



**Nutrition inom den palliativa vården – Upplevelser från
patienters och närståendes perspektiv**
• En litteraturbaserad studie

Sandra Westerberg

Cecilia Oskarsson

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan Väst
Höstterminen 2018**

Abstract

**Nutrition inom den palliativa vården – upplevelser från patienter och närstående.
Nutrition in palliative care – experiences from patient and relatives.**

Författare	Sandra Westerberg Cecilia Oskarsson
Handledare	Catrine Ekre
Examinator	Marie Ljungquist
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	Höstterminen 2018
Antal sidor	14

Background: In Sweden many people are in need of palliative care in end of life. The goal with palliative care is to create conditions to improve quality of life when disease can no longer be cured. A natural step in the dying process is that the patients stop eating and this can be difficult to handle for both the patient and their close relatives. Here, the nurse becomes a key to motivate and support.

Aim: The aim was to highlight the experience of nutrition in palliative care for patients and close relatives.

Method: A literature-based study based on analysis of nine qualitative scientific studies.

Results: Themes that emerged in the new result was *A desire for extended life*, *A change in everyday life* and *Food as a consideration*, and associated subthemes. Close relatives often used food as a way of showing love and nursing while patients eat to reduce the anxiety of their close relatives, they ate to please.

Conclusion: Common to the result was that both patients and close relatives experienced a reduced quality of life related to nutrition and as a reminder that death was approaching. Food was seen as a central and health promoting part of everyday life and a significant part of the social community.

Keywords: *Cachexia, eating behavior, experiences, nutrition, Palliative Care, quality of life.*

Populärvetenskaplig sammanfattning

Patienter kan få behov av palliativ vård när de drabbats av en obotlig sjukdom. Detta påverkar både patienten och dess närstående. Denna studies syfte är att belysa patienters och närståendes upplevelser av nutrition inom palliativ vård. Resultatet i denna studie bygger på vårdvetenskapliga artiklar och visar att patienter och närstående upplever en önskan om att förlänga livet. Patienter och närstående ser mat som en symbol för deras hälsa och ett sätt att hålla kvar vid livet, de upplevde också en maktlöshet och förnekelse kring sjukdom och den oundvikliga döden. De upplever en förlorad gemenskap och en annorlunda inställning till mat vilket resulterade i en förändrad vardag. Mat beskrivs som omtanke, det framkommer att patienter inte äter för sin egen skull utan för att behaga närstående och för närstående är mat ett sätt att visa sin kärlek.

Resultatet visar att det kan uppstå konflikt mellan närståendes oro och patienters självbestämmande. I sjuksköterskans roll är det viktigt att förstå och respektera deras tankar och känslor för att kunna lindra lidandet.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Palliativ vård.....	1
Närstående	1
Nutritionsrelaterad problematik vid palliativ vård	1
Undernäring och viktnedgång	2
Kakexi	2
Törst och hungerkänsla hos den döende	2
Etik inom palliativ vård	2
Palliativa vårdens fyra hörnstenar.....	3
Lidande	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Urval	5
Analys.....	5
Resultat	5
En önskan om förlängt liv	5
Mat var en symbol för hälsa.....	5
Att vilja leva längre.....	6
Att förneka sjukdom	6
Att känna maktlöshet	6
En förändring i vardagen	7
Att förlora gemenskap kring måltiden	7
Att inställningar till mat blir annorlunda	8
Mat som omtanke	8
Äta för att behaga.....	8
Ett sätt att visa kärlek.....	9
Diskussion	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion	11
Slutsatser	13
Praktiska implikationer	13
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	13

Referenser	15
------------------	----

BILAGOR

- I. Systematisk sökning
- II. Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
- III. Översiktstabeller av analyserad litteratur

Inledning

I Sverige avlider ca 90 000 - 100 000 personer varje år. Många av dessa har i slutet av livet behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018). I samband med att patienter vårdas palliativt är det betydande för välbefinnandet att få i sig näringsrik föda. Att äta och dricka är starkt förknippat med liv och död. I vården av en patient i palliativt skede ligger det ofta mycket fokus på mat och dryck. Det är svårt för patienter och närstående att förstå när kroppen är i behov av näring och när kroppen är så pass sjuk att tillförd näring inte längre gör nytta. Att arbeta som sjuksköterska innebär att komma i kontakt med frågor och konflikter i denna situation där döden är oundviklig.

Bakgrund

Ordet palliativ kommer från latinets Pallium som betyder mantel. Manteln är en symbol för lindrande åtgärder (Strang & Beck-Friis, 2012).

Palliativ vård

Definitionen av palliativ vård innebär att lindra och förebygga lidande hos barn och vuxna och försöka förbättra välbefinnandet hos den som lider av en obotlig eller livshotande sjukdom (World Health Organization, 2018). Med palliativ vård menas en helhetsvård som har som mål att skapa förutsättningar för livskvalité när sjukdom inte längre går att bota. Inom palliativ vård finns det två olika faser, en tidig och en sen. Målet med den tidiga fasen är både att förlänga livet och skapa högsta möjliga livskvalité. Denna fas kan vara från månader till flera år och behandling är fortfarande möjlig. I den sena fasen avbryts eventuella behandlingar och målet är varken att förlänga eller förkorta livet. Här står livskvalitet trots svår sjukdom i fokus. Denna fas varar från veckor till någon månad innan döden inträffar (Strang och Beck-Friis, 2012).

Närstående

Att vara närstående innebär att vara en person i familjen, en partner, en släkting eller en nära vän (Socialstyrelsen, u.å). Att vara närstående till någon med en obotlig sjukdom där döden snart infinner sig innebär en förändring av livet. De ska försöka hjälpa patienten samtidigt som de själva ska försöka förbereda sig för framtiden (Regionala cancercentrum, 2016).

Nutritionrelaterad problematik vid palliativ vård

Nutrition innebär tillförsel av mat i förhållande till kroppens näringsbehov (WHO, 2019). Ett naturligt steg i döendeprocessen är att patienter slutar äta och dricka relaterat till att kroppens organ sakta får sämre funktion och att behovet av mat och dryck minskar. Det kan också vara ett aktivt val av patienten själv att sluta äta och dricka (Regionalt Cancercentrum, 2016). Måltiden är ett sätt att umgås, en social gemenskap, och för närstående ett sätt att vårda och visa omtanke (Milberg, 2012). Vissa orsaker till försämrat näringsintag är behandlingsbara så som skav eller sår i munnen efter tandprotes eller symtom på cancer, svampinfektion i munhålan, sväljningsproblematik, tarmbesvär, smärta, illamående, depression, hyperkalcemi och olika behandlingsrelaterade symtom. Här fungerar fortfarande metabolismen men på grund av dessa orsaker klarar patienten inte längre av att få i sig tillräckligt med näring. När någon nära blir sjuk är en första tanke att få i denne något att äta eller dricka. När personen börjat äta och dricka ordentligt igen ses detta som ett friskhetstecken (Strang, 2012). En av sjuksköterskors uppgifter är att föra patient och närståendes talan, identifiera förändringar i sjukdomsförloppet och hantera symtom som påverkar patientens förmåga att äta (Day, 2017).

Undernäring och viktninskning

Det största hotet mot patientens immunförsvar är undernäring och den som är svårt sjuk behöver få i sig så mycket näringsämnen och kalorier som möjligt. Undernäring leder till ofrivillig viktnedgång. I den tidiga palliativa fasen kan undernäringen vara reversibel och patient uppmuntras att dricka näringsdrycker och äta extra näringsrik mat. I detta skede kan näringen tillföras parenteralt i hopp om att göra patientens situation bättre. I den senare fasen är tillförsel av extra näring inte längre meningsfull eftersom patienten kan ha utvecklat kakexi (Strang, 2012).

Kakexi

Kakexi är ett tillstånd som kan uppkomma vid långt gånge cancersjukdom där behandling inte längre gör nytta men också vid andra sjukdomstillstånd som aids, hjärtsvikt och KOL. Kroppen klarar inte längre av att tillgodogöra sig näring. Kakexi beräknas drabba 50% av alla patienter med en spridd cancersjukdom. Det som händer i kroppen är en förändrad metabolism av kolhydrater, fett och protein. Vid svält relaterat till vanlig undernäring tar kroppen fett i första hand för energi, vilket sparar musklerna. Vid en utvecklad kakexi bryts musklerna ner i samband med att ingen ny muskelupbyggnad sker. Ett avtagande glukosupptag till cellerna sker också samtidigt som patienten utvecklar en viss insulinresistens. Patientens allmäntillstånd är mycket dåligt med en överlevnad på mindre än tre månader. Olika nutritionsåtgärder är inte längre meningsfulla och förbättrar inte tillståndet utan orsakar ofta istället illamående. Symtom som kan uppkomma är aptitlöshet och tidig mättnadskänsla, viktninskning, svaghet, orkeslöshet och illamående (Strang, 2012).

Törst och hungerkänsla hos den döende

I det absolut sista skedet, de sista dagarna, blir patienten allt mer trött och upplever oftast inte hunger eller törst. Detta oroar närstående, de undrar om de kommer att törsta eller svälta ihjäl. Om patienten upplever törst beror detta oftast på muntorrhet eller andra besvär i munnen, exempelvis en svampinfektion. Det är viktigt med god munvård och vätsketillförsel i små mängder. Intravenös infusion kan i vissa fall göra nytta och i andra fall skada men det bör ändå övervägas genom att ställa för- och nackdelar emot varandra. Fördelen kan vara att patienter mår allmänt lite bättre av vätska och att det kan motverka dehydrering (uttorkning) som kan orsaka förvirring, oro och muskelryckningar. Nackdelar är ökad risk för ödem, kräkning och hosta. Intravenös infusion benämns ibland för anhörigdropp (Strang, 2012).

*“Man dör inte därför att man slutar äta, man slutar äta därför att man ska dö”
Sokrates ca 470-399 f.Kr.*

Etik inom palliativ vård

En patient som vårdas i livets slutskede blir allt mer beroende av andra och självbestämmandet kan upplevas som hotat. Respekt för patientens självbestämmande är viktig och patienten har alltid rätt att avstå behandling eller vård men har inte rätt att kräva medicinskt omotiverade insatser. Konflikter mellan patient och närstående kan uppstå och även mellan patient och sjuksköterska. Orealistiska hopp hos patienter och närstående om att prognosen är bättre än den är och viljan att upprätthålla livet via behandling oavsett konsekvenser kan skapa konflikt. Personalens beslut att göra gott och inte skada ställas mot patientens självbestämmande. Det medicinska beslutet går före eftersom patienten aldrig kan kräva behandling. Etiska konflikter har ingen enkel lösning utan måste hanteras med respekt och empati. När patientens egen förmåga till självbestämmande blir nedsatt måste omvårdnaden

vägledas av vårdpersonal och de närstående för att upprätthålla patientens integritet (Regionala cancercentrum, 2016).

För att självbestämmande ska bli en del av den palliativa vården är det viktigt att lyssna på patientens önsknings om hur de vill ha det den sista tiden i livet. Samtal om detta bör ske i god tid, gärna under de första dagarna av vårddagen. Vården i livets slut måste planeras i samband med patientens tidigare liv, åsikter och attityder. Denna information kan senare användas vid eventuella etiska utmaningar och svåra beslut behöver fattas (Bollig, Rosland, Gjengedal, Schmidt, May & Heller, 2017). Som sjuksköterska är det viktigt att i samråd med patienten utforma vården så som denne vill ha det utifrån önskemål och individuella förutsättningar. Även närstående bör få möjligheten att medverka i vården (SFS 2014:821).

Palliativa vårdens fyra hörnstenar

Inom palliativ vård används fyra hörnstenar och dessa är symtomlindring, teamarbete, samtalet och närståendestöd. De används som ett redskap för att säkerhetsställa att vårdpersonalen får en helhetsbild av människans fysiska, psykiska, sociala och existentiella mående (Strang, 2012).

Symtomlindring handlar inte bara om smärta utan även om att lindra andra fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Sjuksköterskan ska i sin omvårdnad försöka hjälpa patienten så gott som det är möjligt att uppnå livskvalité. För att ge en så god symtomlindring som möjligt så är det betydande för patienten att sjuksköterskan ser patienten och är lyhörda på patientens behov. Teamarbete innebär att flera olika professioner ingår i ett team och tillsammans skapa en helhetsbild av patienten. Varje profession kan stötta eller hjälpa patienten och dess närstående på olika sätt och därmed skapa en god vård. Teamet samordnar de insatser som ges till patienten och dess närstående för att ge en så god omsorg och vård som möjligt. Samtalet är ett viktigt redskap för att skapa goda relationer och en god kommunikation mellan alla inblandade och samtalet främjar patientens livskvalité. Det handlar inte bara om samtalet i sig utan även att vara lyhörd på patienten och dess närstående om deras berättelse. Genom samtal kan erfarenheter, känslor och tankar bytas och på så sätt kan patient och närstående få stöd. Närståendestöd är en viktig del i den palliativa vården och ska anpassas efter behov och situation. Närstående ska bli erbjudna psykosocialt stöd under patientens sjukdomsvård och även efter dödsfallet. Stödet kan innebära att närstående får känna sig delaktig i patientens vård och få förmedla sina önskemål om hur vården ska ges (Regionala Cancercentrum, 2016).

Lidande

Lidande kan vara fysiska, emotionella eller existentiella upplevelser där ångest, smärta och oro uppkommer. Kroppslig smärta, sjukdom eller möte med döden samt förluster kan vara några orsaker till lidande inom vården (Arman, 2012). Kunskap om lidande och förståelse för hur den upplevs är en viktig del av vården och är individuell för varje person. Det är viktigt att kunna bemöta lidandet för att minska lidande och främja hälsa (Eriksson, 1994; 2018).

Förr såg lidandet annorlunda ut eftersom många dog snabbt på grund av infektioner och plötsliga hjärtsjukdomar. Idag blir många äldre och deras sjukdomsprocess längre. Lidande kan uthärdas kortare perioder om den lindras. Orsaker som leder till existentiellt lidande är oftast undervärderat och de som befinner sig i palliativ skede kan känna meningslöshet, skuld och dödsångest. Målet med omvårdnaden i palliativ vård är att minska lidande och obehag så långt det är möjligt även om inte all lidande kan lindras (Strang, 2012). Sjuksköterskans roll och målet med omvårdnaden är att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan ska också arbeta för ett fridfullt och värdigt slut av livet för någon med sjukdom. Lidande är individuellt och måste bekräftas för att kunna lindras. Först då finns

möjligheten att försona sig med lidandet och förstå sin situation (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Problemformulering

Nuvarande forskning påtalar att det finns nutritionsproblematik hos patienter som vårdas palliativt. Många äter mindre på grund av nutritionsrelaterade symtom som aptitlöshet. Forskning visar också på den konflikt som kan uppstå mellan patient och närstående. Dilemmat kan bli att kunna skilja på när patienten behöver extra motivation till att äta och när patienten är så pass sjuk att mat inte längre är meningsfullt för kroppen. Sjuksköterskan kommer ofta i kontakt med denna grupp av patienter och har ansvar för deras omvårdnad, där nutritionen är en del. Med en ökad medvetenhet om patienters och närståendes upplevelser kan sjuksköterskan ge stöd i detta och minska lidandet och därmed öka välbefinnandet. Närståendes del i den palliativa vården är stor och de har ofta en oro för sin älskade. En konflikt uppstår mellan patientens självbestämmande och de närståendes oro kan uppkomma. Ökad kunskap om patienters och närståendes upplevelser av nutrition inom palliativ vård behövs för att kunna bemöta och stötta båda parter på ett bra sätt och ge en god omvårdnad till patienten.

Syfte

Syftet var att belysa patienters och närståendes upplevelse av nutrition inom palliativ vård.

Metod

I denna litteraturbaserade studie användes en metod som innebär att öka förståelsen för personers upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov genom att dessa möts i kvalitativa studier för det valda ämnet. Resultaten i studierna sammanställs till en ny helhet och den nya kunskapen ska bli praktiskt användbar och skapa en vägledning för hur den kan användas i vårdarbetet (Friberg, 2012).

Litteratursökning

Systematisk sökning har skett i databaserna CINAHL, PubMed/Medline och PsykINFO för att få fram vårdvetenskapliga studier som svarar mot syftet. Avgränsningar som gjordes i sökningarna var Peer-reviewed, publiceringsår och engelska språket.

Boolesk söklogik innebär att ord som *AND* används för att kombinera sökord eller *OR* där det finns olika ord med samma innebörd (Östlundh, 2012). Denna metod har använts i denna studie. Använda sökord i CINAHL är sådana som ansåg var relevanta till syftet och är bland annat *Palliative care, nutrition, attitudes, experiences, nutrit, cachexia, eating behavior*.

Trunkering (*) läggs till efter sökord för att få fram olika böjningar på ord och detta ger ett bredare sökresultat (Östlundh, 2012). I en av sökningarna framkom få artiklar, därför utökades publiceringsår med två år och då hittades en artikel som ansågs vara relevant för syftet. I sökning via PubMed/Medline användes sökord som *Nursing, Palliative Care, Nutrition, Hydration, Terminal Care/Ethics* och *Terminal Care/Nursing*. Där framkom inget som var relevant för syftet. Det som kom fram fanns redan på CINAHL.

Fortsatt sökning gjordes i PsykINFO med sökord som *Nutri, palliative care* och *patient*, trunkering även här. Efter avgränsningarna återstod fortfarande många artiklar och avgränsningen Intervju valdes därför till och ett mer hanterbart resultat framkom. Systematiska sökningarna genererade åtta artiklar (Bilaga I). Osystematiska sökningarna gjordes för att hitta

ytterligare artiklar som svarade på syftet då de systematiska sökningarna inte gav tillräckligt med resultat. Osystematiska sökningar gjordes i CINAHL och Google Scholar och resulterade i en artikel som inkluderades. Alla sökningarna genererade nio artiklar.

Urval

Inkluderingskriterier för studien var kvalitativa artiklar där det framgick hur patient eller närstående upplevde situationen kring nutritionen inom palliativ vård. Vissa artiklar innehöll bådas perspektiv, endast där det framgick vem som menade vad inkluderades. För att artiklarna skulle inkluderas var det ett krav att studierna hade ett etiskt resonemang. Artiklarna har kvalitetsgranskats enligt mall för kvalitativ metod (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011) (Bilaga II). Exkluderingskriterier var artiklar där det framgick att det var sjuksköterskans eller vårdpersonalens upplevelse som belystes samt de där det inte framgick vems upplevelse det var.

Analys

Studierna analyseras genom femstegsmodellen enligt Friberg (2012). Analysen startade genom att först läsa valda artiklar flera gånger för att få en känsla av vad de handlade om. Sedan lades fokus på resultatet i artiklarna och dess teman och eventuella underteman som fanns. Under varje kategori eller tema fanns det en text beskriven som lästes. I denna text tog författarna fram det som är relevant för syftet. För att hålla ordning på det som plockas ut så användes olika färgpennor och skrev in likheter och skillnader på ett papper. Likheter och skillnader som hittades fördes in under olika subteman som författarna såg svarade mot syftet. Syftet fanns med i tankarna under analysens gång. Författarna pendlade hela tiden mellan de inkluderade artiklarnas texter och fick på så sätt fram teman utifrån subteman som hade kommit fram. När teman och subteman kom fram presenterades detta i en tabell. Materialet lästes flera gånger för att se om det svarade på syftet och att inte upprepningar fanns med.

Resultat

Efter analys av valda artiklar framkom teman med subteman.

Tabell 1 Översikt av teman och subteman.

Teman	Subteman
En önskan om förlängt liv	Mat var en symbol för hälsa Att vilja leva längre Att förneka sjukdom Att känna maktlöshet
En förändring i vardagen	Att förlora gemenskap kring måltiden Att inställningen till mat bli annorlunda
Mat som omtanke	Äta för att behaga Ett sätt att visa kärlek

En önskan om förlängt liv

Mat var en symbol för hälsa

Närstående fokuserade på att uppmuntra patienter till att äta i hopp om att de skulle återfå sin hälsa (Reid, McKenna, Fitzsimons, & McCance, 2009). De förklarade även oron av konsekvenser som fysisk svaghet och ökat beroende av andra (Hopkinson, 2015; Muir, & Linklater, 2011). Patienterna beskrev mat som ett sätt att bevara så mycket av deras friska

kroppsfunktioner som möjligt och förbättra välmåendet (Hopkinson, & Corner, 2006; Wallin, Carlander, Sandman, & Håkansson, 2014). Upplevelsen av ett personligt ansvar för sin hälsa och på så sätt också ansvar för sjukdomen (Hopkinson, 2018; Hopkinson, & Corner, 2006). De såg mat som en källa för energi och styrka till kroppen, vilket de behövde för att kämpa mot sjukdomen (Muir, & Linklater, 2011). Närstående gav mat till patienten i hopp om att mota viktnedgång och mat sågs som ett sätt att behålla både vikt och hälsa (Reid, McKenna, Fitzsimons, & McCane, 2008). De tog på sig ansvaret att uppmuntra patienterna till att äta för att få styrka för att kunna kämpa. Patienter var medvetna om det stöd som närstående gav i deras matintag för att deras tillstånd skulle kunna förbättras (Hopkinson, 2018).

Att vilja leva längre

Patienterna identifierade döden som en konsekvens av att inte äta (Hopkinson, 2015). Det blev en drivande kraft till att fortsätta eftersom de inte var redo att dö även om det visste att det var oundvikligt (Wallin et al., 2014). De beskrev också att de försökte förändra matintaget för att förbättra hälsan och därmed få kontroll över livets förlopp (Hopkinson, 2015; Wallin et al., 2014). Viljan att försöka mildra befintliga besvär och förhindra framtida besvär stärkte känslan av kontroll (Hopkinson, & Corner, 2006). De åt inte längre för att det var njutbart (Wallin et al., 2014). Närstående uppfattade matintaget, även om det räckte med en sked, i slutet av livet som något välgörande för kroppen. Det gav fysisk styrka, energi och var ett sätt att bevara livet (Raijmakers, Clark, Zuylen, Allan, & van der Heide, 2013). Patienterna såg det som en seger varje gång de klarade av att äta, det fick dem att känna hopp (Wallin et al., 2014). Att upprätthålla matintag var en del av kampen mot sjukdomen och på så sätt mot döden (Hopkinson, & Corner, 2006; Muir, & Linklater, 2011; Raijmakers et al., 2013; Wallin, Carlander, Sandman, Ternestedt & Håkansson, 2013; Wallin et al., 2014). Patienter som identifierat döden som konsekvens fortsatte att kämpa emot den (Muir, & Linklater, 2011). Det kunde bli ett meningsfullt sätt att hålla sig själv vid liv (Reid et al., 2008). Patienter beskrev också valet av att inte äta i ett försök till att ta kontroll över sjukdomen, i hopp om att förhindra tillväxt av tumör (Hopkinson, & Corner, 2006). Närståendes försök till att få i patienter näring var relaterat till sin egen medvetenhet och ångest till att patienten närmade sig döden. Rädslan att förlora patienten kunde framkalla stress och frustration. Närstående gjorde antaganden om att minskat eller förbättrat matintag hade effekt på förväntad överlevnadstid (Wallin et al., 2013).

Att förneka sjukdom

Närstående ville inte se viktnedgång som en konsekvens av kakexi utan resultatet av minskat matintag. De uppmuntrade till fortsatt ökat matintag som ett försök till att få upp vikten (Reid et al., 2008; Reid et al., 2009). De såg inte viktnedgång som ett tecken på patientens oundvikliga död (Reid et al., 2008). En form av förnekelse från patienter var att de påstod att ansvaret kring mat låg på den närstående (Hopkinson, 2015; Hopkinson, 2018). Både patienter och närstående förklarade vikt och nutritionsproblem som något tillfälligt och något som kunde hejdas, och hoppet om möjligheten till att återgå till tidigare normalitet (Hopkinson, 2015; Hopkinson, 2018). Närstående upplevde att patienter inte alltid förstod konsekvenserna av att inte äta, de behövde styrka för att stå emot och bekämpa infektion (Hopkinson, 2018).

Att känna maktlöshet

Patienterna uttryckte konflikten mellan viljan att leva och medvetenhet om döden (Reid et al., 2008). Patienter förstod meningslösheten med att äta på grund av kakexi relaterat till sjukdomen (Hopkinson, 2018; Reid et al., 2008; Reid et al., 2009). De hade förståelse för och accepterade att förändringar i matvanor och vikt var ett hot mot deras välmående. Det påverkade även deras fysiska styrka och förstod att de var på väg mot döden (Hopkinson, 2015;

Hopkinson, & Corner, 2006). Patienter förklarade det som något skrämmande och stressande, de upplevde att de tynade bort och dog. Viktnedgång var en påminnelse om döden och kontrollerades av sjukdomen, trots försök till förändring av patienten (Muir, & Linklater, 2011). Patienter beskrev också att de inte hade blivit informerade om att viktnedgång skulle ske (Reid et al., 2008). Närstående beskrev oro över deras förmåga att ge mat till patienten, de kände att de hade behövt mer information och stöd i deras roll som vårdande närstående (Hopkinson, 2018). De trodde ibland att minskat matintag var patientens egna val och uppfattade att de gav upp genom att svälta. Detta kunde uppröra närstående och gjorde att de kände sig hjälplösa (Hopkinson, 2018; Raijmakers et al., 2013). De upplevde att nutritionsproblem och viktnedgång var bortom deras kontroll och det fanns inget mer de kunde göra, bara vänta och se (Hopkinson, 2015; Hopkinson, 2018; Raijmakers et al., 2013). Närstående kunde känna skuld över att ha tappat kontrollen (Reid et al., 2008; Wallin et al., 2013). De såg minskat matintag som en del av döendeprocessen, en förändring av kroppens behov i livets slutskede och de arbetade med att försöka förstå vad som hände och försökte finna tröst i detta (Raijmakers et al., 2013). Patienter och närstående kunde verka oberörda och upplevde inte alltid ångest kring vikt och mat, då gjordes heller inga försök till att förändra beteendet (Hopkinson, 2015). När försök till förändring i patientens matvanor för att bibehålla livet misslyckades upplevdes frustration och ångest (Hopkinson, 2015; Wallin et al., 2013). Patienter uttryckte utmaningen om att ha kontroll och att ha ett val i sitt matintag, att vägra mat var ett sätt att återfå kontroll (Hopkinson, 2018). De pratade också om att de kunde återfå kontroll över sin framtid genom att sluta äta för att påskynda döden (Hopkinson, & Corner, 2006).

En förändring i vardagen

Att förlora gemenskap kring måltiden

Mat sågs som en del av vardagen och hade ett känslomässigt och socialt värde, de handlade inte bara om att ge energi till kroppen (Hopkinson, 2015). Måltider skapade också möjlighet till sociala interaktioner och samtal med närstående och vänner (Wallin et al., 2014). Patienter och närstående menade att de undvek konflikter kring mat genom att tacka nej till tillfällen där mat erbjöds, detta ledde till social isolering och blev en strategi för patienten (Reid et al., 2008; Reid et al., 2009; Wallin et al., 2014). Ibland sågs måltiderna så besvärliga att det var lättare att undvika dem istället för att hantera deras nutritionsproblematik som gjorde att de kände sig annorlunda (Hopkinson, & Corner, 2006; Wallin et al., 2014). De kände sig annorlunda då de ibland inte kunde äta samma sorts mat (Hopkinson, & Corner, 2006). Trots att den sociala isoleringen var självvald kunde patienterna känna sig ensamma och separerade från de liv de haft tidigare (Wallin et al., 2014). Sociala interaktioner kring mat kunde fortfarande ses som njutbara för vissa patienter medan de undveks av andra på grund av skam (Muir, & Linklater, 2011; Reid et al., 2008). Närstående upplevde oro över hur tunn patienten hade blivit och att det påverkade relationer både känslomässigt och socialt (Hopkinson, 2015). Patienter med kakexi upplevde att den blev en barriär i sociala sammanhang eftersom de blev en påminnelse om sjukdom och död (Reid et al., 2008). Patienter uppgav att de valde att äta i ensamhet för att de undvek diskussioner som påminde om sjukdom. Detta tog närstående som en avvisning på deras hjälp till att försöka fördröja döden och en demonstration mot deras omvårdnad. Närstående förklarade att nu när njutningen av mat är borta så påverkades samtalet mellan dem och patienten, det störde deras sociala liv och orsakade konflikter (Hopkinson, 2015). Dagliga rutiner kring måltider gav struktur och gemenskap i vardagen för närstående, ett sätt att hålla fast vid ett normalt liv (Raijmakers et al., 2013) Närstående tyckte att mat och måltidsplanering var något konkret att hålla fast vid i den emotionella vardagen. Förändringarna i matvanor förändrade vardagen och upplevdes av närstående som att gradvis förlora kontakten med patienten (Wallin et al., 2013). De gick miste om gemenskapen kring annars delade

måltider (Wallin et al., 2013; Wallin et al., 2014). Trots patientens svårigheter kring nutritionen kunde måltiderna upplevas som värdefulla stunder (Wallin et al., 2013).

Att inställningar till mat blir annorlunda

Patienterna beskrev avsaknaden av matlust och att maten inte smakade som det brukade längre, mat blev inte längre njutbart (Hopkinson, 2015; Wallin et al., 2014). Många upplevde att minskad aptit skapade oro och ångest och de pressade sig till att äta för att mota viktnedgång (Reid et al., 2008). Patienter beskrev känslan av otillräcklighet och skuld. För patienter blev måltider svåra och något de befarade över. De hade en bild över hur en sjuk patient skulle vara och att de skulle äta eller i alla fall ses försöka äta, misslyckande ledde till skuld (Hopkinson, & Corner, 2006). Närstående beskrev att patientens njutning av mat och dryck betydde mycket för dem då annat njutbart i livet hade försvunnit (Raijmakers et al., 2013). Både patienter och närstående uttryckte att förändringarna i patientens vikt och/eller matvanor kunde skapa ångest speciellt när försök till förändring misslyckades (Hopkinson, 2015). Jämförelser gjordes ofta mot patientens tidigare inställningar och aptit. Försämringen symboliserade på så vis att förlora en del av patienten (Raijmakers et al., 2013). Patienterna upplevde också press av att försöka uppnå orealistiska mål av närstående när de inte längre kunde äta som förr (Muir, & Linklater, 2011). Närstående upplevde att en del av ångesten kring mat kunde lindras genom att lägga ansvaret om mat på patienten (Raijmakers et al., 2013). Vissa patienter upplevde att maten fortfarande var en källa för njutning, medans andra såg mat som en källa av frustration och ångest. En del patienter hade både en positiv och negativ inställning till mat, men för andra hade den helt tappat mening och uppfyllde inte längre någon roll. Patienter uttryckte oro över att äta med andra patienter eftersom de trodde att deras symtom som hosta kunde ha en påverkan på de andra och valde därför att äta ensam för att inte vara en börda (Muir, & Linklater, 2011).

Mat som omtanke

Äta för att behaga

Patienter beskrev pressen från närstående till att äta (Hopkinson, 2015; Hopkinson, 2018; Hopkinson & Corner, 2006; Muir, & Linklater, 2011; Raijmakers et al., 2013; Reid et al., 2008; Reid et al., 2009; Wallin et al., 2013; Wallin et al., 2014). Pressen kunde upplevas av patienter som att de närstående inte förstod deras minskade aptit (Hopkinson, 2018). De åt endast för att vara till lags. Närstående tyckte själva att sitt i grunden välmenade beteende satte onödig press på patienten och de upplevde att de tvingade patienten att äta (Reid et al., 2009). Patienter tyckte att mat blev en syssla och inte något njutbart (Raijmakers et al., 2013; Reid et al., 2009). De tog även upp att det kändes som ett straff (Hopkinson, 2015). Patienter uttryckte också att de undvek konflikt genom att ljuga om vad de hade ätit under dagen (Reid et al., 2008; Reid et al., 2009). Patienterna beskrev att de inte åt för att dem ville, utan för att lugna deras närstående och bibehålla harmonin inom familjen (Hopkinson, 2018; Hopkinson, & Corner, 2006; Reid et al., 2008; Reid et al., 2009; Wallin et al., 2014). Det blev ett sätt att bekräfta och visa uppskattning på närståendes ansträngning, oro och kärlek eftersom de var oroliga att deras sjukdom var en börda (Hopkinson, 2018; Wallin et al., 2014). Patienter visste hur viktig de var för deras närstående att de åt och därmed tvingade i sig maten (Hopkinson, 2015; Wallin et al., 2014). De åt för att avlasta andra och det innebar att de satte sig själv åt sidan för att behaga andra, det var patienternas sätt att visa uppskattning till närstående och beskrev det som tillfredställande (Wallin et al., 2014). Närstående var medvetna om att patientens försök till att äta var på grund av dem. Patienter och närstående ville inte oroa varandra (Raijmakers et al., 2013).

Ett sätt att visa kärlek

Mat var ett sätt att visa kärlek, oro för välmåendet och medkänsla till patienten (Raijmakers et al., 2013; Reid et al., 2008; Reid et al., 2009). Ett annat sätt att visa kärlek för närstående var genom att de tillagade mat som patienten tyckte om (Hopkinson, 2015; Raijmakers et al., 2013; Reid et al., 2008; Reid et al., 2009; Wallin et al., 2013). Närstående blev lättade över att de fann sätt att hantera förändringarna. De kändes meningsfullt att få vara delaktig och få möjligheten att påverka patientens matintag (Wallin et al., 2013). Närstående pratade om att ta ansvar över patientens matintag, det var en del och en plikt i deras roll som vårdande närstående och var ett sätt att visa empati. Rollen kunde upplevas som svår och betungande, det fanns ingen enkel lösning (Hopkinson, 2018). Närstående uttryckte skuld och ånger om konflikter kring mat (Reid et al., 2009). Patienter förstod att närståendes beteende var ett bevis på deras omvårdnad, ett sätt att skydda och att ansvaret kunde leda till oro (Hopkinson, 2018). När patienten avvisade mat tog närstående ofta det personligt eftersom de även såg det som ett avvisande på deras kärlek och oro (Hopkinson, 2018; Reid et al., 2008; Reid et al., 2009). Stress över att de inte fick patienten till att äta och osäkerheten på om de hade gjort tillräckligt (Hopkinson, 2018; Wallin et al., 2013). Även om den närstående misslyckades med sina försök så kände dem ändå att de hade gjort något (Hopkinson, 2015). Närstående förklarade det som att känna sig mindre hjälplös (Raijmakers et al., 2013). Andra närstående uttryckte sin otillräcklighet i sin roll att vårda om de inte fick patienten att äta (Hopkinson, 2015; Hopkinson, 2018; Raijmakers et al., 2013). Många upplevde att de hade en betydelsefull roll och skyldighet i detta, att uppmuntra och ibland sätta press på patienten (Hopkinson, & Corner, 2006; Wallin et al., 2013). Närstående beskrev att de va en tunn linje mellan att erbjuda mat till patienten och tvinga dem till att äta. De såg minskad aptit och minskat matintag som ett större problem än patienterna och detta skapade konflikt (Reid et al., 2008). De kunde uppleva en skuld över sitt eget matintag, antingen åt de mindre och gick ner i vikt på grund av att de inte lagade mat endast till sig själva eller så gick de upp i vikt för att de även åt patientens portion (Hopkinson, 2018). Närstående upplevde ångest när de tyckte att patienten hade orealistiska mål med sina förändringar kring vikt och mat. Ångesten uppkom av att de ville hjälpa patienten utan att förstöra hoppet om förbättring (Hopkinson, 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

Analysen i detta litteraturbaserade examensarbete gjordes av studier med en kvalitativ inriktning. Metoden har som mål att öka förståelsen för patienters upplevelser, erfarenheter och förväntningar (Friberg, 2012).

Systematiska sökningar gjordes i CINAHL och PsykINFO genom att först välja ut relevanta sökord och genom att läsa abstract framkom flera nya sökord som också användes i senare sökningar. Till en början inkluderades även sjuksköterskans upplevelse men valdes sedan bort för att begränsa resultatet och för att artiklar ofta var svårtolkade. Det användes begrepp som vårdpersonal och det blev då svårt att urskilja sjuksköterskans upplevelse. I tidiga sökningar framkom artiklar med syfte att belysa patientens nutritionsrelaterade problem relaterat till cancerbehandling, dessa utslöts eftersom syftet var att belysa problematik som upplevdes i ett palliativ skede. Artiklar som beskrev upplevelser relaterade till kakexi försökte undvikas till en början eftersom dessa syftade till cancerdiagnoser. Syftet med studien skulle vara att belysa upplevelser i ett palliativt skede oavsett diagnos. Ett par artiklar som

belyste kakexi inkluderades till slut eftersom cancer var en vanlig orsak till att vårdas palliativt.

I sökningar via PubMed/Medline framkom inget som var relevant eller svarade på syftet, det som kom fram fanns redan på CINAHL och hade redan uteslutits. Avgränsningar gjordes för att få fram aktuell och relevant forskning på ett språk som behärskades. Detta för att resultatet skulle uppfattas korrekt. Avgränsningar som peer reviewed, används för att sortera ut vilka artiklar som är publicerade i en vetenskaplig tidskrift (Östlundh, 2012). En artikel exkluderades på grund av språk, som trots engelska som sökkriterier kom med i resultatlistan.

Sökningar med dessa avgränsningar resulterade i sju valda artiklar, vilket var för lite. Därför gjordes en ny systematisk sökning, där framkom artiklar som redan valts till resultatet och artiklar som uteslutits. För att få fram fler artiklar ändrades avgränsningen publiceringsår två år bakåt, där hittades en artikel som var relevant. De systematiska sökningarna resulterade då i åtta artiklar (Bilaga I) som svarade på syftet och inkluderingskriterierna. I ett försök att öka trovärdigheten i resultatet genom att öka antalet artiklar gjordes en osystematisk sökning där ytterligare en artikel hittades. Under sökningarnas gång upptäcktes att flertalet artiklar var skrivna av samma författare. Efter mer ingående läsning av abstract och resultat sågs olika infallsvinklar och att de var gjorda vid olika forskningstillfällen. Eftersom syftet var att belysa både patient och närstående upplevelser sågs detta som intressant och inkluderades.

Inkluderade artiklar till examensarbetet uppnådde hög kvalitet i kvalitetsgranskning enligt mall för kvalitativ metod av Willman et al., (2011) (Bilaga II). Samtliga artiklar som inkluderades bedömdes ha deltagare som var relevant för studiens syfte. Detta ökar enligt Polit och Beck (2017) artiklarnas giltighet. Artiklarna inkluderades inte efter deras resultat utan författarna till examensarbetet var öppna för både positiva och negativa upplevelser. Samtliga artiklar var etiskt granskade och hade alla ett etiskt resonemang kring studien.

Inkluderade artiklar genomgick analys utifrån femstegsmodellen beskriven av Friberg (2012). Ur analysen framkom en hel del likheter och en del skillnader i upplevelser från patienter och närstående som skapade teman och subteman.

Trovärdigheten ökade eftersom det fanns en informativ bakgrund som låg till grund för en bättre förståelse av resultatet med en tydlig röd tråd genom arbetet. Om det tydligt går att urskilja vems upplevelse som beskrivs i resultatet ökar detta trovärdigheten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Trovärdigheten kunde även ökas genom att metod och tillvägagångsätt beskrevs tydligt (Polit & Beck, 2017). Detta gjordes i examensarbetet. En svaghet kring metod och analys kunde vara att författarna till examensarbetet inte hade erfarenhet av detta arbetssätt sen tidigare. En viss tolkning av valda artiklars resultat gjordes för att skapa ett nytt resultat utifrån examensarbetets syfte. Delaktigheten blev därför oundvikligt. Målet är att återspegla deltagarnas röster och inte författarens fördomar eller perspektiv (Polit & Beck, 2017). Överförbarheten av resultatet till andra situationer kan vara tveksam eftersom det fokuserar på patienter i behov av palliativ vård och upplevelserna är oftast förknippade med döden. Lundman och Hällgren-Graneheim (2017) förklarar att ett resultats överförbarhet till andra situationer är upp till läsaren att avgöra. Examensarbetets författare har under tidens gång läst både individuellt och tillsammans. Tolkningen av artiklars resultat har gjorts tillsammans. Studiens tillförlitlighet ökade om forskaren hade granskat texterna och diskuterat materialet under varje steg i processen och inte tappade sådant som hade med syftet att göra (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet är att belysa patienter och närståendes upplevelse av nutrition inom palliativ vård. Teman som framgick i det nya resultatet är *En önskan om förlängt liv, en förändring i vardagen* och *att mat är omtanke* med tillhörande subteman. Gemensamt för resultatet är att både patienter och närstående upplever försämrad livskvalitet relaterat till nutrition och som en påminnelse att döden närmar sig.

Maten som symbol för hälsa är för många patienter och närstående en stor del av livet. Patienter och närstående pratar om konsekvenserna av inte äta då det kan leda till fysisk svaghet och på så sätt ökat beroende av andra. Enligt Regionalt cancercentrum (2016) är det vanligt att patienter som vårdas inom palliativ vård får ett ökat beroende av andra och självbestämmandet kan upplevas som hotat. Patienter och närståendes reflektion i resultatet över maten som en hälsoaspekt kan också tolkas som ett hopp om förbättrad livskvalitet, att orka leva tills döden.

Resultatet visar att matintaget är en del av kampen mot sjukdomen och därför döden. Att varje bit mat kunde symbolisera hopp. En sak i resultatet som skiljer sig från patienters upplevelser av matintag är försök till att hindra tumörtillväxt genom att sluta äta. Troligtvis ses tumören som ett större hot mot livet än att svälta sig.

Att både patienter och närstående förklarade nutritionsproblem som något tillfälligt och något som kan hejdas är förvånade i resultatet och är en förnekelse av det oundvikliga. I resultatet framgår närståendes förnekelse till att viktnedgång skulle vara en konsekvens av kakexi utan var ett resultat av minskat matintag. Patienterna har accepterat och förstår att det är meningslöst att äta på grund av kakexi. Detta kunde leda till en konflikt mellan närståendes förnekelse och patienters acceptans. För att få acceptans finns det behov av information. Förståelse för att tillförd näring vid kakexi inte längre är meningsfullt (Strang, 2012) och att patienten slutar att äta och dricka är ett naturligt steg i döendeprocessen (Regionalt Cancercentrum, 2016). Förnekelse kan bero på brist på kunskap, detta fås genom information. Sjuksköterskan har ett ansvar i att ge information i palliativt skede. Baillie, Anagnostou, Sivell, van Godwin, Byrne och Nelson (2018) förklarar att sjuksköterskor upplever att en starkare evidensbaserad kunskap hos dem själva kan underlätta dem att stötta och ge information till patienter i livet slutskede och deras närstående. Här kan det vara bra att arbeta utifrån den palliativa vårdens fyra hörnstenarna för att få en helhetssyn där både patient och närstående involveras (Regionala Cancercentrum, 2016).

Något påtagligt i resultatet är maktlösheten som patienter och närstående känner. Närståendes maktlöshet grundar sig i att inte kunna påverka patientens sjukdom men också när de inte kan motivera patienten till att äta. Att försöka få patienten att äta blir en ständig kamp och källa för ångest hos närstående. Detta grundar sig i det som Strang (2012) förklarar, att när patienten blir allt mer trött upplever de oftast inte längre hunger eller törst och detta skapar oro över att de ska törsta eller svälta ihjäl. Denna oro framgår i resultatet. Patienter uttrycker en konflikt mellan viljan att leva och medvetenhet om döden. Som beskrivet av Strang (2012) känner ofta patienter som befinner sig i ett palliativt skede existentiellt lidande vilket kan leda till känslor som meningslöshet, skuld och dödsångest. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2016) ska sjuksköterskan vara lyhörd till patientens lidande för att kunna bekräfta och på så sätt lindra lidandet. Patienter i resultatet kunde uttrycka lidande som en kamp om att återfå kontroll över sin egen död. Några patienter pratar om mat som ett meningsfullt sätt att kämpa emot döden medan andra uttrycker att sluta äta för att påskynda döden också är ett sätt att återfå kontroll. Även närstående uttrycker en form av lidande genom sin egen medvetenhet och ångest till att

patienten närmade sig döden. En avvikelse från resultatet är att patienter och närstående kunde verka oberörda och inte uppleva ångest kring varken vikt eller mat och det görs inga försök till att förändra beteendet. Detta kan vara relaterat till oförståelse eller förnekelse av situationen de hamnat i. Regionalt cancercentrum (2016) beskriver vikten av ett brytpunktsamtal där patient och deras närstående genom samtal med läkare får möjligheten att förstå och förbereda sig för att leva nära döden. Brytpunktsamtal är till för att patienten ska få den kunskap som behövs eller önskas för att förstå sin sjukdom.

Milberg (2012) förklarar måltiden som ett sätt att umgås, en social gemenskap, och för närstående ett sätt att vårda och visa omtanke. Detta är något som resultatet visar. En aspekt som framgår är att patienterna undvek sociala interaktioner genom att tacka nej eftersom de upplevde det lättare att undvika istället för att hantera situationerna. Den självvalda isoleringen blev en strategi för att slippa känna sig annorlunda och slippa bli påmind om sin sjukdom och döden. Patienter upplever sociala interaktioner olika, några upplevde det fortfarande som något njutbart. Att mat ses som en stor betydande del i vardagen är tydligt och försök till att hålla fast vid rutiner görs. Eftersom måltiden är något centralt i människors vardag kan det bli svårt att hantera när denna rutin försvinner. Närstående i resultatet beskrev att brist på rutinen upplevdes som en förlust av gemenskap. För att kunna hantera förlusten av rutinen kring mat kan patienter och närstående tillsammans med sjuksköterskan finna andra sätt att hantera vardagen känna att det tappar varandra. Sjuksköterskan kan hjälpa patienter och närstående att hantera förlusten av rutiner och känslan av att tappa varandra genom samtal. WHO (2018) beskriver att palliativ vård innebär att ge stöd och rådgivande samtal till patienter och deras närstående som möter deras behov.

Något intressant som framgår i resultatet är att patienter undvek att äta med andra patienter relaterat till oro över att deras symtom kunde påverka de andra. I en studie av Beck, Poulsen, Martinsen och Birkelund (2018) bekräftas oron över att deras symtom kunde påverka andra patienter. Studien beskriver att patienters kognitiva och fysiska svårigheter kan göra att en del patienter väljer att äta ensamma för att inte förstöra sin egen aptit.

Gemensamt för resultatet är att samtliga patienter beskriver en press från närstående till att äta, det blev en syssla istället för något njutbart. De äter inte för att de vill utan för att behaga och lugna sina närstående. Att äta blev patienternas sätt att visa uppskattning på den kärlek och omtanke närstående har till dem. Närstående upplever mat som ett sätt att visa kärlek och medkänsla till patienten. Här uppstår en konflikt över patientens vilja och de närståendes försök till att hjälpa. Vissa patienter tyckte att det är jobbigt med måltider att de upplevde det som ett straff och att de gick så långt att de ljög om sitt matintag för att undvika konflikt. Något avvikande i resultatet är att närstående kan uppleva en skuld över sitt eget matintag som resulterade i viktnedgång då de inte bryr sig om att laga mat endast till sig själv. Johansson och Johansson (2009) förklarar att närstående som lever med patienter med ätsvårigheter ofta upplever en skuld. Närstående kan välja att äta ensamma eller att inte äta alls relaterat till skuld över patientens svårighet till att klara av att äta.

Ansvar är något som återkommer på flera ställen i resultatet. Patienter känner ett ansvar för sig egen hälsa samtidigt som en del kunde lägga över ansvaret på sin närstående i hopp om att lindra ångesten. Patienterna beskriver en bild av hur en sjuk patient förväntar sig att vara, de ska äta eller i alla fall ses försöka äta. Det intressanta är att det viktiga för dem är att någon ser att de försöker äta. Troligtvis grundar detta sig i känslan av otillräcklighet i försök om att dämpa närståendes ångest. Att närstående ser det som en del av sin roll att förse patienten med mat och känslan av frustration och ångest när patienten inte äter. Att de tar det som ett avvisande på

deras kärlek. Det förvånade att närstående försökte mildra en del av ångesten genom att lägga ansvaret på patienterna. Ansvarsfördelningen återkommer i resultatet och kunde ses som något de lade över på varandra, mer gynnsamt skulle kunna vara om patienter och närstående hjälptes åt med ansvaret och på så sätt minskade ångesten. Rollen att vara patient eller närstående medför olika ansvar men det krävs stöttning från varandra.

Hantering av ansvar i det dagliga livet när någon lever med en livshotande sjukdom gör att närstående försökte ta ansvar och prioriterade patienten, den "starkare" personen bör ta hand om den "svagare" (Carlander, Ternestedt, Sahlberg-Blom, Hellström, & Sandberg, 2011) Att erbjuda närståendestöd är en viktig del i sjuksköterskans arbete för att hjälpa att hantera den belastning som rollen har skapat och öka förståelsen av patientens situation (Regionala Cancercentrum, 2016).

Slutsatser

Denna litteraturbaserade studie belyser patienter och närståendes upplevelser kring nutrition inom palliativ vård och resultatet visar på de konflikter som kan uppstå i det dagliga livet. Patienter och närstående upplever försämrade livskvalitet på olika sätt relaterat till nutrition och som en ständig påminnelse på att döden närmar sig. Mat ses som en central och hälsofrämjande del av vardagen och är en betydande del av den sociala gemenskapen, att gå miste om denna del kan leda till social isolering. Mat för patienter och närstående är en stor del av livet och fokus läggs på förändrade matvanor och rutiner. Det är svårt att finna ro i den nya situationen. Sjuksköterskan kan stötta och vägleda både patienter och närstående till att skapa förståelse, lindra ångest och försöka hitta nya sätt att hantera de konflikter som kan uppstå. Närstående använder mat som ett sätt att visa kärlek och omvårdnad medan patienter äter för att minska ångesten hos deras närstående, för att behaga. Både patienter och närstående upplever förnekelse och acceptans kring situationen och även en maktlöshet över döden beskrivs. Patientens kamp om att inte vilja äta och medvetenheten om dess konsekvenser. Viljan över att vilja förlänga livet men samtidigt att sluta äta för att påskynda döden.

Praktiska implikationer

I arbetet som sjuksköterska finns det behov av kunskapen som lyfts fram i detta examensarbete eftersom rollen innebär att komma i kontakt med patienter som vårdas palliativt. Närstående är en del av patientens vård och de bär ofta på en oro.

Om sjuksköterskan kan få en bredare kompetens inom omvårdnad i ett palliativt skede kan oro och lidande lindras för både patient och närstående. Nutrition inom omvårdnad kan vara ett centralt problem där det läggs mycket fokus och med en ökad förståelse för hur patient och närstående känner så kan sjuksköterskan ha bättre förutsättningar till att hjälpa och vårda. Ökat matintag kan i ett tidigt skede lindra ett visst lidande medan det kan skapa ångest för patienten, här behövs då kunskap för att kunna motivera. Resultatet lyfter fram vikten av att få tillräcklig information om nutrition i det palliativa skedet till både patienter och närstående för att de ska kunna förstå och förhålla sig till den nya livssituationen.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

För att kunna använda kunskapen från denna studie i praktiken behövs rätt verktyg för att kunna samtala och vägleda patienter samt deras närstående. Genom samtal kan de få information för

att kunna förbereda sig för vad som kan ske. Trots studiens resultat är det en utmaning för sjuksköterskan att avgöra nutritionens betydelse, när gör den nytta och när är det inte längre meningsfullt med näring. Vi behöver ökad kunskap för att kunna motivera patienten när denne fortfarande har nytta av näring och samtidigt kunna respektera patientens självbestämmande. Fördjupad forskning kring faktorer som skulle kunna motivera patienten själv till ökat matintag skulle vara ett bra verktyg för sjuksköterskan i arbetet för att kunna stärka patientens självbestämmande. Då respekt för bevarat självbestämmande är en viktig del av den palliativa vården.

Även om detta resultat är en bra kunskapsgrund så behöver vi praktisk erfarenhet, detta får vi genom möten och samtal med patienter i ett palliativt skede och deras närstående.

Forskning inom palliativ vård görs fortlöpande men inom detta område krävs det alltid ytterligare forskning där nya upplevelser kommer fram. Dessa upplevelser behövs för att sjuksköterskan ska kunna förbättra mötet med patient och närstående och få ökad förståelse för patientens självbestämmande.

Referenser

Arman, M. (2012). Lidande I L. Wiklund – Gustin, I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.185- 197). Lund: Studentlitteratur.

Baillie, J., Anagnostou, D., Sivell, S., Van Godwin, J., Byrne, A., & Nelson, A. (2018). Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. *BMC Palliative Care*, 17 (1), N.PAG. doi: 10.1186/s12904-018-0314-4

Beck, M., Poulsen, I., Martinsen, B., & Birkelund, R. (2018). Longing for homeliness: exploring mealtime experiences of patients suffering from a neurological disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 317–325. doi: 10.1111/scs.12464

Bollig, G., Rosland, J. H., Gjengedal, E., Schmidt, G., May, A. T., & Heller, A. (2017). A European multicenter study on systematic ethics work in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 587–601. doi: 10.1111/scs.12373

Carlander, I., Ternestedt, B.-M., Sahlberg-Blom, E., Hellström, I., & Sandberg, J. (2011). Being Me and Being Us in a Family Living Close to Death at Home. *Qualitative Health Research*, 21(5), 683–695. doi: 10.1177/1049732310396102

Day, T. (2017). Managing the nutritional needs of palliative care patients. *British Journal of Nursing*, 26(21), 1151–1159. doi:10.12968/bjon.2017.26.21.1151

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet – om det tidlösa i tiden*. (Första upplagan). Stockholm: Liber.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2.uppl., s 121-133). Lund: Studentlitteratur AB.

Glimelius, B. (2012). Kuration eller palliation? I P. Strang., & B. Beck-Friis. (red.) *Palliativ medicin och vård*. (4., rev. uppl.) Stockholm: Liber.

Hopkinson, J. B. (2016). Food connections: A qualitative exploratory study of weight- and eating-related distress in families affected by advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 87-96. doi:10.1016/j.ejon.2015.06.002

Hopkinson, J. B. (2018). The Nourishing Role: Exploratory Qualitative Research Revealing Unmet Support Needs in Family Carers of Patients With Advanced Cancer and Eating Problems. *Cancer Nursing*, 41(2), 131–138. doi:10.1097/NCC.0000000000000474

Hopkinson, J. & Corner, J. (2006). Helping patients with advanced cancer live with concerns about eating: a challenge for palliative care professionals. *Journal of Pain & Symptom Management*, 31(4), 293-305. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.09.005

- Johansson, A-E, M. & Johansson, U. (2009). Relatives' experiences of family members' eating difficulties. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(1), 25–32. doi: 10.1080/11038120802257195
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I.B. Höglund Nielsen & M. Granskär (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (3.uppl., s. 219-234). Lund: Studentlitteratur AB.
- Milberg, A. (2012). Närstående vid palliativ vård. I P. Strang., & B. Beck-Friis. (red.) *Palliativ medicin och vård*. (4., rev. uppl.) Stockholm: Liber.
- Muir, C. I., & Linklater, G. T. (2011). A qualitative analysis of the nutritional requirements of palliative care patients. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 24(5), 470-478. doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01182.x
- Patientlag (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *NURSING RESEARCH: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10.uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Raijmakers, N. J., Clark, J. B., van Zuylen, L., Allan, S. G., & van der Heide, A. (2013). Bereaved relatives' perspectives of the patient's oral intake towards the end of life: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 27(7), 665–672. doi: 10.1177/0269216313477178
- Reid, J., McKenna, H., Fitzsimons, D., & McCance, T. (2009). Fighting over food: patient and family understanding of cancer cachexia. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 439–445. doi: 10.1188/09.ONF.439-445
- Reid, J., McKenna, H., Fitzsimons, D., & McCance, T. (2008). The experience of cancer cachexia: a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 606–616. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.012
- Regionala cancercentrum. (2016). Nationellt vårdprogram. Palliativ vård i livets slutskede. (ISBN: 978-91-87587-37-5) Hämtad 2018-11-22 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativvard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf
- Socialstyrelsen. (u.å). Närståendebegreppet. Hämtad 2018-01-21 från <https://www.socialstyrelsen.se/organochvavnadsdonation/donationsutredning/narstaendebegreppet>
- Strang, P. (2012). Aptitlöshet, ofrivillig viktminskning och kakexi. I P. Strang., & B. Beck-Friis. (red.) *Palliativ medicin och vård*. (4., rev. uppl.) Stockholm: Liber.
- Strang, P. (2012). Lidandet i palliativ vård. I P. Strang., & B. Beck-Friis. (red.) *Palliativ medicin och vård*. (4., rev. uppl.) Stockholm: Liber

Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) (2012). *Palliativ medicin och vård*. (4., rev. uppl.) Stockholm: Liber.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Värdegrund för omvårdnad. Hämtad 2018-11-01 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Wallin, V., Carlander, I., Sandman, P.-O., & Håkanson, C. (2015). Meanings of eating deficiencies for people admitted to palliative home care. *Palliative & Supportive Care*, 13(5), 1231–1239. doi:10.1017/S1478951514001199

Wallin, V., Carlander, I., Sandman, P.-O., Ternstedt, B.-M., & Håkanson, C. (2014). Maintaining ordinariness around food: partners' experiences of everyday life with a dying person. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19/20), 2748–2756. doi:10.1111/jocn.12518

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care. Hämtad 2018-10-31 från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization. (2019). Nutrition. Hämtad 2019-01-21 från <https://www.who.int/topics/nutrition/en/>

Systematisk sökning

Bilaga I

Databas/ datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
CINAHL 2018-11-12						
S1	<i>(MH "Palliativ Care")</i>	30 071				
S2	<i>Nutri*</i>	135 985				
S3	<i>Nurses experience OR perspective OR view OR attitude*</i>	433 614				
S4	<i>S1 AND S2 AND S3</i>	86				
S5	<i>(MH "Qualitative Studies")</i>	91 768				
S6	<i>S4 AND S5</i>	17				
S7	Avgränsningar: Peer -Reviewed, År 2008-2018 Engelska	13	13	6	3	1

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
CINAHL 2018-11-01						
S1	<i>(MH "Palliative Care")</i>	30 076				
S2	<i>Patient</i>	1 623 916				
S3	<i>Eating</i>	42 639				
S4	<i>S1 AND S2 AND S3</i>	73				

S5	Avgränsningar: Peer -Reviewed, 2009-2018 Engelska	43	43	3	3	2
----	---	----	----	---	---	---

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
CINAHL 2018-11-14						
S1	<i>(MH "Cachexia")</i>	1 391				
S2	<i>Experiences OR perceptions OR attitudes OR views</i>	611 008				
S3	<i>S1 AND S2</i>	76				
S4	Avgränsningar: Peer -Reviewed, 2008-2018 Engelska	45	45	9	3	3

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
PsykINFO 2018-11-22						
S1	<i>palliative care</i>	17 441				
S2	<i>patient</i>	749 342				
S3	<i>Nutri*</i>	27 685				
S4	<i>S1 AND S2 AND S3</i>	180				
S5	Avgränsningar: Peer -Reviewed, 2008-2018 Engelska	167				
S6	Avgränsningar: Peer -Reviewed, 2008-2018 Engelska Intervju	26	15	1	1	1

Databas/datum CINAHL 2018-11-22	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
S1	<i>(MH "Palliative Care")</i>	30 109				
S2	<i>(MH "Eating Behavior")</i>	12 308				
S3	<i>S1 AND S2</i>	13				
S4	Avgränsningar: Peer -Reviewed, 2008-2018 Engelska	8	8	3	0	0
S5	Avgränsningar: Peer -Reviewed, 2006-2018 Engelska	10	10	4	1	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Informantkaraktäristika			
Antal			
Ålder			
Man/kvinna			
Är kontexten presenterad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Finns etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Urval			
Relevant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Strategiskt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Datansamling tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Analys tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Giltighet			
Är resultatet logiskt och begripligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Råder datamätnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Kommunicerbarhet			
Är resultatet klart och tydligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Genereras teori?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Huvudfynd			
Beskrivs vilket/-n fenomen, upplevelse/mening?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är beskrivning/analys adekvat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double blinded Single blinded Ej Peer angivet
review

Översiktstabeller av analyserad litteratur

Bilaga III

Författare, årtal och land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsaklig resultat	Kvalitet sgranskning
<p>Författare: Hopkinson, J.B. År: 2015. Land: England</p>	<p>Problem: Viktnedgång och minskad aptit är vanligt hos patienter med cancer, kakexi. Kan skapa konflikt mellan patient och närstående Syfte: Undersöka erfarenheter hos patienter och deras närstående.</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuell Intervju.</p>	<p>Inskrivna i ett palliativt specialisthem-sjukvårdsteam. 31 patienter (27män och 4 kvinnor) och 31 närstående som vårdare (4 män och 27 kvinnor).</p>	<p>Fem områden med underkategorier som handlade om olika problemområden och dess inverkan på vardagen. Känslor och konflikter framgick.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>Författare: Hopkinson, J.B. År: 2018 Land: England</p>	<p>Problem: Viktnedgång och minskad aptit associeras med minskat livskvalité. Familjevårdare upplever att de inte får stöd. Syfte Att hjälpa sjuksköterskor att stötta närstående till patienter med avancerad cancer med ät- och viktproblematik</p>	<p>Kvalitativ studie Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>31 närstående och 31 patienter, som var inskrivna inom palliativ specialistvård</p>	<p>Patientens upplevelse av hur en närstående ska vara och närståendes egna förväntningar på sin egen roll. Närståendes vårdande roll i vardagen med en patient.</p>	<p>Grad 1</p>

Författare, årtal och land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligresultat	Kvalitet sgranskning
<p>Författare: Hopkinson, J., Corner, J. År: 2006 Land: England</p>	<p>Problem: Patienter med cancer upplever ofta problematiska förändringar i matvanor som kan skapa konflikt i hemmet. Syfte: Öka förståelsen kring matförändringar.</p>	<p>Kvalitativ Studie. Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>30 patienter som lever med cancer inskrivna i palliativ vård. 14 specialistsjuksköterskor och 23 närstående.</p>	<p>Kom fram till hur upplevelsen utifrån olika perspektiv; patient, närstående och specialistsjuksköterskor kring matvanorna hos den döende.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>Författare: Muir, C.I. & Linklater, G.T. År: 2011 Land: Skottland</p>	<p>Problem: Malnutrition vid avancerad cancer påverkar inte bara det kroppsliga utan också psykiskt och socialt välmående. Syfte: att utöka begränsad kunskap av betydelsen av mat, matintag och vikt för patienter i behov av palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ forskning med semistrukturerade enskilda intervjuer</p>	<p>Patienter inskrivna i palliativ specialistvård. Sex deltagare varav fyra män.</p>	<p>Fyra områden skapades som hade inverkan. Sjukdomstillstånd, symtom, oralt kostintag och vikt. Patienternas fysiska, psykiska och sociala upplevelser framgick i resultatet.</p>	<p>Grad 1</p>

Författare, årtal och land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitet sgranskning
<p>Författare: Rajmakers, N.J., Clark, J.B., Van Zuylen, L., Allan, S.G., & Van der Heide, A. År: 2013 Land: Nya Zeeland</p>	<p>Problem: Patienter inom palliativ vård har ofta ett mat- och vätskeintag som kan skapa ett känslomässigt lidande för närstående. Syfte: Att förstå närståendes oro över minskat matintag hos patienten.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semi strukturerade intervjuer.</p>	<p>23 närstående till patienter som varit inskrivna i specialist palliativvård 13 män och 10 kvinnor.</p>	<p>Upplevelser från närstående om hur oralt födointag fungerade den sista tiden i livet. Kom till olika kategorier som beskrev upplevelser.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>Författare: Reid, J., McKenna, H., Fitzsimons, D., & McCance, T. År: 2008 Land: Irland</p>	<p>Problem: Kakexi hos patienter har inte bara en biologisk påverkan utan även en psykosocial påverkan. Syfte: Att få fram upplevelser från närstående och patienter om hur det är att leva med kakexi</p>	<p>Kvalitativ Studie. Individuella intervjuer i deras hem.</p>	<p>15 patienter sju kvinnor och åtta män, och 12 närstående tio kvinnor och två män.</p>	<p>Upplevelserna för patienterna och närstående var att förändringarna relaterad till kakexi medförde psykiska, fysiska och sociala känslor.</p>	<p>Grad 1</p>

Författare, årtal och land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitet sgranskning
<p>Författare: Reid, J., McKenna, H., Fitzsimons, D., & McCance, T. År: 2009 Land: Storbritannien</p>	<p>Problem: Kakexi är ofta ett försvagande och obehandlat tillstånd. En vanlig källa till oro för patienter och deras familjer. Syfte: Att undersöka spänningar mellan patienter och deras närstående som uppstod kring mat.</p>	<p>Kvalitativ Studie. Ostrukturerade Intervjuer</p>	<p>Åtta patienter med avancerad cancer med kakexi och åtta närstående.</p>	<p>Kategoriserade utifrån materialet dem fick. Konflikter kring reducerat matintag.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>Författare: Wallin, V., Carlander, I., Sandman, P.-O. & Håkansson, C. År: 2014 Land: Sverige</p>	<p>Problem: Mat är en central del i sociala livet och att få symtom som påverkar nutritionen kan vara svårt. Syfte: Att utforska betydelsen av att leva med brister i ätandet i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuell intervju.</p>	<p>Inskrivna inom palliativ specialtjänsten i sjukvården med brister i ätandet. 12 deltagare 5 män och 7 kvinnor</p>	<p>Resultatet visar tre kategorier som sammanfattade intervjuerna: Motstå döden genom att äta, Kämpar med sociala sammanhang kring mat, Äta för att behåga andra.</p>	<p>Grad 1</p>

Författare, årtal och land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitet sgranskning
<p>Författare: Wallin, V., Carlander, I., Sandman, P-O., Ternstedt, B-M., & Håkansson, C. År: 2013 Land: Sverige</p>	<p>Problem: Personer som är döende har ofta ett minskat matintag som kan skapa utmaningar i vardagen. Syfte: Att utforska närståendes upplevelser av att leva med en döende person med ätproblematik</p>	<p>Kvalitativ Studie. Individuella intervjuer.</p>	<p>Nio närstående till patienter som var inskrivna i palliativ specialistvård</p>	<p>Närstående beskriver hur vardagen såg ut och dess problematik om deras stress och tankar kring mat och måltider.</p>	<p>Grad 1</p>

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsvetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520- 22 30 99
www.hv.se