

Närståendes behov av kommunikation

vid vätskebehandling inom palliativ vård

FÖRFATTARE	Karolina Hjelmroth Jansson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Susann Strang
EXAMINATOR	Ingela Heno
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Närståendes behov av kommunikation vid vätskebehandling inom palliativ vård.
Titel (engelsk):	Family members need of communication in conjunction with hydration in palliative care.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad, grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Karolina Hjelmroth Jansson
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Ingela Henoch

SAMMANFATTNING

Inledning: Att kommunicera med närstående till patienter inom palliativ vård på ett tillfredsställande sätt är en av sjuksköterskans mest utmanande uppgifter vid vård i livets slut. Vätskebehandling av patienter i livets slutskede är ofta ett känsligt ämne för närstående. När patienten inte längre kan eller vill äta och dricka skapas oro och ångest hos närstående. För att förhindra att närstående till patienter som vårdas inom palliativ vård känner sig oförberedda inför denna känslomässiga och ångestskapande situation bör sjuksköterskan förvissa sig om att i tidigt palliativt skede förklara och förbereda närstående på vad som är att vänta under döendeprocessen. **Syftet** är att undersöka närståendes behov av kommunikation i samband med vätskebehandling inom palliativ vård. **Metoden** är en allmän litteraturöversikt av åtta vetenskapliga artiklar, två kvantitativa och sex kvalitativa som systematiskt söktes fram i databaserna Cinahl och PubMed. Artiklarna lästes grundligt, kvalitetsgranskades och analyserades för att identifiera teman. **Resultat:** Analysen av artiklarna resulterade i ett antal teman avseende närståendes behov av kommunikation vid vätskebehandling inom palliativ vård; (a) *ärlig kommunikation*, (b) *anpassad kommunikation*, (c) *kommunikation som tröst* (d) *kommunikation vid vätskebehandling* (e) *när kommunikationen brister*. Resultatet visar på närståendes behov av kommunikationen inom palliativ vård genom att återge närståendes upplevelser och erfarenheter av kommunikation vid vätskebehandling inom palliativ vård. **Slutsats:** För att närstående skall uppleva stöd och trygghet i samband med vätskebehandling krävs fungerande och förberedande kommunikation. Sjuksköterskans kommunikation med närstående är en betydelsefull faktor vid vätskebehandling inom palliativ vård för att förmedla kunskap och information samt att ge tröst och trygghet. Närståendes hopp, oro och förtvivlan i samband med vård av patienter i livets slut skapar en ansträngd situation där anpassad kommunikation, tillgänglighet och delaktighet är viktiga faktorer för att tillgodose närståendes behov.

Nyckelord: *palliativ vård, vård i livets slut, kommunikation, vätskebehandling, närstående.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
INLEDNING.....	5
BAKGRUND	5
VAD KÄNNETECKNAR PALLIATIV VÅRD?	5
WHO:s definition:	5
TEORETISK ANKNYTNING: DEN PALLIATIVA VÅRDENS HÖRNSTENAR	6
Symtomkontroll.....	6
Familj, anhörig och närstående	8
Kommunikation	8
Teamarbete	9
SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT	9
ICN:s etiska kod	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
METOD	10
LITTERATURSÖKNING	10
Inklusions- och exklusionskriterier	11
ARTIKELANALYS	11
Etiska aspekter	12
RESULTAT.....	12
KOMMUNIKATION INOM PALLIATIV VÅRD	12
Ärlig kommunikation	12
Anpassad kommunikation	13
Kommunikation som tröst.....	13
Kommunikation om vätskebehandling.....	13
När kommunikationen brister	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION.....	16
Symtomkontroll - vätskebehandling	16
Närstående	17
Kommunikation	18
Teamarbete	18

SLUTSATS.....	19
REFERENSER	20
BILAGA 1.....	23
BILAGA 2.....	24

INLEDNING

I samband med allvarlig sjukdom har mat och vätska en central roll och när patienten inte längre kan eller vill äta och dricka skapas oro och ångest hos närstående. Många närstående efterfrågar i detta skede intravenös vätskebehandling till patienten av rädsla för att patienten skall lida av törst och uttorkning. Vätskebehandling inom palliativ vård är omtvistat på grund av de biverkningar som kan drabba patienten och är inte praxis inom palliativ vård i Sverige idag. Faktum att patienten inte erhåller vätskebehandling i livets slutskede kan ofta vara känslomässigt och ångestskapande för många närstående som kan uppleva oro inför patientens situation. Det är angeläget att sjuksköterskan bekräftar närståendes oro och tankar genom att informera och förmedla kunskap till närstående angående patientens minskade behov av vätska i livets slutskede. Kommunikationen mellan sjuksköterskan och närstående inom palliativ vård är viktig och det är sjuksköterskans uppgift att integrera närstående i vården och göra dem delaktiga. Varje situation är unik och det krävs empati, lyhördhet och kunskap hos sjuksköterskan för att kunna möta dessa människor och deras behov på ett tillfredsställande sätt.

Inom mitt framtida yrke kommer jag som sjuksköterska att möta situationer som är svåra och känsloladdade i samband med vård av patienter i livets slut. Genom att undersöka närståendes behov av kommunikation i samband med vätskebehandling inom palliativ vård utforskas två viktiga beståndsdelar inom den palliativa vården, kommunikation och symtomkontroll. Palliativ vård baseras på fyra viktiga hörnstenar som genomsyrar vårdfilosofin; symtomkontroll, närstående, kommunikation och teamsamverkan och med utgångspunkt i dessa grundläggande palliativa begrepp skapas uppsatsens teoretiska anknytning.

BAKGRUND

VAD KÄNNETECKNAR PALLIATIV VÅRD?

I Sverige avlider ungefär 95 000 personer varje år och nästan var fjärde person är över 85 år. De flesta dör på sjukhus eller särskilt boende efter en längre tids sjukdom som kräver mer eller mindre omfattande palliativa vårdinsatser. För att kunna tillgodose specifika behov hos patienter inom palliativ vård och deras närstående har den palliativa vården utformats på ett anpassat sätt (Jacobsson, Andersson, & Öhlén, 2009). När vården av en patient inte längre har ett kurativt syfte och bot av livshotande sjukdom inte är möjlig, behövs ett tydligt förhållningssätt i vårdandet och omhändertagandet av patienten för att stödja och hjälpa patient och närstående. Palliativ vård skall inbegripa en syn på livet som är livsbejakande och som omfattar både patient och närstående. Vården skall vara individuellt utformad och anpassad efter den enskilda patientens behov och önsningar. Vården och omhändertagandet har till uppgift att lindra lidande och understödja livskvaliteten hos patienter med obotlig sjukdom. Detta sätt att vårda patienter betecknas palliativ vård och karaktäriseras av vikten av en helhetsvård där individen ges möjlighet att leva med värdighet och mesta möjliga livskvalitet till livets slut (Nationella Rådet för Palliativ Vård [NRPV], 2002).

WHO:s definition:

”Palliativ vård innebär att:

- lindra smärta och andra plågsamma symtom,*
- bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process,*
- inte påskynda eller fördröja döden,*
- integrera de psykosociala och andliga aspekterna av patientvården stödja de närstående under patientens sjukdom och i deras sorgearbete*

- genom ett tvärprofessionellt förhållningssätt inrikta sig på patienternas och de närståendes behov
- främja livskvalitet som kan påverka sjukdomsförloppet positivt
- vara tillämpligt i ett tidigt sjukdomsstadium, i kombination med andra terapier som syftar till att förlänga livet, såsom kemoterapi eller strålterapi, och omfattar de utredningar som behövs för att bättre förstå och hantera plågsamma kliniska komplikationer” (NRPV, 2002).

Den palliativa vården är inriktad på att lindra patientens lidande. Det innebär att förebygga och behandla obehagliga och plågsamma symtom som kan förekomma hos patienten, exempelvis smärta, illamående eller oro. Tidig identifiering av symtom och adekvat behandling krävs för att resultatet skall bli optimalt. Genom att analysera patientens symtom innan behandling påbörjas kan eventuella underliggande orsaker upptäckas och lämpliga åtgärder kan vidtas (Strang, 2012a).

Sjukdomsförloppet inom palliativ vård består oftast av flera faser, en tidig fas, som kan vara många månader beroende på grundsjukdom. I den tidiga fasen kräver patienten oftast bara hjälp med symtomlindring och visst stöd. Senare i sjukdomsfasen ökar patientens vårdbehov. I livets slutskede, den sista fasen som oftast är ganska kort, det kan röra sig om några dagar eller högst veckor, kan patienten behöva hjälp av kvalificerad personal dygnet alla timmar (Dehlin & Rundgren, 2007).

TEORETISK ANKNYTNING: DEN PALLIATIVA VÅRDENS HÖRNSTENAR

Den palliativa vården bygger på fyra hörnstenar som utgör grunden i vårdfilosofin. Första hörnstenen innebär *symtomkontroll och symtomlindring* genom att förebygga och lindra plågsamma symtom som kan påverka patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella tillvaro. Den andra hörnstenen avser *stöd till närstående* både under och efter sjukdomstiden. Patient och närstående ses som en helhet och stöd till närstående skapar bättre förutsättningar för närstående att stötta den som är sjuk. Tredje hörnstenen betonar vikten av ett *teambaserat* arbetssätt mellan sjukvårdens olika yrkeskategorier för att kunna bemöta patientens och närståendes varierande behov. Fjärde hörnstenen är *kommunikation*, sannolikt den viktigaste inom all vård och omsorg. Genom fungerande kommunikation mellan vårdpersonal, patient och närstående skapas möjligheter att känna trygghet i vårdrelationen och uppleva livskvalitet och välbefinnande (Strang, 2012a). Dessa hörnstenar skapar uppsatsens teoretiska anknytning, de används som grund för begreppsbeskrivning och anknyter till uppsatsens syfte med fokus på kommunikation och närstående.

Symtomkontroll

Den palliativa vårdens grundtanke omfattar god symtomkontroll och en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter i den palliativa vården är att bedöma patientens behov med utgångspunkt i fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter (Friedrichsen, 2012a). Dessa fyra aspekter bör sjuksköterskan ta hänsyn till i vården av den palliativa patienten eftersom de påverkar patientens välbefinnande och livskvalitet både enskilt och tillsammans (Strang, 2012a). Genom att sjuksköterskan i tidigt skede identifierar patientens symtom och tecken och vidtar åtgärder förhindras att symtomen förvärras. Sjuksköterskans kunskap och förmåga att bedöma och behandla symtom hos palliativa patienter är en komplex uppgift och för att kunna bedöma patienten rätt krävs kännedom om symtom och tecken som den palliativa patienten kan uppvisa (Friedrichsen, 2012a). Symtom upplevs inte på samma sätt av patienterna och får därför olika betydelse för olika patienter. När symtom hos patienten observeras bör sjuksköterskan ha i åtanke att ett symtom uppträder sällan enskilt utan orsakas av eller skapar konsekvenser som visar sig genom ytterligare symtom hos patienten (Clausen, 2010).

Sjuksköterskans åtgärder för lindring av symtomen är en viktig del för att främja patientens välbefinnande och livskvalitet. Vanligt förekommande symtom som orsakar stort lidande hos palliativa patienter och påverkar patientens nutrition är bland annat aptitlöshet, illamående och muntorrhet (Strang, 2012b).

Symtom som påverkar patientens nutrition

Mat och dryck är grundläggande behov hos människan som inte enbart handlar om att tillgodose kroppens behov av energi och näring utan även har social, psykologisk och existentiell betydelse. I samband med allvarlig sjukdom har mat och vätska en central roll. Hos en patient som är välnutrierad minskar risken för att drabbas av infektioner och ofrivillig viktminskning (Strang, 2000). Döendeprocessen innebär att kroppens behov av mat och vätska gradvis minskar. Patienten i livets slutskede förlorar aptiten eller slutar helt att äta och dricka. I det sena palliativa skedet har matens näringsinnehåll liten betydelse (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Målsättningen med nutritionen i det sena palliativa skedet bör vara att patienten inte skall uppleva hungerkänslor och inte känna illamående (Strang, 2000). Patientens minskade aptit och födointag vållar oro hos både patient och närstående. Att äta och dricka är nära förknippat med överlevnad för människan och när patienten inte förmår äta och dricka gör döden sig påmind (Clausen, 2010).

Det som är betydelsefullt vid nutrition inom palliativ vård är att patienten får mat som är anpassad efter patientens förmåga att äta och att maten serveras på ett inbjudande sätt. Patienten skall ges möjlighet att önska kost och närstående kan uppmuntras att ta med sig en viss älsklingsrätt. Att få äta tillsammans med sina nära kan vara stimulerande för en patient som förlorat aptiten (Clausen, 2010).

Illamående förekommer hos mer än hälften av patienterna inom palliativ vård. Orsakerna kan vara patologiska, cancerrelaterade eller metaboliska. Cancerrelaterat illamående har oftast sitt ursprung i cytostatika behandling. Metabola faktorer kan vara uremi, hyperkalcemi eller hyponatremi. Fördröjd tömning av magsäckens innehåll har visat sig orsaka illamående hos patienter i sent palliativt skede (Jakobsson & Strang, 2012). Den palliativa patienten lider ofta av muntorrhet och det kan ha flera orsaker. Om patienten har syrgas torkar detta ut slemhinnorna. Svampinfektioner till följd av vissa läkemedel är också vanligt. Regelbunden munvård kan lindra upplevelsen av muntorrhet. Tandborstning, små klunkar vatten och suga på en isbit kan hjälpa mot muntorrheten. Om patienten inte kan sköta sin munvård själv bör sjuksköterskan förvissa sig om att regelbunden munvård utförs genom att fukta slemhinnorna i munnen med muntork doppad i vatten. Att smörja slemhinnorna med gel eller smaksatt olja och även smörja in läpparna kan upplevas som lindrande (Clausen, 2010).

Intravenös vätskebehandling

I Sverige är det idag en utbredd uppfattning och praxis inom den palliativa vården att döende patienter inte erhåller vätskebehandling i livets slutskede (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Intravenös vätskebehandling inom palliativ vård är kontroversiellt på grund av de biverkningar som kan drabba patienten i form av ödem, ökade symtom från hjärta och lungor samt sekretion i mag-tarmkanalen. Dessa symtom kan skapa lidande för patienten och upplevas värre av patienten än de fördelar som vätsketillförsel kan ge (Clausen, 2010). Det är endast i enstaka fall som det finns argument för vätskebehandling till döende patienter. Skäl till att tillföra patienten vätska intravenöst kan vara om patienten uttrycker stark törst eller lider av muskelryckningar och förvirring som kan relateras till dehydrering. Rekommendationen är då att under en kort tidsperiod prova vätskebehandling för att iaktta om patientens symtom lindras och därefter ta beslut angående fortsatt tillförsel av vätska. Vätskebehandling kan också vara skäligt om patienten förväntas ha en längre tid kvar att leva

och inte kan inta vätska per os (Strang, 2000). Många närstående upplever oro och obehag över det faktum att patienten inte erhåller vätskebehandling och det är angeläget att sjuksköterskan lyssnar och bekräftar närståendes oro och tankar kring patientens behov av vätska (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Vanligt är att närstående oroas över att patienten skall lida av törst och uttorkning vid uteblivet vätskeintag. Genom kunskap om situationen kan den göras mer hanterbar för närstående. Sjuksköterskans information till närstående om de argument som talar mot vätskebehandling av patienter i livets slutskede kan upplevas som lugnande, exempelvis att patienten sällan upplever törst och om de känner törst kan munvård ge effektiv lindring. Vätskebehandling ökar kräkningsrisken, kan påverka andningen negativt, orsaka ödem och inverka på patientens välbefinnande (Strang, 2000). Att sjuksköterskan visar lyhördhet och ger anpassad information angående patientens behov av vätska i livets slutskede är av största vikt i dessa situationer för att underlätta och skapa förståelse för oroliga, ångestfyllda närstående (Lindqvist & Rasmussen, 2009).

Familj, anhörig och närstående

Inom sjukvården förekommer det flera benämningar på personer som ingår i familjekonstellationen kring en patient, exempelvis familjemedlem, anhörig eller närstående. En familj i dagens samhälle kan ha olika sammansättning och utgörs av de personer som familjen själv inkluderar. Anhöriga benämns vanligen de som har anknytning via blodsband med patienten. Begreppet närstående är mer generöst i sin mening och kan omfatta både anhöriga och andra nära relationer som patienten kan tänkas ha. Oavsett vilken fas i livet en människa befinner sig i, så utgör oftast familjen och de sociala relationerna den närmaste miljön (Benzein, Hagberg & Saveman, 2009).

Den familjefokuserade omvårdnaden är en av hörnstenarna i den palliativa vårdfilosofin och grundas på antagandet att när en familjemedlem drabbas av sjukdom berörs hela familjen och familjen påverkar i sin tur den drabbade på olika sätt. När familjen kommer i kontakt med sjukvården är det sjuksköterskans uppgift att integrera familjen i vården kring patienten. Relationen och kommunikationen mellan familjen och sjuksköterskan är därför viktig (Benzein et al., 2009). Att familjen har stor betydelse för patienten är centralt och i palliativ vård talar man ofta om patienten och närstående som en enhet (Strang, 2012a). Att delta i omvårdnaden av patienten kan vara ett sätt för närstående att uppleva meningsfullhet och de kan hjälpa patienten i den utsträckning de själva önskar och orkar. Det är tryggt för patienten att ha sina närmaste runt sig och det är de närstående som känner patienten bäst (Bondevik, 2005). Den sjuka familjemedlemmen behöver känna stöd från sina närmaste och många gånger behöver även de som står den drabbade nära stöd och hjälp (Benzein et al., 2009). Sjuksköterskan bör värna om de anhörigas fysiska och psykiska hälsa genom att bland annat erbjuda avlastning och samtalsstöd. Stöd till de närstående innebär i förlängningen stöd till patienten (Bondevik, 2005). När patienten avlidit kan de närstående behöva få möjlighet att ställa frågor och prata om det som hänt. Det kan vara många känslor som väcks hos närstående efter döden och denna reaktion bör sjuksköterskan vara medveten om för att ha kunna ha förståelse för närståendes upplevelse. Patientens sista tid, vård och behandling eller utebliven behandling samt den egna delaktigheten, kan vara exempel på saker som närstående har funderingar över och kan behöva samtala om (Dehlin & Rundgren, 2007).

Kommunikation

God kommunikation i vårdrelationen är grundläggande för att sjuksköterskan skall kunna bedriva en effektiv, stödjande vård av den palliativa patienten. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har en fungerande dialog med patient och närstående för att skapa de

förutsättningar som krävs för att skapa mesta möjliga välbefinnande hos båda parter. Många patienter och närstående finner trygghet i att veta att det finns någon som är beredd att lyssna på deras tankar och funderingar kring situationen de befinner sig i (Buckley, 2008). Kommunikationen mellan sjuksköterska, patient och närstående omfattar alla viktiga delar som rör den palliativa vården, fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Att lyssna in motparten och anpassa kommunikationen därefter skapar förutsättningar för förståelse och möjlighet till samarbete (Friedrichsen, 2012b). En fungerande kommunikation och dialog mellan sjuksköterska och närstående skapar möjligheter att identifiera och erbjuda närstående det stöd de behöver och uppleva trygghet i omvårdnaden av patienten. De flesta människor idag har ingen erfarenhet av palliativ vård och det är därför viktigt att sjuksköterskan visar öppenhet, tillgänglighet och har förmåga att skapa förtroende och tillit (Kirkevoid & Stromsnes-Ekern, 2003). Regelbunden information som är anpassad till patient och närstående upplevs som en avlastning och skapar trygghet. Att som närstående eller patient få information vad som skall eller kan göras eller få vägledning i praktiska detaljer kan underlätta för den som redan har en tung börda (Friedrichsen, 2012b).

Teamarbete

Den palliativa vårdfilosofin innebär att patienten och familjen erbjuds ett organiserat stöd och anpassade åtgärder för att patienten skall ha möjligheten att leva ett aktivt liv så länge det är möjligt. För att kunna möjliggöra dessa förutsättningar för patienten och dennes familj krävs interdisciplinär och multiprofessionell verksamhet, som bygger på teamsamverkan och gemensamma mål för patienten inom teamet. Det viktigaste för team inom palliativ vård är att anpassa vårdinsatserna efter patientens behov av vård, sjukdomsprogress samt livssituation. En god vårdkvalitet hänger ihop med en tydligt utformad vårdfilosofi, god yrkeskompetens hos de som arbetar samt fungerande arbetsledning (Beck-Friis, 2009).

Genom tydlig kommunikation och målsättning skapar teamet möjlighet till trygghet och delaktighet för patient, närstående och vårdpersonal. Patienten skall kunna uppleva teamet som en helhet genom att teamet förfogar över kunskaper och färdigheter som kompletterar varandra och att alla arbetar tillsammans mot ett förutbestämt och gemensamt mål. De vanligaste yrkesgrupperna som ingår i ett palliativt team är läkare, sjuksköterska, undersköterska, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut samt dietist. Sjuksköterskans funktion i teamet innebär bland annat att informera läkaren om patientens symtom och rapportera eventuella förändringar i patientens status samt verkställa ordinationer från läkaren. Sjuksköterskan ansvarar även för vårdplaneringar och relationen till familj och närstående (Beck-Friis, 2009).

SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

I Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) poängteras vikten av att sjuksköterskan har en humanistisk människosyn och respekterar patientens integritet och autonomi. Det är även betydelsefullt att sjuksköterskan tar tillvara sina medarbetares kunskaper för att genom teamarbete främja till helhetssyn på patienten i förhållningssätt och vårdandet av patienten (Socialstyrelsen, 2005).

ICN:s etiska kod

Den etiska koden enligt ICN (International Council of Nurses,[ICN], 2005) klagör sjuksköterskans fyra huvudsakliga uppgifter i sin yrkesutövning:

- att främja hälsa
- att förebygga sjukdom,
- att återskapa hälsa
- att lindra lidande

Koden utgör en referensram och understryker sjuksköterskans skyldighet att ge god vård till alla samt vikten av etiskt handlande för sjuksköterskor i sin yrkesutövning. Koden betonar att det ligger i vårdandets natur att respektera mänskliga rättigheter, värderingar och inte begränsas av människors uppfattning om religion, kultur, ålder, kön, hudfärg, nationalitet, social status eller sexuell läggning (ICN, 2005).

PROBLEMFORMULERING

Intravenös vätskebehandling är idag en kontroversiell fråga inom palliativ vård och mycket pekar på att fördelarna som uppnås sällan överväger de biverkningar som vätskebehandling kan orsaka. Frågan att tillföra eller avstå vätskebehandling är oftast mycket känslig och ångestskapande för närstående och många gånger uttrycker närstående att de upplever oro inför att patienten skall lida av törst och uttorkning. För att förhindra att närstående känner sig oförberedda inför de förhållanden som råder vid livets slut bör sjuksköterskan förvissa sig om att redan i tidigt palliativt skede informera och förklara situationen för närstående.

Kommunikation är en av hörnstenarna inom den palliativa vården. Genom fungerande kommunikation till närstående angående vätskebehandling skapas möjligheter för sjuksköterskan att möta närståendes frågor och oro med empati, förståelse och kunskap och skapa förutsättningar för välbefinnande, delaktighet, trygghet och tillit i vårdsituationen. Närståendes behov av kommunikation och information avseende vätskebehandling vid vård i livets slut är ett viktigt område att identifiera och kartlägga. Ytterligare kunskap och kompetens är angeläget för att minska den oro och frustration som upplevs av närstående på grund av okunskap och bristande information i samband med vård i livets slut.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att belysa närståendes behov av kommunikation vid vätskebehandling inom palliativ vård.

METOD

Modellen som uppsatsen grundades på var en litteraturöversikt som syftade till att skapa överblick över det valda problemområdet genom redan publicerad litteratur i ämnet. Litteraturöversikten utfördes systematiskt genom urval, granskning och analys av vetenskapliga studier och forskningsartiklar inom ett begränsat forskningsområde. En litteraturöversikt har för avsikt att skapa en strukturerad överblick av befintlig kunskap och publicerade forskningsresultat inom det valda vårdvetenskapliga område som avses studeras. Resultatet av artikelanalysen sammanställs och bearbetas för att på ett beskrivande sätt återge en sammanfattning av kunskapsläget inom det valda området (Friberg, 2006a).

LITTERATURSÖKNING

Sökning av information och litteratur inför uppsatsskrivandet har utförts både systematiskt och osystematiskt. Dessa två metoder användes parallellt i sökprocessen och fungerar då genom att komplettera varandra i sökningsresultatet. Den systematiska sökningen går ut på att utforska sökområdet och arbeta metodiskt genom att dokumentera sökprocessen stegvis. Osystematisk sökning innebär att litteratur och information som kan användas i arbetet påträffas via sporadiska sökningar via nätet, bibliotekslitteratur som visar sig innehålla värdefull information eller referenslistor som hänvisar till lämpliga artiklar (Östlundh, 2006). Sökningen av vetenskapliga artiklar gjordes i databaserna Cinahl och PubMed eftersom dessa databaser refererar till artiklar inom vårdvetenskap och omvårdnad. Sökningarna utfördes

under perioden 121022–121210 (Bilaga 1). Avgränsningar i databassökningen utgjordes av att artiklarna skulle vara peer reviewed, skrivna på engelska samt publicerade i en vetenskaplig tidskrift under åren 1995-2012.

Nyckelorden vid sökningen av artiklar byggde på palliativ vård, livets slutskede kommunikation och vätskebehandling men för att få ett större urval av artiklar att välja mellan utökades sökorden ytterligare genom att använda synonymer för nyckelorden. Genom att använda Svensk Mesh för att översätta de medicinska termerna från svenska till engelska, identifierades terminologin och sökorden som användes i databaserna var; *palliative care, end of life, communication, hydration, dehydration och nutrition*. Sekundärsökningar utfördes via osystematisk sökning genom att utnyttja information som fanns i de redan valda artiklarnas referenslistor som möjliggjorde identifiering av ytterligare relevanta artiklar.

Upprepade litteratursökningar gjordes även i biblioteksdatan vid Göteborgs Universitet, GUNDA under perioden 121022–121122 för att söka fram relevant litteratur som kunde bidra med betydelsefull bakgrundsfakta inom det valda ämnesområdet. Litteraturen bestod av tidigare kurslitteratur från sjuksköterskeprogrammet samt litteratur som bedömdes passande för uppsatsens bakgrund och syfte.

Urvalet av artiklarna gjordes genom att läsa abstracten för att på så sätt göra en första bedömning om artikeln var relevant för uppsatsens ämnesområde. De artiklar som valdes ut som underlag till litteraturöversikten ansågs innehålla relevanta anknytningar till det valda området. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar ingick i urvalet. Kvantitativ forskning skapar möjligheter att mäta och jämföra olika faktorer för att kartlägga vilken faktor som ger bäst slutresultat (Segesten, 2006). Kvalitativa studier strävar efter att skapa ökad förståelse inom det undersökta området. Genom att bearbeta kvalitativa studier i litteraturbaserade undersökningar kan individers iakttaga erfarenheter och upplevelser inom olika områden skapa ny fakta om valda fenomen (Friberg, 2006b).

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle presentera studier relaterade till palliativ vård utifrån nyckelorden palliativ vård, livets slutskede, kommunikation och vätsketillförsel. Flera abstract lästes där artiklarna ansågs uppfylla inklusionskriterierna men när artikeln söktes visade det sig att dessa artiklar behövde beställas från biblioteket och uteslöts därför av den anledningen. Palliativ vård betecknas här som den vård patienter erhåller vid livets slutskede oavsett diagnos och ingen exkludering har gjorts avseende specifik sjukdomsdiagnos eller stadiet i den palliativa fasen. Studier gjorda på barn och ungdomar samt studier som inte uppfyllde kraven på vetenskaplig forskning har exkluderats. Majoriteten av studierna som valdes har sitt ursprung från olika västerländska länder och under sökningsprocessen i databaserna var artiklar från USA, Australien samt Storbritannien överrepresenterade.

ARTIKELANALYS

När ett antal intressanta artiklar valts ut enligt kriterierna, värderades studiernas kvalitet genom att granska problemformulering, syfte, metod och resultat enligt Friberg (2006a). En översikt över de valda artiklarna presenteras i bilaga 2. Avsikten med artikelgranskningen var att värdera kvaliteten på artiklarna och bedöma artiklarna i motsvarighet till uppsatsens syfte. Eftersom uppsatsen skrivs på kandidatnivå analyserades slutligen endast resultatet i studierna och inte studierna i sin helhet som är brukligt i metaanalys (Friberg, 2006a). Artiklarnas resultat lästes upprepade gånger för att hitta framträdande termer och möjliga teman. Genom att jämföra likheter och skillnader i studiernas resultat och dela upp informationen i ett antal olika kategorier kartlades ämnesområdet stegvis. Kategorier med liknande innehåll skapade

teman. När ett antal teman urskiljts, bearbetades samtliga artiklar utifrån dessa teman för att ringa in ytterligare fakta som kunde knytas till temat och förenas till en beskrivande helhet som svarar på uppsatsens syfte.

Etiska aspekter

I samband med artikelgranskningen beaktades även studiernas etiska aspekter. I fem av studierna tas den etiska aspekten upp och beskrivs mer eller mindre utförligt. Samtliga fem studier har beviljats och godkänts av etiska kommittéer eller granskningsnämnder. De övriga tre studierna nämner inget om etiska ställningstaganden i texten.

RESULTAT

KOMMUNIKATION INOM PALLIATIV VÅRD

Resultatet presenteras i ett antal beskrivande teman som arbetats fram ur de vetenskapliga artiklar som uppsatsen grundar sig på. Temana sammanfattar ett antal viktiga och angelägna aspekter som speglar närståendes behov av kommunikation i samband med vätskebehandling inom palliativ vård. *Ärlig kommunikation* handlar om vikten av att närstående erhåller rak och tydlig information och inte blir undanhållna information. *Anpassad kommunikation* krävs för att närstående skall kunna ta till sig det som sägs och att fackspråk eller medicinska termer inte hindrar förståelsen. Anpassad kommunikation innebär även att vårdpersonalens information måste vara samstämmig för att undvika missförstånd. *Kommunikation som tröst* beskriver de handlingar som vårdpersonalen utför vid vårdandet i livets slut och som kan upplevas värdefulla av närstående. Lyhördhet, information och empati är viktiga delar i den tröstande kommunikationen. *Kommunikation om vätskebehandling* tar upp svårigheter och upplevelser som närstående erfar i samband vätskebehandling. Sista temat behandlar omständigheter och upplevelser *när kommunikationen brister*.

Ärlig kommunikation

Kommunikation med närstående angående de förändringar som händer med patienten i livets slutskede upplevs av närstående som en central uppgift för vårdpersonalen (van der Riet, Good, Higgins & Sneesby, 2008). Ärlig och uppriktig information som ges kontinuerligt av vårdpersonalen anser närstående till palliativa patienter vara den absolut viktigaste faktorn för att de skall uppleva vården av patienten tillfredsställande och god. Kommunikationen angående patientens sjukdomstillstånd och status bör vara korrekt och hålla hög kvalitet för att den skall upplevas positiv och betryggande av berörda parter. Noggrann och regelbunden information av vårdpersonalen gällande patientens prognos samt de beslut som fattas av vårdpersonal rörande patientens vård och behandling underlättar för närstående att hantera situationen (Royak-Schaler, Gadalla, Lemkau, Ross, Alexander & Scott, 2006). Utebliven information eller inte tillräckligt uppriktig information gör det svårare för närstående att fatta välgrundade beslut som rör patienten och detta riskerar att skapa ångest och dåligt samvete hos närstående långt efter patienten avlidit (Norton, Tilden, Tolle, Nelson & Talamantes Eggman, 2003). Många närstående uttrycker en önskan om att vårdpersonalen skall försöka förbereda närstående på ett lämpligt sätt genom att kommunicera och informera om vad som är att vänta under döendeprocessen (Boucher, Bova, Sullivan-Bolyai, Theroux, Klar, Terrien et al., 2010). I Norton et al's studie (2003) beskriver närstående upplevelser om att de behandlas av vårdpersonal som om de inte skulle klara av att hantera information om att patienten var döende. Många närstående hade erfarenheter av att ha blivit undanhållna information av vårdpersonalen och inte fått reda på sanningen om hur illa det egentligen var ställt med patienten. En deltagare i studien berättade om hur han missade tillfället att säga

adjö till sin hustru på grund av att han fått vilseledande information om hennes tillstånd (Norton et al., 2003).

"...they need to be more specific, they need not to be afraid to talk to somebody about death." (Norton et al., 2003. s. 551)

Anpassad kommunikation

Närstående uppger att de ibland upplever svårigheter att förstå och hantera information som erhålls. På grund av den ansträngda situation de befinner sig i minskar förmågan att ta emot och behandla information som ges. Det är därför viktigt att vårdpersonalen använder ett språk som närstående kan ta till sig och förstå (Norton et al., 2003). Medicinska termer och fackspråk som används inom sjukvården försvårar för patienter och närstående att förstå och ta in information. Information som ges måste erbjudas närstående på ett anpassat och empatiskt sätt för att skapa förutsättningar för närstående att kunna ta in det som sägs (Royak-Schaler et al., 2006). Vårdpersonalen bör anstränga sig att försäkra sig om att den information som de ger verkligen når fram till mottagaren på det sätt som avses (Norton et al., 2003). Boucher et al (2010) poängterar att känslig information om patientens tillstånd eller behandling inte bör ges till patienten när denne är ensam, det är viktigt att närstående är med och delar informationen för att minska risken för missförstånd, oro och dubbla budskap (Boucher et al., 2010). Om det blir för många personer inblandade i vården finns det risk för att kommunikation och informationsöverföring inte fungerar riktigt. En närstående beskriver en situation där en vårdpersonal informerat om att patienten är på bättringsvägen och en annan sagt att patienten är döende (Norton et al., 2003).

Kommunikation som tröst

Van der Riet et al. (2008) menar att genom vårdpersonalens information till de närstående och genom att vara lyhörd inför vad de uttrycker, finns det möjlighet att reducera närståendes lidande och så att de bättre skall kunna handskas med sina känslor inför situationen (van der Riet et al., 2008). Vårdpersonalens tillgänglighet är en avgörande faktor för hur de närstående uppfattar vården av patienten. Närstående som upplever vårdpersonalen närvarande och tillgänglig var mer nöjda och trygga med vården av den döende patienten (Royak-Schaler et al., 2006).

Kommunikation som var tydlig och rättfram och att vårdpersonalen tar sig tid att lyssna och förklara vad som kommer att hända och vad som planeras, beskrivs av närstående upplevas som en hjälpsam och tröstande handling. Icke-verbal kommunikation, handling utan ord, att vårdpersonalen genom detta gav uttryck för sin medkänsla, skildras som en tröstande och hjälpsam handling för de närstående i samband med vårdandet i livets slut. En kram, en hand att hålla eller andra gester som gav uttryck för vårdpersonalens empati och medkännande kan vara tröstande och betydelsefullt. Närstående uppger att de på detta sätt blir bekräftade i situationen av vårdpersonalen och att de inte är ensamma i det svåra (Boucher et al., 2010).

Kommunikation om vätskebehandling

Vätskebehandling inom palliativ vård rymmer fler aspekter än enbart tillförandet av vätska för närstående inom palliativ vård. Vätskan fyller oftast en funktion som behandling av patienten men är samtidigt nära kopplat till omvårdnad, överlevnad och hopp för närstående. Närståendes ansträngningar att uppmuntra patienten till att försöka äta och dricka eller som tar med patientens favoriträtter och försöker få patienten att äta rymmer mer än oro över patientens näringsbehov (van der Riet et al., 2008). Närståendes försök att ge patienten mat och vätska speglar en önskan att bevara livet, att inte ge upp och uttrycker en naturlig handling eftersom det är nära förknippat med hälsa och omsorg (Morita, Tsunoda, Inoue & Chihara, 1999). Närstående uppgav att de var bekymrade över patientens vätsketillförsel i

livets slutskede eftersom de oroade sig för patientens lidande (van der Riet et al., 2008). Fokuseringen på patientens intag av vätska kan vara ett sätt att för närstående att sysselsätta sig som upplevs meningsfullt och hjälper till att döva oro samt mota bort den sorg och förtvivlan de känner inför situationen. Patientens ovilja eller oförmåga att äta och dricka skapar signaler om att livet är på väg bort (Morita et al., 1999).

Svårigheterna i samband med patientens vätskebehandling upplevs många gånger av närstående som komplexa och problemen är framför allt kopplade till två aspekter inom den palliativa vården som orsakar oro och bekymmer, vätskebehandling för överlevnad kontra risken att reducera patientens välbefinnande på grund av den tillförda vätskans eventuella biverkningar hos patienten (Morita et al., 1999). I samband med vård och behandling av patienten uppger närstående att de många gånger upplever motstridiga känslor i förhållande till vätskebehandling av patienten, de vill inte att patienten skall dö men står heller inte ut med tanken på att patienten skall behöva utstå mer lidande än absolut nödvändigt i livets slutskede (van der Riet, Good, Higgins & Sneesby, 2009). Vätskebehandling av palliativa patienter tolkas av många närstående som att det finns hopp. Hoppet innebär för närstående att patientens livskvalitet skall förbättras, att plågsamma symtom skall reduceras samt en möjlighet att förlänga patientens liv med hjälp av vätskebehandling (Cohen, Torres-Vigil, Burbach, de la Rosa & Bruera, 2012).

Om patientens vätskebehandling avbryts eller helt utesluts som behandlingsalternativ upplever familjen att hoppet tas ifrån dem och de tvingas konfronteras med tankar om situationens allvar och den väntande döden (Norton et al., 2003). Närståendes bekymmer angående vätskebehandlingens vara eller inte vara skapar beslutssvårigheter (Morita et al., 1999). Oron och tanken på att patienten skall lida till följd av närståendes beslut om vätskebehandling skapar känsla av vanmakt (van der Riet et al., 2009). Orsakerna till hur närstående fattar beslut om att önska eller inte önska vätskebehandling till patienten kan kopplas samman med flera avgörande faktorer; läkarens rekommendation, patientens allmäntillstånd och uppvisade symtom samt närståendes egen uppfattning om hur vätsketillförsel inverkar på patienten. Ytterligare en faktor som påverkar närståendes beslut är graden av oro och ångest som närstående upplever i sin situation (Morita et al., 1999).

Enligt Cohen et al. (2012) uppgavs välbefinnandet hos patienten vara den aspekt av vätskebehandling som de närstående tyckte var central. Att tillföra patienten vätska uppfattades av närstående vara ett sätt att minska patientens smärta och bevara välbefinnandet i mesta möjliga mån genom att med vätska hjälpa kroppen att fungera så normalt som möjligt (Cohen et al., 2012). I Mercadante et al.'s (2005) studie framkommer det att närstående anser att vätskebehandling av patienten medför en positiv psykologisk inverkan på patienten och majoriteten av närstående som deltog i studien upplevde att patienternas vätskebehandling ökade välbefinnandet och förbättrade sjukdomstillståndet (Mercadante, Ferrera, Girelli & Casuccio, 2005). Enligt Cohen et al. (2012) betraktade närstående vätskebehandlingen som en möjlighet till förlängande av livet och ett sätt för patienten att bli bättre genom den tillförda vätskans positiva fysiska och psykiska påverkan på välbefinnandet (Cohen et al., 2012).

"My hope is that it means improving her quality of life, that's my biggest hope." (Cohen et al., 2012. s. 858).

När kommunikationen brister

Brister i kommunikationen mellan vårdpersonal och närstående skapar frustration och oro hos närstående och att inte få löpande information om vad som skall hända gör det svårt för anhöriga att informera sig själva och övriga familjemedlemmar. När kommunikationen inte

fungerar mellan vårdpersonal och närstående skapas oro hos närstående. Närstående uppger att de då upplever att det blir deras uppgift att söka upp vårdpersonalen och försöka få önskad information om patienten och dennes tillstånd. Utebliven kommunikation leder till missnöje och skapar otrygghet för närstående (Norton et al., 2003).

Att vårdpersonal inte lyssnar på närståendes önsknings och åsikter uppfattas av närstående som ett stort bekymmer. Det är angeläget att vårdpersonalen respekterar att närstående ofta har information och kunskap om patienten som är viktig att lyssna in för att kunna vårda patienten efter dennes önsknings (Boucher et al., 2010). Närstående beskriver hur de känner ångest och maktlöshet när patienten utsätts för undersökningar eller behandling som vårdpersonalen inte diskuterat med närstående eller som närstående vet att patienten skulle motsatt sig. Känslan av att svika sin sjuka familjemedlem och inte kunna bevara dennes sista önsknings skapar skuld och ångest hos många närstående. Det är av stor betydelse att de upplever att gör det som de kan för sin sjuka familjemedlem för att värna dennes sista vilja. (Norton et al., 2003).

"It was frustrating emotionally to feel that we (the family) could not honour her wishes...and I felt we were letting her down."(Norton et al., 2003. s. 553)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Artikelsökning utfördes i databaserna Cinahl och PubMed under en längre period innan skrivandet av uppsatsen startade. Anledningen var att undersöka och utforska ämnesområdet grundligt för att få en uppfattning om tidigare forskning i ämnet. Det finns mycket forskning inom det palliativa området men forskningen begränsar sig till en del återkommande teman. Många studier som utförts rörde barn och ungdomars situation inom den palliativa vården. Anledningen till detta kan vara att forskning kring palliativ vård av barn och ungdomar engagerar och berör och upplevs som ett angeläget ämne att skapa ny kunskap kring. Kommunikation och palliativ vård finns representerat i tidigare forskning men artikelurvalet minskades då studierna skulle ha anknytning till kommunikation med närstående inom palliativ vård i samband med vätskebehandling. Artikelsökningen begränsades även av att ett antal artiklar som verkade vara relevanta och intressanta för uppsatsens ämne, inte gick att hämta via internet. Allmänna kommunikationsmönster- och strategier inom sjukvården kan spegla en del av den kommunikationen som krävs för att skapa god vård, men avsikten var att undersöka den palliativa vårdens speciella omständigheter som kan påverka kommunikationen.

Det tog mycket tid att leta artiklar i databaserna och att få fram relevanta artiklar. Många artiklar som ansågs intressanta för ämnet var inte tillgängliga direkt via databasen utan krävde beställning via biblioteket och valdes bort med tanke på tidsaspekten. Svagheter som kan finnas i litteraturoversikten enligt Friberg (2006a) är bland annat mängden relevant vetenskaplig forskning som översikten grundar sig, är urvalet för litet minskar trovärdigheten i undersökningen. En annan aspekt är författarens påverkan på resultatet att genom selektivt urval välja studier och artiklar som stödjer uppsatsens syfte och problemformulering och på så sätt påverkar resultatet (Friberg, 2006a). Utbudet av artiklar som valdes anses väl återkoppla till det valda ämnesområdet och genom att välja relevanta artiklar som knyter an till det valda ämnet tydliggörs fokus på ämnet i litteraturstudien och syftet återspeglas i resultatet. Med ytterligare artiklar som underlag för uppsatsens hade resultatet troligen kunnat få en bredare och mer gedigen vetenskaplig forskningsgrund och därmed ytterligare trovärdighet i praktiken.

Kvalitativa studier genererar ökad förståelse inom det område som studerats och genom att flera studier bearbetas genom litteraturoversikt skapas ett sammansatt kunskapsområde om upplevelser, erfarenheter och förväntningar som deltagarna i studien förfogar över. Med utgångspunkt i kvalitativa forskningsresultat kan evidensbaserad omvårdnad skapas genom att befintlig forskning sammanställs och skapar nya infallsvinklar (Friberg, 2006b). Kvantitativ forskning kan genom mätningar och jämförelser förklara vilken vårdåtgärd som åstadkommer bäst resultat. Det skapar grunden till evidensbaserad omvårdnad som skapar de starkaste bevisen för vilken vårdhandling som ger bäst resultat inom dagens sjukvård. Genom att sjuksköterskan använder den samlade kunskapen i det dagliga arbetet inom vården kan sjuksköterskan ständigt vara uppdaterad och informerad om de senaste rönen inom sitt yrkesområde. Den teoretiska kunskapen omsätts på så sätt i praktisk kunskap och handling som bidrar till kunskapsutveckling inom det vårdvetenskapliga området (Segesten, 2006). Användningen av både kvalitativa och kvantitativa studier i uppsatsen möjliggör att genom resultatet åskådliggöra betydelsen av kommunikationen inom palliativ vård och hur närstående upplever nutritionsbehandling och varför de i många fall önskar det som behandling till patienten.

Sökningarna i databaserna Cinahl och PubMed gjordes med samma sökord i båda databaser till att börja med. Sökningarna i PubMed visade sig inte ge några nya artiklar utan de som verkade relevanta visade sig redan vara valda ur Cinahl. Sökningen i Cinahl utökades därför med fler sökord som gav ytterligare resultat. Artiklarna som fanns i databaserna representerade stora delar av världen, många studier härstammade från Europa och USA men även studier från Australien, Japan och Taiwan förekom ofta.

Deltagarna i studierna består av både män och kvinnor mellan 20 och 90 år. Medelåldern på deltagarna uppskattas till omkring 50 år. Det är förhållandevis jämn fördelning mellan könen i studierna, men en liten majoritet kvinnliga deltagare ses i de flesta studier. Det är troligen tillfälligheter som gör att kvinnorna är aningen överrepresenterade i studierna. Flera studier anknyter patientens till närstående och om patienterna som vårdats vid livets slut i dessa studier i större utsträckning varit män då har ofta patientens hustru deltagit. Andra resonemang som kan föras är att kvinnor i större utsträckning är mer villiga att tala om sina känslor och upplevelser i intervjuer, grupper eller genom att svara på frågeformulär.

Analyserandet av artiklarna innebar att de lästes noga. Relevanta meningsenheter som kunde knytas till uppsatsens syfte och ämnesområde plockades ut och delades in under olika teman beroende på anknytningen som de hade till kommunikation eller närståendes upplevelser. När artiklarna bearbetats och betydelsefulla meningsenheter identifierats analyserades ytterligare teman ur kommunikation och närståendes och formades till rubriker för att spegla det mest framträdande begreppet.

RESULTATDISKUSSION

Symptomkontroll

Mat och vätska är livsnödvändigt och närstående upplever en stor oro när palliativa patienter inte vill eller kan äta och dricka. Mat och dryck symboliserar för många människor omtänksamhet och kärlek, särskilt i samband med sjukdom, då det anses extra viktigt att äta och dricka för att kunna återfå sina krafter och bli frisk igen. När patienter i livets slutskede upphör att äta och dricka upplever närstående stor stress och uttrycker sin oro över att patienten skall lida obehag och vara törstig. Frustration och beslutssvårigheter i samband med

vätskebehandling framkommer hos närstående i flera studier (Morita et al., 1999, van der Riet et al., 2009). Det handlar om motstridiga känslor inför vätskebehandlingens vara eller inte vara. Livskvalitet skall värderas mot livsförlängning och patientens välbefinnande skall värderas och aspekter på lidande skall beaktas (Morita et al., 1999, van der Riet et al., 2008, van der Riet et al., 2009). Patientens välbefinnande var ett begrepp som återkom i närståendes beskrivning av sina upplevelser i samband med vätskebehandling (Cohen et al., 2008, Mercadante et al., 2005, Morita et al., 1999). Välbefinnandet för patienten är en central del i den palliativa vårdfilosofin, att skapa livskvalitet och välbefinnande för patient och närstående, är vad vård i livets slutskede handlar om. Närstående med positiva erfarenheter av vätskebehandling upplever att patientens välbefinnande ökar och att plågsamma symtom reduceras (Cohen et al., 2008, Mercadante et al., 2005).

Beslutsfattande om vätskebehandling är komplext och det finns inga vetenskapliga studier som kan presentera svart på vitt vilket som är rätt och fel utan gränserna är suddiga, vaga. Beslutet skall fattas på välgrundad information om vätskebehandlingens eventuella för- och nackdelar. Det finns tillfällen när det kan vara enklare att besluta i frågan angående vätsketillförsel och det är exempelvis om patienten uttrycker en stark önskan att få leva och uppleva ett speciellt tillfälle. Oklarheten mellan livskvalitet och förlängning av livet försvinner då eftersom förlängning av livet i denna situation troligen medför stor livskvalitet för patienten (van der Riet et al., 2009).

Det bör tydliggöras att vätskebehandling inte passar alla patienter utan att rekommendationen är att behandlingen sätts in ett par dagar på prov för att sedan utvärdera resultatet och därefter fatta beslut om fortsatt behandling. Det är viktigt att närstående får information om avsikterna med vätskebehandlingen i de fall den sätts in som försök att dämpa plågsamma symtom och försöka skapa ökat välbefinnande för patienten. Det visar sig i resultatet att många närstående upplever vätskebehandlingen som ett hopp om att öka patientens välbefinnande och om det finns möjlighet att göra det för en patient som vårdas i livets slut uppfyller det ett av hörnstenarnas krav på palliativ vård, nämligen symtomkontroll. Men om närstående önskar vätskebehandling som en möjlighet att fördröja döden utan beaktande av eventuellt minskad livskvalitet blir avsikten med vätskebehandlingen feltolkad och bör diskuteras med närstående ytterligare. Kunskap och information skapar bästa möjliga förutsättning för närstående och patienter att fatta välgrundade beslut avseende vård och behandling angående vård i livets slut.

Närstående

Närståendes upplevelse av oro och frustration av patientens uteblivna vätskeintag skapar lidande. Att inte veta vad som är rätt och fel är svårt att bära som närstående. Faktorer som kan påverka ett beslutstagande avseende vätskebehandling är läkarens åsikt, närståendes uppfattning om behandlingen och även graden av oro som närstående upplever i frågan (Morita et al., 1999). Vätskebehandling är inte en självklar del av behandlingen inom den palliativa vården i Sverige men i vissa länder utomlands anser man att vätsketillförsel ökar patientens välbefinnande oavsett i vilket stadie patienten befinner sig i. Nutritionsbehandling är kontroversiellt och strategierna varierar beroende på var patienten vårdas, vårdpersonalens åsikter och erfarenheter samt även kulturella och religiösa influenser kan påverka (Schmidlin, 2008).

Vätskebehandlingens vara eller inte vara är oftast baserat närståendes och vårdpersonalens individuella upplevelse och uppfattning om dess för- och nackdelar. Det finns inga rätt och fel. Att acceptera dödsprocessens gång och kroppens avtagande förmåga i samband med sjukdom kan vara lika rätt som att välja vätsketillförsel med övertygelse om att patienten inte lider brist på vätska och dör av uttorkning och törst. Ytterligare forskning i ämnet skulle vara användbart för att kunna skapa rekommendationer inom den palliativa vården som kan

fungera som riktlinjer vid rådgivning och beslutsfattande om vätskebehandling vid vård i livets slut. Det finns inga eller få vetenskapliga studier som visar vilket beslut som är det mest gynnsamma för patienten och i slutändan är det alltid patientens välbefinnande och livskvalitet som är det viktigaste, i enlighet med den palliativa vårdfilosofin.

Kommunikation

Ett anpassat språk som kan förstås av närstående och patienter efterfrågas i Norton et al.'s (2003) studie för att underlätta för närstående att ta in information som ges under de svåra och ansträngda förhållanden som de befinner sig i. När människor befinner sig under stor press och stress minskar förmågan att bearbeta information som ges. Att anpassa informationen och inte använda medicinska termer och fackuttryck underlättar för närstående att ta till sig det som förmedlas på ett adekvat sätt (Norton et al., 2003). Att lämna svåra besked och prata om döden kräver att sjuksköterskan möter närstående på ett professionellt förhållningssätt genom att vara lyhörd för närståendes behov och känslor och inta ett medvetet reflekterande och analyserande förhållningssätt. Sjuksköterskan behöver en viss självkännet för att kunna åsidosätta sina egna känslor och upplevelser och istället försöka skapa förståelse för det som närstående ger uttryck för (Birgegård, 2012).

Inom palliativ vård handlar det för sjuksköterskan om att förmedla information och ge besked på ett sätt som inte utplånar hoppet utan istället skapar verklighetsförankring och trygghet för närstående genom förmågan att kommunicera på ett empatiskt och anpassat sätt. Norton et al (2003) tar upp aspekten av hopp genom strategin ”att hoppas på det bästa och förvänta sig det värsta” (Norton et al., 2003). Genom att tidigt informera närstående om de troliga scenarion som är att vänta så ges närstående möjlighet att förbereda sig på vad som komma skall och i detta skede ges förutsättningar att uttrycka sin rädsla, oro och förväntningar inför situationen. Detta skapar möjlighet för närstående att förbereda sig och på så sätt bättre kunna hantera de känslor som upplevs och minska onödig oro och lidande (van der Riet et al., 2008). I känslomässigt svåra situationer blir sjuksköterskan den som ofta får möta de olika känslouttryck som närstående ger utlopp för, det kan vara ilska, sorg, hopplöshet och frustration. Många gånger kan det bero på att närstående inte vill visa sin oro och ångest inför patienten men känslouttryckarna uppträder i samtal med sjuksköterskan. Sjuksköterskans uppgift i dessa situationer, att möta närståendes känsloreaktioner på ett tryggt och tillfredsställande sätt, kräver erfarenhet och träning. Förmågan att kommunicera i dessa utsatta situationer kräver kunskap om kommunikationsmönster och strategier. Utbildning och praktisk träning inför dessa situationer skulle kunna vara ett sätt att förbereda sjuksköterskor redan i utbildningsstadiet för att sjuksköterskan skall känna sig trygg i sin roll som stöd för närstående i livets slutskede.

Teamarbete

Teamarbetet är en av den palliativa vårdens hörnstenar. Samarbete genom god kommunikation, anpassade vårdinsatser och mål är viktiga faktorer i den goda omvårdnaden. Sjuksköterskan har en mycket viktig uppgift i att skapa goda förutsättningar för fungerande kommunikation med patient och närstående inom palliativ vård. Ärlig och rak kommunikation uppges av närstående vara en av de viktigaste faktorerna för att vården av patienten skall kännas trygg och att vårdpersonalen upplevs tillitsfull och ärlig (Royak-Schaler et al., 2006, van der Riet et al., 2008). Det handlar om att sjuksköterskan skall se och förstå närståendes behov av löpande information och kommunicera patientens status och prognos. Vårdpersonalens bemötande och attityd gentemot närstående speglar en mycket stor del av hur den palliativa vården upplevs. Vården i livets slut är en upplevelse och erfarenhet som närstående till patienter som avlidit bär med sig långt efteråt, kanske resten av livet, och

negativa upplevelser eller misslyckanden skapar ofta ångest och skuldkänslor hos närstående (Norton et al., 2003, Royak-Schaler et al., 2006). Heyland et al. (2006) presenterar i sin studie ett antal faktorer som närstående rankat som extremt viktiga för att vården i livets slutskede skall upplevas vara tillfredsställande och av god kvalitet. Det handlar om att få information om patientens sjukdom samt att vårdpersonalen kommunicerar med närstående på ett ärligt sätt. Dessa två faktorer uppges vara extremt viktigt för tre av fyra deltagare. Vikten av att uppleva förtroende för vårdpersonalen klassas av deltagarna som den allra mest avgörande faktorn för hur vården i livets slut upplevs (Heyland, Dodek, Rucker, Groll, Gafni, Pichora et al., 2006).

SLUTSATS

Att kommunicera med patient och närstående på ett tillfredsställande sätt i svåra och känslomässiga situationer är en av sjuksköterskans mest utmanande uppgifter när det gäller vård i livets slut. Kommunikation med närstående bör ses som en angelägen möjlighet för sjuksköterskan att förmedla kunskap och information samt att ge tröst och trygghet. Fungerande kommunikation mellan vårdpersonal, patient och närstående skapar möjligheter att känna trygghet i vårdrelationen och uppleva livskvalitet och välbefinnande. Närståendes upplevda och tidigare beskrivna hopp, oro och förtvivlan i samband med patientens vätskebehandling skapar en ansträngd situation där anpassad kommunikation, tillgänglighet och delaktighet är viktiga faktorer för att tillgodose närståendes behov. Uppsatsens resultat visar att det är angeläget att fokusera på kommunikationen med närståendes i samband med vätskebehandling vid vård i livets slut. Det visar att det krävs kunskap, lyhördhet och empati från vårdpersonalens sida för att möta och förstå den svåra situation som närstående befinner sig i och upplever vid vård i livets slut. Förhoppningen var att erhålla förståelse och kunskap om ämnet för att tillämpas praktiskt i framtida omvårdnadsarbete. Ytterligare forskning i ämnet behövs för att skapa större kunskap av de olika aspekterna på vätskebehandling som kan finnas inom palliativ vård.

REFERENSER

- Beck-Friis, B. (2009). Teamet – en omistlig del av palliativ vård. In: Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (Red.). *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner*. (s. 25-48). (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman B-I. (2009). Familj och sociala relationer. In: Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 67-88). Lund: Studentlitteratur.
- Birgegård, G. (2012). Professionell- hållning. In: Strang, P. & Beck-Friis, B. (Red.). *Palliativ medicin och vård*. (s. 396-410). Stockholm: Liber.
- Bondevik, M. (2005). Omvårdnad i livets slutskede. In: Bondevik, M. & Nygaard, H. (Red.). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. (s. 139-147). Lund: Studentlitteratur.
- Boucher, J., Bova, C., Sullivan-Bolyai, S., Theroux, R., Klar, R., Terrien, J. et al. (2010). Next of Kin's Perspectives of End-of-Life Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(1), 41-50.
- Buckley, J. (2008). *Palliative care: an integrated approach [Elektronisk resurs]*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Clausen, B. (2010). Omvårdnad vid sjukdomar i livets slutskede. In: Kamp Nielsen, B. (Red.). *Specifik omvårdnad*. (s. 534-557). Stockholm: Norstedt.
- Cohen, M., Torres-Vigil, I., Burbach, B., de la Rosa, A. & Bruera, E. (2012). The Meaning of Parenteral Hydration to Family Caregivers and Patients With Advanced Cancer Receiving Hospice Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(5), 855-865.
- Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrisk*. (2., [omarb. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006a.) Att göra en litteraturöversikt. In: Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In: Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Friedrichsen, M. (2012a). Sjuksköterskans roll vid symtomkontroll. In: Strang, P. & Beck-Friis, B. (Red.) *Palliativ medicin och vård*. (s. 197-206). (4 rev. uppl.) Stockholm: Liber.
- Friedrichsen, M. (2012b). Sjuksköterskans roll – anpassning och balans. In: Strang, P. & Beck-Friis, B. (Red.) *Palliativ medicin och vård*. (s. 366-372). (4 rev. uppl.) Stockholm: Liber.

- Heyland, D., Dodek, P., Rucker, G., Groll, D., Gafni, A., Pichora, D. et al. (2006). What matters most in end-of-life care; perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*, 174(5), 1-9.
- International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Jacobsson, E., Andersson, M. & Öhlén, J. (2009). Livets slutskede – välbefinnande och död. In: Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 327-356). Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsson, M. & Strang, P. (2012). Illamående och kräkningar. In: Strang, P. & Beck-Friis, B. (Red.). *Palliativ medicin och vård*. (s. 252-259). Stockholm: Liber.
- Kirkevold, M. & Ekern, K.S. (red.) (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Lindqvist, O. & Rasmussen, B H. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. In: Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (s. 793-835). Lund: Studentlitteratur.
- Mercadante, S., Ferrera, P., Girelli, D. & Casuccio, A. (2005). Patients' and Relatives' Perceptions About Intravenous and Subcutaneous Hydration. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(4), 354-358.
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S. & Chichara, S. (1999). Perceptions and decision-making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 16(3), 509-516.
- Nationella rådet för palliativ vård (2010). *Palliativguiden [Elektronisk resurs]: vägvisaren till lindrande vård*. Stockholm: Nationella rådet för palliativ vård.
- Norton, S., Tilden, V., Tolle, S., Nelson, C. & Talamantes Eggman, S. (2003). Life Support Withdrawal: Communication and Conflict. *American Journal of Critical Care*, 12, 548-555.
- Royak-Schaler, R., Gadalla, S., Lemkau, J., Ross, D., Alexander, C. & Scott, D. (2006). Family Perspectives on Communication With Healthcare Providers During End-of-Life Cancer Care. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 753-760.
- Schmidlin, E. (2008). Artificial Hydration: the role of the nurse in addressing patient and family needs. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(10), 485-489.
- Segesten, K. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. In: Friberg, F. (Red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 97-104). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Strang P. (2000). *Livskvalitet viktigaste målet i nutritionsbehandling av döende*. Läkartidningen. 2000;10:1141–1142.

Strang, P. (2012a). Ett palliativt förhållningssätt – enligt WHO. In: Strang, P. & Beck-Friis, B. (Red.) *Palliativ medicin och vård*. (s. 30-34). (4 rev. uppl.) Stockholm: Liber.

Strang, P. (2012b). Symtomkontrollens betydelse i den palliativa vården. In: Strang, P. & Beck-Friis, B. (Red.). *Palliativ medicin och vård*. (s. 186-190). (4 rev. uppl.) Stockholm: Liber.

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

Van der Riet, P., Higgins, I., Good, P. & Sneesby, L. (2009). A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2104-2111.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. In: Friberg, F. (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

Tabell 1. Dokumentation av sökresultat i databaser.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl	Palliative care AND nutrition	1995-2012 Peer Reviewed Research Article	77	Van der Riet et al., 2008 Van der Riet et al., 2009 Mercadante et al., 2005 Morita et al., 1999
Cinahl	Palliative care AND dehydration	1995-2012 Peer Reviewed Research Article	23	Morita et al., 1999 Mercadante et al., 2005 Van der Riet et al., 2008
Cinahl	Palliative care AND hydration	1995-2012 Peer Reviewed Research Article	45	Van der Riet et al., 2008 Van der Riet et al., 2009 Mercadante et al., 2005
Cinahl	End of life AND communication	1995-2012 Peer Reviewed Research Article	49	Boucher et al., 2010 Royak- Scahler et al., 2006
PubMed	Palliative care AND nutrition AND communication	Abstract available Published in the last ten years.	29	Van der Riet et al., 2008
PubMed	Palliative care AND dehydration	Abstract available Published in the last ten years	44	Van der Riet et al., 2008
PubMed	Palliative care AND hydration	Abstract available Published in the last ten years	121	Van der Riet 2008 Van der Riet 2009

BILAGA 2

Tabell 2. Översikt av valda artiklar.

	Artikel:	Syfte:	Metod:	Resultat:
<p>Författare: Boucher, J et al. Tidskrift: Journal of Hospice and Palliative Nursing Årtal: 2010 Land: USA</p>	<p><i>Next-of-Kin`s Perspectives of End-of-Life Care.</i></p>	<p>Att beskriva de närståendes positiva och negativa erfarenheter och upplevelser av vård vid livets slut.</p>	<p>Kvalitativ studie. Deskriptiv analys av skriftliga svar på en öppen fråga till 186 slumpmässigt utvalda deltagare som haft en närstående som vårdats i livets slut. Frågan avslutade ett frågeformulär i en större studie som utfördes i Massachusetts, med avsikt att undersöka närståendes erfarenheter av vård vid livets slut.</p>	<p>Analysen av svaren resulterade i två teman; <i>kommunikation</i> och <i>familjevårderingar/preferenser</i> med subteman; <i>att ha stöd från omgivningen i döendeprocessen, önskan att närvara när döden inträder</i> samt <i>vikten av att patientens och familjens behov och önsningar respekteras.</i></p>
<p>Författare: Cohen M Z, Torres-Vigil, I, Burbach, B E, et al. Tidskrift: Journal of Pain and Symptom Management Årtal: 2012 Land: USA</p>	<p><i>The Meaning of Parenteral Hydration to Family Caregivers and Patients With Advanced Cancer Receiving Hospice Care</i></p>	<p>Att beskriva betydelsen och effekten av hydrering för patienter i livets slutskede och för de närstående som vårdar patienten.</p>	<p>Kvalitativ forskningsstudie med fenomenologisk ansats. Åttiofem patienter och deras vårdgivare intervjuades enskilt om sina upplevelser och tankar. Studien genomfördes som en kontrollerad blindstudie där patienterna slumpmässigt erhöll antingen 100 ml NaCl eller 1000 ml NaCl under 4-14 dagar.</p>	<p>Resultaten visar sig i två teman genom att; hydrering skapade <i>hopp om förlängning av livet och ökad livskvalitet</i> genom minskad trötthet. Hydrering beskrevs även <i>öka välbefinnandet</i> genom smärtreducering och ökad effektivitet vid medicinering.</p>
<p>Författare: Mercadante, S et al. Tidskrift: Journal of Pain and Symptom Management Årtal: 2005 Land: Italien</p>	<p><i>Patients` and Relatives` Perceptions About Intravenous and Subcutaneous Hydration.</i></p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera palliativa patienters och närståendes uppfattning om hydrering samt två olika sätt att tillföra hydrering.</p>	<p>Kvantitativ forskningsstudie. I studien deltog 54 patienter som erhöll vätsketillförsel samt en närstående till patienten. Deltagarna fyllde enskilt i varsitt frågeformulär. Data analyserades med hjälp av olika statistiska analysredskap för att sammanställa likheter och skillnader i</p>	<p>Att kartlägga sambanden mellan patienters och familjemedlemmars beslut angående hydrering genom att identifiera de faktorer som bidrar och påverkar deras beslut.</p>

			svaren mellan grupperna	
<p>Författare: Morita, T et al</p> <p>Tidskrift: American Journal of Hospice and Palliative Medicine</p> <p>Årtal: 1999</p> <p>Land: Japan</p>	<p><i>Perceptions an decision-making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members</i></p>	<p>Att kartlägga sambanden mellan patienters och familjemedlemmars beslut angående hydrering genom att identifiera de faktorer som bidrar och påverkar deras beslut.</p>	<p>Kvantitativ forskningsstudie. Deltagarna var 121 cancerpatienter på en palliativ vårdavdelning. En undersökning gjord med hjälp av strukturerade frågeformulär som analyserats statistiskt genom att identifiera regressionskoefficient en.</p>	<p>Patientens åsikt, läkarens rekommendation samt familjemedlemmarnas oro över hur vätsketillförsel eller ej påverkar patientens tillstånd var avgörande faktorer för beslut. Det fanns korrelation mellan läkarens rekommendationer och beslut av vätsketillförsel.</p>
<p>Författare: Norton, S A, Tilden, V P, Tolle, S W et al.</p> <p>Tidskrift: American Journal of Critical Care</p> <p>Årtal: 2003</p> <p>Land: USA</p>	<p><i>Life Support Withdrawal: Communication and Conflict</i></p>	<p>Syftet med studien var att undersöka och beskriva kommunikations-svårigheter som närstående till palliativa patienter upplevt i samband med utsättande av livsuppehållande behandling. Data från en tidigare studie som författarna genomfört om avslut av behandling, indikerade att ett antal familjemedlemmar upplevt konflikter och brister i kommunikationen hos vårdpersonal i dessa situationer.</p>	<p>Kvalitativ forskningsstudie. Deltagare var 20 närstående till avlidna patienter som i en tidigare studie uppgett att de upplevt svårigheter i samband med beslutsfattande. Familjemedlemmarna kontaktades cirka en vecka efter patientens död och erbjöds delta i individuella semistrukturerade enskilda intervjuer i två omgångar. Ett krav för att delta var att familjemedlemmarna ansåg sig delaktiga i de beslut som togs i samband med utsättandet av patientens behandling.</p>	<p>Familjemedlemmarna uppgav flera bristande aspekter avseende kommunikation mellan berörda parter vid utsättande av patientens behandling eftersom dessa situationer upplevdes som konfliktfyllda och svåra. Aspekterna omfattade; behovet av regelbunden information, behovet av ärlighet i kommunikationen, betydelsen av att vårdpersonalen är tydlig och påläst samt vikten av att bli lyssnad på.</p>
<p>Författare: van der Riet, P. et al.</p> <p>Tidskrift: International Journal of Palliative Nursing</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Land: Australien</p>	<p><i>Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life.</i></p>	<p>Att undersöka vårdpersonalens erfarenheter, attityder och upplevelser vid nutrition av patienter inom palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ forsknings studie. Datainsamling gjordes på två palliativa vårdavdelningar genom fokusgruppintervjuer med 15 sjuksköterskor i två grupper, och fyra läkare genom enskilda intervjuer. Den insamlade datan analyserades med</p>	<p>Diskursanalysen resulterade i tre huvudteman:</p> <p><i>Närståendes oro över att inte patienten inte får MNH (medical nutrition/hydration)</i></p> <p><i>Vårdpersonalens övertygelse i att utebliven hydrering inte skapar lidande för patienten om munvård utförs regelbundet.</i></p>

			hjälp av diskursanalys.	
<p>Författare: van der Riet, P et al. Tidskrift: Journal of Clinical Nursing Årtal: 2009 Land: Australien</p>	<p><i>A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care.</i></p>	<p>Att utforska de skillnader som finns mellan diskurserna, livskvalitet och förlängning av livet inom palliativ vård samt undersöka de utmaningar som sjuksköterskor och läkare ställs inför angående egna och närståendes åsikter om patientens nutrition och hydrering vid livets slut.</p>	<p>Kvalitativ forskningsstudie. Studien genomfördes på två palliativa vårdavdelningar med 15 sjuksköterskor och fyra läkare. Det insamlade materialet analyserades genom diskursanalys för att få en djupare förståelse för de processer och förhållanden som vårdpersonal möter i svåra situationer. Diskursanalys ger möjlighet att kartlägga personliga uttryck samt moraliska och etiska påfrestningar.</p>	<p>Ett huvudtema identifierades i studien; <i>utsuddning av gränser. Oron över att ta beslut angående en patients vård vid livets slut samt vad råden till anhöriga skall baseras på – livsförlängande vård eller livskvalitet.</i></p> <p>Beslutsfattande som rörde <i>patientens livskvalitet i förhållande till förlängande av livet</i> uppfattades som svåra eftersom gränserna är vaga.</p>
<p>Författare: Royak-Schaler, R et al. Tidskrift: Oncology Nursing Forum Årtal: 2006 Land: USA</p>	<p><i>Family Perspectives on Communication With Healthcare Providers During End-of-Life Cancer Care</i></p>	<p>Syftet med studien var att undersöka erfarenheter av vård vid livets slut hos familjemedlemmar som nyligen mist en närstående. Forskarna iakttog särskilt hur information och stöd till familjen gavs av vårdpersonalen</p>	<p>Kvalitativ studie. Studien genomfördes i två fokusgrupper med 24 familjemedlemmar. Diskussionerna spelades in för att analysera teman i diskussionerna. Deltagarna fick även svara på ett kortfattat frågeformulär för sociodemografisk kartläggning.</p>	<p>Fokusgruppernas svar var samstämmiga avseende; <i>vikten av att erhålla korrekt information</i> angående patientens status samt att <i>information bör förmedlas effektivt och empatiskt av vårdpersonalen.</i> De två faktorer som de tillfrågade upplevde som viktigast angående vård vid livets slut var; <i>vårdpersonalens tillgänglighet</i> samt <i>kvaliteten på kommunikationen.</i></p>