvar for mennesker i avslutningsfasen av livet i sin teori. Å hjelpe pasienten til god helse, velvære eller en fredfull død, gjør en ved å dekke de grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2005. s. 13-95). Hun poengterer også at å hjelpe til en fredfull død betyr å redusere smerten, ubehaget og opplevelsen av ensomhet for den døende (Mathisen, 2011. s. 149-168). Vi tenker derfor at som sykepleier skal vi hjelpe pasienten med det han/hun ville gjort selv dersom han/hun har ressurser til det, med mål om at pasienten skal bli selvhjulpen, oppnå god helse eller bli frisk. Hvis pasienten er i siste fase av livet er målet en fredfull død, og sykepleien skal da baseres på det pasienten mener er en god død (Kristoffersen et al., 2005. s. 13-95).

#### *3.2 Hendersons sykepleieprinsipper*

Henderson skriver om grunnleggende sykepleieprinsipper som sykepleien skal baseres på. Disse prinsippene har hun konkretisert i 14 punkter, og de tar utgangspunkt i menneskets grunnleggende behov. De første åtte punktene omhandler fysiologiske behov som respirasjon, mat og drikke, kvitte seg med avfallsstoffer, opprettholde rett kroppstilling, tilstrekkelig søvn og hvile, av og påkledning, normal kroppstemperatur og god kroppshygiene. De siste seks omhandler å unngå farer og skader i omgivelsen, opprettholde sosial kontakt, få uttrykke sine

følelser og behov, praktisere religion, handle på en rett måte, holde på med produktiv sysselsetting, underholdning og opprettholde fritidssysler og å få kunnskap om god helse og normal utvikling (Henderson, 1993).

Henderson mener sykepleien ikke skal standardiseres, men skal ta utgangspunkt i hvert enkelt individ. Sykepleieren skal hjelpe pasienten med å dekke grunnleggende behov, og sykepleieren må derfor kartlegge den enkeltes sykepleiebehov, og gjøre seg kjent med hvordan pasienten ønsker en skal gå fram for å ivareta disse. Alle pasienter har ulike måter å ivareta sine behov på, de kjenner best sine egne behov og har gjerne klare formeningar om hvordan disse skal ivaretas. Sykepleieren bør derfor tilstrebe og gå fram slik pasienten er vant med. Dette viser at Henderson har en fenomenologisk tilnærming, og at hun ser på kropp og sjel som nært knyttet til hverandre (Kristoffersen et al., 2005. s. 13-95).

Henderson uttrykker at dersom pasienten er i stand til det skal han/hun ha en aktiv og ansvarlig rolle ved mottak av sykepleie. Pasienten er hovedpersonen og skal være i fokus. Omgivelsene skal ikke ha den største innflytelsen, og pårørende skal bare trekkes inn hvis det er pasientens ønske og hvis det kan bidra til å ivareta pasientens behov. Sykepleieren skal derfor henvende seg til pasienten først og fremst. Dersom pasienten ikke er i stand til å uttrykke sine ønsker, kan pårørende informere om hva de tror pasienten ønsker (Kristoffersen et al., 2005. s. 13-95).

### ***3.3 Hendersons syn på sykepleiers rolle***

I følge Henderson har sykepleieren en særegen funksjon som handler om å hjelpe mennesker med å utføre handlinger som de selv ville gjort hvis de var friske, og med dette er målet at pasienten skal bli selvstendig igjen så raskt som mulig. Sykepleieren har også i oppgave å hjelpe pasienten å utføre behandlingsopplegget som legen har lagt opp og han/hun er ofte pasientens nærmeste hjelper. Sykepleieren er en del av et team som arbeider for at pasienten skal bli frisk, i dette teamet er det pasienten som er hovedpersonen. Henderson mener at sykepleieren bør kunne arbeide selvstendig og gjøre selvstendige bedømmelser basert på kunnskap og biologisk, fysisk og samfunnsmessig vitenskap. I forhold til grunnleggende sykepleie har sykepleieren særegen autoritet. Sykepleieren skal ikke stille diagnoser, ikke lage behandlingsopplegg eller si noe om prognosene, da dette er legens oppgaver (Henderson, Mellbye & Munkeby, 1998. s. 31-49).

## **4.0 LIVETS SLUTTFASE OG DØDSPROSESSEN**

### ***4.1 Livets slutfase***

Det er individuelt hvor lang livets slutfase er. I vår oppgave regner vi denne fasen for å være de siste timer eller dager av livet. Før en kan si at pasienten er i livets slutfase skal det gjøres en faglig vurdering hvor lege og eventuelt sykepleier kommer frem til at det ikke lengre er mulig å kurere sykdom, fokuset skal dermed rettes mot lindring av plagsomme symptomer (Heick, 2009).

Husebø og Husebø (2001) har beskrevet noen kjennetegn som kan være til hjelp for å vurdere om pasienten er i livets slutfase. Disse tegnene er at pasienten har en fremskreden, progredierende sykdom med dårlig prognose, er blitt svært svekket og for det meste sengeliggende, er mer forvirret eller bevisstløs, pasienten har liten interesse for mat og drikke, omgivelsene og sitt eget liv, eller at det oppstår en livstruende komplikasjon. Disse kjennetegnene kan være en naturlig del av dødsprosessen og er lite plagsomme for pasienten, og trenger derfor ikke å bli behandlet (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010. s. 451-453). Når de fleste eller alle disse kjennetegnene er til stede kan en regne med at pasienten trolig dør i løpet av timer, dager eller uker. Denne vurderingen skal tas sammen med en lege som kjenner til pasienten og dens sykdom. Dette er en vurdering som er viktig å gjøre i forhold til informasjon til pasient og pårørende og for å kunne planlegge videre behandling, pleie eller lindring av symptomer. Tilstanden til pasienten må kontinuerlig revurderes da den kan endres og det kan bli aktuelt å gjøre andre tiltak (Husebø & Husebø, 2001).

Livets slutfase kan være en vanskelig og sorgfull tid, både for den døende og for dens pårørende og andre kjente. Denne tiden kan for noen være fylt av bekymringer. Døden er ukjent og mange bekymrer seg for både dødsprosessen, selve dødsøyeblikket og det som skjer etterpå. Pasienten kan oppleve smerte både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Pasienten kan også oppleve tap av for eksempel venner, familie, selvkontroll, sin egen kropp, identitet, verdighet og livsinnhold. Pasienten kan trenge mer hjelp og kan derfor føle seg til bry både for helsepersonell og pårørende. Noen føler også sterkt på ensomhet. Religion kan oppta pasienten i denne fasen, og kan være til trøst eller bekymring. Mange pasienter i livets slutfase kan plages med angst for tilintetgjørelse, utslettelse, eller det at en bare blir borte (Blix & Breivik, 2006. s. 358-359).

## ***4.2 Dødsprosessen***

Det har stor betydning for pasienten, pårørende og helsepersonell å vite når pasienten er døende, men dette er ikke alltid lett å vite. En vet at når pasienten er i livets slutfase vil det oppstå symptomer på sirkulasjonssvikt. Alle organene i kroppen vil bli påvirket etter hvert som sirkulasjonssvikten utvikler seg og oksygentilførselen blir dårligere. Symptomene som oppstår er at huden blir kaldere, først perifert på armer og ben, og etter hvert vil også sentrale deler av kroppen bli kjøligere. I tillegg til at kroppen blir kaldere, vil leppene bli cyanotiske, huden blir blek, blålig og får et voksaktig preg. Etter hvert vil kinnbena bli mer markert, øynene synker inn og nesa blir mer framtrødende. Pusten vil også bli påvirket, den blir ujevn, overflatisk, bestående av korte inn- og utpust og den kan virke besværet. Cheyne-Stokes-respirasjon er en karakteristisk pustemåte som ofte er til stede i siste fasen av livet, den døendes pust vil da være dyp, rask og det vil oppstå pustestopp som varer i noen sekunder, deretter gjentas dette mønsteret (Blix & Breivik, 2006. s. 358).

Andre kjennetegn på at døden er nært forestående er at en kan høre ralling fra pasientens luftveier på grunn av at det samles slim som pasienten ikke er i stand til å hoste opp. Pasientens bevissthet blir gjerne gradvis dårligere og pasienten kan ligge som i en døs, men plutselig våkne til og ha kontakt med de som er tilstede. Pasienten kan forstå hva som foregår rundt seg, selv om han ikke viser tegn til å være bevisst. En må derfor tenke på hva en sier, da hørselssansen er den siste som forsvinner. Når døden nærmer seg kjenner at pulsen blir svakere og svakere, til den opphører helt. Pulsen er best å kontrollere på halspulsåren, da den forsvinner her sist. Musklene vil også bli gradvis svekket, og det gjør at også lukkemuskelen blir svak, noe som kan føre til at det lekker urin og avføring. Siden sirkulasjonen i kroppen gradvis reduseres vil urinproduksjonen etter hvert stoppe opp og det vil oppstå ødemer, spesielt på delene av kroppen som ligger mot underlaget. Kroppens metabolisme endrer seg også, noe som kan føre til at pasientens normale kroppslukt forandres, eller at pasienten svetter eller kaldsvetter (Blix & Breivik, 2006. s. 358).

## **5.0 VÆSKEBEHANDLING**

### ***5.1 Væskens funksjon***

Væske har flere funksjoner i kroppen. Vann er viktig for fordøyelse og oppsuging av næringsstoffer, transport av næringsstoffer via blodet, forbrenning, utskillelse av avfallsstoffer via urin og temperaturreguleringen ved hjelp av svette. Cellene i kroppen er også omgitt av væske (Blix & Breivik, 2006. s. 200).

Sosiale faktorer og vaner har gjerne en større innvirkning på væskeinntaket enn tørstefølelsen. Når en er flere sammen drikker en gjerne kaffe, brus, alkohol eller annen væske, og en kan derfor si at væske har en sosial funksjon. Mange har også vaner forbundet med væske, for eksempel å drikke kaffe hver morgen (Blix & Breivik, 2006. s. 201).

### ***5.2 Væskebehandling***

Med begrepet væskebehandling mener vi væske som tilføres kunstig, det som ikke tilføres peroralt. Væsken kan da tilføres intravenøst - direkte i blodbanen, subcutant - i underhuden eller via sonde direkte til magesekken. I denne oppgaven velger vi å bruke begrepet væskebehandling da væsketilførsel i livets slutfase gis med ønske om å behandle ubehagelige symptomer. I livets slutfase har ikke væsketilførsel en kurativ hensikt, hensikten er å lindre ubehag. Begrepet væskebehandling blir også benyttet i de fleste artiklene vi har lest.

Å ta til seg væske er et grunnleggende fysiologisk behov som kroppen er avhengig av for å opprettholde normale kroppsfunksjoner, menneskelig vekst og utvikling (Kristoffersen, 1995). En regner kroppens basale væskebehov til å være minimum 1300 ml per døgn. Væskebehovet regnes ut fra den enkeltes kroppsvekt, og en regner da 30 ml/kg kroppsvekt. Får kroppen tilført for lite væske oppstår vanligvis en tørstefølelse og kroppen kan etter hvert bli dehydrert (Blix & Breivik, 2006. s. 199-201). Ved dehydrering (uttørring) har kroppen for lite væske og tegn på dette kan være tørste, tørr hud og slimhinner, tretthet, lav diurese, kvalme, ubehag, eventuelt uro og kramper (Redke & Bjerneoth, 2000. s. 63-68). Væskebehandling benyttes hvis pasientene ikke får i seg tilstrekkelig med væske, for å korrigere forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen, hvis mage-tarmkanalen ikke tåler væske eller at pasienten har spesielle behov for elektrolyttblandinger (Kristoffersen, 1995).

## DRØFTING

### 6.0 HVORDAN KAN SPØRSMÅL OM VÆSKEBEHANDLING I LIVETS SLUTTFASE OPPSTÅ?

#### 6.1 Case om Per

Vi har her laget et eksempel på en situasjon der spørsmålet om væskebehandling i livets slutfase oppstår. Denne historien er oppdiktet, men er en typisk situasjon en kan oppleve i praksisfeltet.

Per Hansen er 75 år og har hatt prostatakreft i flere år. Han har gjennomgått behandling i flere omganger, men har stadig fått tilbakefall og for ett år siden ble det også oppdaget spredning. Per fikk mange plagsomme bivirkninger av behandlingen og den så ikke ut til å ha noen effekt. Det ble derfor besluttet å stoppe all kurativ behandling. Per har sagt tydelig ifra til lege og datteren sin at han ikke ønsker kurativ eller livsforlengende behandling. Han har akseptert situasjonen og vet at han ikke blir frisk. Han ønsker ikke å ha smerter eller ubehag den siste tiden. Han har åpen retur på medisinsk avdeling, det vil si at han kan komme rett inn på avdelingen uten å gå via lege og mottak. Per har vært innlagt flere ganger og er godt kjent på avdelingen. Datteren Siv har fulgt faren tett gjennom sykdomsperioden og hun er mye på besøk hos han.

Per kom til avdelingen for en uke siden da han følte seg trøtt og sliten, var forvirret og spiste og drakk lite. På avdelingen har han holdt sengen, bortsett fra at han har vært oppe i rullestol en liten stund ved et par anledninger. Han har spist noen skjeer grøt og yoghurt når han har vært i form til det og har også drukket litt juice og vann. Legene har på bakgrunn av observasjoner og diagnosen vurdert at Per ikke har lenge igjen å leve. Dette har Siv fått informasjon om gjennom samtale med legen. Hun syntes dette var en tung beskjed å få, selv om hun var forberedt.

De siste to dagene har ikke Per vært våken mer enn noen minutter og har ikke tatt til seg mat eller drikke. Når Per våkner spør han etter datteren Siv, men sovner igjen når hun tar han i hånden og forsikrer om at hun er sammen med han. Når Per sover ligger han avslappet, og viser ikke tegn til smerter. Han puster med åpen munn og er tørr i munnhulen og på leppene. Sykepleierne har utført spesielt munnstell flere ganger daglig. Han er kald på beina, har lette ødem og perifer puls er vanskelig å palpere. Per har fått et annet drag over ansiktet og har fått



innsunkne øyne, dette har datteren kommentert. Siv virker bekymret over at Per er så tørr i munnen og er redd for at han er tørst. Hun spør derfor om Per kan få væskebehandling.

## ***6.2 Presisjon av aktuelle poeng***

Per har vært syk i lengre tid og har selv vært med på å avgjøre at han ikke lenger skal behandles med mål om å bli frisk. Per vet at han vil dø av sykdommen og har akseptert dette. Ut fra det vi har opplevd i praksis ser vi at pasienter får en ro og er mer avslappet etter at de har akseptert at det er kort tid igjen av livet. Vi har sett at ofte kan pasienten ha akseptert at de er døende, mens pårørende klamrer seg fast til et håp om at pasienten enda har en stund igjen å leve. Siv har fulgt Per tett i sykdomsforløpet og har vært klar over at Per ikke blir frisk. Hun syntes likevel det var tungt å få så tydelig beskjed fra legen om at Per nå ikke hadde lenge igjen, da hun hele tiden har prøvd å unngå tanken på at Per skulle dø.

Kurativ behandling er avsluttet og Per får nå palliativ behandling. Målet med dette er å lindre ubehagelige symptomer som for eksempel smerter, kvalme, uro og angst. Per har uttrykt tydelig at han ikke ønsker livsforlengende behandling, men ønsker god lindring av ubehag. Spørsmålet vi da skal finne svar på er om væskebehandling vil lindre ubehag som kan oppstå i dødsprosessen, eller om det vil føre til mer ubehag for Per.

Per har mistet interessen for mat og drikke. Han har tørr munnhule, noe som kan være et symptom på dehydrering. Dette gjør at Siv er bekymret for at Per skal lide av tørstefølelse, da det er nærliggende å tro at mangel på væske kan føre til tørste og ubehag. Studien til Bruera (2005) viser at det er begrenset sammenheng mellom munntørrehet, tørste og hydreringsstatus. Dette er helt normalt i dødsprosessen og symptomene på tørste er lite plagsomme for pasienten (Husebø & Husebø, 2001). For å trygge Siv i sin bekymring kan vi vise til hva forskning sier angående tørstefølelse i dødsprosessen. Vi kan også påpeke at det eneste Per spør om når han våkner er hvor Siv er, og at han roer seg når han får bekreftet hennes tilstedeværelse. Hadde Per opplevd tørste, ville han trolig gitt uttrykk for dette ubehaget i form av for eksempel uro. Det at Sivs tilstedeværelse er nok til å gi trygghet og ro, tenker vi er et tegn på at han ikke har særlig ubehag.

Per har lette ødem i beina, er kald på føttene og pulsen er svak, noe som er tegn på sirkulasjonssvikt. Dette er en naturlig del av dødsprosessen og sirkulasjonssvikten vil etter hvert føre til at organenes funksjon svekkes (Blix & Breivik, 2006). Sirkulasjonssvikten er en

faktor som tas med i vurderingen om Per vil ha nytte av væskebehandling, da det kan være en risiko å tilføre væske når kroppen allerede har utfordringer med å håndtere væske. Væsketilførsel kan føre til væskeretensjon som kan gi utslag i mer pleuravæske, perifere ødem og ascites (Raijmakers et al., 2011, \*1).

## **7.0 VÆSKEBEHANDLING VED LIVETS SLUTT – SYKEPLEIEFAGLIG FOKUS**

### ***7.1 Sykepleiers rolle i forhold til væskebehandling***

Her redegjør vi for sykepleierens rolle i forhold til væskebehandling i livets slutfase. Det er legens ansvar å avgjøre om en pasient skal få væskebehandling og ordinere dette, mens sykepleieren har ansvaret for å administrere en eventuell væskeforordning (Hustad, 2014). Henderson skriver også at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å utføre det behandlingsopplegget legen har bestemt (Henderson et al., 1998). Sykepleieren har da et selvstendig ansvar for at væskeforordningen blir faglig forsvarlig utført. Sykepleieren skal kontrollere infusjonsvæsken, tilsette eventuell oppløsning, tørrstoff eller legemidler, sjekke holdbarhet, skifte infusjonssett og observere lokale vevsreaksjoner. Sykepleieren har også ansvar for å gjøre observasjoner og vurderinger i forhold til hvilken effekt behandlingen har på pasienten. Væskebehandling kan føre til overhydrering, noe som kan gi pasienten lungeødem, generelle væskeansamlinger og problemer med å skille ut overflødig væske. Skulle dette oppstå skal sykepleieren videreformidle disse observasjonene til legen, da det kan være nødvendig å endre tiltak. Hvis væskebehandling ikke skal settes i gang må sykepleieren fortsatt være observant i forhold til om det skulle oppstå symptomer eller faktorer som taler for å gi pasienten væskebehandling (Kristoffersen, 1995).

I forhold til væskebehandling mener vi at sykepleieren bør gjøre en selvstendig vurdering basert på kunnskap, observasjoner og pasientens ønsker. Dette støtter Henderson i sin beskrivelse om sykepleierens rolle (Henderson et al., 1998). Denne vurderingen gjøres blant annet for å hjelpe legen til å ta en avgjørelse som er til det beste for pasienten. Siden sykepleieren ofte kjenner pasienten bedre enn legen bør sykepleierens vurdering være med i legens avgjørelse (Hustad, 2014). I de *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* paragraf 2.10 står det at: «Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling» (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Denne paragrafen bekrefter at sykepleiere skal ta del i beslutningsprosessen som blir gjort i forhold til om væskebehandling skal gis eller ikke i livets slutfase.

Vi mener sykepleieren er et naturlig bindeledd mellom pasient, pårørende og lege. Sykepleieren tilbringer mye tid med pasient og pårørende og de henvender seg ofte til han/henne med spørsmål og bekymringer. Sykepleieren har derfor en rolle som videreformidler fra pasient/pårørende til legen, og andre veien fra legen til pasient og

eventuelt pårørende. Sykepleieren har også en rolle som informatør til pasient og pårørende, og skal gi dem kunnskap om for eksempel tørstefølelse, fordeler og ulemper med væskebehandling og den naturlige dødsprosessen slik at de skal bli tryggere (Helsedirektoratet, 2013).

## ***7.2 God kommunikasjon kan fremme trygghet hos pasient og pårørende***

For å gi god sykepleie i forhold til væskebehandling i livets slutfase mener vi kommunikasjon bør være sentralt. Mange pasienter og pårørende har en forforståelse av at væskebehandling i livets slutfase har mange positive effekter, deriblant at det lindrer tørste. For å kunne endre på denne forståelsen er god kommunikasjon med riktig informasjon viktig. Det kan være vanskelig for pårørende å akseptere at pasienten er i ferd med å dø og de kan ha en formening om at «han spiser ikke, derfor dør han». Sykepleieren bør gi informasjon slik at de endrer denne forståelsen til «han er i ferd med å dø, derfor spiser han ikke». Dette kan by på utfordringer, men de aller fleste vil akseptere at dette er en naturlig del av dødsprosessen om de blir forklart dette på en ordentlig måte (Nordøy, Thoresen, Kvikstad & Svensen, 2006). Vi tok med dette eksemplet for å få frem en holdningsendring vi tror kan være nødvendig at pårørende gjør i forhold til væskebehandling. I casen ser vi at Siv har innsett at Per kommet til å dø, men hun har tro på at væskebehandling vil være bra for Per og gjøre at han ikke føler tørste. Hun er ikke alene om å ha denne oppfatningen. Artikkelen *Variation in attitudes towards artificial hydration at the end of life* viser at 48-86% av pasienter og pårørende ønsket å motta væskebehandling (Raijmakers, Fradsham, van, Zuylen, Mayland, Ellershaw & van der Heide, 2011, \*2).

I de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* står det: «Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres». Selv om pårørende ikke har bestemmelsesrett ovenfor pasientene, anbefaler *Rådet for sykepleieetikk* at sykepleieren går i dialog med pårørende slik at de føler seg sett og hørt (Hustad, 2014). Dette er også viktig for at de skal sitte igjen med en opplevelse av at pasienten fikk god behandling. Henderson påpeker at pasienten er hovedpersonen, men at pårørende skal inkluderes hvis pasienten ønsker det og det er til pasientens beste (Kristoffersen et al., 2005). Siden Siv har fulgt Per tett siste tiden og det ser ut til at de har en god relasjon, tenker vi Per ville ønsket at Siv ble inkludert i avgjørelser som ble tatt angående han. Vi tenker også at Siv kan være en ressurs for å få frem Per sine ønsker.

Målet med god kommunikasjon er at pasient og pårørende skal føle trygghet og tillit til at pasienten får god behandling, og at de forstår hvorfor pasienten får den behandlingen han får. Helsepersonell bør derfor kommunisere tydelig slik at pasient og pårørende får en klar oppfatning av hva budskapet i samtalen er (Raijmakers et al., 2011, \*1). En viktig faktor for å få til en god kommunikasjon er at lege og sykepleier samarbeider godt. En måte å gjøre dette på er at legen samtaler med pasient og pårørende slik at de får nødvendig informasjon og får mulighet til å stille spørsmål direkte. Sykepleieren kan også med fordel være med på disse samtale. Hvis vi hadde vært tilstede under samtalen legen hadde med Siv, kunne vi gjenfortalt, bekreftet eller utdypet det legen hadde sagt hvis det kom opp spørsmål i ettertid. Hvis ikke sykepleieren er tilstede i samtalen bør han/hun få informasjon om hva det ble snakket om. Hvis sykepleier og lege gir ulik informasjon kan dette skape forvirring. Fungerer derimot samarbeidet mellom lege og sykepleier bra gir dette bedre forutsetninger for å gi god sykepleie.

Sykepleieren skal hjelpe pasient og pårørende til å akseptere situasjonen slik at de er forberedt når døden kommer (Blix & Breivik, 2006). For å hjelpe pasienten med å akseptere dette, bør sykepleieren gi pasienten mulighet til å samtale åpent om sine bekymringer omkring døden og sette av god tid til samtalen. I noen tilfeller er det også nødvendig å formidle kontakt med prest eller annen sjelesørger (Kirkevold et al., 2010). Å akseptere døden kan ha betydning for pasientens ønske om væskebehandling. Henderson sier at pasienten skal få hjelp til å møte dødens realitet ærlig og tappert og få uttrykke religiøse behov, følelser og bekymringer (Mathisen, 2011. s. 149-186). Dette er behov som Henderson beskriver i sine grunnleggende sykepleieprinsipper. Mange forbinder mat og drikke med liv, derfor kan det at pasienten slutter å spise og drikke utløse fortvilelse, da en kan tenke at alt håp er ute (Knutstad, 2013. s. 913). Vi tror derfor at noen ønsker væskebehandling i livets slutfase for å ha et håp om at pasientens situasjonen skal endre seg til det bedre, væskebehandling kan da bli et siste halmstrå å klamre seg til. Per har tidligere gitt uttrykk for at han har akseptert at han skal dø. Vi tenker derfor at væskebehandling ikke er noe Per ville valgt for å klamre seg til livet.

### ***7.3 Informasjon – for å skape forståelse***

Vi bør informere og videreformidle kunnskap om væskebehandling til Siv og eventuelt Per hvis han er mottakelig for det. De bør få informasjon om tørstefølelse, fordeler og ulemper med væskebehandling og den naturlige dødsprosessen (Helsedirektoratet, 2013). Målet med informasjon mener vi er at pasient og pårørende skal bli inkludert og få forståelse for valg

som tas angående behandling da det vil være med på å skape trygghet om at Per får god behandling. Hvis pårørende ikke får god informasjon og forståelse for behandlingen pasienten får, risikerer vi at de sitter igjen med en dårlig opplevelse av den siste tiden til pasienten. De kan for eksempel føle at «far tørstet i hjel» og at helsepersonellet ikke gjorde noe for å forhindre dette. Slike overskrifter og artikler har vi flere ganger sett i landsdekkende aviser. Informasjon kan også hjelpe med å få realistiske tanker i forhold til Pers situasjon. For å kunne gi informasjon må sykepleieren ha gode kunnskaper. Er sykepleieren kunnskapsrik og kan gi faglig begrunnelse for det hun gjør, er dette med på å skape trygghet hos pasient og pårørende. Informasjonen gis i samarbeid med lege. Legen gir informasjon om medisinske valg og svarer på spørsmål som sykepleieren ikke har kompetanse til. På denne måten utfyller de hverandre. Siv spør om Per kan få væskebehandling. Vi bør derfor gi god informasjon om væskebehandling slik at hun forstår at det er flere faktorer som avgjør om det vil være god sykepleie for Per å få væskebehandling. Informasjonen vi gir skal være basert på kunnskap vi har fått fra forskning. Dette bekrefter Henderson når hun sier at sykepleien skal baseres på kunnskap og biologisk, fysiske og samfunnsmessig vitenskap (Henderson et al., 1998).

Siv bør få informasjon om effekter væskebehandling kan ha på kliniske symptomer hos pasienter i livets slutfase. Forskningen viser at væskebehandling kan føre til mindre kronisk kvalme (Raijmakers et al., 2011, \*1). En studie gjennomført i 2005 viser at væskebehandling kan redusere nevropsykiatriske symptomer som sedasjon, hallusinasjon, muskelrykninger, agitasjon. Samme studie viser at væskebehandling kan redusere opplevde symptomer på dehydrering og kan hindre opphopning av opioider eller andre medikamenter. Væskebehandling viser seg også å ha stor placeboeffekt (Bruera, 2005). I følge denne studien har væskebehandling mange positive effekter. Det er derimot gjort andre studier som ikke kan bekrefte disse funnene. En stor randomisert studie gjort i 2012 viser at effekten av væskebehandling ikke er særlig større enn placeboeffekten i forhold til sedasjon, muskelrykninger, hallusinasjon, fatigue, overlevelse og livskvalitet (Dev, Dalal & Bruera, 2012). Ut fra forskningen vi har lest ser vi at væskebehandling i livets slutfase muligens kan lindre kronisk kvalme, føre til mindre opplevde dehydreringssymptomer, kan hindre opphopning av medikamenter og at det har en stor placeboeffekt.

Studier viser at det også er negative effekter av væskebehandling. Væskebehandling kan føre til væskeretensjon som igjen kan føre til mer pleuravæske, perifere ødem og ascites (Raijmakers et al., 2011, \*1). Vi mener også det er en negativ faktor ved væskebehandling at

pasienten er bundet til et infusjonssett og at det er nødvendig med tilgang til infusjonssted som for eksempel venetilgang, noe som gir risiko for infeksjon. Det at pasienten er koblet til et infusjonssett kan forbindes med sykdom, behandling og sykehus, noe som kan gjøre at en ikke ser på døden som en naturlig prosess. En studie viser at væskebehandling ikke har innvirkning på delirium (Raijmakers et al., 2011, 1\*). En annen studie viser derimot at væskebehandling muligens kan reversere komplikasjonen delirium (Dev et al., 2012). Vi ser at studiene i stedet for å bekrefte hverandre, får motsigende resultater. Etter å ha lest forskningen ser det ut til at fordelene med å gi væskebehandling er begrenset og ikke klart overstiger ulempene (Raijmakers et al., 2011, 1\*). De fleste studiene konkluderer med at det må gjøres mer forskning for å bekrefte funn som er gjort, og vi kan derfor ikke svare på om det er god sykepleie å gi væskebehandling til Per basert på forskningen som er gjort på kliniske tegn.

#### ***7.4 Væskebehandling i livets slutfase – sykepleierens vurdering***

Vi mener det er god sykepleie i forhold til væskebehandling i livets slutfase å gjøre en gjennomtenkt og selvstendig vurdering om væskebehandling bør igangsettes eller ikke. Henderson sier sykepleieren bør kunne arbeide selvstendig og ta selvstendige bedømmelser (Henderson et al., 1998). Denne vurderingen mener vi sykepleier skal gjøre for å gi legen et bedre grunnlag for å ta avgjørelsen som er til det beste for pasienten. Vi tenker en gjennomtenkt vurdering innebærer at sykepleieren gjør en individuell vurdering basert på kunnskap, observasjon av pasienten tilstand og hensyn til pasient og pårørendes ønske (Helsedirektoratet, 2013).

Vi vil gjøre en individuell vurdering om det vil være til det beste for Per å få væskebehandling eller ikke. Henderson poengterer også at sykepleien som gis skal være individuell og ikke standardiseres (Kristoffersen et al., 2005). En viktig faktor i vurderingen vår er derfor hva Per ønsker. Han har tidligere gitt uttrykk for at han bare ønsker lindrende behandling. Derfor må vi vurdere om væskebehandling vil være lindrende for Per eller om det vil være en belastning. Symptomet som Per trenger å få lindret er tørre slimhinner i munnhulen. Forskning viser at det er liten sammenheng mellom munntørrehet, tørste og dehydrering, og viser til at munnstell er det viktigste tiltaket for å lindre munntørrehet (Bruera, 2005). Per har ikke vist tegn på ubehag som kan sees i sammenheng med at han opplever tørste, heller ikke når Per har vært våken har dette kommet til uttrykk. Det er derfor ingen indikasjon på å gi Per væskebehandling på bakgrunn av disse observasjonene.

Henderson skriver at sykepleien skal baseres på pasientens ønsker og behov og utføres på en måte som pasienten er kjent med (Kristoffersen et al., 2005). Dersom Per hadde vært våken og hatt et sterk ønske om væskebehandling ville dette vært faktorer som taler for at han skal få væskebehandling. I en av forskningsartiklene vi har presentert i oppgaven kommer det fram 90-96 % av pasient og pårørende føler at væskebehandling vil være nyttig og forbedre pasientens klinisk tilstand og at det også vil ha psykisk nytte å få væskebehandling i livets slutfase (Raijmakers et al., 2011, \*2). Dette viser at svært mange har tro på god effekt av væskebehandling. Forskningen viser også at væskebehandling har stor placeboeffekt, noe vi mener bør tas med i vurderingen. Da Per for det meste er i en sovende tilstand og ikke uttrykker ønske om væske vil han ikke ha nytte av placeboeffekten.

Andre faktorer som kan tale for at det er god sykepleie å gi væskebehandling er hvis pasienten har kronisk kvalme, at det er fare for medikamentopphopning eller at pasienten ser ut til å være plaget med symptomer på dehydrering. Hvis legen avgjør at pasienten skal få væskebehandling ønsker vi at legen ordinerer minst mulig og at væsken blir tilført i sakte tempo for å minske risiko for komplikasjoner i form av for eksempel væskeopphopning. Sykepleieren bør også gi væskebehandling på den måten som gir minst mulig ubehag for pasienten. Hvis pasienten allerede har veneflon, subkutan tilgang eller sonde benytter en dette. Hvis pasienten ikke har tilgjengelig tilgang kan det være en fordel å velge subkutan metode for væsketilførsel, blant annet da en kan benytte samme infusjonssted over lengre tid (Bruera, 2005). Når pasienten får væskebehandling må sykepleieren observere tegn på overhydrering og i så tilfelle videreformidle beskjed til legen.

Basert på Per sin situasjon har vi vurdert det til at han ikke vil ha flere fordeler enn ulemper av væskebehandling. Siden vi skal gjøre det som er til det beste for pasienten, vil denne vurderingen veie tyngre enn Sivs ønske. Vi gir henne da informasjon slik at hun får forståelse for at væskebehandling trolig ikke vil ha klar positiv over negativ effekt hos Per. Siv er bekymret for at Per føler tørste siden han er tørr i munnhulen. Vi informere derfor om at forskning viser at det beste tiltaket mot dette er et godt munnstell (Helsedirektoratet, 2013). Dette kan gjøre at Siv i stedet for å bekymre seg, blir takknemlig for at Per får den behandlingen som er til det beste for han. Vi kan veilede Siv i hvordan hun kan fukte munn og lepper, da dette kan gjøre at hun føler seg til nytte og gjør noe godt for Per (Bondevik & Nygaard, 2006. s. 320).



Munntørhet kan oppstå hos døende pasienter på grunn av dehydrering, medikamenter eller at de puster med åpen munn. Hvis døende pasienter føler tørste er det ofte på grunn av at munn, svelg og lepper er tørre. Det viktigste tiltaket er derfor et godt munnstell og fukting av munnhulen (Blix & Breivik, 2006). Dette tiltaket gjøres uavhengig av om pasienten får væskebehandling eller ikke, men hvis pasienten ikke får væskebehandling tenker vi munnstellet vil få en større symbolsk betydning. Munnstellet kan da sees på som et alternativ til væskebehandlingen. Målet med god munnpleie er å unngå unødvendige smerter, ubehag eller infeksjoner i munnhulen til pasienten (Blix & Breivik, 2006).

I sykepleien i livets slutfase bør en utføre spesielt munnstell hvis ikke pasienten er i stand til å spytte eller svelge kontrollert og dette bør en gjøre minimum 4-5 ganger i døgnet. Dersom hoste- og svelgereflexen mangler bør pasienten ligge på siden for å unngå at væske renner ned i lungene. Ved spesielt munnstell bruker en gjerne engangs munnpensel, arteriepinsett og tupfere, eventuelt kompress eller i noen tilfeller tannbørste. Vanlig vann, vann tilsatt kullsyre eller fysiologisk saltvann (NaCl 0.9%) er bra å benytte for å fukte munnhulen og forebygge infeksjon. Hvis pasienten har stor risiko for å utvikle infeksjon eller har skorper og belegg på tunga kan en bruke fortynnet Klorhexidin mot infeksjon eller Hydrogenperoksid mot skorper og belegg. Disse midlene bør brukes med forsiktighet for å unngå sår dannelse eller annen skade på slimhinnene. Etter munnstellet bør en smøre leppene med for eksempel hvit Vaseline da dette gir fuktighet og hindrer sprekkdannelse (Blix & Breivik, 2006).

I denne oppgaven har vi skrevet om hva som er god sykepleie i forhold til væskebehandling i livets slutfase. God sykepleie mener vi er å gjøre en gjennomtenkt vurdering om væskebehandling vil være til det beste for pasienten eller ikke, slik at vi kan hjelpe legen å ta et godt valg. Det er også nødvendig at sykepleieren har evne til å formidle grunnlaget for denne avgjørelsen til pårørende og til pasienten hvis han/hun er kontaktbar. I livets slutfase kan pasienten bli mindre interessert i sine omgivelser, og vi har fått inntrykk av at mange av pasientene ikke har særlig behov for informasjon. Pårørende kan derimot ha behov for god dialog og informasjon i denne fasen for å få forståelse for og føle seg trygge på at pasienten får god behandling. Ofte er pasienten bekymret for sine pårørende, og vi mener det er god sykepleie ovenfor pasienten at pårørende blir tatt godt hånd om. I tillegg til å gjøre sykepleiefaglig vurdering, ha en god dialog med pasient og pårørende og å gi dem informasjon, er det et viktig sykepleietiltak å gi pasienten godt munnstell.

## 8.0 AVSLUTNING

Da vi startet artikkelsøk og leting etter relevant litteratur håpet vi på tydelige funn. Dette var utfordrende siden det er gjort få studier om temaet, er få studier av god kvalitet og studiene bekrefter ikke hverandres funn. Vi har sett at væskebehandling i livets slutfase ikke har særlig stor klinisk effekt. Til tross for dette ser vi at mange pasienter og pårørende har stor tro på at det har lindrende effekt. Gjennom denne arbeidsprosessen har vi lært mye om væskebehandling i livets slutt. Vi har også lært om arbeidsprosesser for å skrive en slik oppgave og metoder i oppgaveskriving.

Forskning og litteratur sier lite om hva sykepleierens oppgave er og hvordan en utøver god sykepleie i forhold til væskebehandling i livets slutfase. Vi ser derfor at vi med fordel kunne benyttet intervju som metode. Hadde vi intervjuet erfarne sykepleiere kunne vi fått bedre innsikt i hvordan sykepleiere forholder seg til væskebehandling i livets slutfase i praksis. Vi kunne fått svar på hva de mener er sykepleiernes oppgaver og hva som er god sykepleie i forhold til væskebehandling i livets slutfase. Vi kunne brukt denne informasjonen sammen med litteratur og forskning for å drøfte oss fram til svar på problemstillingen. Svar på vår problemstilling har vi basert på forskning, pensumlitteratur og annen litteratur som fagbøker, Nasjonal veileder og Yrkesetiske retningslinjer.

Som sykepleiere vil vi i framtiden følge med på det som kommer av ny forskning. Dette da vi fortsatt ønsker klare funn på væskebehandlingens effekt i livets slutfase. Tydeligere funn vil gjøre det enklere å vurdere og å gi informasjon til pasienter, pårørende og kollegaer angående væskebehandling i livets slutfase. Etter å ha jobbet med dette temaet tror vi at vi i større grad vil gjøre selvstendige vurderinger i forhold til om det er til det beste for pasienten å få væskebehandling og vi vil nok vie mer oppmerksomhet til pårørende som er i en slik situasjon. Munnstellets betydning og effekt vil vi fremsnakke og prioritere hvis vi jobber med pasienter i livets slutfase i vårt fremtidige arbeid som sykepleiere. Det har vært en lærerik prosess å jobbe med dette teamet og vi føler oss mer forberedt til å møte utfordringen med væskebehandling i livets slutfase videre i arbeidet som sykepleiere.

## 9.0 LITTERATURLISTE

### 9.1 Pensumlitteratur

Aadland, E. (2011) «Og eg ser på deg»: vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget

Blix, E. S. & Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk

Henderson, V., Mellbye, S. & Munkeby, A-M. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

### 9.2 Selvvalgt litteratur

Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (2006) Tverrfaglig geriatri. Bergen: Fagbokforlaget. (15 sider)

Bruera, E., Sala, R., Rico, M. A., Moyano, J., Centeno, C., Willey, J. & Palmer, J. L. (2005) *Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study*. doi: 10.1200/jco.2005.04.069. Hentet fra: <http://jco.ascopubs.org/content/23/10/2366.long>  
Lest: 20.03.14 (6 sider)

Dev, R., Dalal, S., & Bruere, E. (2012) Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? Hentet fra: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84869832577&partnerID=40&md5=12defc638a019cdbc95b8a8fa7e50f6c> Lest: 26.02.14 (6 sider)

Heick, A. (2009) *Vaeskebehandling, smerter og delir i terminalfasen*. Ugeskrift for Læger, 171(38), 2738-2741. Hentet fra:

<http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2009/38/pdf/VP55816.pdf>. Lest: 22.03.14 (4 sider)

Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlige syke og døende*. Hentet fra:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Publikasjoner/IS-2091.pdf> Lest: 05.03.14 (3 sider)

Henderson, V. (1993) *Sykepleiens grunnprinsipper* (nr. 2/93). Oslo: Norsk sykepleierforbund (72 sider)

Husebø, B. S. & Husebø, S. (2001). *De siste dager og timer: behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon (2 sider)

Hustad, B. D. (2014). *Hvem bestemmer om pasienten skal ha mat og drikke?* Sykepleien, 102(1), 68-69. Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/etikk/1443729/hvem-bestemmer-om-pasienten-skal-ha-> Lest: 10.03.147 (2 sider)

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk. (7 sider)

Knutstad, U. (2013) *Utøvelse av klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe (52 sider)

Kristoffersen, N. J. (1995). *Generell sykepleie*. Oslo: Universitetsforlag (64 sider)

Mathisen, J. (2011) *Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar*. Holter, I. M., Mekki, T. E. & Pedersen, S. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe. (19 sider)

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) Lest: 25.03.14 (4 sider)

Nordøy, T., Thoresen, L., Kvikstad, A. & Svense, R. (2006) *Ernæring og væskebehandling til pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom*. Tidsskrift for Den norske legeforning. 126: 624-7, nr 5. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1348539> Lest: 02.03.14 (4 sider)

Olsson, H., Sørensen, S. & Bureid, G. (2003) *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk. (18 sider)

\*1) Raijmakers, N. J., Fradsham, S., van Zuylen, L., Mayland, C., Ellershaw, J. E. & van der Heide, A. (2011) Variations in attitudes towards artificial hydrations at the end of life: a systematic literature review. Doi: 10.1097/SPC.0b013e3283492ae0. Lest: 26.03.14 (8 sider)

\*2) Raijmakers, N. J., van Zuylen, L., Costantini, M., Caraceni, A., Clark, J., Lundquist, G. & van der Heide, A. (2011). *Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects*. Ann Oncol, 22(7), 1478-1486. doi: 10.1093/annonc/mdq620 Hentet fra: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/22/7/1478.long> Lest: 26.03.14 (9 sider)

Redke, F. & Bjerneroth, G. (2000) *Vätskebalans*. Lund: Studentlitteratur (9 sider)

Sum selvvalgt litteratur: 308 sider