



Caroline Karlsson & Ewa Poijes

Sjuksköterskeprogrammet med inriktning mot äldreomsorg, 240hp, Institutionen för
vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, 15 hp, VÄ 62, 2012.

Grundnivå

Handledare: Lise-Lotte Franklin Larsson

Examinator: Pardis Momeni

När en person med demenssjukdom slutar äta.

- En litteraturstudie utifrån sjuksköterskans perspektiv

When a person with dementia disease stop eating

- A literature review by the nurses perspective

Sammanfattning

Bakgrund: Personer med demenssjukdom får ofta i sjukdomsförloppet problem att äta och insatser för att behålla personens nutritionsstatus kan bli aktuella. En vanlig sådan insats som diskuteras är enteral nutrition i någon form. Då en person med demenssjukdom tappar sin förmåga att kommunicera och även den kognitiva förmågan att ta egna beslut ställs sjuksköterskor inför en svår arbetsuppgift. Att ta ställning till om det är etiskt riktigt att starta enteral nutrition eller om det är etiskt riktigt att acceptera matvägran är en av de svåraste dilemman en sjuksköterska kan ställas inför..

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans möjligheter att bevara autonomi hos personer med demenssjukdom vid enteral nutrition.

Teoretisk utgångspunkt: Begreppet autonomi är den teoretiska utgångspunkten som används i resultatdiskussionen.

Metod: En litteraturstudie inspirerad av Fribergs analysmodell inkluderande nio vetenskapliga artiklar med fokus på sjuksköterskans möjligheter att bevara autonomi hos personer med demenssjukdom vid enteral nutrition. De vetenskapliga artiklarna har valts ut efter passande sökord så att svar på syftet kunde ges.

Resultat: Sjuksköterskor upplever att de känner personen med demenssjukdom väl då de spenderar mycket tid tillsammans med denne. Den kunskap sjuksköterskan har om personen med demenssjukdom anser alla är viktig i beslutet om enteral nutrition. Det råder delade meningar om den används eller inte och det finns en rädsla och osäkerhet kring ämnet som många sjuksköterskor känner sig obekväma i. Evidensbaserad kunskap saknas och kommunikationen mellan sjuksköterska, läkare och närstående anses vara viktig för att bästa beslutet bör tas.

Diskussion: För att kunna bevara autonomi hos en person med demenssjukdom vid enteral nutrition krävs en ökad förståelse kring problemet och ett bra samarbete mellan alla inblandade. Det verkar vara behövt att öppet kommunicera kring problemet då sjuksköterskorna anser att de bör ta en större roll men inte tillåts. Genom att öppet kommunicera kring ämnet kan även rädslan och osäkerheten i ämnet minskas.

Nyckelord: Demenssjukdom, Enteral nutrition, Sjuksköterska, Etik

Abstract

Background: People with dementia often get eating problems and efforts to maintain the person's nutritional status might be needed. A typical action to be considered is some form of enteral nutrition. When persons with dementia lose their ability to communicate and their cognitive ability to make decisions the nurses face a difficult task. To determine whether it is ethically to start enteral nutrition or if hunger strikes should be accepted is one of the most difficult dilemmas a nurse might have to face.

Aim: To describe nurses' ability to preserve the autonomy of a person with dementia disease through enteral nutrition.

Theoretical basis: The concept of autonomy is the theoretical basis used in the results discussion.

Method: A literature study inspired by Friberg analysis model including nine scientific papers focusing on nurses' experiences of enteral nutrition with people with dementia. The scientific papers were selected through matching keywords and used to answer the aim.

Result: Nurses often feel like they know the person with dementia well as they spend much time with the person. The knowledge nurses have about the person with dementia can be important when the decision about enteral nutrition is about to be made. The opinion is divided whether that knowledge is used or not and there are fear and uncertainty surrounding the subject that many nurses feel uncomfortable about. Evidence based information is lacking about the subject and the communication between nurses, doctors and relatives is considered important to be able to take the best possible decision.

Discussion: in order to preserve the autonomy of the person with dementia an understanding about this issue is required and a good cooperation between all parties involved. There seems to be a need to openly communicate about the problem since nurses often believe they have the knowledge to take a bigger role in the decision making than what they currently are allowed to do. By openly communicating about the subject, fear and uncertainty in the subject may be reduced.

Keywords: Dementia, Enteral nutrition, Nurse, Ethics.

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 ALLMÄNT OM DEMENSSJUKDOM	1
2.2 NUTRITIONSPROBLEM VID DEMENSSJUKDOM	2
2.3 ENTERAL NUTRITION	3
2.4 ETISKT DILEMMA MED ENTERAL NUTRITION OCH PERSONER MED DEMENS.....	3
2.5 SOCIOKULTURELLA ASPEKTER	4
2.6 NUTRITION SOM ARBETSUPPGIFT	4
2.7 RIKTLINJER VID ENTERAL NUTRITION	5
3 PROBLEMFÖRMULERING	5
5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	6
6 METOD	7
6.1 DATAINSAMLING OCH URVAL	7
6.2 ANALYS	7
7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
8 RESULTAT	9
8.1 FRÄMJANDE AV AUTONOMI	9
8.1.1 <i>Kontakten med personen med demenssjukdom</i>	9
8.1.2 <i>Kontakten med närstående</i>	10
8.1.3 <i>Kontakten med läkaren</i>	10
8.2 HINDRANDE AV AUTONOMI	11
8.2.1 <i>Okunskap</i>	11
8.2.2 <i>Rädsla/Osäkerhet</i>	12
8.3 FAKTORER SOM KAN PÅVERKA AUTONOMIN	13
8.3.1 <i>Arbetsmiljö</i>	13
8.3.2 <i>Sjuksköterskans åsikter</i>	14
9 DISKUSSION	15
9.1 METODDISKUSSION	15
9.2 RESULTATDISKUSSION	16
10 SLUTSATS	19
11 REFERENSFÖRTECKNING	20
BILAGA 1	22
BILAGA 2	27

1 Inledning

Under vår tid i arbetslivet och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) har vi båda stött på patienter med demenssjukdom som har haft svårt att få i sig tillräckligt med mat och beslut om att eventuellt starta någon form av enteral nutrition har då blivit aktuell. Vi har båda upplevt att detta ibland har skapat komplicerade diskussioner bland personal och närstående till personer med demenssjukdom och vår upplevelse har varit att närstående är mer positiva till enteral nutrition än vad personalen är. De vill till varje pris göra allt för att hjälpa sin närstående och känner en frustration eftersom denne inte får i sig tillräckligt med mat och vätska. Som utbildad sjuksköterska besitter vi en kunskap som närstående ibland saknar, deras syn på saken styrs troligtvis mer av känslor. Detta kan leda till att personal och närstående ser problemet från olika perspektiv.

Det som väckt våra tankar kring detta problem är att kommunikationen mellan sjuksköterskor och närstående kan uppfattas som bristfällig. Sjuksköterskan bör dela med sig av den kunskap hon besitter och hur hon ser på problemet samt försöka stötta närstående hur man bäst hjälper personen. Vi har observerat att det i stället endast diskuteras inom personalgruppen om de menings skiljaktigheter som kan ha uppstått. Vi har upplevt att det kan uppstå en obekväm stämning mellan personal och närstående, vilket vi som sjuksköterskor önskar kunna förhindra.

2 Bakgrund

2.1 Allmänt om demenssjukdom

Ordet demens härstammar från de latinska orden ”de” som betyder från och ”mens” som betyder förnuft, sinne eller själ och det säger en del om hur man en gång i tiden såg på sjukdomen (Skog, 2009, s.17). Demens är inte ett normalt åldrande utan det innebär att hjärnan inte fungerar normalt på grund av sjukdomar eller skador.

Demenssjukdomen definieras som en försämring av minnet och andra kognitiva förmågor (Larsson & Rundgren, 2010, s.295). Det är en fortskridande sjukdom som ger svåra sociala och psykiska funktionsnedsättningar och slutligen leder till döden. Skog (2009, s.21) skriver att risken att dö i förtid ökar med två till tre gånger och efter att diagnosen ställts lever en person med demenssjukdom i snitt fyra år.

Det är en folksjukdom som är vanligast bland äldre (Skog, 2009, s.19) Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, (2006) finns det idag cirka 140000 personer som lider av demens i Sverige och personer som insjuknar i en demenssjukdom ökar på grund av att vi lever längre. Förekomsten av demenssjukdom är vid 65 års ålder en procent och vid 90 års ålder 50 %.

Demens är ett samlingsnamn för olika tillstånd med liknande symtom som att minnet och tankeförmågan försämras (Skog, 2009, s. 19). Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom (Larsson & Rundgren, 2010, s.295). Av alla demensdrabbade i Sverige är det ca 60 % som lider av Alzheimers sjukdom. Man kan dela in sjukdomen i fyra olika stadier där försämringen sker gradvis. I de två första kommer funktionsnedsättningarna smygande och blir med tiden värre. Det är de kognitiva funktionerna som minne, tal och orienteringsförmåga som försämras först. I de två sista stadierna uppstår svåra fysiska och motoriska funktionsinskränkningar som urin och avföringsinkontinens, primitiva reflexer som sug och gripreflex tillkommer samt kontraktioner i extremiteter. Personen avmagras kraftigt och tappar slutligen förmågan att förflytta sig, sitta upprätt och hålla huvudet rakt och även förmågan att le upphör. I genomsnitt tar det cirka två år från första symtomen till att personen behöver en etablerad kontakt med sjukvård.

2.2 Nutritionsproblem vid demenssjukdom

Vid demenssjukdomar är ofta måltidssituationen besvärlig på grund av att personen kan få svårt att hantera bestick, föra maten till munnen, öppna munnen eller tugga och svälja (Skog, 2009, s. 183). Den kognitiva förmågan kombinerat med den motoriska funktionsnedsättningen som till exempel sväljsvårigheter resulterar i en ökad risk för undernäring och viktnedgång (Armanius-Björnin, Beck- Friis, Nygård, Sparring- Björksten, Wahlund & Wimo, 2004, s.177-178). Även personer med låg kognitiv svikt kan riskera undernäring då de felaktigt förväntas kunna äta själva (Skog, 2009, s.183). I slutet av en demenssjukdom kan sjukvårdspersonal uppleva matprocessen svår, tidskrävande och tröttsam (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010, s.149). Sent i demenssjukdomen kan personen få oral agnosi vilket innebär att man har svårt att känna igen maten i munnen och att viljemässigt tugga och svälja (Skog, 2009, s.183). Om en person med demens vänder bort huvudet eller inte öppnar munnen kan det misstolkas som matvägran.

Något som måste beaktas sent i sjukdomen är att sväljsvårigheter relaterat till att sväljreflexerna försvagas är en stor risk för kvävning och aspiration (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010, s.149). Armanius- Björnin, Beck- Friis, Nygård, Sparring- Björksten, Wahlund & Wimo (2004) skriver att denna typ av patienter kan ta mycket lång tid att mata och personal kan uppleva det svårt. Sväljningssvårigheter kan vara symtom på att personen med demenssjukdom befinner sig i slutfasen av sitt liv men det kan vara svårt att bedöma om så är fallet eller om det är något övergående som blir bättre med tiden (Barber & Murphy, 2011).

2.3 Enteral nutrition

När ätsvårigheterna i det sena skedet i en demenssjukdom blir så pass stora och risk för att näringsintaget blir för lågt kan diskussionen om enteral nutrition bli aktuell (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010, s.149). Med enteral nutrition menar man vanligen sondmatning. Ordet entero härstammar från grekiskan och betyder tarm. Entero avser det som finns i tarmarna, i detta fall alltså att näringstillförseln sker via tarmarna.

Indikationer på att enteral nutrition får användas är exempelvis undernäring, oförmåga att kunna svälja på grund av till exempel svalgpares, medvetslöshet, tumör i hals eller mun eller ovilja att äta till exempel vid ätstörningar (Björkman & Karlsson, 2008, s.231-253).

Det finns olika sorter av sonder (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010, s.131, 133). De vanligaste är nasogastrisk sond som är en slang som löper genom näsa, svalg och matstrupe ned i magsäcken samt perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) som är en sond som läggs in genom huden in till magsäcken. Denna typ är vanligast vid en längre tids sondmatning. Normalt är det sjuksköterskan som sköter sondmatning men kan delegera ut arbetsuppgiften om reell kunskap finns och verksamhetschefen godkänt detta (Björkman et al, 2008, s.232). Vidare beskrivs det att sjuksköterskan krävs ha kunskap om tekniken kring enteral nutrition och om ätande samt hur ätandet påverkar människans välbefinnande. Kontroll och skötsel av sonden samt patientens vikt ska sjuksköterskan dokumentera.

2.4 Etiskt dilemma med enteral nutrition och personer med demens

Att avgöra om beteendet hos en person med demens betyder att han eller hon inte vill äta eller inte förstår sitt eget bästa kan vara svårt (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010, s.149). Speciellt svårt kan det vara om personen bott på ett vård och omsorgsboende länge och försämringen sker långsamt, då krävs det lyhördhet för om man ska sluta mata eller inte (Mathisen, 2005, s.297). Vidare skriver Mathisen (2005, s.298) att frågan om näringstillförsel på svårt sjuka som inte kan kommunicera är ett av de svåraste etiska dilemman en sjuksköterska kan ställas inför, speciellt när närstående till varje pris vill att personen ska få i sig näring.

Många sjukdomstillstånd innebär nutritionsproblem och den medicinska utvecklingen har nått så långt att förmågan att få i sig tillräckligt med näring sällan är ett hinder för att överleva (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010, s.223). Syftet med nutritionsbehandling är att erbjuda optimal livskvalitet och förebygga ohälsa. Beslutet att sätta in rätt insatser måste anpassas efter den givna situationen, medicinskt och socialt. Det kan innebära svåra beslut där hänsyn bör tas till autonomi (rätten till självbestämmande), personalens ansvar och vad som är försummelser eller kränkningar. Vid vård av en svårt sjuk människa är det viktigaste att tillgodose livskvalitet än att primärt förlänga livet.

Personer har rätt att neka enteral nutrition, men en person med demenssjukdom kan ha svårt att ta egna beslut och det faller på andra att ta detta beslut (Hartsell & Williams, 2010). Demens uppfyller det som kännetecknar en palliativ vård, den är progridierande, förkortar livet och leder till döden (Skog, 2009, s.81). Sondmatningens svårighet i livets slut är av etisk karaktär då det kan förlänga dödsprocessen och att ta detta beslut är en ansvarsfull, allvarlig och en obehaglig uppgift (Mathisen, 2005 s296).

2.5 Sociokulturella aspekter

En äldre persons kultur och kulturidentitet kan ses som en produkt av en lång inlärningsprocess, vilket kan uttrycka sig i en viss livsstil (Svederberg, 2003, s. 39). När det handlar om mat är det till stor del vissa maträtter och vilken måltidsmiljö som föredras framför andra, därför har de blivit en del av personens kulturella identitet. Det väcker minnen av doft, smak och måltidsammanhang till liv för personen.

En myt om enteral nutrition är att den skulle liknas som en ersättning av måltiden (Eggenberger & Nelms, 2004). Vidare beskriver författarna att äta är av stor betydelse både fysiskt och sociokulturellt. Enteral nutrition är endast en symbolisk passiv handling som tar bort alla fördelar med att äta på vanligt sätt.

Matvanor är centrala och inriktade på egenomsorg (Svederberg, 2003, s. 39-43). Genom kontinuerligt intag av föda som anses kulturellt lämpligt utgör detta en källa för njutning och ett symboliskt medel att visa för sig själv och andra vem man är. Om en person boende på ett vård och omsorgsboende serveras mat som denne inte kan identifiera sig med kan detta medverka till försämrad livskvalitet. Det kan gälla livsmedel, konsistens, kryddning och servering. Dessa förändringar kan uppfattas som hot ett mot den kulturella identiteten. Ett fruktbart förhållningssätt är att betrakta mat som en viktig del i personens liv och historia.

Mat är inte bara viktigt för att överleva och för att mätta utan också viktigt för socialisering. Utan närvaro av andra människor förlorar matsituationen sin sociala funktion (Westergren, 2003, s. 47,49).

2.6 Nutrition som arbetsuppgift

Att bedöma en persons näringsstatus och behov av vätska och näring är en av sjuksköterskans grundläggande arbetsuppgifter (Bjerkreim, 2006. s.119). Detta görs i kombination av personens sjukdomshistoria, samtal, kliniska observationer och undersökningar. Enligt Bjerkreim (2006, s. 119) säger mer än hälften av sjuksköterskorna att inom sitt yrke är näring är en central punkt i mötet med en person.

2.7 Riktlinjer vid enteral nutrition

Det finns nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och dessa fungerar som rekommendationer för både socialtjänst och hälso- och sjukvård angående diagnostik, personcentrerad omvårdnad, läkemedel, dagverksamhet, boende och stöd till anhöriga (Socialstyrelsen, 2012). Enligt riktlinjerna om enteral nutrition på personer med svår demenssjukdom så ska hälso- och sjukvården och socialtjänsten endast erbjuda enteral nutrition för att minska lidande och då endast i undantagsfall. Utifrån hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt samt hälsoekonomi avgörs detta. Vidare beskrivs det i riktlinjerna att studier visar att det inte finns några fördelar med enteral nutrition på personer med demenssjukdom. Nutritionsstatus förbättras inte, risken för trycksår minskar inte, den förebygger inte aspirationspneumoni, lidandet minskat inte, funktionsstatus förbättras inte, livslängden ökar inte samt att livskvaliteten inte förbättras. Om en svårt demenssjuk person får god munvård visar forskning att de ej upplever törst. Däremot visar forskning att behandling med sondmatning ökar risken för trycksår och ökar lidandet då personen ofta måste hållas fast för att inte att rycka bort sonden. Det finns stöd för att enteral nutrition i slutstadiet av en demenssjukdom inte har några fördelar utan bara ger mer risker.

3 Problemformulering

När en person drabbas av demenssjukdom förlorar personen slutligen förmågan att kunna kommunicera och ta medvetna beslut samt att förmågan till självbestämmande försvagas. Ättsvårigheter är ett vanligt problem som uppstår i slutet av sjukdomen och då är en viktig arbetsuppgift för sjuksköterskan att avgöra varför personen inte äter och vilka insatser som bör sättas in. En av sjuksköterskans grundläggande arbetsuppgifter är att undvika undernäring hos personer med demenssjukdom, samtidigt som demenssjukdomar är en fortskridande sjukdom som förr eller senare leder till döden. Detta kan leda till svåra beslut då det är svårt att se en person svälta och acceptera att det är en del i sjukdomsförloppet. Att ta ett riktigt beslut och ta hänsyn till personens autonomi i detta läge kan vara ett svårt etiskt dilemma hos sjukvårdspersonal.

4 Syfte

Att beskriva sjuksköterskans möjligheter att bevara autonomi hos personer med demenssjukdom vid enteral nutrition.

5 Teoretisk utgångspunkt

5.1 Autonomi

Autonomi är ett begrepp som ofta relateras till delaktighet och det handlar om självständighet och självbestämmande (Eldh, 2009, s. 46). En person med demenssjukdom har som tidigare beskrivits i bakgrunden kognitiva samt motoriska nedsättningar som med tiden försämras kraftigt (Larsson & Rundgren, 2010 s. 295). Dessa nedsättningar leder till svårigheter att äta.

När en person avböjer erbjuden mat ska detta självklart respekteras men det innebär inte att man ska sluta erbjuda mat (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010, s. 226) Balansgången mellan att respektera autonomi och integritet och samtidigt försöka upprätthålla ett tillräckligt matintag kan vara svår.

Inom vården behöver personens egen autonomi respekteras, man kan förklara det som personens rätt att acceptera eller avböja erbjuden vård men inte rätten att själv bestämma den vård patienten tycker sig vara i behov av (Bærøe, 2010). Immanuel Kant menar att respekten för autonomi kommer från en syn där man ser alla personer som lika värda, att alla kan bestämma sitt eget moraliska öde (Beauchamp & Childress, 2009, s. 103-104).

Alla individer kan inte ta beslut själva, detta gäller speciellt äldre och väldigt sjuka personer (Beauchamp & Childress, 2009, s. 104). De vet att de är sjuka men kan kanske inte själva ta beslut.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 2 ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård och det innebär till exempel att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Beauchamp & Childress (2009, s.104-105) beskriver att äldre personer kan få frågan från läkaren om de vill att närstående ska ta besluten, även detta är en form av autonomi då de får valet att bestämma vem som ska ta besluten, valet ska vara personens eget. Även om besluten delegeras till någon annan är det personens självbestämmande som gäller och de grundläggande kraven är att respektera alla individers autonoma val. Respekt för autonomi är inte bara ett ideal i hälso- och sjukvården, det är en professionell obligation (Beauchamp & Childress, 2009, s. 104-105)

Många personer saknar kunskap och information för att kunna ge ett giltigt medgivande eller avstå en viss behandling (Beauchamp & Childress, 2009, s. 111). Samtycke är nära knutet till autonoma besluttaganden, detsamma gäller giltighet av medgivande. Det följer att personens vilja ska respekteras om det inte finns något hinder till att personen kan göra ett eget val (Bærøe, 2010). Beauchamp & Childress (2009, s. 111) menar att hälso- och sjukvårds personals

bedömning att en person är inkompetent och att antydningar finns att denna person inte kan ta egna beslut kan leda till att man kör över personens egen vilja.

Sjuksköterskor har en skyldighet att på bästa sätt hantera etiska dilemman där enkla svar sällan finns (Irving-Faxen, Karlström & Rothenberg, 2010 s. 225). Utifrån evidensbaserad kunskap samt kännedom om personen med demenssjukdom och närstående är det av stor vikt att sjuksköterskan arbetar för att främja personens autonomi i detta beslut.

Begreppet autonomi valdes som teoretisk utgångspunkt då författarna ansåg att bevarandet av autonomi är av stor vikt i vård av personer med demenssjukdom. I diskussions delen autonomi användas som utgångspunkt.

6 Metod

Utifrån det valda ämnet består denna uppsats av en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar, åtta kvalitativa och en kvantitativ. Friberg (2006, s.48, 115-116) beskriver att vid en litteraturöversikt är meningen att man ska bilda sig en översikt över kunskapsläget inom ett specifikt vårdvetenskapligt ämne eller problemområde genom att granska befintlig forskning.

6.1 Datainsamling och urval

Författarna har sökt efter aktuell forskning i databaserna CINAHL, som i huvudsak är en omvårdnads databas (Friberg, 2006, s. 57), och PubMed som är en medicinsk och omvårdnads databas. Initialt användes sökorden dementia, nutrition och ethics vilket visade sig ge en allt för bred träfflista. För att pricka in författarnas syfte användes även aged, elderly artificial, artificial nutrition, enteral, nurse, peg, autonomy och decision making i olika kombinationer. För att ytterligare precisera sökningen gjordes vissa begränsningar. En av dessa var att artiklarna skulle gälla personer över 65 år då demenssjukdom är mer vanligt förekommande i denna åldersgrupp. Den andra var att peer review valdes att användas då hjälp fås att hitta artiklar från vetenskapliga tidskrifter (Friberg, 2006, s. 66). Detta ökar chansen att artikeln är vetenskaplig men det är dock ingen garanti. Detta resulterade i nio artiklar se bil. 2. De studier som hittades kom från Norge, USA, Holland, Belgien, Canada och Storbritannien. Titlar och abstrakt lästes och artiklar som motsvarade studiens syfte valdes för att sedan granskas ytterligare. Datainsamlingen utfördes mellan mars och april månad 2012.

6.2 Analys

Författarna har utgått från hur Friberg (2006, s. 121) beskriver hur en litteraturöversikt bör göras. För att få en övergripande förståelse av artiklarnas innehåll lästes dessa igenom av båda författarna. Efter det läste båda författarna noga igenom alla artiklarna flera gånger och markerade ut resultat innehåll som motsvarade syftet. Vidare diskuterade författarna sinsemellan

för att gemensamt se vad texterna visade. En matris gjordes över resultat artiklarna där en sammanställning gjordes av syfte, metod och resultat (bil.1). Nästa steg blev som Friberg (2006, s. 122) beskriver att försöka hitta likheter och skillnader i artiklarna. Författarna diskuterade vilka olika ämnen som var aktuella för syftet. För att få en struktur i dessa ämnen gjordes en karta över varje artikel. Varje karta innehöll de ämnen just denna artikel berörde. Därefter lades dessa kartor bredvid varandra för att hitta likheter och skillnader. Dessa likheter och skillnader sorterades in i olika teman vilket resulterade i tre huvudteman och sju subteman. Utifrån denna analys har ett resultat och en diskussion formulerats.

7 Etiska överväganden

Etiska överväganden som gjorts i uppsatsskrivandet är att ta hänsyn till de etiska riktlinjer som finns (Gustavsson, Hemerén & Petersson, 2005, s. 14-15). Detta innebär att författarna inte plagierat eller förvrängt det som står skrivet i artiklarna. Det är betydelsefullt för forskaren att medvetandegöra sina egna föreställningar om det valda ämnet för att arbetet inte ska präglas av dem samt att inte låta yttre faktorer påverka.

Till detta arbete har författarna läst artiklar som varit skrivna på engelska och strävat efter att översatt dessa så korrekt som möjligt. Vid behov har svensk-engelsk ordbok använts för att undvika feltolkningar.

Det är av stor vikt att vara rättvis i bedömningen av andras forskning (Gustavsson, Hemerén & Petersson, 2005, s. 14-15). Dessa beskriver att vid analys, tolkning och presentation av författarnas egna resultat aldrig förvränga eller försköna resultaten i syfte att få stöd till hypotesen som författarna har. Artiklarna som använts har alla blivit etiskt godkända.

Författarna hade en förförståelse som var att involverade parter i beslutet om enteral nutrition hos personer med demenssjukdom inte alltid höll med varandra. Framförallt trodde författarna att närstående var mer positiva till insatsen än sjuksköterskorna. Då enteral nutrition hos personer med demenssjukdom är en svår etisk fråga har författarna reflekterat över deras förförståelse och försökt undvika att den skulle påverka valet av resultat innehåll.

8 Resultat

Resultatet kommer att presenteras utifrån tre huvudteman och sju subteman (tabell 1).

Tabell 1 Huvudteman och subteman.

<u>Främjandet av autonomi</u>	<u>Hindrande av autonomi</u>	<u>Faktorer som påverkar autonomi</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Kontakten med personen med demenssjukdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Okunskap 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbetsmiljö
<ul style="list-style-type: none"> • Kontakten med närstående 	<ul style="list-style-type: none"> • Rädsla och osäkerhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterskans åsikter
<ul style="list-style-type: none"> • Kontakten med läkaren 		

8.1 Främjande av autonomi

8.1.1 Kontakten med personen med demenssjukdom

Flera artiklar beskriver att det är sjuksköterskan som känner personen med demenssjukdom bäst. Det uttrycks att det är sjuksköterskorna som spenderar mest tid med personen och har nära kontakt med denne. Genom den nära kontakten bygger sjuksköterskan upp en bild av vem personen är och vad denne önskar (Bryon, Gastmas & Dierckx de Casterlé, 2010; Dreyer, Förde & Nortvedt, 2010). I vården av personer med demenssjukdom säger sig sjuksköterskorna ha ett holistiskt synsätt, det vill säga de vill se helheten och ge vad de anser är ”god vård” (Bryon, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010). Sjuksköterskorna frågar frågor, lyssnar, observerar det fysiska; kognitiva; mentala; sociala och patientens kondition för att få en så enhetlig bild som möjligt. Det är detta som ligger till grund för deras holistiska synsätt och ”goda vård”. Det beskrivs att sjuksköterskorna hela tiden ändrar sin bild av personen vartefter tillståndet förändras. Sjuksköterskorna beskriver nutritionsproblemen som en gradvis försämring och ätandet blir svårare och svårare. Personerna förlorar vikt, får sväljsvårigheter och allt detta kräver mer och mer energi från sjuksköterskorna

När en person med demenssjukdom får en försämrad nutritionsstatus är det sjuksköterskorna som signalerar och kontaktar övriga involverade professioner (Bryon, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010; Lopez, Amella,, Mitchell & Strumpf 2010).

När sjuksköterskorna beskriver sin roll i omvårdnaden kring besluten om enteral nutrition hos personer med demenssjukdom beskriver de sig själva som personens försvarare och representant (Todd, van Rosendaal, Duregon & Verhoef, 2004; Tsaloglidou, Rammos, Kirkilidis, Zourladani & Matzai, 2007).

Sjuksköterskan upplever att de har en etisk skyldighet att rapportera sin syn på patientens behov vilket gör att deras åsikter indirekt påverkar beslutsfattandet och dämed även involverade i beslutet (Tsaloglidou, Rammos, Kirkilidis, Zourladani & Matzai, 2007).

Bryon, Gastmans & Dierckx de Casterlé (2010) beskriver i sin studie att viljan att bevara autonomi hos personen med demenssjukdom ibland försvåras. Sjuksköterskorna vill stå upp för personen samtidigt som de känner de en stark empati för närstående och deras syn på problemet. De har full förståelse för att dessa vill göra allt som står i deras makt för att hjälpa sin nära.

8.1.2 Kontakten med närstående

Sjuksköterskor kommunicerar mera och har en tätare kontakt med närstående och om det är möjligt även med personen med demenssjukdom än vad läkaren har (Bryon, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010; Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf, 2010; Todd, van Rosendaal, Duregon & Verhoef, 2004).

I den amerikanska studien gjord av Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf's (2010) säger sjuksköterskorna att närstående måste få och förtjänar att få den information om fördelar respektive nackdelar med enteral nutrition för att kunna ta ett beslut.

Sjuksköterskan bör ta en större roll för de har en utmärkt position att vara en länk mellan läkare och närstående (Bryon, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010; Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf, 2010;). De kan förbättra kommunikationen mellan närstående och läkare samt att kunna ge den information som finns (Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf, 2010). I den kanadensiska studien gjord av Todd, van Rosendaal, Duregon & Verhoef's (2004) beskriver dock sjuksköterskorna att de upplever sig ta denna roll genom att ge individen och närstående information samt svara på frågor som de närstående har. Sjuksköterskan sätter ord på närståendes funderingar speciellt när det är svårt att kommunicera med läkaren (Bryon, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010). Vid en omvänd situation när relationen mellan sjuksköterskan och närstående inte fungerar väl eller när de saknar kunskap för att svara på frågor hänvisar sjuksköterskan till läkaren.

Det anses vara viktigt att inkludera närstående i beslutet om insatser och sjuksköterskan anser att de agerar som personens försvarare genom att skydda denne mot behandlingar som läkare kan ha beslutat om under press av närstående (Dreyer, Förde & Nortvedt, 2010).

8.1.3 Kontakten med läkaren

När en diskussion om enteral nutrition hos personer med demenssjukdom uppstår säger sjuksköterskorna att det är läkaren som har det slutgiltiga ansvaret (Byron, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010). Innan beslutet tas diskuteras det med involverade parter och sjuksköterskan ger sin information om personen för att ett så optimalt beslut som möjligt ska kunna tas. De

menar att sjuksköterskans kunskap är viktig i beslutet då de upplever sig mycket involverade i personen och det är de som känner personen och dennes bakgrund bäst av alla i vårdteamet. Vidare beskrivs att sjuksköterskorna känner sig delaktiga i beslutet när enteral nutrition på personer med demenssjukdom diskuteras. Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf (2010) beskriver även de att när ett beslut om enteral nutrition ska tas hos en person med en demens sjukdom tas det ofta i samråd mellan närstående och läkare, men sjuksköterskans syn på sin roll i denna beslutsprocess upplevs otydlig.

Dreyer, Förde & Nortvedt (2010); Tsaloglidou, Rammos, Kirkilidis, Zourladani & Matziai (2007) beskriver att sjuksköterskorna säger sig normalt spendera mer tid med patienten än vad läkaren gör och upplever därför att de kan förstå icke verbal kommunikation och att vid vård i livets slutskede strävar sjuksköterskorna efter att förstå patientens önskningar och preferenser.

Kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor upplevdes vara bristfällig och detta kan vara en barriär för att sjuksköterskorna skulle delta i beslutsfattandet (Tsaloglidou, Rammos, Kirkilidis, Zourladani & Matziai, 2007). Om kommunikationen var bättre skulle barriären minska då läkarna ändå uppfattas vilja ha sjuksköterskans åsikt.

8.2 Hindrande av autonomi

8.2.1 Okunskap

Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf (2010) visar i sin amerikanska studie att sjuksköterskor överskattar fördelarna med enteral nutrition. Detta förklaras med att sjuksköterskorna var omedvetna om evidensbaserad kunskap om risker och fördelar med enteral nutrition. Den evidensbaserade kunskapen visar att det finns få fördelar med enteral nutrition hos personer med demenssjukdom. Några sjuksköterskor beskriver enteral nutrition som ett effektivt sätt att hålla patienten levande, ett överlevnadshjälpmedel.

“If they’re not eating, the only way to keep them alive is by tube feeding them, no?” Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf, 2010)

En sjuksköterska nämner att troligtvis är enteral nutrition en bättre nutrition än de flesta personer i södra USA får och dessa fördelar borde vara en norm i alla system (Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf, 2010). En annan säger att en till fördel med enteral nutrition hos personer med demenssjukdom är att det är lätt kontrollera matintaget samt att det underlättar administration av läkemedel.

Liknande resultat visas i en studie från Storbritanien gjord av Tsaloglidou, Rammos, Kirkilidis, Zourladani & Matziai (2007) där sjuksköterskorna upplever att de inte vågar uttrycka sina åsikter på grund av brist på kunskap, självförtroende och erfarenhet.

Sjuksköterskorna känner att de inte har något personligt ansvar då de inte känner sig delaktiga i den riktiga beslutsprocessen utan det är mer kvalificerade kollegor som tar de besluten. De tycker att deras kunskap undervärderas och att den inte används fullt ut (Byron, Gastmans & Dierckx de Casterlé).

8.2.2 Rädsla/Osäkerhet

En viss osäkerhet och rädsla inför beslut om enteral nutrition på personer med demenssjukdom visade sig i flera artiklar (Wilmot, Legg & Barratt 2002; Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf 2010). Det beskrivs att sjuksköterskorna är rädda att blanda ihop sina personliga åsikter och erfarenheter. De vill inte vara vägledande och vill inte influera närstående i deras beslut. Det uttrycks att som sjuksköterska bör man inte ge råd till närstående. De känner sig obekväma i samtal med närstående angående enteral nutrition på personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna anser att de ska vara neutrala observatörer gällande dessa beslut.

” it was against the law for nurses to talk with family members about feeding decisions” (Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf, 2010).

Wilmot, Legg & Barratt (2002); Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf (2010) menar att sjuksköterskornas egna livsberättelser påverkar hur de ser på enteral nutrition hos personer med demenssjukdom. De menar att det inte går att bortse från sina personliga åsikter som grundar sig i tidigare upplevelser i livet.

När sjuksköterskorna tillfrågades om vad de baserade sina åsikter om enteral nutrition på personer med demenssjukdom hade alla svårt att svara (Dreyer, Förde & Nortvedt , 2010). De menade att besluten mer tar hänsyn till den enterala nutritionens fördelar och nackdelar än till respekten av personens autonomi.

Wilmot, Legg & Barratt (2002); Pasma, The & Onwuteaka-Philipsen (2003) visar att sjuksköterskor har olika syn på varför en person med demenssjukdom inte vill äta.

Wilmot, Legg & Barratt (2002) studie från Storbritanien beskriver att sjuksköterskor upplevde en inre konflikt när en person med demenssjukdom slutat äta då det är mot naturen att svälta sig till döds samtidigt som de inte vill tvinga i någon mat. Om en person vänder bort huvudet vid matning har denne ett val och därmed möjlighet att uttrycka sin autonomi medan om personen får enteral nutrition så ges inte den möjligheten. Många trodde att det är sjukdomssymtomen som gör att vissa matvägrar och inte ett uttryck av autonomi.

I den holländska studien av Pasma, The & Onwuteaka-Philipsen (2003) beskrivs att sjuksköterskornas olika syn på varför de tror att personen inte vill äta kan vara en orsak till inställningen om enteral nutrition hos personer med demenssjukdom. Somliga trodde att det

berodde på att personen inte ville leva längre, andra trodde det berodde på att personen var rädd att sätta i halsen på grund av sina sväljningssvårigheter och vissa trodde det berodde på att personen inte kände igen maten. Detta styrks även i Wilmot, Legg & Barratts (2002) studie där vissa sjuksköterskor trodde att matvägran berodde på sjukdomssymtom snarare än ett uttryck av autonomi.

De sjuksköterskor som trodde att personerna inte åt på grund av att de inte kände igen maten använde sig själva som redskap och fortsatte att mata och försökte få personen att förstå vad det är som händer (Pasman, The & Onwuteaka-Philipsen, 2003). De som trodde att personen inte åt för att denne inte längre ville tenderade att ge upp snabbare med matningshjälpen. Orsaken till varför personerna inte kunde få i sig tillräckligt med mat förblev oklar på grund av att det är svårt att kommunicera med personer med demenssjukdom och på grund av det så baserade sjuksköterskorna sina uppfattningar på intuition.

8.3 Faktorer som kan påverka autonomi

8.3.1 Arbetsmiljö

Flera studier visar även att arbetsmiljön och arbetskulturen kan spela roll för hur sjuksköterskan uppfattar sin roll när en person med demenssjukdom kan behöva enteral nutrition (Byron, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010; Pasman, The & Onwuteaka-Philipsen, Van der Wal & Ribbe, 2003; Todd, van Rosendahl, Duregon & Verhoef, 2004).

I en atmosfär med stark hierarki är samarbete och konsultation av sjuksköterskans expert kunskaper sällan förekommande (Byron, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2010).

Sjuksköterskorna rapporterade att de hade för lite inflytande på läkarnas beslut och kände sig åsidosatta samt tvingades ta en roll som åskådare. Även om sjuksköterskan tyckte att beslutet var felaktigt för individen så accepterade de beslutet och läkarens makt.

Vidare beskriver Bryon, Gastmans & Dierckx de Casterlé (2010) att i en öppen arbetsatmosfär sker ett nära samarbete och upprepade konsultationer med sjuksköterskan. Då upplever sig sjuksköterskan som en viktig lagspelare i beslutsfattandet.

Flera andra studier visade att varje avdelning verkar ha en egen kultur och olika strukturer (Pasman, The & Onwuteaka-Philipsen, Van der Wal & Ribbe, 2003; Todd, van Rosendahl, Duregon & Verhoef, 2004). En gemensam hållning och vanor som bygger på olika sätt att kommunicera med varandra och olika metoder för att hantera dåligt matintag hos personer med demenssjukdom ansågs som positivt (Pasman, The, Onwuteaka-Philipsen, van der Mal & Ribbe, 2003). Exempel på hur sjuksköterskor på vissa avdelningar hanterade nutritionsproblem var att de diskuterade enskilda individers nutritionsproblem och även dessa problem relaterat till andra individer. Det diskuterades även regelbundet etiska aspekter gällande enteral nutrition hos

personer med demenssjukdom samt hur man bemöter individen och hur man ska få närstående involverade.

Ett bra samarbete påverkar sjuksköterskans roll vid enteral nutrition på personer med demenssjukdom. De avdelningar där personalen upplevde ett bra samarbete mellan de andra involverade parterna upplevde sjuksköterskan sig ha en större roll vid beslut om enteral nutrition (Todd, van Rosendahl, Duregon & Verhoef, 2004). De kände sig nöjda med sin roll och uppgav att de känner mindre emotionell stress.

I en amerikansk studie gjord av Mitchell, Kiely, Muriel & Gillick (2003) så jämfördes vård och omsorgsboendens olika egenskaper kontra förekomsten av enteral nutrition på personer med demens. Dessa egenskaper var av mer fysisk karaktär men visade sig ha betydelse för hur vanligt förekommande enteral nutrition var. Egenskaperna var bland annat antalet sjuksköterskor/boende, antalet undersköterskor/biträden/boende, förekomst av logoped eller inte på vård och omsorgsboendena, de boendes förmåga att klara av ADL och förekomst av särskilda avdelningar för personer med demenssjukdomar. Det som framför allt gjorde förekomsten av enteral nutrition mindre var resurser i form av fler sjuksköterskor/boende, att det fanns en logoped som konsulterades vid ätsvårigheter och att särskilda avdelningar för personer med demenssjukdom fanns.

8.3.2 Sjuksköterskans åsikter

Något som kan påverka sjuksköterskans syn på enteral nutrition på personer med förlorad autonomi är dennes egna erfarenheter och livssyn, vilket visar sig i den Kanadensiska studien av Todd, van Rosendahl, Duregon & Verhoef (2004). Där säger 94 % av de tillfrågade sjuksköterskorna att de själva inte skulle vilja ha enteral nutrition om de hamnade i en situation då förmågan att stå upp för sin autonomi gått förlorad. Sjuksköterskorna anser då att enteral nutrition endast används för att förlänga livet och att det försämrar livskvaliteten.

” What is the purpose? What`s wrong with dying? I don` t understand why some patients are not allowed to die with dignity.” (Todd, van Rosendahl, Duregon & Verhoef, 2004)

I en kvantitativ studie från Holland gjord av Rurup, Onwuteaka-Philipsen, Roeline, Pasman, Ribbe & van der Wal (2004) visade de sig att närstående, sjuksköterskor och läkare generellt har samma åsikter angående enteral nutrition hos personer med demenssjukdom. I denna studie ställdes ett antal påståenden till 148 sjuksköterskor, 107 läkare och 136 närstående angående vård och behandling av personer med demenssjukdom. Ett av påståenderna var att när en person i de sena skedet av en demenssjukdom vägrar att äta och/eller dricka, är detta då något som alltid

bör respekteras. Här svarade 60-65% av läkare, sjuksköterskor och närstående att de höll med fullt eller höll med mer än inte höll med.

9 Diskussion

Diskussionen kommer bestå av en metoddiskussion och en resultatdiskussion.

9.1 Metoddiskussion

De sökord som användes till en början gav en för bred bild och saknade artiklar som motsvarade författarnas syfte. Flera sökord lades till för att få en träffbild som mer motsvarade syftet. Dock fanns inte så många artiklar som författarna önskade hitta och det var i stort sett samma artiklar som hittades i de två databaserna som använts. Förutom att antalet artiklar var få så var det dessutom svårt att hitta artiklar från länder med samma sociala system som i Sverige. Endast en artikel hittades från Norden hittades och den var från Norge. Den enda svenska forskning som gjorts var från 90-talet och det ansåg författarna vara för gammalt för att vara aktuellt material. Resten av materialet som användes kom från Holland, USA, Belgien, Storbritannien och Canada. Något som skulle kunna påverka resultatet är att ett flertal artiklar kommer från Holland och Belgien där de sedan i början på 2000-talet tillät aktiv dödshjälp (Devettere, 2009 s.325). Hur sjuksköterskorna ser på enteral nutrition på personer med demenssjukdom kan då tänkas skiljas i ett land med tillåten dödshjälp kontra ett land där det ej är tillåtet.

Några av artiklarna som valdes är från början av 2000-talet och det anser författarna vara på gränsen till för gammalt då mycket har hänt inom demensvården. Ny forskning och ny kunskap om demenssjukdomar kan göra att synen på enteral nutrition kan ha ändrats.

De artiklar som valdes som underlag för denna litteraturstudie anser författarna dock ha relevant innehåll som svarat på syftet.

Artiklarna som använts har varit engelskspråkiga och då engelska ej är författarnas modermål finns en liten risk att misstolkningar skett. För att i största möjliga mån undvika detta är materialet noggrant granskat av båda författarna samt att de tillsammans diskuterat innehållet.

För att få grepp om innehållet markerades resultat innehåll och kartor gjordes över innehållet för att få ett bra helikoptersperspektiv. Detta underlättade sökandet av skillnader, likheter och teman. De olika teman som hittades resulterades i rubriker i uppsatsen. Författarna tyckte det var ett bra sätt för att få en bra struktur i uppsatsen. Analysmetoden författarna arbetat efter visade sig fungera bra.

Den teoretiska referensramen har varit autonomi och det begreppet anser författarna vara relevant för syftet i uppsatsen. Autonomi är en central del i det etiska dilemmat när personer med demenssjukdom slutar äta. En person med demenssjukdom får som tidigare beskrivits svårt att

kommunicera i det sena skedet av sjukdomen och därmed förmågan att försvara sin egen autonomi minskas. När resultat och diskussion skulle tas fram upplevde dock författarna att det var svårt att implementera autonomi i de olika teman som funnits. Efter diskussioner med varandra hittades dock lämpliga namn på rubrikerna vilket underlättade att koppla innehållet hur sjuksköterskorna på bästa sätt kan bevara autonomi hos personer med demenssjukdom. I slutändan upplevde författarna att autonomi har fungerat väl i denna uppsats.

9.2 Resultatdiskussion

En stor del av resultatet var att sjuksköterskorna upplevde att det var de som spenderade mest tid med personen med demenssjukdom. Detta gör att sjuksköterskorna får en stor kännedom om personen. De har förmåga att se förändringar som sker i personens allmäntillstånd och upplever sig ha kunskapen att kunna avgöra vad förändringen kräver för åtgärd. Sjuksköterskorna uttrycker att de ser till personens helhetssyn och att det är de som rapporterar förändringarna. Det kan antas att alla dessa faktorer gör att det som beslutas kring personen med demenssjukdom hänger mycket på sjuksköterskan då det hon upplever och det hon väljer att rapportera vidare är till stor del indirekt en grund till besluten som tas. Ofta beskrev sjuksköterskor att de känner en lojalitet och ett ansvar att stå upp för personens autonomi och de vill förmedla sin kunskap vidare för att det bästa beslutet utifrån att personens önskningar på bästa sätt uppnås.

En annan viktig del i sjuksköterskans arbete är den nära kontakten med närstående till personen med demenssjukdom och att involvera dessa i vården vilket styrks i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 (Socialstyrelsen, 2011, s.21). Där beskrivs det att vården och omsorgen ska sträva efter att involvera den demenssjukas sociala nätverk.

Det är sjuksköterskan som alltid finns på plats på en vårdavdelning eller på ett vård och omsorgsboende vilket gör att det ofta är hon som möter de närstående. När närstående är på besök är det sjuksköterskan som är den naturliga kontakten för att svara på frågor och ge information. Eftersom sjuksköterskor har en nära kontakt med närstående anser författarna att det är av stor vikt att ta reda på så mycket fakta om personen med demenssjukdom såsom en livsberättelse. Detta kan göras genom att samtala med personens närstående och med personen själv. Vetskapen om en persons livsberättelse kan ge en bättre bild av just denne persons önskningar och preferenser. Då kan en individanpassad vård och omsorg lättare ges. Ragneskog (2011, s. 123) skriver att i vården av personer med demenssjukdom handlar det om att bibehålla livskvalitet och eftersom personen inte kan förmedla sina önskemål har sjuksköterskan heller ingen tillgång till dessa. Då gäller det att försöka tolka hur personen skulle velat ha haft det om denne varit adekvat. Ibland kan man stödja dessa tolkningar genom att gå på det personen sagt

tidigare i livet men dock visar forskning att människor kan ändra sina preferenser när de blivit äldre eller drabbats av demenssjukdom.

När diskussion om enteral nutrition uppkommer och närstående, läkare och sjuksköterskor kommunicerar angående åtgärd anser författarna att den kunskapen sjuksköterskan besitter är en bra grund för att främja personens autonomi. Som sjuksköterska är det viktigt att våga stå upp för personens autonomi inför alla i teamet.

Beslutet om enteral nutrition tas som ovan beskrivits av läkaren i samråd med närstående och sjuksköterska. Om närstående ska kunna vara med och påverka beslutet så att bevarandet av personens autonomi består tror författarna att det är av stor vikt att närstående förstår all information. Samtal mellan närstående och läkare kan uppfattas som korta och alla frågor hinner inte diskuteras. Det blir då sjuksköterskan som i efterhand får förtydliga och besvara det som varit otydligt eftersom denne för det mesta finns tillgänglig. Genom att involvera närstående som har viktig information om personen med demenssjukdom förmodar författarna att det ytterligare främjar respekten för autonomin. Ett omvänt sätt att bevara personens autonomi kan vara att skydda personen från närståendes påtryckningar (Dreyer, Förde & Nortvedt, 2010). Närstående kan ha svårt att släppa taget om den gamla bilden de har av personen och faktiskt acceptera sjukdomens förlopp och då menar författarna att sjuksköterskor bör agera som personens försvarare.

Att det slutliga beslutsfattandet ligger hos läkaren är inget författarna motsätter sig då läkarna är den som är medicinsk ansvarig. Dock anser författarna att kommunikationen mellan sjuksköterska och läkare är viktig då sjuksköterskan kan ha kunskap men inte törs förmedla denna på grund av hierarki. Beslut kan då tas utan att viktig information om personen med demenssjukdom kommer fram och risken finns att respekten för personens autonomi blir lidande. Om sjuksköterskan får dela med sig av sin kunskap tillfredsställs sjuksköterskans vilja att stå upp för personer med demenssjukdom och då även bidra med att bevara dennes autonomi och den emotionella stressen minskar hos sjuksköterskan. Kommunikationen mellan de olika inblandade spelar en viktig roll för att det bästa möjliga beslut ska kunna tas. Alla bär på olika kunskaper och erfarenheter och genom att diskutera dessa och reflektera över varandras åsikter anser författarna chansen att bevara en persons autonomi ökar.

Socialstyrelsen riktlinjer (2012) som säger att enteral nutrition hos personer med demenssjukdom endast ska erbjudas i undantagsfall för att minska lidande, vidare beskrivs det att det inte förbättrar livskvaliteten med enteral nutrition hos personer med demenssjukdom. Författarna anser att det helt ligger i någons annans händer än personen med demenssjukdom att avgöra vad livskvalitet är. Kännedomen och kontakten med personen med demenssjukdom samt

kontakten med närstående och läkare gör att sjuksköterskan besitter en värdigfull kunskap för att främja bevarandet av personens autonomi på bästa möjliga sätt.

Författarnas diskussion ovan styrks genom kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005). Hela kompetensbeskrivningen ska genomsyras av Helhetssyn och etiskt förhållningsätt vilket bland annat innebär att sjuksköterskan ska:

- visa omsorg och respekt för personens autonomi
- tillvarata personens och närståendes kunskaper och utgå från deras önskemål och behov
- föra personens talan
- tillvarata arbetslagets kunskaper och genom samarbete bidra till en helhetssyn.

Vidare skrivs det i kompetensbeskrivningen att sjuksköterskans arbete ska oavsett vilken arbetsplats man är verksam i präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessutom ska arbetet genomföras i enlighet med lagar och andra riktlinjer. Resultatet i uppsatsen har visat på att sjuksköterskor upplever en osäkerhet och okunskap inom ämnet enteral nutrition på personer med demenssjukdom vilket påverkar hur aktiva de är i beslutstagandet. Balansen mellan att faktiskt acceptera att en person inte kan äta och att det beror på sjukdomsförloppet och att fullgöra sin arbetsuppgift att upprätthålla nutrition statusen kan vara svår. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003, s. 108) beskriver detta som att respekten för autonomin måste vägas mot den kunskap som finns i vårdandet. Sjuksköterskan ställs då inför ett etiskt dilemma där en uppfattning ska bildas om det är ett uttryck för autonomi eller om det är ett sjukdomssymtom (Faxen-Irving, Karlström & Rothenberg, 2010). Oavsett vilket beskrivs det att man måste försöka på olika sätt och vid olika tillfällen att erbjuda mat då tillståndet hos en person med demenssjukdom kan växla.

Enligt socialstyrelsens (2012) riktlinjer finns det få fördelar med enteral nutrition hos personer med demenssjukdom. Ändå fann författarna i flera studier att många sjuksköterskor uttrycker en positiv inställning till enteral nutrition. Vad är det då som gör att många är positivt inställda? Här tror författarna att en orsak kan vara dagens slimmade organisationer och att det kan vara svårt för sjuksköterskan att hinna med de arbetsuppgifter som ligger i hennes ansvar vilket till exempel Lopez, Amella, Mitchell & Strumpf's (2010) artikel visar. Sjuksköterskans argument till den positiva inställningen är att enteral nutrition underlättar arbetet då det spar tid och blir lättare att kontrollera personens nutritionstatus. Här antar författarna att även om kunskap finns så kan de tidssparande effekterna av enteral nutrition medföra att sjuksköterskor förbiser bevarandet av personens autonomi endast för att underlätta sitt eget arbete. En annan aspekt ur tidsbristen kan vara att sjuksköterskan inte hinner inhämta den kunskap som krävs.

Tsaloglidou, Rammos, Kirkilidis, Zourladani & Matzai (2007) säger att sjuksköterskornas kunskap kommer med tid och erfarenhet och detta säger sig många sakna vilket försvårar deltagandet i beslutet om enteral nutrition och då även bevarandet av personens autonomi.

Till sist måste ett beslut om eventuell åtgärd tas. Författarna anser att det är omöjligt att lägga bort sina personliga åsikter vilket gör att som sjuksköterska kan man känna en viss tvivel till sina åsikter då de professionella kunskaperna torde vara de som gäller. Denna osäkerhet kan inskränka på autonomi hos personer med demenssjukdom.

10 Slutsats

Författarnas förståelse var att läkare, sjuksköterskor och närstående inte höll med varandra i beslut angående enteral nutrition på personer med demenssjukdom dock visade det sig att de generellt hade samma åsikter..

Resultatet visar att sjuksköterskorna genomgående upplevde en rädsla och osäkerhet inför det etiska dilemmat när en person med demenssjukdom slutar äta. Mycket av detta kan bero på för lite evidensbaserad kunskap och en bristande kommunikation samt samarbete mellan alla inblandade. Denna studie kan ute i verksamheterna bidra med en ökad kunskap och förståelse för de rådande bristerna och därmed leda till att sjuksköterskor kan känna sig tryggare i beslutsprocessen

Fortsatt svensk forskning inom ämnet skulle behövas då endast gammal forskning från Sverige hittades. Detta för att bidra till ny kunskap i ämnet vilket kan leda till en bättre vård för personer med demenssjukdom i livets slutskede.

11 Referensförteckning

- Armanius- Björlin, G., Beck- Friis, B., Nygård, L., Sparring- Björkstén, K., Wahlund, L. & Wimo, A. (2004). *Om demens*. Liber: Stockholm.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Studentlittertur.
- Barber, J. & Murphy, K. (2011). Challenges that specialist palliative care nurses encounter when caring for patients with advanced dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 17, (12), 587-591.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press: New York.
- Bærøe, K. (2010). Patient autonomy, assessment of competence and surrogate decision-making: a call for reasonableness in deciding for others. *Bioethics*, 24, (2), 87-95
- Bjerkreim, T. (2006). Vätska och näring. Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grundläggande omvårdnad 2*. Stockholm: Liber
- Björkman, E. & Karlsson, K. (2008). *Medicinsk teknik för sjuksköterskor*. Studentlittertur
- Bryon, E., Gastmans, C. & Dierckx de Casterlè, B. (2010). Involvement of hospital nurses in care decisions related to administration of artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing studies*, 47, (10), 1105-1116.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur: Lund.
- Devettere, R. (2009). *Practical Decision Making in Health Care Ethics*. Georgetown University Press: Washington D.C.
- Dreyer, A. Forde, R. & Nortvedt, P. (2010). Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *Journal of Medical Ethics*, (36), 396-400.
- Eggenberger, S.K. & Nelms, T.P. (2004). Artificial hydration and nutrition in advanced Alzheimer's disease: facilitating family decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 13, (6), 661-667.
- Eldh, A-C. (2009). Delaktighet och gemenskap. Edberg, A-K & Wijk, H. (Red), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur: Lund.
- Gustafsson, B., Hermeren, G. & Petersson, B. (2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Vetenskapsrådet: Stockholm. Hämtad mars, 19, 2012 från http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.pdf
- Hartsell, Z.C. & Williams, J.S. (2010). Is it ethical to provide enteral tube feedings for patients with dementia? *JAAPA: official journal of the American Academy of Physician Assistants*, 23, (10), 55-56.
- Hälso och sjukvårdslagen, 1982:763 (n.d). Hämtad mars, 18, 2012 från [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))
- Irving- Faxen, G., Karlström, B. & Rothenberg, E. (2010). *Geriatrisk Nutrition*. Studentlitteratur: Lund.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Studentlitteratur: Lund.
- Lopez, R.P., Amella, E.J., Mitchell, S.L. & Strumpf, N.E. Nurses' perspectives on feeding decisions for nursing home residents with advanced dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, (5-6), 632-638.
- Mathisen, J. (2005). Livets slut. Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grundläggande omvårdnad 3*. Stockholm: Liber
- Mitchell, S., Kiely, D., Gillick, M. (2003) Nursing Home Characteristics Associated with Tube Feeding in Advanced Cognitive Impairment. *American Geriatric Society*, 51, 75-79

- Nationalencyklopedin. *Autonomi*. Hämtad mars, 13, 2012 från <http://eshproxy.esh.se:2085/lang/autonomi/120960>, Nationalencyklopedin.
- Nationalencyklopedin. *Peer review*. Hämtad Maj, 7, 2012 från peer review. <http://eshproxy.esh.se:2085/peer-review>, Nationalencyklopedin, hämtad 2012-05-07.
- Pasman, H.R., The, B.A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Van der Wal G., & Ribbe M.W. (2003). Feeding nursing home patients with severe dementia: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* ;42(3):304-311.
- Ragneskog, H. (2011). *Omvårdnad och omsorg vid demens*. Printema förlag: Göteborg.
- Rurup, M., Onwuteaka-Philipsen, B., Pasman, H.R., Ribbe, M & van der Mal, G. (2005). Attitudes of physicians, nurses and relatives toward end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. *Patient Education and Counseling* 61, 372-380.
- Skog, M. (2009). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Bonnier: Stockholm
- Socialstyrelsen.(n.d) . Hämtad mars, 18, 2012 från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/sokiriktlinjerna/personermeddemenssjukdomsamtaun>
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad maj 31, 2012 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Svederberg, E. (2003). Mat för äldre- en fråga om identitet. Westergren, A .(Red.), *Svårigheter att äta*. Lund: Studentlitteratur.
- Todd, V., van Rosendaal, G., Duregon, K. & Verhoef, M. (2005). Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): the role and perspective of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 187-194.
- Tsaloglidou,A., Rammos, K., Kirkilidis, K., Zourladani, A. & Matziai,C. (2007). Nurse´s etical decision-making role in artificial nutritional support. *British Journal of Nursing*,16, (16),996-1001.
- Westergren, A. (2003). Påverkan på ätandet när man blir äldre. Westergren, A.(Red.), *Svårigheter att äta*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilmot, S., Legg, L., & Barratt, J. (2002). Ethical issues in the feeding of patients suffering from dementia: a focus group study of hospital staff responses to conflicting principles. *Nursing ethic*,9, (6), 599-611.

Bilaga 1

Matris över resultat artiklar.

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
1a. Bryon, Gastmans, Dierckx de Casterlé	Involvement of hospital nurses in care decisions related to administration of artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: A qualitative study.	International Journal of Nursing Studies , 2010, 47(9): 1105-1116. Belgien.	Syftet med denna studie var att utforska och beskriva hur sjuksköterskor är involverade i vården rörande beslut om artificiell nutrition och hydrering hos inlagda personer med demenssjukdom.	En kvalitativ studie som gjordes mellan april 2008 och juni 2009, det gjordes 21 interjuver som spelades in och senare transkriberades. Data processen involverade samtidigt och systematiskt data insamlingen. Analysen fortskred enligt en cyklisk process och karaktiserades av en konstant framåt, bakåt våg, i vilken mönster hittades. Fortlöpande dialog med data och interaktiv team process med alla deltagande författare där de läste alla interjuver och diskuterade dessa.	Sjuksköterskors inblandning var karakteriserade av en längtan att ge `god vård`, vilket var basen för deras motivation och strävan under vård processen. Tidigt i processen, utvecklade sjuksköterskor en holistisk syn på deras patienter, som lägger grunden för deras syn på `god vård`. Under själva beslutsfattandet genomförde sjuksköterskorna rollen som förmedlare och vägledande kommunikatörer, samtidigt som de försöker förstå sin syn på `goda vård`. Sjuksköterskor dömde läkarens beslut efter deras syn på `god vård`.
4. Dreyer, Nortvedt	Life-prolonging treatment in nursing homes:	Journal of Medical Ethics, 2010, 36(7): 396-400.	Att studera hur läkare och sjuksköterskor på ett vård och omsorgsböendes skyddar	En kvalitativ studie med deskriptiv design en analys av det transkriberade	Utvärdering gjordes av patientens kompetens att ta samtycke till en behandling, det saknas nästan alltid.

	how do physicians and nurses describe and justify their own practice	Norge	personers autonomitet vid beslut i livets slutskede, och hur de berättigar deras handlingar.	<p>innehållet av de djupgående intervjuerna med läkare och sjuksköterskor.</p> <p>Medverkande: nio läkare och tio sjuksköterskor i 10 vård och omsorgsboenden i Norge.</p> <p>Datan från läkarna och sjuksköterskorna analyserades separat. Men för att för att förstå studiens syfte en jämförande ansats var använd. Texterna lästes igenom flera gånger. Tre kategorier hittades.</p>	Läkaren bygger deras praktik på principen fördelar kontra nackdelar. Sjuksköterskor tenderar att tro på patientens avvisande av livsuppehållande vård, även när patienten har svårigheter att tala eller lider av demenssjukdom. Närstående var enligt sjukvårdspersonalen, inkluderade i besluten i en liten del.
2a. Lopez, Amella, Mitchell, Strumpf	Nurses perspective on feeding decisions for nursing home residents with advanced dementia.	Journal of Clinical Nursing, 2010, 19(5-6): 632-638. USA.	Att utveckla en bred förståelse för sjuksköterskans tro, kunskap och roll vid matnings beslut på vård och omsorgsboenden hos personer med demenssjukdom.	En kvalitativ studie baserad på djupa semistrukturerade intervjuer med 11 legitimerade sjuksköterskor som har upplevt vårdande av personer med demenssjukdom. Dessa interjuver transkiberades. Sedan analyserades dessa av den första författaren. Koder gjordes av likheter och skillnader. Dessa bildade olika kategorier.	Analys av de transkriberade intervjuerna visade tre teman: otillräcklig evidensbaserad kunskap, mångtydlig roll vid matnings beslut och ovisshet om sin moral vid beslut om att sätta in en matningsslang.

2b. Mitchell, S., Kiely, D., Gillick, M.	Nursing Home Characteristics Associated with Tube Feeding in Advanced Cognitive Impairment	American Geriatric Society, 2003, 51, 75-79. USA.	Att identifiera vård och omsorgsboendens faktorer associerade med användningen av tub matning vid svår kognitiv nedsättning.	En kvantitativ beskrivande studie utför i Usa. Datan inhämtades från två källor båda nationella databaser. Det var 1057 vård och omsorgsboenden i sex olika stater mellan 1995-1996 som var med i studien. Analysen utfördes genom att använda SAS som är ett statistik hjälpmedel.	Att ha en logoped, fler sjuksköterskor och färre undersköterskor var var för sig anledningar till en mindre användning av tub matning till personer med en svår kognitiv nedsättning. Att ha en avdlening för åersoner med demenssjukdom var även det något som minskade användningen.
1b. Rurup, Onwuteaka-Philipsen, Pasman, Ribbe, van der Wal	Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia	Patient Education & Counseling, 2006, 61(3): 372-380. Holland.	För många personer som bor på ett vård och omsorgsboende hamnat i de sena stegen vid demenssjukdom vilket kan innebära sväljningssvårigheter, en diskussion att starta eller avstå från behandling måste tas i slutet på deras liv. Det är väldigt viktigt för sinnesfriden av alla involverade vid ett sådant beslutsfattande att det blir ett beslut som stämmer bäst in på patientens intressen. Det är därför viktigt att undersöka attityderna av läkare, sjuksköterskor och närstående för medicinska behandlingar i livets slutskede gällande personer med	En kvantitativ studie där femton påståenden om artificiell nutrition och hydration (ANH), avancerade instruktioner, påskynda död, självbestämmande och dödshjälp, och vård och omsorgsboendens policy. Detta presenterades till läkare, sjuksköterskor och närstående av personer som lider av demenssjukdom på vård och omsorgsboendet. 148 frågeformulär var inkluderade i studien. Svaren på dessa sättes ihop med ålder, kön och tro.	Generellt håller läkare, sjuksköterskor och närstående med i många aspekter av beslut i livets slutskede för personer med demenssjukdom i ett vård och omsorgsboende. Hursomhelst, i några frågor utkomsten av besluts fattande var det skillnad. Närstående fäster mer vikt till avancerade direktiv än vad läkare och sjuksköterskor har och en mer tillåtande attityd gällande att påskynda döden.

			demenssjukdom, så att policyn i vård och omsorgsboenden kan stimulera dialogen och diskussionen mellan alla parter.		
6. Todd, V, van Rosendaal, G, Duregon, K. & Verhoef, M.	Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): the role and perspective of nurses	Journal of Clinical Nursing, 2005, 14, 187-194. Canada.	Att studera sjuksköterskors perspektiv på (i) processen av beslutsfattande angående placering av enteral nutrition, (ii) deras roll i denna process, (iii) hur deras deltagande påverkar dem personligen och (iv) enteral nutrition generellt.	En kvalitativ studie som använder djupgående semistrukturerade interjuver där det användes öppna frågor och frågeformulär som bestod av 22 korta frågor som de fick fylla i själva. Detta transkriberades. Datan lästes igenom och kategorier identifierades från interjuv innehåll som var liknande.	Sjuksköterskor ansågs spela en stor roll, om än underanvänd, roll vid beslutsfattande av enteral nutrition. Deltagande vid dessa beslut kunde uppfattas som stressande av sjuksköterskor, speciellt om beslutet betyde dålig livskvalitet hos personen. Det rapporterades att majoriteten själva inte skulle vilja enteral nutrition om de inte själva hade möjligheten att ta dessa beslut själva på grund av att de anser att de får nedsatt livskvalitet.
7. Tsaloglidou, Rammos, Kirkilidis, Zourladani & Matziai,	Nurse's ethical decision-making role in artificial nutritional support	British Journal of Nursing, 2007, 16 (16): 996-1001. Storbritannien.	Att identifiera processen i vilken sjuksköterskor tar beslut angående artificiell nutritioners hjälp hos döende patienter, att beskriva de svårigheter de möter varje dag i vårdandet och att ta reda på vilken roll de har i de teamet.	En kvalitativ studie med 15 deltagande sjukvårdspersonal utav dessa var 8 sjuksköterskor, en vårdavdelning i Storbritannien.	Sjuksköterskorna talade mest i bakrummet om vad de tyckte. De kände att de hade en indirekt roll vid beslutsfattandet. Känner att de är utanför deras kontroll att ta beslut utan det är läkarens ansvar.
3. Paman, The,	Feeding nursing home patients	Journal of Advanced Nursing,	Att beskriva naturen av problem sjuksköterskor möter	En kvalitativ studie baserad på deltagarobservationer	Sjuksköterskor tolkar avvikande beteende av patienter olika, en länk

Onwuteaka-Philipsen, van der Mal, Ribbe	with severe dementia: a quality study	2003, 42 (3), 304-311. Holland.	när de matar personer boende på ett vård och omsorgsboende med demenssjukdom, och hur de hanterar dessa problem.	gjorda av två forskare på två holländska vård och omsorgsboenden. Datan analyserades av de båda forskarna med hänsyn till patient, sjuksköterska och olika ämnen. När dessa olika observationerna var klara läste dessa igenom noggrant för att hitta olika mönster.	mellan tolkning och respons var observerat. Olikheter vid tolkningen angående samma patient blev observerat bland sjuksköterskorna i fem av sju enheter. Endast i tre enheter diskuterade sjuksköterskorna deras oenigheter i tolkning i ett försök att hitta varför patienten inte ville ha vätska eller mat och hur de skulle hantera dessa problem.
5. Wilmot, Legg & Barratt	Ethical issues in the feeding of patients suffering from dementia: A focus group study of hospital staff responses to conflicting principles.	Nursing Ethics, 2002, 9 (6): 599-611. Storbritannien.	Att utforska hur personal använder etiska principer, hur de hanterar konflikter mellan dessa principer och vad de tror har influerat deras syn på dessa frågor.	En kvalitativ studie som involverade sjuksköterskor och annan hälso och sjukvårdspersonal som vårdade äldre personer på tre avdelningar på ett psykiatriskt sjukhus i England. Det var tre grupper som mötes två gånger med 6-10 veckor emellan. Diskussionerna spelades in och transkriberades. Sedan analyserades datan. De använde grundteorin av Strauss som analysen baseras på. Koder användes och teman hittades.	Två teman: maximering av välmående inom spektrumet av matningsmetoder vilket innehöll hög livskvalitet. Och Autonomi, autonomi verkade bara spelas ut genom att vägra äta. Sjuksköterskorna tyckte det var ett dilemma när en person vägrade äta och sin roll att upprätthålla en god nutritionsstatus.

Bilaga 2

Sökmatris

Databas	Sökord	Begränsingar	Antal träffar	Antal valda artiklar
1. Cinahl	Dementia, artificial nutrition, decision	2001-2012, peer reviewed, 65+	10	2
2. Cinahl	Enteral Nutrition Nurses Dementia	2001-2012 Peer reviewed 65+	7	2
3. Cinahl	Artificial Dementia Nurses	2001-2012 Peer reviewed 65+	3	1
4. Pubmed	Decision making, Ethics, Nurses	Senaste tio åren, 65+, Abstract available, English	3	1
5. Pubmed	Autonomy, Nursing, Tube feeding, Dementia		6	1
6. Cinahl	PEG, decision Nurses	2001-2012, peer reviewed	6	1
7. Pubmed	Ethical, Elderly, Nutrition.	Senaste tio åren, English, 65+	143	1