



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 - Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR1-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	27-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR1
Sluttdato:	10-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	305
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	«De høster som vi sår» - om betydningen av sykepleierens ernæringsarbeid hos kreftsyke pasienter
Antall ord *:	6534
Engelsk tittel *:	«They reap what we sow» - the significance of nurse-practice on nutrition in cancer-patients

Sett hake dersom ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Egenerklæring *: ja
Inneholder besvarelsen nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«De høster som vi sår»

- om betydningen av sykepleierens ernæringsarbeid hos kreftsyke pasienter

«They reap what we sow»

- the significance of nurse-practice on nutrition in cancer-patients

Kandidatnummer: 305

Institutt for sykepleie

Avdeling for helse og omsorgsvitenskap

Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato 10.06.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag:

Bakgrunn: Studien omhandler viktigheten av sykepleierens ernæringsarbeid med kreftsyke pasienter, som er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som ikke får tilstrekkelig inntak av nødvendige næringsstoffer, kan risikere å bli underernært. Over tid vil utilstrekkelig mengde mat og næringsstoffer gi ugunstig effekt på kroppens funksjon og sammensetning, samt at medisinsk behandling kan ha redusert effekt.

Hensikt: Sykepleiere har et ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov. Ernæring er en del av de grunnleggende behovene som er essensielt for å overleve. Underernæring er den vanligste sekundærdiagnosen hos kreftsyke pasienter, og kan ha en negativ påvirkning på sykdomsforløpet. Tilstanden har også store samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser. Hensikten med studien er å gå nærmere inn i, og få en bedre forståelse for hvordan sykepleieren kan arbeide for å redusere risikoen for kreftsyke pasienter blir underernært.

Metode: Litteraturstudie. Strukturerte søk er gjennomført i databasene Pubmed og Sykepleien, for å identifisere relevante artikler som kan bidra til å belyse studiens problemstilling. Syv artikler ble vurdert etter utvalgte kriterier og kritisk vurdering for så å bli godkjent og inkludert i studien.

Resultatet: Flere tiltak i ernæringsarbeid er blitt identifisert i de syv vitenskapelige artiklene. Dette er tiltak som økt kompetanse, kunnskap og fokus på ernæringsarbeid blant sykepleiere, undervisning om ernæring og veiledning av pasienter, tilstrekkelig med oppfølging og dokumentasjon, samt tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper som blant annet klinisk ernæringsfysiologer.

Konklusjon: Å forsikre seg om at pasienten får riktig og tilstrekkelig ernæring må være en integrert del av behandlingen av kreftsyke pasienter, og det må være like selvsagt som annen medisinsk behandling. Undervisning, oppfølging, tilrettelegging og dokumentering er viktige elementer i denne sammenhengen. Ernæringsarbeid krever altså høy kompetanse. I tillegg bør sykepleieren både bevisstgjøres og ansvarliggjøres, samt arbeide tverrfaglig og bruke de ressursene som er tilgjengelige.

Nøkkelord: underernæring, kreft, ernæringsmessig risiko, sykepleie, ernæringsarbeid

Abstract

Background: This study deals with the importance of the nurse's nutritional work with cancer patients, who are being treated in the specialist health service. Patients who do not get adequate intake of necessary nutrients may be at risk of malnutrition. Over time, insufficient amounts of food and nutrients will have an adverse effect on the body's function and composition, and treatment provided may have a reduced effect.

Aim: Nurses have a responsibility to meet the patient's basic needs. Nutrition is part of the basic needs that are essential for survival. Malnutrition is the most common secondary diagnosis in cancer patients, and can have a negative impact on the course of the disease. The condition also has major social and economical consequences. The purpose of this study is to go into more detail and gain a better understanding of how nurses can work to reduce the risk of cancer patients being malnourished.

Method: Literature study. Structured searches have been conducted in databases, to identify relevant articles that can help to shed light on the study's thesis. Five articles were evaluated according to selected criteria and critical assessment, in order to be approved and included in the study.

Results: Several measures in the nurses work with nutrition have been identified in the five scientific articles. These are measures such as increased competence, knowledge and focus on nutrition work among nurses, education in nutrition as well as guidance of patients, sufficient follow-up and documentation, as well as interdisciplinary collaboration with other professional groups such as clinical nutrition physiologists.

Conclusion: Ensuring that the patient receives proper and adequate nutrition must be an integral part of the treatment of cancer patients, and should be expected as any other medical treatment. Teaching, follow-up, facilitation and documentation are important elements in this context. Nutrition work thus requires a high level of competence. In addition, the nurse should be both made aware and accountable, as well as work interdisciplinary and use the resources that are available.

Keywords: malnutrition, cancer, nutritional risk, nursing, nutrition work

Innhold

1. Bakgrunn.....	s. 6-14
1.1 Teoretisk grunnlag.....	s. 7
1.2 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	s. 7
1.3 Ernæring og kreftsykdom.....	s. 8-11
1.4 Sykepleie og ernæring.....	s. 11-13
1.5 Ernæringsarbeid og tverrfaglig samarbeid.....	s. 13
1.6 Barrierer for godt ernæringsarbeid.....	s. 13
1.7 Hensikt.....	s. 14
1.8 Problemstilling.....	s. 14
1.9 Presiseringer.....	s. 14
2.0 Metode.....	s. 14- 22
2.1 Etske vurderinger.....	s. 14-15
2.2 Litteraturstudie.....	s. 15
2.3 Kritisk vurdering av artiklene.....	s. 15-16
2.4 Søkeshistorikk.....	s. 16-18
2.5 Hovedfunn.....	s. 18-22
2.5.1 Kreftpasienter risikerer underernæring.....	s. 18-19
2.5.2 Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull....	s. 19
2.5.3 Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft.....	s. 19-20
2.5.4 Slik kan ernæringsmessig risiko følges opp bedre.....	s. 20
2.5.5 Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition.....	s. 21
2.5.6 Kartlegging av underernæring i sykehus: Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko?.....	s. 21-22
2.5.7 A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment — results from nutritionDay.....	s. 22
3. Diskusjon.....	s. 23-28
3.1 Sykepleierens funksjon, ansvar og pedagogisk rolle.....	s. 23-26
3.2 Tidlig innsats.....	s. 26-27

3.3 Pasienten i fokus.....	s. 27-28
3.4 Tverrfaglig samarbeid, en nødvendighet for god oppfølging.....	s. 28
4. Oppsummering og konklusjon.....	s. 29-30
Litteraturliste.....	s. 31-33

Vedlegg 1: Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Figurer og tabeller:

Elias underernæringskarusell (Helsedirektoratet).....	s. 10
Kreftpasienter risikerer underernæring.....	s. 18-19
Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull.....	s. 19
Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft.....	s. 19-20
Slik kan ernæringsmessig risiko følges opp bedre.....	s. 20
Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition.....	s. 21
Kartlegging av underernæring i sykehus: Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko?.....	s. 21-22
A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment — results from nutritionDay.....	s. 22
God ernæringsarbeid (Helsedirektoratet).....	s. 23
Ernæringstrappen (Helsedirektoratet).....	s. 26

1.0 Bakgrunn

Studien omhandler sykepleierens ernæringsarbeid med kreftsyke pasienter, som er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Til tross for at det gjennomføres ernæringscreening ved innkomst hos de aller fleste pasienter, kan det virke som om ernæring og ernæringsarbeid blir lite prioritert på norske sykehus (Nasjonalt råd for ernæring, 2017, s. 20-21). Gjennom utdanningsforløpet opplevde forfatteren å sitte igjen med lite kunnskap om både ernæring, hva som er sykepleierens faktiske ansvarsoppgaver og hvordan en som sykepleier kan arbeide for å optimalisere og tilrettelegge for en god ernæringsstatus. Dette kom særlig frem i forbindelse med praksisperioder i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2013, s. 10) rapporterer om at mellom 30 og 60 prosent av pasienter innlagt på norske sykehus og andre institusjoner, blir underernærte. Dersom pasienten ikke får tilstrekkelig inntak av nødvendige næringsstoffer, kan dette føre til underernæring. Over tid vil utilstrekkelig mengde mat og næringsstoffer gi ugunstig effekt på kroppens funksjon og sammensetning. I tillegg kan det være risiko for at pasienten tåler dårligere den anbefalte behandlingen, eller at behandlingen får en redusert effekt.

Underernæring og feilernæring kan skyldes mange årsaker, og er ofte en konsekvens av sykdom og behandling. Pasienter som er feilernærte og underernærte har et dårligere utgangspunkt når de skal gjennomgå nødvendig behandling og overvinne sykdom. Pasienter som har en allerede dårlig ernæringsstatus før innleggelse, har et ytterligere dårligere utgangspunkt. Underernæring kan også virke som en negativ faktor som kan bidra til økt risiko for både sykkelighet og dødelighet (Stubberud et al., 2016, s. 21-22).

Som sykepleier er det derfor viktig å ha god kunnskap om ernæringsmessige utfordringer og risiko, spesielt for pasienter med alvorlig sykdom og som blant annet undergår kirurgi. Når det skal arbeides for å sikre næringsinntak og god ernæringsstatus, må sykepleieren ta hensyn til den individuelle pasienten og møte vedkommende med åpenhet og forståelse når det kommer til ønsker, vaner og kultur. Ofte kan det være nødvendig med et tverrfaglig samarbeid sammen med eksempelvis ernæringsfysiolog. Denne type samarbeid bør sykepleier ta initiativ til (Helsedirektoratet, 2012, s. 24-25).

Når det gjelder tidligere forskning på dette temaet, har forfatteren fått et noe begrenset funn. En gjenganger ved studier som ble identifisert som relevant, viser til at retningslinjer for god

ernæringspraksis og ernæringsbehandling ikke blir tilstrekkelig oppfylt. Eksempelvis er studien «Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey» av Mowe (Mowe et al., 2005). Studien skal angivelig være den første som sammenligner ernæringspraksis med retningslinjer anbefalt av ESPEN (Ernæringsbehandling til kreftpasienter), i tre skandinaviske land, Danmark, Sverige og Norge. Videre undersøkes holdninger og bruken av klinisk ernæringsstøtte på forskjellige skandinaviske sykehus. Funnene viser til at retningslinjene foreslått i ESPEN ikke blir oppfylt. Det er dessuten et stort avvik mellom holdninger og rapportert praksis. Tiltak som gjenspeiles i god ernæringspraksis, som eksempelvis screening og kontinuerlig overvåking av ernæringsproblemer, ble kun rapportert brukt hos en mindre andel av informantene.

1.1 Teoretisk grunnlag

Det teoretiske grunnlaget for studien inkluderer litteratur fra faglitteratur, pensumlitteratur for Bachelor i sykepleie, avd. Haugesund, tidsskrifter, Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, samt andre forskrifter og retningslinjer som er relevant for studien.

1.2 Sykepleieteoretisk perspektiv

Ifølge Kristoffersen (Kristoffersen, 2016, s. 38-39), definerer Virginia Hendersons sykepleieteori sykepleierens rolle til å ivareta menneskets grunnleggende behov. Henderson har videre i sin teori fjorten ulike komponenter som er beskrivende for menneskets grunnleggende behov. Disse inkluderer blant annet å puste, være i aktivitet, å sove tilstrekkelig og å spise. Ernæring er et grunnleggende behov som er essensielt for at mennesket skal overleve, og i følge Henderson er sykepleieren ansvarlig for å tilrettelegge for at pasienten skal få tilstrekkelig med mat og drikke.

Sykepleiere er nærmest pasienten til enhver tid, og vil hele tiden kunne observere og vurdere pasientens behov for ernæring. En kunnskapsbasert ernæringspraksis er en viktig del av jobben som sykepleier og kan være avgjørende for sykdomsforløpet til pasienter innlagt i sykehus. Ifølge Jacobsen & Bye (Jacobsen & Bye, 2015) innebærer ernæringspraksis elementer en kan kjenne igjen fra sykepleieprosessen; observere, vurdere, formulere målsettinger, iverksette tiltak og dokumentere ernæringsstatusen hos pasienten.

1.3 Ernæring og kreftsykdom

I Norge er alle personer som yter helsetjenester underlagt Helsepersonelloven. Helsepersonell pålegges å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Helsepersonelloven gjelder også for sykepleiere, og er deres profesjonslov (Molven, 2019, s. 29). Som sykepleier og helsepersonell, er det helt nødvendig å sette seg inn i og forstå kroppens naturlige prosesser knyttet til ernæring og kreftsykdom, for å kunne gi pasienter faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp og oppfølging.

Alle celleprosesser som skjer i kroppen krever energi. Energien blir omdannet under en nedbrytningsprosess av næringsstoffene karbohydrat, fett og protein, og disse får vi gjennom mat (Thoresen, 2016, s. 564).

Anabolisme er en betegnelse for at kroppen er i en oppbyggingsfase, der enkle molekyler bygges opp til mer komplekse molekyler, vev og celler. Anabolske prosesser er for eksempel syntese av proteiner fra aminosyrer, syntese av fettceller og dannelse av glykogen fra glukose. Katabolisme står i motsetning til anabolisme, og betegner at kroppen er i en nedbrytningsfase. Nedbrytende prosesser er forbundet med frigjøring av energi som utnyttes til mekanisk arbeid, til syntese, til membrantransport og produksjon av varme (termogenese). I en sykdomsperiode er kroppen ofte i en katabol tilstand med tap av muskulatur og nedbrytning av fettvev. Mens i en rehabiliteringsperiode følger en anabol fase der tapt energireserver blir gjenoppbygd. Lagrene av glykogen rekker for ett døgnns faste, og deretter blir reservene av protein og fett brutt ned. Ved total sult med kun inntak av vann, er energireservene i kroppen brukt opp på omtrent 70 døgn, og enda kortere dersom pasienten i tillegg har et traume. Bare 30 % av kroppsproteinene (omtrent 4 kg hos en mann på 74 kg) kan brytes ned før tapet blir livstruende. Selv om reservene av fett kan fortsatt være tilstrekkelig, vil ikke mengden av gjenværende protein være nok til å opprettholde liv. Gjennomsnittlig energibehov hos voksne personer som veier innenfor det som angis å være normalt, ligger vanligvis på 25-30 kcal pr. kilo kroppsvekt. Et menneskes totale energibehov reflekterer summen av basalmetabolismen, matens termiske effekt og energien som brukes til fysisk aktivitet. Alle formler for utregning av energibehov gir bare en teoretisk og generell gjennomsnittsverdi. For den enkelte pasient kan en slik gjennomsnittsverdi være for høy eller for lav. Den eneste framgangsmåten for å finne den enkeltes nøyaktige energibehov er å måle det (Thoresen, 2016, s. 564-566).

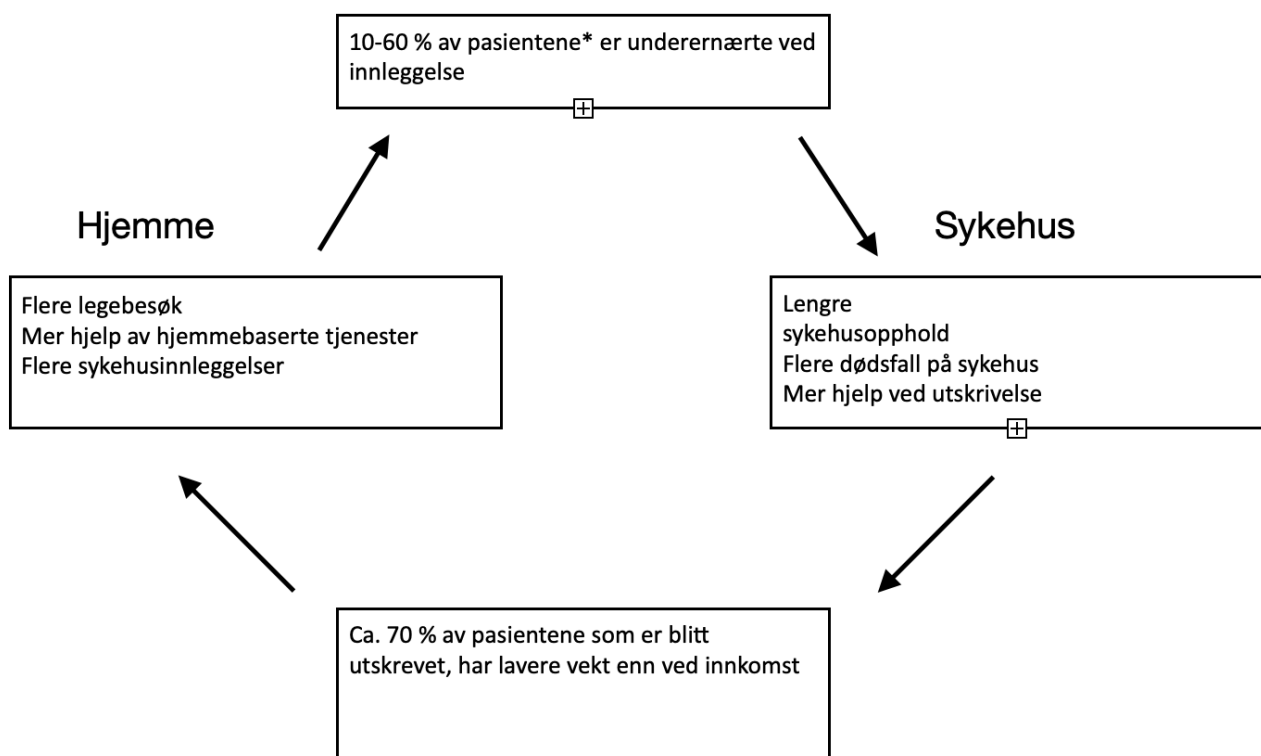
Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013), sier at «*Alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg*». Retningslinjene er ment som et verktøy for å bidra til å sikre god kvalitet og forsvarlighet i arbeidet med forebygging og behandling av underernæring.

Ifølge Stubberud (Stubberud et al., 2016, s. 24) kan underernæring defineres som en tilstand hvor kroppen får for lite energi og essensielle næringsstoffer i forhold til det kroppen har behov for. Dersom det vurderes som sannsynlig at pasienten kan få et dårligere klinisk forløp uten tilrettelegging fra helsepersonell hvor det sørges for at pasienten får et tilstrekkelig næringsinntak, bør pasienter kategoriseres som risiko for underernæring. Ifølge Thoresen (Thoresen, 2016, s. 569) er ernæringsrisiko når pasienten er i risiko for å utvikle underernæring. En pasient kan ha god ernæringsstatus, men likevel ha høy ernæringsrisiko på grunn av ulike faktorer som f.eks. en akutt hendelse og/eller forverring i sykdomsforløp.

Stubberud (Stubberud et al., 2016, s. 21) utdyper videre at som sykepleier er det både hensiktsmessig og en del av arbeidsoppgavene å vurdere alle inneliggende pasients ernæringsstatus. Ernæringsstatus har til hensikt å beskrive forholdet mellom kroppens behov for næringsstoffer og energi, og den faktiske tilførselen kroppen får gjennom kosten. En pasients ernæringsstatus vurderes som god dersom kroppens behov blir dekket gjennom maten som spises. Sykdom og faktorer assosiert med sykdomsprosessen er de vanligste årsakene til underernæring i den vestlige verden. Forekomsten er hyppig blant pasienter i sykehus og sykehjem, hos pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester, og i enkelte pasientgrupper i befolkningen for øvrig. Kreftsyke pasienter er blant pasientgrupper med særlig risiko for å utvikle underernæring. Faktisk er underernæring og vekttap en vanlig sekundærdiagnose blant kreftsyke pasienter, og utgjør risiko for en rekke uheldige konsekvenser. Disse pasientene har blant annet økt risiko for komplikasjoner, redusert motstand for infeksjoner, forverring i fysiske og mentale funksjoner, redusert livskvalitet, forsinket rekonvalesens og økt dødelighet. Underernæring og undervekt kan gi indikasjon på at pasienten har elektrolyttforstyrrelser. Også immunresponsen kan være redusert, med økt risiko for sårinfeksjon manglende sårtilheling og lekkasjer der det er gjort anastomoser (sammensyinger) på deler av tarm eller andre hulorganer. Dette kan føre at kreftbehandling blir hindret eller utelukket, dersom dosen av kjemoterapi må nedjusteres pga. økt fare for toksisitet. En underernært pasient kan ha opptil tre ganger så lang liggetid i sykehus som en velernært pasient. Et paradoks er at det er vanlig at ernæringsstatusen ofte forverres under et sykehusopphold (Thoresen, 2016, s. 566-568).

Modellen «Elias underernæringskarusell» er utarbeidet av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2012), og er ment for å illustrere forholdene som påvirkes av underernærte pasienter. Pasienter som blir utskrevet fra sykehuset med lavere vekt sammenlignet med tidspunktet for innleggelse, har større behov for hjelp i primærhelsetjenesten, i tillegg trenger disse pasientene oftere reinnleggelse i sykehus, enn pasienter som opprettholder en god ernæringsstatus under sykehusoppholdet.

Figur 1. Elias underernæringskarusell



**avhengig av graden av underernæring og metoder for å identifisere underernæring*

(Helsedirektoratet, 2010)

Når det gjelder kreftpasienters energibehov, skriver Thoresen (Thoresen, 2016, s. 568) at den kan variere i større grad enn ved andre sykdommer. Under kreftsykdom har pasientene ofte en negativ energibalanse på grunn av redusert matinntak kombinert med økt energibehov. Denne pasientgruppen kan i mange tilfeller ha et energibehov som er 100-300 kcal høyere pr. døgn enn hos friske. Dersom økningen i energiomsättning ikke kompenseres med økt inntak av ernæring, vil ubalansen føre til at pasienten taper 1/2 - 1 kg fettmasse og 1-2 kg muskelmasse pr. mnd. En skiller også mellom ernæringsmessig risiko, moderat underernæring, alvorlig underernæring. Et ufrivillig vekttap over 10 % siste halvår er regnet som et alvorlig vekttap, da det gir økt risiko for sykdom og komplikasjoner.

God kreftbehandling krever altså blant annet riktig ernæring, mens pasientens sykdomsforløp og symptomer vil kreve ulike tiltak. Det er f.eks. vanlig med symptomer som feber, kvalme, oppkast, svimmelhet, rask metthetsfølelse, som vil påvirke de ernæringsmessige forholdene. Andre faktorer kan være operasjoner, medikamentell behandling og psykososiale endringer (Breivik et al., 2018).

1.4 Sykepleie og ernæring

Sykepleiere er sammen med annet helsepersonell, underlagt Helsepersonelloven (Helsepersonelloven § 4) er pliktig til å gi pasienten god og omsorgsfull hjelp, som også er faglig forsvarlig.

Forsvarlig helsehjelp ifølge Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2013, s. 26-28) omfatter ikke kun tiltak som er rettet mot pasientens sykdom og medisinske plager. Helsepersonell er også pliktig til å følge opp forhold som skyldes tilstanden, sykdommen eller plagene pasienten har.

Ernæringsmessige problemer kommer under her, da det ofte kan være en følgetilstand av en sykdom, men kan også utvikles over tid på bakgrunn av psykisk og/eller fysisk svekkelse. Dermed vil oppfølging overfor en pasient ut fra en konkret sykdom, mistanke om sykdom eller andre konkrete helsemessige problemer, innebære også en plikt til å vurdere hvordan det ellers står til med pasienten, og på bakgrunn av dette, foreslå adekvate tiltak. Når det gjelder ernæringsmessig tilstand, vil nok mange pasienter være i stand til å ta hånd om og ta til seg ernæring og tilførsel av væske på egenhånd. Likevel skal helsepersonell være oppmerksom på at forholdene kan endre seg under et sykdomsforløp. Pasienter i spesialisthelsetjenesten har ut fra forsvarlighetskravet krav på at grunnleggende behov knyttet til deres helse blir ivaretatt. Ernæringsmessige forhold vil falle inn under dette. Videre vil Helsepersonelloven §§ 39 og 40, forplikte den som yter helsehjelp til å føre journal med konkrete vurderinger, undersøkelser, funn og behandling som kan være relevante og nødvendige opplysninger. Opplysninger knyttet til ernæring og ernæringsbehandling kommer under her (Helsedirektoratet, 2013, s. 26-27). Pasienter er også beskyttet under Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1, som har til hensikt å sikre pasienter og brukere rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2012, s. 21).

Samtidig er sykepleiere underlagt egne yrkesetiske retningslinjer, som understreker at «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene*» (NSF, u.å). Videre

fastslås det at sykepleieren har både et faglig, etisk og personlig ansvar når det gjelder egne handlinger samt vurderinger i utøvelsen av sykepleie. En skal også sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten. I samhandling med pasienter, skal sykepleieren ivareta verdigheten og integriteten til hver enkelt pasient, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt retten til å ikke bli krenket og retten til å være medbestemmende (NSF, u.å).

Dermed har ifølge Stubberud (Stubberud et al., 2016, s. 21), sykepleieren, i samhandling med lege og klinisk ernæringsfysiolog, et ansvar for at å vurdere pasientens ernæringsbehov, tilførsel av ernæringskomponenter, hvordan ernæringen skal administreres, samt administrere ernæringen til pasienten.

Sykepleiernes kompetansenivå og holdninger til ernæring er også vesentlig for om pasientens næringsbehov ivaretas. Kunnskap om blant annet pasienters ernæringsbehov og konsekvensene av feil – og underernæring er viktig for å gi faglig forsvarlige helsetilbud. Sykepleierne bør være innforstått med at dette er en vesentlig del av deres ansvars- og funksjonsområde. Ernæring er viktig i all behandling av sykdom, og sykepleieren har et medansvar for forebygging og behandling (Stubberud et al., 2015).

Helsedirektoratet la frem i 2010 «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring», som har til hensikt å være et verktøy for å bidra til å sikre god kvalitet og forsvarlighet i arbeidet med forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene inneholder faglige råd og retningslinjer for å styrke ernæringsarbeidet i og utenfor helseinstitusjonene. Alle pasienter skal kartlegges for ernæringsmessig risiko ved innleggelse. Tidlig identifisering av risikopasienter muliggjør at målrettet ernæringsbehandling blir igangsatt før underernæringen oppstår. Flere verktøy er blitt utviklet for å identifisere disse pasientene, og standard for de fleste er vekt, vektutvikling og høyde. Screeningverktøyene NRS 2002 (Nutrition Risk Screening 2002) (Irtun, Mowé, Guttormsen, Wøien, & Thoresen, 2010), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) og MNA (Mini Nutritional Assessment) anbefales for å vurdere ernæringsmessig risiko i spesialisthelsetjenesten, da de også inneholder matinntak og grad av sykdom, og/eller matinntak og fysisk funksjon. Dersom pasientens skår tilsvarer en grad av risiko for underernæring vil det videre foretas utredning som kobles til en ernæringsplan med tiltak og oppfølging. Regelmessig evaluering og dokumentasjon er viktig for å kunne vurdere effekt av tiltakene. Ved overføring av pasienter til et annet omsorgsnivå skal all dokumentasjon om ernæringsstatus, ernæringsbehov samt ernæringsplaner videreformidles (Helsedirektoratet, 2010).

Thorsen (Thoresen, 2016, s. 569) understreker at hensikten med å vurdere pasientens ernæringsstatus er å oppdage skjevheter i ernæringsforholdene, og dermed legge grunnlaget for tiltak som tar sikte på å opprettholde eller gjenopprette balansen mellom tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer. Arbeidet kan være utfordrende for helsepersonell. En pasient kan se velernært ut, men likevel ha stor risiko for å utvikle underernæring. Det vil ha stor betydning for pasientens sykdomsforløp om underernæring eller ernæringsrisiko blir tidlig oppdaget, og allerede når pasienten blir innlagt. Observasjon, samt bruk av vekt og BMI, er ikke tilstrekkelig for å fange opp alle som er underernært eller står i risiko for å bli underernært. Av sykepleieren kreves det derfor at en har et fokus på ernæring, at ernæringsrisikoen undersøkes ved hjelp av screeningsverktøy ved innleggelse, og at pasientens vekt følges regelmessig under sykehusoppholdet.

1.5 Ernæringsarbeid og tverrfaglig samarbeid

Kartlegging, vurdering, oppfølging og dokumentasjon av pasienters ernæringsstatus er en nødvendig del av det kliniske undersøkelses- og behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. For å sikre kvalitet i dette arbeidet, vil det være nødvendig med fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike profesjoner. Ledelsen har et klart overordnet ansvar for å etablere systemer og gode rutiner for nødvendig kartlegging og observasjon, tilstrekkelig og kvalitetssikret kompetanse blant ansatte, samt sikre pasientene et godt mattilbud. Videre vil de ulike profesjonene, herunder lege, sykepleier, helsefagarbeidere, klinisk ernæringsfysiolog, logoped, og fysio- og ergoterapeuter, ha ulike oppgaver i utredning, diagnostisering og behandling. Pasienten selv og dens pårørende vil som regel være en viktig ressurs i kartleggingen av ernæringsstatus, og vil kunne bidra i planlegging av mattilbud og ernæringsbehandling så langt det er mulig, under forutsetningen at de mottar nødvendig informasjon om ernæringsstatus og aktuelle tiltak (Helsedirektoratet, 2013).

1.6 Barrierer for godt ernæringsarbeid

Selv om sykdom er den viktigste årsaken til underernæring, finnes det en rekke medvirkende faktorer som bidrar til forverring av ernæringsstatus. For å ha en god tilnærming til ernæring og ernæringsarbeid, er det viktig at sykepleier og annet helsepersonell er bevisst på disse faktorene, samt barrierer og fallgruver som bidrar til mindre optimalt ernæringsarbeid. I følge Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2013, s. 12) er manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og behov elementer som utpeker seg som betydelige medvirkende faktorer til at ernæringsstatus forverres ytterligere under et sykehusopphold.

1.7 Hensikt

Som helsepersonell og sykepleier har en et ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov, herunder sikre at ernæringsbehov blir dekket hos pasienter som er under utredning, oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten. Underernæring er den vanligste sekundærdiagnosen hos kreftsyke pasienter, og kan ha en negativ påvirkning på sykdomsforløpet. Tilstanden har også store samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser. Hensikten med studien er å gå nærmere inn i og få en bedre forståelse for hvordan sykepleieren kan arbeide for å redusere risikoen for kreftsyke pasienter blir underernært.

1.8 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten arbeide for at unngå at kreftsyke pasienter blir underernært?»

1.9 Presiseringer og avgrensning

Besvarelsen ser på problemstillingen knyttet opp mot voksne pasienter, som har en kreftdiagnose og er pasient under spesialisthelsetjenesten. Det er ikke blitt vektlagt hvilken type kreftdiagnose pasienten har.

2.0 Metode

2.1 Etiske vurderinger

Ifølge Dalland (Dalland, 2012) er det essensielt at etiske vurderinger blir gjennomført underveis i arbeidet med et litteraturstudie, herunder vurdere hvilke etiske utfordringer arbeidet med oppgaven kan medføre. Forskning skal ikke gå på bekostning av deltakernes verdighet og integritet, sensitive opplysninger skal være anonymisert og personvern til deltakerne skal være ivaretatt. Derfor ble all anvendt forskning i denne studien undersøkt for godkjenning av etisk komite, samt at etiske retningslinjer er fulgt.

Det bør også nevnes at når en arbeider med ernæring og ernæringsbehandling, kan det utløse etiske spørsmål og problemstillinger. Dette kan gjelde alt fra spisesituasjon til intravenøs ernæring.

Sentrale etiske prinsipper, herunder autonomi, ikke-skade og rettferdighet, må alltid ligge til grunn for alle valg som gjøres i behandlingen av pasienter.

Under arbeidet med bacheloroppgaven har nasjonale og internasjonale forskningsetiske prinsipper blitt fulgt.

2.2 Litteraturstudie

Ifølge Dalland (Dalland, 2018) handler metode om hvordan en bør tilnærme seg for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, altså samle inn nødvendig data for å svare på en problemstilling.

I tråd med retningslinjene som gjelder for emnet SYKHB3001, Sykepleie, forskning og fagutvikling, blir oppgaven besvart som en litteraturstudie. Studien baserer seg på litteratur og forskning som allerede eksisterer og er gjennomført av andre. Videre vil søkestrategier og fremgangsmåten beskrives for hvordan artiklene ble funnet og identifisert som relevant for problemstillingen.

Ifølge Aveyard (Aveyard, 2014) omhandler litteraturstudie som metode å identifisere et forskningsspørsmål. En skal deretter søke svar på dette spørsmålet ved å søke og analysere relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming. Grundig søk og analyse av ulike litteraturstudier kan sammen gi ny innsikt som kan svare på forskningsspørsmålet (Aveyard, 2014). Litteratursøk som metode er viktig fordi en oppsummerer litteratur og forskning som finnes om ethvert emne (Aveyard, 2014). Sykepleiere skal holde seg oppdatert til enhver tid om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde. Dette er også nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, u.å.). Å holde seg oppdatert er viktig for at ny kunnskap skal kunne anvendes i praksis, som danner grunnlaget for kunnskapsbasert praksis.

2.3 Kritisk vurdering av artiklene

Som en del av kvalitetssikringen, blir alle artikler undersøkt om de tilfredstiller de krav som anses som relevant for god forskning. Det er derfor utført en kritisk vurdering av alle artiklene, ved å bruke Helsebibliotekets sjekklister. Her vektlegges innholdets gyldighet, kvalitet av metoden, resultatene og om disse kan overføres i praksis (Helsebiblioteket, u.å.). Eksempel på en artikkel er lagt som vedlegg.

Metodene som brukes for å diagnostisere underernæring er ikke standardiserte, og påvist forekomst vil derfor variere mye i studier der omfanget av underernæring er undersøkt (Thoresen,

2016, s. 566-567). Likevel kommer det frem i samtlige studier som er brukt i denne studien, at de samme verktøyene for å vurdere underernæring er brukt på alle pasientene som var med i studiene. Dette bidrar til en ytterligere kvalitetsikring.

Studien «Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition» er fra 2008 og skal av den grunn felles av eksklusjonskriteriene. Likevel er den blitt vurdert som relevant for oppgaven av flere årsaker. Studien viser til resultater og viktigheten av tverrfaglig arbeid mellom ernæringsfysiologer, leger og sykepleiere. Funnene i studien kan knyttes direkte til samtlige andre studier brukt i denne studien, eksempelvis «Slik kan ernæringsmessig risiko følges bedre opp». Studien vurderes også som såpass nærme inklusjonskriteriet om 10 år og yngre. I tillegg er den ene forfatteren, Lene Thorsen, også er forfatter ved flere av studiene som er brukt i besvarelsen, samt pensumlitteratur, som igjen øker studiens validitet.

2.4 Søkehistorikk

Søkestrategi innebærer å avgrense søkene. For å unngå å få uoverkommelige antall treff på relevante søkeord, ble inklusjon og eksklusjonskriterier anvendt (Thidemann, 2015) og er som følgende:

Inklusjonskriterier:

- Artiklene må være vitenskapelige
- Artikler som er 10 år og yngre
- Forskningen skal være gjennomført i Norge og de nordiske landene.
- Artiklene må ha gjennomgått fagfellevurdering

Kreftsyke som pasientgruppe ble valgt og fokusområdet er spesialisthelsetjenesten. Artiklene må inneholde sykepleiefaglig rolle og fokus.

Eksklusjonskriteriene:

- Artikler som er eldre enn 10 år.
- Tidsskrifter uten vitenskapelig nivå og fagartikler.
- Artikler som ikke kan relateres til norske sykehus
- Artikler som kun omhandler pasienter i hjemmebaserte tjenester, og som ikke har fokus på sykepleiers rolle og fokus i ernæringsarbeidet.

I analyseprosessen ble samtlige forskningsartikler lest individuelt. Viktige punkter ble notert underveis for å ha en god oversikt over artikkelens innhold og lettere kunne finne tilbake til hva studiene handlet om.

Database: PubMed

Søkeord: malnutrition cancer Norwegian hospital

25 treff.

- Treff 9: Henriksen, C., Gjelstad, I. M., Nilssen, H. & Blomhof, R. (2017) «A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment - results from nutritionDay»

Database: Sykepleien

Søkeord: Sykepleie ernæring

281 treff.

- Treff 7: Woldstad et al. (2020). «Slik kan ernæringsmessig risiko følges opp bedre».

I det innledende søket, ble flere artikler i referanselisten artikkelen i treff 7, identifisert som relevant for problemstillingen:

- Artikkel 8 i litteraturlisten i treff 7: Juul, H. J. & Frich, J. C. (2017). «Kartlegging av underernæring i sykehus: Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko?»

- Artikkel 10 i litteraturlisten i treff 7: Thoresen et al. (2008). «Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition».

Database: Sykepleien

Søkeord: ernæring dokumentasjon spesialisthelsetjenesten

21 treff

- Treff 1: Kårstad, K. Å., Olsen N. R., Sygnestveit, K., Jamtvedt, G., Aarflot, M. & Tangvik, R. J. (2018). «Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull»

Database: Sykepleien

Søkeord: kreft underernæring

24 treff.

- Treff 1: Tchudi-Madsen, C., Stenling, E. M., Granum, V. & Eide, H. (2011). «Kreftpasienter risikerer underernæring».

- Treff 3: Stenling, E. M. & Nortvedt, M. W. (2011). «Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft».

2.5 Hovedfunn

Resultatene fra de valgte forskningsartiklene er fremstilt tematisk. Mangelfull dokumentasjon og oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko, viktigheten av samarbeid på tvers av profesjoner, ernæringsarbeidets viktige rolle i behandlingen av kreftsyke pasienter, samt undervisning, veiledning og oppfølging av kreftpasienter, er de ulike temaene som kommer frem i de ulike forskningsartiklene.

2.5.1 Kreftpasienter risikerer underernæring

Tchudi-Madsen, C., Stenling, E. M., Granum, V. & Eide, H. (2011).

Hensikt	Vurdere ernæringsstatusen hos inneliggende og polikliniske pasienter med kreft som fikk strålebehandling, samt forbedre omsorgen til kreftpasienter i ernæringsmessig risiko.
Metode	Kvalitativ.
Resultat	<p>Av pasientene som oppga at de spiste mindre enn vanlig, oppga 44 respondenter at de hadde hatt et ufrivillig vekttap. Av disse, hadde 17 pasienter et vekttap på 1-5 kg, mens 8 pasienter oppga at de hadde hatt et vekttap på 11-34 kg. De symptomene som ble hyppigst nevnt som årsak for å bidra til at pasienten spiste mindre, var symptomer som kvalme, dårlig appetitt, og fatigue, samt at maten smakte annerledes.</p> <p>Det viktigste funnet var manglende informasjon om forebygging og lindring av plager som var relatert til kost og ernæring, i tillegg til informasjon om forebygging av vekttap. Herunder hadde 83 av 130 respondenter ikke fått denne type informasjon. 82 hadde ikke fått informasjon om hvordan symptomer relatert til kosthold kan lindres, og 90 svarte at de ikke hadde fått informasjon om hvordan vekttap kan forebygges.</p> <p>Ved avslutning av behandlingen hadde 83 fortsatt ikke fått noen informasjon relatert til kosthold, vekttap og lindring av plager.</p>

Diskusjon	Lite kostveiledning og manglende tverrfaglig samarbeid med ernæringsfysiologer, kan bidra til at kreftsyke pasienter ikke får den nødvendige pleien som de både trenger og har rett på. Vurdering av kostholdsveiledning på et tidlig tidspunkt i behandlingen, kan ha en forebyggende intensjon, som igjen reduserer liggetid.
-----------	---

2.5.2 Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull

Kårstad, K. Å., Olsen N. R., Sygnestveit, K., Jamtvedt, G., Aarflot, M. & Tangvik, R. J. (2018).

Hensikt	Vurdering om ernæringspraksisen på et av landets største sykehus, samsvarte med anbefalingene som kommer frem i nasjonale faglige retningslinjer i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring.
Metode	Kvantitativ retrospektiv studie.
Resultat	714 pasientjournaler ble inkludert i studien. Kartleggingen avdekket at informasjonen om ernæringspraksis i journalene var mangelfull og samstemte ikke med nasjonale retningslinjer. Det kom blant annet frem at det ikke fantes informasjon om vurdering av ernæringsmessig risiko i 85 % av pasientjournalene. Det ble utarbeidet en ernæringsplan for ca. 70 % av pasientene i ernæringsmessig risiko, men denne ble i liten grad fulgt videre opp.
Diskusjon	Dersom den mangelfulle dokumentasjonen som ble avdekket i studien, faktisk gjenspeiler ernæringspraksisen på sykehuset, er det alvorlig for pasientsikkerheten. I tillegg kan det ha økonomiske konsekvenser, da det er påvist at forebyggende tiltak til pasienter i ernæringsmessig risiko, vil redusere sykkelighet og liggetid. Dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus og ernæringspraksis er viktig informasjon som skal følge pasienten videre til neste omsorgsledd, og vil samtidig spare helsepersonell for å gjøre risikovurdering og kartlegging på nytt for å utarbeide en ernæringsplan.

2.5.3 Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft

Stenling, E. M. & Nortvedt, M. W. (2011).

Hensikt	Undersøke hvorvidt ernæringsveiledning har noe innvirkning på næringsinntak, ernæringsstatus, symptomer og livskvalitet hos pasienter med kreft som får medikamentell behandling og/eller strålebehandling
---------	--

Metode	Litteraturstudie. To type søk. Det ene litteratursøket ble utført i følgende databasene: Cochrane Library, Evidencebased Medicine og Medline. Det andre søket var etter retningslinjer og ble gjort i databasene: International Cancer Guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Cancer Guidelines, Nice Cancer Guidelines og National Guideline Clearinghouse.
Resultat	En systemisk oversikt, en retningslinje og to randomiserte kontrollerte studier ble vurdert som relevant for problemstillingen. Resultatene viser til at ernæringsveiledning øker næringsinntak, forbedrer ernæringsstatus og gir pasienter økt livskvalitet.
Diskusjon	Det er nødvendig at veiledningen tilpasses den enkeltes pasients behov, både når det gjelder ernæringsmessige behov, samt vaner og ønsker. Det kan tyde på at det er behov for å videreutvikle mer kunnskap på dette området fremover.

2.5.4 Slik kan ernæringsmessig risiko følges opp bedre

Woldstad, K., Ingemundsen, M. G., Folvik, T. L. & Lærum-Onsager, E. (2020)

Hensikt	Vurdere hvorvidt økt kompetanse i form av undervisning og innføring av nye ernæringsrutiner, ville resultere til at sykepleiere tok mer ansvar for iverksettelse av tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko.
Metode	Kvantitativ studie. Kompetanseforbedringsprosjekt.
Resultat	68 % av sykepleierne mente at det nye ernæringsdokumentet ikke var ressurskrevende. 26 % mente det var krevende, og oppgav at det tok for lang tid å fylle ut, som årsak. 58 % av sykepleierne opplevde ernæringsdokumentet som nyttig, dog dokumentet ble i liten grad benyttet aktivt etter opprettelsen. Sykepleierne fikk større innsikt i hva en ernæringscreening innebærer, og henviste pasienter til ernæringsfysiologi tidligere i forløpet.
Diskusjon	Ernæringsarbeid er tverrfaglig, og det krever stor grad av samarbeid mellom ulike profesjoner for å kunne ivareta pasienters ernæringsstatus på en god måte. Tilgang på ressurser, herunder nok personell og tilstrekkelig med tid til å gjennomgå og dokumentere kartlegging av pasienter og gjennomføring av tiltak. Utenom informasjon og opplæring, er det helt nødvendig med støtte fra ledelsen, samt faglig kompetanse og engasjement fra medarbeidere, i tillegg til tilstrekkelig tilgang på ressurser, for å lykkes med å etablere ny praksis, herunder forbedring av en allerede etablert ernæringspraksis.

2.5.5 Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition

Thoresen, L., Rothenberg, E., Beck, A. M. & Irtun, Ø. (2008).

Hensikt	Vurdere hva leger og sykepleiere mente om bruken av kostholdsekspert/ernæringsfysiologer på sykehusene, samt vurdere om tilstedeværelsen av en kostholdsekspert/ernæringsfysiolog på sykehusavdelinger påvirker leger og sykepleiere i ernæringsarbeid.
Metode	Kvantitativ studie. Et spørreskjema ble sendt til 6000 leger, 6000 sykepleiere og 678 klinisk ernæringsfysiologer som arbeidet i ulike avdelinger på sykehus der det er dokumentert at underernæring er vanlig blant innlagte pasienter. Av disse, ble 4871 besvarte spørreskjemaer inkludert i studien.
Resultat	Leger og sykepleiere hadde større fokus på ernæring da de hadde tilgang på kostholdsekspert/ernæringsfysiolog.
Diskusjon	Til tross for at leger og sykepleiere har tilgang til ernæringsfysiolog, ble samarbeidet etablert i kun 5 % av pasientinnleggelsene. Hyppige besøk og samarbeid med klinisk ernæringsfysiologer forbindes med en betydelig økning i fokus på ernæring, blant sykepleiere og leger. Det krever ytterligere studier for å undersøke muligheter for å forbedre ytterligere ernæringspraksis i sykehusene.

2.5.6 Kartlegging av underernæring i sykehus: Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko?

Juul, H. J. & Frich, J. C. (2017).

Hensikt	Skaffe informasjon og kunnskap om avdelingssykepleieres erfaringer med å ta i bruk et screeningverktøy, som har til hensikt å identifisere ernæringsmessig risiko. I tillegg hvilke hemmende og fremmende faktorer ved innføring av verktøyet.
Metode	Kvalitativ.
Resultat	Sykepleiere er ansvarlig for ernæringsbehandlingen. Hemmende faktorer var uklare arbeidsforhold, manglende involvering og engasjement fra sykehusledelsen, samarbeidet var dårlig, manglende pasientinnflytelse, samt utilstrekkelig ernæringskunnskap. Fremmende faktorer ved bruk av verktøyet var gode dokumentasjonssystemer for ernæring, diagnosekoding for underernæring, samt leger som etterspurte informasjon om pasienters ernæringsstatus.

Diskusjon	For å fremme god ernæringspraksis, er det vesentlig å redusere hemmende og styrke fremmende faktorer i bruk av ernæringscreeningsverktøy. For eksempel må roller og ansvarsområder tydeliggjøres. Ernæringsbehandling er essensielt i pasientens behandlingsforløp, og bør sidestilles med annen type behandling i sykehus.
-----------	---

2.5.7 A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment — results from nutritionDay

Henriksen. C., Gjelstad, I. M., Nilssen, H. & Blomhof, R. (2017).

Hensikt	Få en oversikt ved hjelp av data fra NutritionDay. over hyppigheten av underernæring, samt andelen underernærte pasienter som fikk ernæringsbehandling på to forskjellige universitetssykehus i Norge.
Metode	Kvantitativ.
Resultat	75 % av alle pasientene hadde en registrert kroppsvekt, mens 70 % av disse hadde også registrert høyde. BMI ble derfor regnet ut kun hos 66 % av de inneliggende pasientene. 5 % av pasientene ble registrert som undervektig, med en BMI under 18.5. Onkologisk avdeling hadde den høyeste frekvensen av pasienter med lav BMI, og den høyeste andel av pasienter med vekttap og generelle underernæring. Kun 41 % av pasientene som var underernært fikk ernæringsbehandling.
Diskusjon	En høy andel av underernærte pasienter på norske sykehus fikk ikke tilstrekkelig ernæringsbehandling, som igjen indikerer et potensial i forbedringsarbeidet i ernæringsomsorg og kostnadsbesparelser. Ufrivillig vekttap, i tillegg til lite matinntak før og etter sykehusopphold gikk igjen på begge sykehusene. Pasienter ved onkologisk avdeling hadde lavest BMI, og høyest vekttap og underernæring, som gir grunnlag for ytterlig oppmerksomhet og forskning.

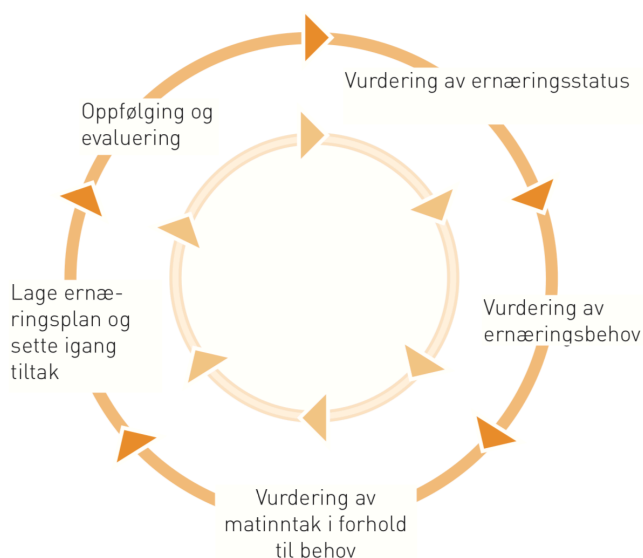
3. Diskusjon

3.1 Sykepleierens funksjon og ansvar i ernæringsarbeid

Tchudi-Madsen (Tchudi-Madsen et al., 2011) understreker at kreftsyke pasienter har en særlig risiko for vekttap og underernæring. En av hovedårsakene er at kreft i seg selv, kreftbehandlingen, de følelsesmessige og psykologiske påkjenningene hos pasienten kan bidra til økt behov og endret næringsinntak. Nok og riktig mat vil dermed ha stor betydning for pasienten.

Sykepleieren har, ifølge Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2012) et overordnet ansvar for å sørge for at pasienten får tilstrekkelig næring og drikke, som er tilpasset pasientens behov og ønsker. Arbeidsoppgavene inkluderer blant annet ernæringskartlegging, eventuelt utarbeide ernæringsplan, og har sammen med annet pleiepersonell ansvar for at ernæringsplanen blir fulgt opp. Figur 4 demonstrerer hvordan god ernæringsbehandling skal utføres i praksis.

Figur 4. God ernæringspraksis



(Helsedirektoratet, 2012).

Ifølge Woldstad (Woldstad et al., 2018) er det en sentral del av god ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten å identifisere ernæringsmessig risiko. Når en slik risiko er identifisert, kan individuell behandling iverksettes. Studien identifiserer imidlertid en rekke barrierer mot utøvelse av god ernæringspraksis. Blant annet rapporterte flere av sykepleierne at de har lite kunnskap om ernæring, og effektive og individuelle ernæringstiltak for pasienter som var i ernæringsmessig risiko. Flere uttrykte også at de var usikker på sin rolle i ernæringsarbeidet. Mangel på tid, samt at

dokumentasjon av ernæringspraksisen er mangelfull er andre eksempler som ble identifisert som barrierer for god ernæringspraksis på sykehus.

Paur (Paur et al., 2018) peker derimot på blant annet uklare ansvarsforhold mellom yrkesgrupper som mulig årsak for at ernæringsbehandlingen i dag er mangelfull. Juul og Frich (Juul & Frich, 2013) viser i sin forskning til at manglende engasjement fra sykehusledelsen utgjør en vesentlig hemmende faktor for innføring og bruk av screeningverktøy. Informantene i studien uttrykte at det hadde stor betydning at særlig ledere på nivået under administrerende direktør viste engasjement for ernæringsarbeidet. Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2012) legger vekt på at ledelsesforankring og en tydelig ansvarsfordeling er en absolutt forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen, samt at ernæringsbehandling skal bli en integrert del av behandlingstilbudet. Det er altså ledelsen sitt ansvar og oppgave å definere ansvarsforhold ved det enkelte foretak og avdeling. Ledelsen har videre et overordnet ansvar for å tilrettelegge for at pasienter kan sikres et forsvarlig kosthold. Ledelsen har også ansvaret for at virksomheten har rutiner for ernæringsarbeidet og ernæringsbehandling for ulike pasient- og brukergrupper. Herunder kartlegging og behandling, rutiner og prosedyrer, sikre kvalitet, kontinuitet, samt sikre at kompetansen er tilstrekkelig og riktig.

Videre var legenes engasjement og etterspørsel av informasjon vedrørende pasienters ernæringstilstand verdifullt, allikevel var leger mindre opptatt av ernæring. Informantene så på det som sitt ansvar å få legene mer interessert i pasientens ernæringsbehandling (Juul & Frich, 2013).

Underernærte pasienter trenger en målrettet individuell ernæringsplan. Når det er påvist at en pasient er underernært eller har risiko for utvikling av underernæring, skal det lages en individuell ernæringsplan som dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Målet kan være å oppnå balanse eller forbedring av ernæringsstatus. I enkelte tilfeller, som ved langtkommet kreft, kan det mest realistiske målet være å bremse et vekttap (Thoresen, 2016, s. 569).

I fokuset på vurdering og kartlegging er det likevel viktig å huske på at det er risikovurderingens påfølgende tiltak, og monitorering av disse, som kan forbedre pasientens ernæringsstatus. Dette er særlig viktig å huske på at en kostregistrering alene ikke vil få pasienten til å spise mer. Dessverre viser erfaringer at kostregistrering ofte iverksettes og viser for lavt inntak, men at følgetiltakene uteblir. Tall fra nutritionDay viser nemlig at hele 60 prosent av de underernærte pasientene ikke fikk den behandlingen de hadde behov for (Henriksen et al., 2017). Hvilke ernæringsmessige tiltak som skal igangsettes vil være situasjonsavhengig og basert på den enkelte pasients preferanser,

medisinske historie og respons på behandling. Tiltak bør likevel være basert på risikovurdering, individuell kartlegging, sikre nok og riktig næring og overføring av informasjon (Breivik, et al. 2018).

Både leger og sykepleiere er ansvarlig for å innhente bistand fra kvalifisert personell dersom omstendighetene tilsier at dette er nødvendig for å sikre at pasienten får den hjelpen som trengs. I tillegg har sykepleieren som regel ansvar for å følge opp ernæringsbehandlingen, samt sørge for at pasienten er tilstrekkelig informert og har forståelse for egen situasjon, så langt det lar seg gjøre.

Videre skal den som yter helsehjelp føre journal. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. For hver pasient må det foretas en konkret vurdering av hva som skal nedtegnes i journalen, og også opplysninger knyttet til undersøkelser, funn og behandling av ernæringsstatus kan være relevante og nødvendige opplysninger.

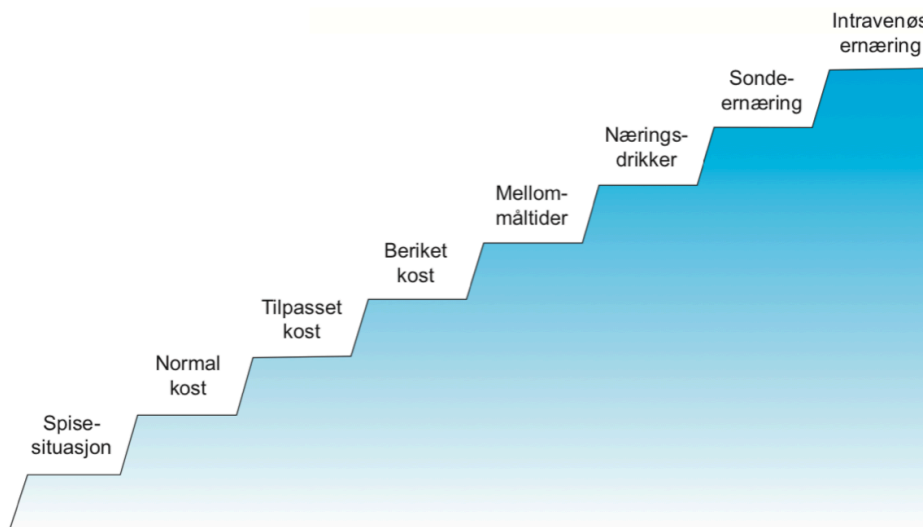
Kårstad (Kårstad et al., 2018) undersøker om ernæringspraksis ved et norsk sykehus samsvarer med Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer, ved å gjennomgå pasientjournaler. Resultatene fra studien viser til at dokumentasjon om ernæring er mangelfull, og at sykehusets ernæringspraksis ikke samsvarer med de nasjonale retningslinjene. I tillegg ble det i studien nevnt en rekke utfordringer som gjør at ernæringsarbeidet ikke gjøres godt nok. Forskerne fant eksempelvis at 19 pasienter i aldersgruppen 60-79 år fikk diagnosekode for underernæring i epikrisen, men informasjon om ernæringsmessig risiko manglet i 7 av pasientjournalene. Med andre ord, det var ingen samsvar mellom dokumentasjonen av ernæringsmessig risiko og bruken av diagnosekoder for underernæring.

Henriksen (Henriksen et al., 2017) peker på at en høy andel av underernærte pasienter på norske sykehus fikk ikke tilstrekkelig ernæringsbehandling. Ufrivillig vekttap, i tillegg til lite matinntak både før og etter sykehusopphold gikk igjen på begge sykehusene. Dette indikerer at sykehusene har et potensial i forbedringsarbeidet i ernæringsomsorg og kostnadsbesparelser. Pasientene ved onkologisk avdeling hadde dessuten lavest BMI, og høyest vekttap og underernæring. Dette gir grunnlag for ytterligere oppmerksomhet og forskning på ernæringsbehandling for denne pasientgruppen.

Når en skal opprette et ernæringstiltak bør det gjøres i prioritert rekkefølge. Ernæringstrappen er et verktøy som bør brukes i dette arbeidet. Hensikten er ikke å følge trappen slavisk, det kan nemlig være hensiktsmessig og riktig å starte på et høyere trinn og/eller hoppe over noen trinn i trappen. Tidlige og enkle tiltak som for eksempel tilrettelegging av spisesituasjon og energiberiket

kost kan forhindre eller forsinke bruken av behandling som for eksempel sondeernæring og intravenøs ernæring som har en langt høyere kostnad. En kan altså oppnå mye ved å fokusere på tiltak som ligger på et lavere kostnadsnivå.

Figur 2. Ernæringstrappen



(Helsedirektoratet, 2010)

Stenling (Stenling et al., 2011) viser til at det kan ha stor verdi å tilby spesielt interesserte sykepleiere i en enhet, mulighet for videre utdanning og kurs, for å oppdateres på kunnskap om ernæring. Dette vil kunne virke som en tiltak for å ytterligere sikre kompetanse hos sykepleiere, samt kunne tilby veiledningssamtale til alle pasienter slik forskning og retningslinjer anbefaler. På den måten kan disse sykepleierne veilede pasienter i tillegg til ernæringsfysiolog. Økt kunnskap og kompetanse kan gi positiv virkning ved å øke motivasjonen for å følge opp pasientens ernæringstilstand, samt øke bevisstheten rundt ernæring blant alle sykepleiere i enheten. De kan både identifisere dem som allerede er underernært, men også fange opp pasienter som er i ferd med å endre spisemønster og ufrivillig gå ned i vekt. På den måten har sykepleiere en avgjørende rolle i å kartlegge og bedømme pasientenes ernæringstilstand. Sykepleierne kan da henvise pasienter til sykepleier med spesialkompetanse eller ernæringsfysiolog.

3.2 Tidlig innsats

Flere av studiene som presenteres i oppgaven indikerer at tidlig ernæringsintervensjon reduserer komplikasjoner, sykehusoppholdets lengde, reinnleggelser, dødelighet og kostnader i forbindelse med sykehusopphold. En tidlig identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko, samt kartlegging av ernæringsstatus i begynnelsen av behandlingsforløpet, gjør det også mulig å

iverksette tiltak før underernæring oppstår. Underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikke blir identifisert, og korrigerende av alvorlig underernæring er ofte vanskelig og tidkrevende.

I studien «Kreftpasienter risikerer underernæring» (Tschudi-Madsen et al., 2011) kommer det imidlertid frem at 82 av 130 respondenter uttrykte at de ikke hadde fått informasjon om hvordan symptomer relatert til kosthold kan lindres. 90 av de samme 130 respondentene rapporterte at de ikke hadde fått informasjon om hvordan vekttap kan forebygges. Etter endt behandling, var det fortsatt 83 pasienter som svarte at de ikke hadde fått noe ernæringsrelatert informasjon. En kan argumentere for at det kan føles overveldende ved førstegangsinnleggelse for pasienter, med mye ny informasjon som en skal forholde seg til ved nyoppdaget kreftsykdom. I tillegg befinner mange seg i en fase av sykdommen hvor en kanskje i mindre grad er mottakelig for informasjon som ikke oppleves som strengt nødvendig. Et sentralt spørsmål vil derfor være, når er det mest hensiktsmessig å informere pasienter om temaet kosthold og ernæring? Tschudi-Madsen (Tschudi-Madsen et al., 2011) referer i sin studie videre til forskning som understreker at en oppnår best resultat når intervensjonene settes inn både før behandlingen starter og før pasienten har fått en stor nedgang i kroppsvekt. Helsepersonell står dermed overfor en situasjon som krever nøye vurdering i hva som er til pasientens beste. Den høye andelen av respondenter som rapporterte at de ikke hadde fått informasjon om verken forebygging eller lindring av ernæringsmessige utfordringer og symptomer kan ha flere årsaker. Som tidligere nevnt, kan det hevdes at mottakelighet for informasjon var svekket i dette tidsrommet. Selv om informasjonen er gitt, er det ikke sikkert at den er nådd frem. Til tross for det, har helsepersonell ifølge pasientrettighetsloven §3-5 et ansvar for å sikre at informasjon som gjelder den enkelte pasient, blir mottatt og forstått av pasienten selv (Tschudi-Madsen et al., 2011).

3.3 Pasienten i fokus

Pasientene bør inkluderes så langt det er mulig i egen tilfriskningsprosess, da dette gir en rekke positive ringvirkninger. Spesielt to studier legger vekt på pasientens eierskap til egen sykdom og problemstilling. Stenling og Nortvedt (Stenling & Nortvedt, 2011) viser til at pasienten bør få kjennskap til viktigheten av ernæring som en del av kreftbehandlingen, og at tilstrekkelig med informasjon blir gitt, samt inkludering i ernæringsbehandlingen. Pasienter som fikk tilpasset kosthold basert på vanlig mat, hadde økt overlevelse samt mindre toksisitet, sammenlignet med pasienter som fikk standard næringsdrikk som et ernæringstilskudd i tillegg til vanlig mat. Pasientene som fikk individuell ernæringsbehandling opprettholdt i større grad den opprinnelige ernæringsstatusen. Resultatene fra studien til Tschudi-Madsen (Tschudi-Madsen et al., 2011)

understøtter dette ved å vise til at individuell ernæringsveiledning til pasientene i studien ga økt næringsinntak og bedre ernæringsstatus, høyere livskvalitet og bedre symptomlindring. Studien viser også til at kostveiledning kan gi pasienter opplevelsen av å handle aktivt vedrørende egen sykdom, noe som igjen er svært viktig for deres livskvalitet.

Stenling og Nortvedt (Stenling & Nortvedt, 2011) konkluderer videre at det kan se ut til at hyppig og jevnlig oppfølging og ernæringsveiledning er nødvendige tiltak og har betydning for at pasienten skal mestre å følge kostråd. De samlede resultatene indikerer at ernæringsveiledning og samtaler sammen med sykepleier eller ernæringsfysiolog minst hver fjortende dag, sammen med næringstilskudd gir det beste utfallet for pasienten. Dette er ressurskrevende tiltak som også stiller krav til god logistikk.

3.4 Tverrfaglig samarbeid, en nødvendighet for god oppfølging

I resultatene fra studien til Thoresen (Thoresen et al., 2008) kom det frem at hyppig besøk av KEF på enheter der underernæring er vanlig, førte til betydelig større oppmerksomhet på ernæring hos sykepleiere og leger.

De samme resultatene kommer frem i studien til Woldstad (Woldstad et al., 2020). Her ble det observert at sykepleiere som fikk større bevissthet om hva en ernæringscreening innebærer, begynte også å henvise til KEF tidligere i pasientforløpet. En annen observasjon var at sykepleierne i mye større grad sammenlignet med før prosjektstart, hadde faglige diskusjoner med annet helsepersonell, om ulike tiltak hos pasienter i ernæringsmessig risiko. KEF på sin side, rapporterte at ernæringsdokumentet som ble brukt var nyttig, og ble aktivt benyttet for å holde seg oppdatert på pasientenes ernæringsstatus.

Ernæringsbehandling omfatter altså utredning, diagnostisering og behandling av pasientens ernæringstilstand, og involverer en rekke yrkesgrupper og fagpersoner. Ernæringsarbeid er et tverrfaglig fagfelt, og sykepleiere må samarbeide med blant annet leger og klinisk ernæringsfysiologer. Det vil derfor som regel være behov for tverrfaglig samarbeid, og det kan være både relevant og hensiktsmessig å opprette tverrfaglig team som drøfter behandling og oppfølging av ernæringssituasjonen for pasienten. Sammensetningen av et slikt tverrfaglig team må tilpasses pasientens/brukergruppens behov (Helsedirektoratet, 2013, s. 24-25).

4. Oppsummering og konklusjon

Flere av studiene har forsterket mistanken om at erfaringene til forfatteren kan sammenlignes med det som faktisk foregår på flere sykehus i Norge. Det må også nevnes her at en stor andel av resultatene under litteratursøket gjaldt hjemmebaserte tjenester, noe som indikerer behov for videre forskning innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det ligger en mulighet til forbedring av ernæringsarbeid med mer målrettet og strukturert arbeid. I dette arbeidet må kartlegging og oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko skje systematisk, og inngå som en del av pasientforløpene (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Pasienter må få tilstrekkelig informasjon og må sammen med pårørende bli involvert i ernæringsbehandlingen. Aktiv samhandling med pasienten og pårørende er en viktig del av omsorgsfull helsehjelp, og kommer frem i de etiske prinsippene om medvirkning og autonomi. Det vil være viktig og kan bidra til positive ringvirkninger at pasienten deltar i kartleggingen av egen ernæringsstatus, da det vil gi større innsikt i egen situasjon, samt mulighet for involvering i og påvirkning av de tiltakene man kommer frem til. Suksessfull ernæringsbehandling er således avhengig av involvering av alle ledd fra pasient til ledelse i helseforetaket.

Sykepleiere har mulighet å løfte ernæringens betydning i pasientbehandlingen. Dersom sykepleiere som helsepersonell også føler et eierskap til ernæringsbehandlingen, på lik linje til resten av kreftbehandlingen, vil forbedringsmulighetene styrkes ytterligere. Dette vil også kunne bidra til optimalisering av forutsetninger for hver enkelt pasient til å kunne gjennomføre og tåle sin kreftbehandling. Ledelsen på sin side, må ta ansvar, vise engasjement, tilrettelegge og bruke tilstrekkelig med ressurser for at dette arbeidet skal kunne gjennomføres på en god måte og bli en integrert del av behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Ernæringsarbeid er et tverrfaglig anliggende, der sykepleiere har en sentral rolle. Det er en del av den helhetlige omsorgen og sykepleierens ansvar å hjelpe pasienter til å få dekket sitt behov for ernæring gjennom hele perioden pasienten er under utredning, behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Det er altså sykepleierens ansvar at ernæringsstatus er tilstrekkelig ivaretatt. Dersom dette ikke blir prioritert, vil det være pasienten som høster lidelsene. Å gi riktig og tilstrekkelig ernæring må være en integrert del av behandlingen av syke, og det må være like selvsagt som annen medisinsk behandling. Det er også nødvendig og en forutsetning for å utføre ernæringsarbeidet på en god måte, at sykepleieren har kunnskap om og er bevisst på faktorer som

fremmer og hemmer god ernæringspraksis. Avslutningsvis må det understrekes at forebygging, tidlig identifisering av pasienter i fare, diagnose, personlig intervensjon og oppfølging er essensielt i håndteringen av underernæring og dens konsekvenser.

Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide. 3rd Edition*. Open University Press

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Breivik, C., Slåttum, M. A., Ryel, A. L. & Paur, I. (2018). God kreftbehandling krever riktig ernæring. *Sykepleien*. 10.4220/Sykepleiens.2018.65134

Helsebiblioteket. Sjekkliste for kvalitativ studie. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_/attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf

Henriksen, C., Gjelstad, I. M., Nilssen, H. & Blomhof, R. (2017). A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment — results from nutritionDay 10.1080/16546628.2017.1391667

Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende*

kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (5. utg.). (s. 619-673). Cappelen Damm AS.

Juul, H. J. & Frich, J. C. (2017). Kartlegging av underernæring i sykehus: Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2013;3(2):77–89.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15-80). Gyldendal akademisk

Kårstad, K. Å., Olsen N. R., Sygnestveit, K., Jamtvedt, G., Aarflot, M. & Tangvik, R. J. (2018). Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull. *Sykepleien*, 2018(13), Artikkel e-72857. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72857>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. Gyldendal akademisk

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, Ø. (2005). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Elsevier Ltd*. 10.1016/j.clnu.2005.11.011

Nasjonalt råd for ernæring (2017). Sykdomsrelatert underernæring Utfordringer, muligheter og anbefalinger. Tilgjengelig fra: http://www.ernaeringsradet.no/wp-content/uploads/2017/01/Sykdomsrelatert-underernæring_IS-0611.pdf

NSF (u.a.) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 02.05.21)

Paur, L., Slåttholm. M. A., Ryel, A. L. & Smeland, S. (2018). Riktig ernæring er viktig for kreftpasienter. *Tidsskr Nor Legerforen*. 10.4045/tidsskr.18.0072

Stubberud, D., Kondrup, J. & Almås. H. (2016). Ernæring ved sykdom. I Stubberud, D., Kondrup, J. & Almås. H (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 17-49). Gyldendal akademisk

Thidemann, I. J. (2017). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Thoresen, L., Rothenberg, E., Beck, A. M. & Irtun, Ø. (2008). Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2008(21). 239–47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00869.x>

Thoresen, L. (2016). Næringsbehov ved sykdom. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 563-590). Gyldendal akademisk.

Woldstad, K., Ingemundsen, M. G., Folvik, T. L. & Lærum-Onsager, E. (2020). Slik kan ernæringsmessig risiko følges opp bedre. *Sykepleien*, 2020(108). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82558>

Vedlegg 1: Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)

Innledende screening

		JA	NEI
1	Er BMI < 20,5?		
2	Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste ukene?		
3	Har pasienten hatt redusert næringsinntak de siste ukene?		
4	Er pasienten alvorlig syk?		
<p>Ja Dersom svaret er JA på noen av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen på neste side.</p> <p>Nei Dersom svaret er NEI på alle svarene, gjennomføres innledende screening ukentlig. Dersom pasienten skal gjennomgå planlagt større kirurgi, skal en forebyggende ernæringsplan vurderes for å unngå assosiert ernæringsrisiko. ⁸</p>			

Hovedscreening - vurdering av risikograd

Score	Emæringstilstand	Score	Sykdommens alvorlighetsgrad
0	Normal ernæringstilstand	0	Ikke syk
1	Vekttap 5-10% siste 3 mnd. og/eller Matinntak 50-75% av behov i mer enn en uke	1	En pasient med kronisk sykdom eller en pasient som har gjennomgått et mindre kirurgisk inngrep. Levercirrose, nyresvikt, kronisk lungesykdom, kreftpasienter, pasienter med collum femoris fraktur, etter cholecystectomi og laparoskopiske operasjoner.
2	Vekttap > 5% siste 2 mnd. eller BMI= 18.5-20.5 + redusert allmenntilstand eller matinntak 25-60% av behov siste uke	2	En pasient med tydelig redusert allmenntilstand pga sin sykdom. Alvorlig pneumoni, inflammatorisk tarmsykdom med feber, akutt nyresvikt, større kirurgiske inngrep som kolektomi og gastrektomi, ileus, anastomoselekkasje og gjentatte operasjoner.
3	Vekttap > 5% siste måned eller BMI < 18.5 + redusert allmenntilstand eller Matinntak 0-25% av behov siste uke.	3	En pasient som er alvorlig syk. Store apopleksier, alvorlig sepsis, intensivpasienter (APACHE>10), benmargstransplantasjoner, store hodeskader, brannskader>40% og alvorlig akutt pancreatitt. ⁹

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Juul, H. J. & Frich, J. C. «Kartlegging av underernæring i sykehus: Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko?» Nordisk Sygeplejeforskning. 2013;3(2):77–89.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forskernes hensikt med studien var å skaffe kunnskap om avdelingssykepleieres erfaringer med å ta i bruk et screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko. I tillegg ønsket de å se på hva som virket hemmende og fremmende på innføringen av verktøyet. Studien omtaler tidligere forskning, som viser at lokalt eierskap, samt lokale tilpasninger viktig for å etablere en bedre ernæringspraksis i sykehus.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har som mål å skaffe beskrive erfaringene og opplevelsene til avdelingssykepleiere i arbeidet med å innføre og ta i bruk et ernæringscreeningverktøy. Det vil da være hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forfatterne er tydelig på at en kvalitativ tilnærming var hensiktsmessig, men utdyper ikke videre hvordan de bestemte hvilken metode som skulle brukes. Dog beskriver og begrunner de utvelgelsen av informanter.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forfatterne har gjort rede for hvem som ble valgt ut som informanter og hvorfor. Informantene bestod av fire kvinner og en mann som gir noe variasjon i kjønn. En kan anta at andel menn kunne vært høyere, dersom sykepleieryrket hadde vært ytterligere kjønnsnøytralt og flere menn hadde gått inn i rollen som avdelingssykepleier. Forfatterne beskriver videre årsaken til at avdelingssykepleiere ble valgt, og begrunnes med at de i egenskap av å være ledere, kunne belyse både avdelingens erfaringer i tillegg til ledelsesmessige faktorer. Gjennomsnittsalderen var 45 år.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Datasamlingen baserte seg på intervjuer med en allerede utarbeidet intervjuguide. De hadde en varighet på gjennomsnittlig 50 minutter og var gjennomført på informantenes arbeidsplass. Intervjuguiden blir ytterligere beskrevet, og hovedtemaene blir gjort rede for. Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd, men i intermasjonsskrivet ble det beskrevet hvilke temaer som var ønskelig å belyse.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det kommer frem i artikkelen at førsteforfatteren gjennomførte et mindre pilotprosjekt, med frivillige deltakere. Ellers blir det ikke ytterligere beskrevet om vurdering av forskernes egne roller, når det gjelder forutinntatthet eller påvirkning på utformingen av problemstillingen. Forfatterne diskuterer dog styrker og svakheter ved studien. En svakhet som kommer frem, er at forskningsdataene baserer seg på et lite materiale. Likevel blir det understreket at materialet gir en ny og dypere forståelse for utfordringer knyttet til ernæringscreening og god ernæringspraksis.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien er publisert i Nordisk Sykeplejeforskning/Nordisk sykepleieforskning/Nordic Nursing Research, som er et vitenskapelig og fagfelledømt tidsskrift. Tidsskriftet henvender seg til forskere innen sykepleievitenskap og helsefag, undervisere, sykepleiere i klinisk praksis og andre fagprofesjonelle.

Studien er også godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), samt at det ble innhentet samtykkeerklæring fra samtlige informanter.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er blitt gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, og hvordan analysen ble gjennomført. Forskerne brukte dels kategorier fra litteraturen, samt søk etter nye mønstre og trekk i materialet. Analysen er en kombinasjon av en deduktiv og induktiv analytisk tilnærming. Begge forfatterne deltok her. Det blir gjort videre rede for de ulike trinnene i analysen.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forfatterne trekker inn andre kilder for å vurdere, underbygge og validere funnene. Diskusjonen vurderes også som tilstrekkelig om funnene, både for og imot forskernes argumenter.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Forfatterne er innforstått med at praksis og rutiner også til ernæringsarbeid vil variere mellom ulike avdelinger og sykehus. Herunder kompetanse, ledelse, implementering, ansvar og dokumentasjon. Til tross for dette, mener forfatterne at funnene i studien har relevans til andre somatiske sykehusavdelinger.

