



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	256
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7249
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	68
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

Forebygging av underernæring hos
kreftpasienter

Preventing malnutrition in cancer patients

Kandidatnummer: 256

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og sosialvitenskap (FHS)

12. Mai 2023

Antall ord: 7249

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.*

ABSTRACT

Background: In 2021 almost 37 000 new cases of patients with cancer were reported in Norway. Malnutrition is the most common sub disease to cancer and closer to 30% of patients in Norwegian hospitals are malnourished or at risk of getting malnourished. Due to cytostatic agents, patients experience severe symptoms like nausea and loss of appetite, which can affect their food intake.

Methods: I wanted to find out how a nurse can prevent malnutrition in cancer patients receiving cytostatic agents. Therefore, I structured a search strategy based on the question: “How can a nurse prevent malnutrition in cancer patients receiving cytostatic agents?” A literature study is used as a method for this paper. I performed a strategic search in CINAHL, Medline and Cochrane Library and found five articles relevant for this paper.

Results: The articles showed that easy screening tools, early nutrition screening, interdisciplinary teams and individual nutritional counseling has satisfying results in improving cancer patients’ nutritional status when receiving cytostatic agents.

Conclusion: Nurses can prevent malnutrition in cancer patients receiving cytostatic agents by early identifying patients in risk of malnutrition with the help of good screening tools as the first step to good nutritional care. To further optimize the nutritional care, an interdisciplinary team should be involved. The last step in good nutritional care is giving each patient individual nutritional counseling to improve their nutritional status.

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 AVGRENSNING OG AVKLARING AV PROBLEMSTILLING	6
1.4 OPPGAVENS HENSIKT	6
1.5 BEGREPSAVKLARINGER	6
1.6 OPPGAVENS OPPBYGNING	7
2.0 BAKGRUNN MED TEORETISK PERSPEKTIV	8
2.1 KREFT OG BEHANDLING	8
2.1.1 <i>Kreftsykdom</i>	8
2.1.2 <i>Cytostatika</i>	9
2.1.3 <i>Cytostatika og bivirkninger</i>	9
2.2.1 <i>Et grunnleggende behov for ernæring</i>	11
2.2.2 <i>Underernæring</i>	11
2.3 SYKEPLEIE SOM FAG OG FUNKSJON	12
2.3.1 <i>Relevant lovverk og de yrkesetiske retningslinjene</i>	12
2.3.2 <i>Sykepleierens forebyggende og pedagogiske funksjon</i>	12
2.3.3 <i>Kartleggingsverktøy</i>	14
2.3.4 <i>Tverrprofesjonelt samarbeid</i>	15
3.0 METODE	16
3.1 LITTERATURSTUDIE	16
3.2 SØKEHISTORIKK	16
3.2.1 <i>Manuelt søk</i>	16
3.2.2 <i>Systematisk søk</i>	16
3.3 KRITISK VURDERING AV ARTIKLER	18
3.4 ANALYSE OG SYNTESE	19
3.5 ETISKE VURDERINGER	19
4.0 PRESENTASJON AV FUNN I FORSKNING	20
4.1 ERNÆRINGSKARTLEGGING OG KARTLEGGINGSVERKTØY	20

4.2 TVERRPROFESJONELT SAMARBEID	21
4.3 ERNÆRINGSVEILEDNING	22
5.0 DRØFTING	23
5.1 DRØFTING AV FUNN I ARTIKLER.....	23
<i>5.1.1 Ernæringskartlegging og kartleggingsverktøy</i>	23
<i>5.1.2 Tverrprofesjonelt team</i>	24
<i>5.1.3 Ernæringsveiledning</i>	25
5.2 DRØFTING AV METODE.....	26
6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSON	28
REFERANSELISTE	29
VEDLEGG I: SØKEHISTORIKK.....	32
VEDLEGG II: LITTERATURMATRISE	36
Figur 3.1: PICO-skjema.....	17
Figur 3.2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	18

1.0 INNLEDNING

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, ut ifra temaet komme frem til en konkret og søkbar problemstilling, samt avgrensninger og avklaring av problemstillingen. Jeg vil også presentere hensikten med oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er en av de mest utbredte sykdomsgruppene i Norge hvor mange blir berørt enten direkte eller indirekte. I 2021 ble det rapportert nesten 37 000 nye tilfeller av kreft i Norge, noe som er en økning på 4,2% fra 2020 (Kreftregisteret, u.å.). Den vanligste behandlingsformen for kreft er cytostatikabehandling. Behandlingen er intens og bivirkningene er så sterke at de går opp mot grensen for hva som er tolerabelt (Lorentsen et. al., 2020, s. 399-400). De vanligste bivirkningene til cytostatika er nedsatt appetitt, kvalme og sårhet i munnhulen. Som følge av sykdommen og bivirkningene av behandlingen er kreftpasienter i risikogruppen for å utvikle underernæring (Lorentsen et. al., 2020, s. 406). Omkring 30% av alle voksne pasienter som er innlagt på sykehus er underernærte eller i fare for å utvikle underernæring. Den største andelen av dem er kreftpasienter (Helsedirektoratet, u.å.). Underernæring kan føre til et komplisert sykdomsforløp og et mer krevende behandlingsforløp med økt fare for komplikasjoner, økt dødelighet eller redusert overlevelse. For sykehusene gir det store økonomiske følger ettersom pasientene har økt liggetid og krever mer i forhold til pleie og økte kostnader (Thoresen, et. al., 2019, s. 156-157). På bakgrunn av faglitteraturen, lovverk og sykepleieteoretikeren Virginia Henderson, er det å ta vare på menneskets grunnleggende behov en essensiell del av det å være sykepleier. Etter å ha vært i praksis ved Kreftavdelingen på Haukeland Universitetssykehus og sett hvordan cytostatikabehandlingen påvirker pasientene, samt at kreftpasienter er så utsatt for å bli underernærte, ønsker jeg å finne ut hvordan man som sykepleier kan forebygge underernæring hos kreftpasienter som mottar cytostatikabehandling.

1.2 Problemstilling

Ut ifra temaet har jeg formulert problemstillingen:

“Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos voksne pasienter med kreftsykdom som gjennomgår cytostatikabehandling?”

1.3 Avgrensning og avklaring av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til voksne pasienter i en kurativ fase som mottar cytostatikabehandling. Andre aldersgrupper og palliative pasienter vil ha andre behov og hensyn man må ta stilling til. Jeg ønsker å se på pasienter behandlet i sykehus, ettersom det er mange pasienter som er innlagt ved behandling. Ettersom bivirkningene av cytostatikabehandling og behandlingen har en innvirkning på ernæringsstatusen til pasientene, er dette behandlingsformen jeg har valgt å se nærmere på. Jeg har valgt å se på pasienter i en tidlig fase av underernæring ettersom jeg har søkelys på den forebyggende og pedagogiske rollen til sykepleieren.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å gi innsikt i hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter som mottar cytostatikabehandling, samt hvilke faktorer som bidrar til underernæring og hva sykepleiere kan gjøre for å motarbeide dem.

1.5 Begrepsavklaringer

MST: Malnutrition Screening Tool

PG-SGA SF: Patient-Generated Subjective Global Assessment

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 6 hovedkapitler. Det første kapitlet er innledning, hvor jeg forklarer bakgrunn for valg av tema og konkluderer med en problemstilling. I det andre kapitlet blir relevant faglitteratur fra pensum og andre relevante kilder presentert. Kapittel 3 er metode, hvor jeg forklarer valget av metode for denne oppgaven, samt hvordan jeg har gjennomført søket etter forskningsartikler. Her vil også PICO-skjema og inklusjons- og eksklusjonskriterier bli presentert. I det neste kapitlet, kapittel 4 presenterer jeg funn i forskning etter temaer og i kapittel 5 vil jeg drøfte funn i forskning opp faglitteratur, samt drøfte metoden. I det siste kapitlet vil jeg oppsummere oppgaven, samt komme med en konklusjon. Helt til slutt er søkehistorikk og litteratormatrisen lagt ved som vedlegg.

2.0 BAKGRUNN MED TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Kreft og behandling

2.1.1 Kreftsykdom

Kreft er en av de mest utbredte sykdomsgruppene i Norge hvor mange blir berørt enten direkte eller indirekte. I 2021 ble det rapportert nesten 37 000 nye tilfeller av kreft i Norge (Kreftregisteret, u.å). Kreft oppstår når cellene i kroppen deler seg ukontrollert og ikke kan utføre oppgavene friske celler ville utført. Kreftcellene samler seg og danner en malign tumor i organet hvor den ukontrollerte celleveksten startet (Lorentsen, et al., 2020, s. 399). Maligne tumorer kjennetegnes ved ukontrollert celledeling, deres evne til å vokse inn i omkringliggende vev og at de kan spre seg via blodbaner, lymfesystemet eller hulrom i kroppen til organer andre steder i kroppen. Kreftceller dannes ved at det oppstår skade på genene i en celle. Når en celle med genskade deler seg vil den samme genskaden overføres til dattercellene. Gjennom flere cellegenerasjoner vil det oppstå en celle med tilstrekkelig skade på genene slik at cellen vil få egenskapene til en kreftcelle (Bertelsen, et al., 2019, s. 131). Kreft kan oppstå i de fleste organene i kroppen og symptomene vil variere ut ifra hvilket organ som er påvirket av kreftsykdommen (Bertelsen, et al., 2019, s. 135). Noen krefttyper utvikler seg raskt, mens noen kan ta flere år før den oppdages. Hvilken type medisinsk behandling pasienten skal få er avhengig av hvor kreften befinner seg, og hvilken form den har (Lorentsen, et al., 2020, s. 399). Målet med behandlingen er å kurere sykdommen, men dersom det ikke lenger er mulig, går behandlingen over til å forlenge liv og lindre plager. Ettersom behandlingen for kreft blir mer individualisert, lever kreftpasientene lengre og etter 5 år lever omtrent 68% av pasientene (Bertelsen, et al., 2019, s. 138).

De vanligste behandlingsmetodene er kirurgi, strålebehandling og cytostatika behandling. De kan brukes hver for seg eller i kombinasjon med hverandre (Lorentsen, et al., 2020, s. 399). Kombinasjonen av kreftsykdommen, samt behandlingen og bivirkningene den medfører kan påvirke ernærings situasjonen til pasientene (Bertelsen, et al., 2019, s. 144).

2.1.2 Cytostatika

Cytostatika er et legemiddel som brukes for å skade tumoren ved å hindre celledelingen og virker på celler som deler seg raskt, som for eksempel celler i slimhinner og i beinmargen (Bertelsen, et al., 2019, s. 142). Når en kreftcelle ikke kan dele seg lenger er den i prinsippet satt ut av spill og produksjonen av kreftceller vil opphøre. Det finnes mange ulike typer cytostatika som virker ulikt og har ulike bivirkninger. Man kan gi cytostatika som intravenøs behandling og i tablettform, og behandlingen kan vare i alt fra 15 minutter, til flere timer og døgn. For å ha best mulig effekt på kreftsykdommen setter man ofte sammen flere typer cytostatika i en cytostatikakur. En cytostatikakur varer gjerne i flere måneder hvor man får behandling i for eksempel en uke og har pause fra behandling i to uker. Målet med kurativ cytostatikabehandling er å oppnå helbredelse fra sykdommen. Når en behandling gis med kurativt formål er det viktig å følge den fastsatte planen, selv om behandlingen er intens og bivirkningene er opp mot det som er tolerabelt (Lorentsen, et al., 2020, s. 399).

2.1.3 Cytostatika og bivirkninger

Årsaken til at bivirkningene fra cytostatikabehandlingen ofte blir intense er at forskjellen på maligne celler og vanlige celler er så liten (Lorentsen, et al., 2020, s. 400). Ettersom cytostatika påvirker celler som deler seg raskt, som slimhinner og benmargen, oppstår ofte bivirkningene herfra. Noen av de vanligste bivirkningene pasientene kan få av behandlingen er lavere nivå av leukocytter og trombocytter som følge av at disse produseres i benmargen som blir nedbrutt av behandlingen. Lave nivåer av leukocytter gjør pasienten mer utsatt for infeksjoner ettersom leukocytene er kroppens immunforsvar. Som følge av lave nivåer av trombocytter vil pasientene ha økt fare for blødning og dersom pasienten får en blødning vil det ta lengre tid før den stopper (Bertelsen, et al., 2019, s. 142). Ettersom cytostatika påvirker alle slimhinnene i kroppen kan mange pasienter oppleve bivirkninger som sårhet i munnhulen, kvalme på grunn av irritasjon på spiserøret, magesekken og tarmene, løs avføring eller obstipasjon og sårhet i urinrøret og vagina. Sårheten i munnhulen fører igjen ofte til nedsatt appetitt og smakløshet som vil påvirke pasientens evne til å ta til seg næring (Bertelsen, et al., 2019, s. 143-145).

Kvalme og brekninger er en av bivirkningene de fleste av kreftpasienter frykter mest når de starter med cytostatika. Det er flere utløsende årsaker til kvalmen. De vanligste årsakene i

sammenheng med cytostatika og kreftsykdom, er fysisk eller kjemisk påvirkning av mage-tarmkanalen, psykiske forhold og signaler til kjemoreseptortriggersonen. Cytostatika virker toksisk på slimhinnene i mage-tarmkanalen som fører til at kjemoreseptorene i mage-tarmkanalen sender impulser til hjernen om at pasienten har spist noe giftig og at pasienten blir kvalm. Kjemoreseptortriggersonen ligger i hjernestammen og blir påvirket av toksiske stoffer som cytostatika. Når pasienten får cytostatika, vil kjemoreseptortriggersonen sende informasjon via hjernebaner til brekningscenteret i hjernen og aktiverer kvalme og brekningsrefleksen (Lorensen, et al., 2020, s. 404). Mange pasienter forbinder cytostatikabehandling med kvalme og dermed kan kvalmen bli utløst av å se intravenøstativet, sykepleieren som sist startet behandlingen eller det å gå inn på avdelingen. Dette er psykiske forhold som er med på å utløse kvalmen og kalles ofte for forventningskvalme. Inntrykkene pasienten får sender nerveimpulser direkte til brekningscenteret som får pasienten til å føle seg kvalm (Lorensen, et al., 2020, s. 403).

Fatigue er tretthet og utmattelse som oppstår som følge av tilleggssykdommer til kreftsykdommen eller behandlingen, og fører til en subjektiv følelse hos pasienter av at de ikke lenger makter å gjennomføre daglige aktiviteter. Kreftrammede pasienter får redusert livskvalitet, og hvile og søvn vil ikke bedre situasjonen (Lorensen, et al., 2020, s. 406-407).

2.2 Grunnleggende behov

Grunnleggende behov er de behovene mennesker må ivareta for at man skal bevare liv, helse og velvære (Kristoffersen, et al., 2017, innledning). Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson identifiserer de grunnleggende behovene som 14 punkter. Blant dem er å puste normalt, spise og drikke tilstrekkelig og å få fjernet kroppens avfallsstoffer. Når en person mangler de nødvendige ressursene for å ivareta sine grunnleggende behov, har de behov for sykepleie. Ressurssvikten kan oppstå av flere forskjellige grunner, blant annet sykdom. Dette kan da bli tilfellet når en person blir utsatt for en kreftsykdom. Ifølge Henderson er sykepleiens mål og hensikt å hjelpe enkeltmennesker, enten de er syke eller friske, til å gjenvinne sin selvstendighet til å gjennomføre gjøremål knyttet opp mot ivaretakelsen av de grunnleggende behovene et menneske har (Kristoffersen, 2017, s. 36-39).

2.2.1 Et grunnleggende behov for ernæring

Et av menneskets grunnleggende behov er væske og ernæring, og det må dekkes for å ivareta helse og velvære (Aagaard, 2017, s. 191). For å opprettholde kroppens basale funksjoner må den produsere energi. Energien kommer fra kroppens forbrenning av energigivende næringsstoffer, som er karbohydrater, proteiner og fett. Basalstoffsiftet er den energiomsetningen kroppen har når man er i komplett fysisk og mental hvile og under konstant temperatur. Det er flere faktorer som kan påvirke energiomsetningen i kroppen. Energiomsetningen kan blant annet økes av fysisk aktivitet, angst, stress, sykdom og traumer. Kroppen har en energibalanse som må opprettholdes for at kroppen skal fungere optimalt. Med dette menes at forholdet mellom energimengden kroppen bruker, og den mengden energi som tilføres kroppen i form av næringsstoffer i mat. Dersom energibalansen beholdes vil kroppsvekten være stabil og dersom inntaket av energi er lavere enn forbruket vil kroppsvekten reduseres. Sykdommer som infeksjonstilstander, kreft eller operasjoner kan øke energibehovet og dermed vil kroppen trenge mer mat og næringsstoffer for å opprettholde vekten (Aagaard, 2017, s. 193).

2.2.2 Underernæring

Underernæring er en tilstand som fører til forverret fysisk eller psykisk funksjon på grunn av mangel på energi eller protein som gir vektapp og redusert muskelmasse. Dersom man er underernært og man blir syk vil det føre til et mer komplisert sykdomsforløp og et mer krevende behandlingsforløp. I tillegg kan det føre til økte komplikasjoner, økt dødelighet eller redusert overlevelse. For sykehusene gir det store økonomiske følger ettersom pasientene har økt liggetid og krever mer i form av pleie og økte kostnader (Thoresen, et al., 2019, s. 156-157). På grunn av at metodene for diagnostisering av underernæring ikke er standardiserte, er det vanskelig å fastslå forekomsten av underernæring i sykehus og sykehjem. Det er forskjell på hvilke verktøy og metoder som brukes ved diagnostisering av underernæring, hvilke grenseverdier som brukes og hvilken pasientgruppe som blir undersøkt (Thoresen, 2020, s. 567). Ifølge Helsedirektoratet (u.å.) er omkring 30% av voksne pasienter som er innlagt på sykehus underernærte eller vil med stor sannsynlighet bli underernærte. En stor andel av dem er kreftpasienter. Ofte har kreftpasienter problemer med å opprettholde en god ernæringsstatus som følge av både sykdommen og bivirkningen av behandlingen. For at

pasienten skal tolerere behandlingen og bedre prognosen er det viktig at de opprettholder en god ernæringsstatus gjennom behandlingen (Thoresen, et al., 2019, s. 223).

2.3 Sykepleie som fag og funksjon

2.3.1 Relevant lovverk og de yrkesetiske retningslinjene

Samfunnet har angitt rammer for hva sykepleierens rolle er gjennom lover og forskrifter (Kristoffersen, et al., 2017, s. 15). Eksempelvis har vi Helsepersonelloven (1999, §1.1) som sier; *“Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.”* Norsk Sykepleierforbund har utviklet yrkesetiske retningslinjer som beskriver ulike hensyn man skal ta når man utøver sykepleie. Punkt 2 beskriver hvordan sykepleieren skal forholde seg til pasienter og sier følgende; *“Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.”* (Norsk Sykepleierforbund, u.å). Pasient- og brukerrettighetsloven er til for å sikre lik tilgang på helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen, samt sørge for at tjenestene er av god kvalitet. Loven gjelder for alle som oppholder seg i Norge. *“Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd”* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1.1).

2.3.2 Sykepleierens forebyggende og pedagogiske funksjon

Sykepleie omfatter flere funksjoner og områder som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. To av de områdene er forebygging og veiledning (Kristoffersen, et al., 2017, s. 17).

Sykepleierens forebyggende funksjon går ut på å forebygge sykdom hos friske mennesker, de som er spesielt utsatt for helsesvikt og for de som er utsatt for å få komplikasjoner av ulike årsaker. Man deler forebygging inn i tre undergrupper. Primær sykdomsforebyggende tiltak har som mål å forhindre helsesvikt hos friske individer eller grupper som er utsatt for

helsesvikt. Sekundær sykdomsforebygging handler om å identifisere helsesvikt i et tidlig stadium og sette i gang tiltak for å hindre at det forverres. Tertiærforebyggende tiltak har som mål å hindre komplikasjoner ved sykdom, undersøkelser og skade hos personer med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen, et al., 2017, s. 18).

Sykepleierens pedagogiske funksjon handler blant annet om å veilede pasienter innenfor et område. Dette kan for eksempel være det å endre livsstil på grunn av sykdom, eller veilede og lære dem til å utføre en prosedyre, som å skifte bandasje. En av punktene som er essensielle i det å veilede pasienter er brukermedvirkning. Pasientene må selv få være med å medvirke i avgjørelser som omhandler deres helse og det er viktig at sykepleieren ikke blir belærende overfor pasienten, da dette kan ha en negativ effekt (Tveiten, 2020, s. 16-17). Et av de grunnleggende elementene i helsepedagogikk er kommunikasjon. Det å være bevisst på hvordan man kommuniserer med pasienter og pårørende er avgjørende for kvaliteten på helsetjenesten man yter. Ved å anerkjenne, være aktiv lyttende og åpen er kjernen i kommunikasjonen. Dersom kommunikasjonen med pasienten er god, vil man lettere kunne bygge en tillitsfull relasjon med pasienten, noe som igjen har stor betydning for å veilede pasienten (Tveiten, 2020, s. 79-83). Hensikten med å veilede en pasient er at de skal føle mestring gjennom refleksjon, oppdagelse og læring (Tveiten, 2020, s. 101).

Det er ulike faser i veiledningen. Først har man forberedelsesfasen hvor man som helsepersonell tenker igjennom hva samtalen skal handle om og hva pasienten har behov for hjelp med. I oppstartsfasen blir veileder og pasienten kjent og man skaper en tillitsfull relasjon. Både veileder og pasient deler gjerne hvilke forventninger de har til samtalen og veileder forklarer kort hvordan veiledningen skal foregå. Arbeidsfasen er hvor man tar for seg temaet for veiledningen og gjennom dialog med pasienten kommer man frem til hvilke behov, ressurser og eventuelle utfordringer pasienten har. Sammen kommer man fram til en løsning. I avslutningsfasen oppsummerer man veiledningen og pasienten får stilt nødvendige spørsmål. Veilederen bør også forsikre seg om at pasienten har forstått det som har blitt snakket om, slik at de kan ta lærdom av det videre (Tveiten, 2020, s. 102-106).

2.3.3 Kartleggingsverktøy

Å vurdere pasienters ernæringsbehov er en vesentlig faktor for at pasienters energibehov er tilstrekkelig dekket og for at kroppen skal takle både sykdom og behandling på best mulig måte. Når man skal vurdere om en pasient er i risiko for å bli underernært eller om pasienten er underernært, må man vurdere ernæringstilstanden, sykehistorien og den metabolske tilstanden til pasienten. Man må også ta kjønn, alder og kroppsbygning med i vurderingen (Stubberud, et al., 2020, s. 21). Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring punkt 1 sier følgende; *“Alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon og ved oppstart av helse- og omsorgstjenester, og deretter etter en gitt frekvens, eller et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.”* Under dette punktet spesifiserer de hvem som skal screenes og hvordan screeningen skal foregå (Helsedirektoratet, 2022).

Det finnes mange ulike kartleggingsverktøy for ernæringsmessig risiko og underernæring. Helsedirektoratet anbefaler sterkt at alle helse- og omsorgstjenester i Norge bruker kartleggingsverktøyet Malnutrition Screening Tool (MST). MST består av to spørsmål, “Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?” og “Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?” Scorer man mer enn to poeng på kartleggingen betyr det at pasienten er i risiko for underernæring og skal kartlegges videre og man skal iverksette tiltak (Helsedirektoratet, 2022).

Punkt 2 i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring forklarer hvordan personer i risiko for underernæring skal kartlegges. Dersom pasienter er i risiko for underernæring er det viktig med en individuell kartlegging for å finne årsaker til risikoen og for å lage en individuell ernæringsplan. Kartleggingen skal inneholde vekt og vektutvikling, vurdering av mat- og næringsinntak i forhold til behov, faktorer som påvirker mat- og næringsinntaket og grad av underernæring. I denne fasen av kartleggingen bør man involvere klinisk ernæringsfysiolog (KEF) og lege ettersom årsakene kan være sammensatte og kompliserte (Helsedirektoratet, 2022).

2.3.4 Tverrprofesjonelt samarbeid

Et av læringsutbyttene til sykepleierstudenter er; *“Kandidaten kan nytte fagleg kunnskap om helse og sjukdom med ulike pasientgrupper og i tverrfagleg, tverrprofesjonell og tverrsektoriell samhandling for å sikre eit koordinert, heilskapeleg og samanhengende behandlingsforløp på tvers av verksemder og gjennom heile livsløpet”* (Hvl, u.å). Ofte er pasienters situasjon meget sammensatt og uavklart, og da kan det være aktuelt med et tverrprofesjonelt samarbeid mellom flere yrkesgrupper. Et tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for at pasienten får en helhetlig plan og best mulig behandling. Selv om hver av yrkesgruppene har sine spesialiteter er det viktig at man tilpasser seg og samarbeider for å nå pasientens overordnede mål. Ut ifra pasientens overordnede mål lager de ulike spesialitetene sine egne delmål (Kristoffersen, 2017, s. 232). Som sykepleier på en kreftavdeling vil man jobbe tett med yrkesgrupper som hjelpepleiere, helsefagarbeidere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, klinisk ernæringsfysiologer og sykehusprester (Helse-Bergen, u.å).

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie

Metoden som blir tatt i bruk for denne oppgaven er litteraturstudie. Et litteraturstudie innebærer å systematisk samle inn eksisterende forskning og faglitteratur. Dataene gjennomgås kritisk, kunnskapen blir systematisert ut ifra de ulike kildene og til slutt presentert (Thidemann, 2020, s. 77). Ved å systematisere og kritisk vurdere kunnskapen, vil man gi leseren en oppdatert og god forståelse for kunnskapen på temaet, som problemstillingen etterspør. I tillegg beskriver man hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2020, s. 78).

3.2 Søkehistorikk

3.2.1 Manuelt søk

Etter at temaet for oppgaven min ble bestemt, begynte jeg å søke etter eksisterende litteratur på temaet for å få bedre innsikt på temaet, samt øke kunnskapen min. Dette ble gjort gjennom brede og generelle søk på søkemotorer som Google og Google Scholar. Gjennom dette søket fant jeg noe forskning, men valgte å ikke bruke dette som artikler i oppgaven da jeg ønsket å finne artikler gjennom et systematisk søk. Videre har jeg brukt nettsider som Kreftregisteret og Helsedirektoratet for å finne relevant statistikk og retningslinjer i forhold til kreftsykdom og underernæring. For å finne sentrale lover og forskrifter tok jeg i bruk Lovdata og Norsk sykepleierforbund sine nettsider. I tillegg til det manuelle søket har jeg tatt i bruk faglitteratur fra pensumet til sykepleiestudiet ved Høgskulen på Vestlandet og annet relevant faglitteratur fra Høgskulens bibliotek.

3.2.2 Systematisk søk

Jeg har tatt i bruk databasene Cinahl, Medline og Cochrane Library for å finne forskningslitteratur til oppgaven. Ut ifra problemstillingen kom jeg frem til de sentrale begrepene kreftpasienter, pasienter med kreft, sykepleier, intervensjoner og forebygge underernæring, som ble utgangspunktet for søket. For å kunne søke i engelskspråklige databaser brukte jeg Mesh for å oversette de norske søkeordene til engelsk. Da endte jeg opp

med et PICO-skjema (Figur 3.1). For å presisere søket mitt brukte jeg emneord og tekstord. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i artiklene som databasen har. Ulike databaser har ulike emneord. Tekstord er ord fra artikkelens tittel, sammendrag eller ord brukt av forfatteren i teksten, som vil si at ved å bruke tekstord kan man også få treff på hva forfatteren har skrevet (Thidemann, 2020, s. 86). Ved å bruke trunkering etter stammen av tekstordene får jeg flere treff og et mer avansert søk. For å presisere søket mitt mer brukte jeg de boolske operatørene “OR” og “AND”.

Figur 3.1: PICO-skjema

Database	Population/patient problem <i>Hvem</i>	Intervention <i>Hva</i>	Comprarison <i>Alternativer</i>	Outcomes <i>Resultater</i>
	Norsk: Kreftpasienter Pasienter med kreft	Norsk: Sykepleier Intervensjoner		Norsk: Forebygge underernæring
CINAHL	Engelsk emneord: Cancer patient	Engelsk emneord: Nursing interventions Nurse-patient relations Practical nurses		Engelsk emneord: Malnutrition
Medline	Engelsk emneord: Neoplasms	Engelsk emneord: Nurses Nurse-Patient Relations Nurse´s role		Engelsk emneord: Malnutrition
Cochrane Library	Engelsk emneord: Neoplasms	Engelsk emneord: Nurses Nurse-Patient Relations Nurse's role		Engelsk emneord: Malnutrition
Cochrane Library	Engelsk emneord: Neoplasms	Engelsk emneord: Antineoplastic agents		Engelsk emneord: Malnutrition

I de databasene der jeg hadde mulighet, brukte jeg avgrensninger som publiseringsdato nyere enn 10 år og at forsøksgruppen var mennesker. Ved å ta i bruk verktøyene ovenfor endte jeg opp med et antall artikler hvor jeg så at titlene på artiklene var relevante for min

problemstilling. Videre leste jeg først gjennom alle titlene på artiklene og deretter leste jeg nøye gjennom abstraktene for å se om de var relevante for oppgaven. Etter de ulike søkene satt jeg igjen med 9 artikler før jeg hadde lest den fulle teksten.

For å videre sortere ut artikler vurderte jeg artiklene opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene (Figur 3.2). Etter å lest fulltekst på alle 9 artiklene og vurdert dem opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene, endte jeg opp med 3 artikler. På grunn av manglende artikler måtte jeg foreta et nytt søk. I det nye søket, gikk jeg tilbake til Cochrane Library. For å få frem flere artikler endret jeg på søkeordene mine (Figur 3.1) og fikk da opp totalt 230 nye artikler. Jeg gikk igjennom den samme utvelgelsesprosessen som ved det forrige søket, og endte til slutt opp med 2 nye artikler. For utfyllende søkehistorikk se Vedlegg I.

Figur 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Publiseringsdato nyere enn 10 år - Voksne pasienter over 18 år - Artikler fra vestlige land og engelskspråklige land - Omhandler cytostatikabehandling, eventuelt i kombinasjon med annen behandling - Artikler som har overføringsverdi til Norge 	<ul style="list-style-type: none"> - Publiseringsdato eldre enn 10 år - Barn og ungdom - Palliative pasienter - Artikler som ikke har overføringsverdi til Norge

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Etter å ha gjennomført det systematiske søket etter artikler har jeg kritisk vurdert alle artiklene mine ved hjelp av helsebiblioteket.no og Thidemann (2019). Å kritisk vurdere en artikkel betyr å vurdere artikkelens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket, 2018). Når jeg leste artiklene tenkte jeg over om de hadde etter tydelig forskningsspørsmål eller et tydelig formål med artikkelen og at studiedesignet passer med spørsmålet eller formålet. I tillegg har jeg underveis vurdert hva resultatene er, om jeg kan stole på resultatene og om resultatene kan overføres til behandling av pasienter i Norge (Helsebiblioteket, 2018). Jeg har også undersøkt om alle artiklene er fagfellevurderte ved å søke på tittelen på artikkelen i Oria.

For å vurdere hver enkelt artikkel har jeg brukt helsebibliotekets egne sjekklister.

Helsebiblioteket har utviklet egne og oppdaterte sjekklister for hvert studiedesign. Artikkene jeg har valgt er tre oversiktsartikler og to randomiserte kontrollerte studier. Dermed har jeg valgt å bruke helsebibliotekets tilhørende sjekklister (Helsebiblioteket, 2018).

3.4 Analyse og syntese

Når jeg leste igjennom artiklene, leste jeg først over alle hovedkapitlene for å se om de inneholdt relevante tema for oppgaven min. Jeg leste gjennom artiklene på en strategisk måte og hadde problemstillingen min i tankene slik at jeg forsikret meg om at jeg fant temaer til å svare på den (Thidemann, 2020, s. 92). For å få en bedre oversikt over resultatene fra artiklene, førte jeg dem opp i en litteraturmatrise (Vedlegg II). Ettersom resultatdelen skal skrives etter temaer, brukte jeg litteraturmatrisen til å komme frem til de endelige temaene. Ved å se hvilke temaer som gjentok seg i flere artikler, kom jeg frem til temaene "Ernæringskartlegging og kartleggingsverktøy", "Tverrprofesjonelt samarbeid" og "Ernæringsveiledning".

3.5 Etiske vurderinger

Gjennom hele oppgaven har jeg brukt de forskningsetiske retningslinjene. De går blant annet ut på å ha respekt for personer som deltar i forskning og ha integritet som vil si å følge anerkjente normer, samt å opptre ansvarlig og ærlig overfor offentligheten. De forskningsetiske retningslinjene gjelder ikke bare forskere, men også de som anvender forskning (Forskningsetikk, 2019). Ettersom dette er en litteraturstudie og jeg anvender andres forskning og arbeid, vil jeg tilstrebe å referere og henviser til andres arbeid korrekt for å ikke fremstille det som mitt eget. For å referere korrekt har jeg brukt referansestilen APA 7th. Etiske vurderinger jeg har gjort i forhold til artiklene jeg har valgt er om artiklene er godkjent av en etisk komité og om de er gjennomført på en forsvarlig måte, noe som alle artiklene var. I de randomiserte kontrollerte studiene sørget jeg for å sjekke om alle deltakerne deltok frivillig i studiet og om de hadde gitt skriftlig samtykke (Thidemann, 2020, s. 12).

4.0 PRESENTASJON AV FUNN I FORSKNING

I dette kapitlet blir funnene fra forskning presentert gjennom temaer. Gjennom systematiske og manuelle søk har jeg funnet 5 artikler som blir brukt i dette kapitlet.

4.1 Ernæringskartlegging og kartleggingsverktøy

Studiet “Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients” fremhever viktigheten av å tidlig ernæringskartlegge kreftpasienter for å tidlig igangsette aktuelle tiltak. Hensikten ved å tidlig ernæringskartlegge kreftpasienter er å identifisere risikoen for underernæring på en enkel måte. Etter den initiale ernæringskartleggingen gjør man en full evaluering av pasientenes ernæringsstatus for å klassifisere graden av underernæring. Videre påpeker Santarpia et al. at ernæringskartlegging bør foregå parallelt med diagnostisering for å tidlig identifisere underernæring hos kreftpasienter og for å kunne legge en god ernæringsplan tidlig. Studiet konkluderer med at det er viktig at sykepleiere vet om muligheten for å ernæringskartlegge pasienter tidlig i forløpet for å identifisere underernæring og sette i gang tiltak (Santarpia, et al., 2011).

Forekomsten av underernæring hos kreftpasienter er høy, og underernæring blir underdiagnostisert og pasientene får for dårlig behandling. Dermed ønsket Abbott et al. å analysere kortversjonen av Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) for å se hvor godt den fungerte sammenlignet med langversjonen. PG-SGA short form (PG-SGA SF) er et skjema som består av de 4 første boksene av langversjonen. Hensikten med kortversjonen er at pasienter skal fylle ut skjemaet selv, dermed er temaer som fysisk undersøkelse, metabolske behov og sykdom ekskludert. Boks én handler om vekthistorie, boks to handler om matinntak, boks tre handler om symptomer som hindrer pasienten i å ha et normalt matinntak og boks fire handler om aktivitet og funksjon. Etter å ha fylt ut skjemaet får man en poengsum som tilsier om pasienten er i fare for å bli underernært eller om pasienten er underernært (Abbott, et al., 2016).

I studien deltok det tre hundre pasienter med ulike versjoner av kreftsykdom. Studien konkluderer med at PG-SGA SF er en korrekt og enkel måte å diagnostisere underernæring hos kreftpasienter. Derimot må en klinisk ernæringsfysiolog (KEF) fylle ut boks én ettersom den handler om prosentvis vektendring og det blir ikke et gunstig resultat dersom pasienten

skal fylle den ut selv. Abbott et al. konkluderer også med at dersom vekthistorien er ekskludert vil man fremdeles få et gode nok resultater ved å kun bruke matinntak og symptomer. I tillegg viste det seg at aktivitet og funksjon ikke ga ytterligere verdi i det endelige resultatet (Abbott, et al., 2016).

I litteraturoversikten “Demystifying Malnutrition to Improve Nutrition Screening and Assessment in Oncology” var målet til Corriveau et al. å svare på vanlige misforståelser om underernæring, samt komme med råd til hva kreftpasienter og sykepleiere kan gjøre for å forebygge underernæring. Corriveau fant at alle helsepersonell kan kartlegge underernæring ved hjelp av enkle kartleggingsverktøy som Malnutrition Screening Tool (MST) og Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002). Oversikten konkluderer med at man bør ernæringskartlegge pasienten systematisk i starten, men også underveis i behandlingsforløpet (Corriveau, et al., 2022).

4.2 Tverrprofesjonelt samarbeid

Litteraturoversikten til Corriveau et al. nevner at en klinisk ernæringsfysiolog (KEF) er viktig i arbeidet med underernæring hos kreftpasienter ettersom kreftpasienter har spesielle behov ved underernæring. Corriveau et al. peker på at det viktigste sykepleiere kan gjøre etter man har kartlagt en pasient for underernæring er å henvise pasienten til KEF, videre kartlegge pasienten underveis i behandlingsforløpet, systematisk veie pasienten, behandle kvalme og dersom pasienten er innlagt i sykehus, hjelpe med å tilrettelegge måltid slik at pasienten får i seg næringsrik mat (Corriveau, et al., 2022).

Den systematiske oversikten “Experiences of cancer patients in receiving dietary advice from healthcare professionals and of healthcare professionals providing this advice - a systematic review” ønsket forfatterne å undersøke pasienters erfaringer med å motta veiledning om ernæring og helsepersonells erfaringer med å gi dem. De samlet 15 studier med 374 pasienter med ulike kreftdiagnoser og 471 helsepersonell som har erfaring med å gi veiledning om ernæring. Keaver et al. konkluderte blant annet med at KEF er en viktig del av det tverrfaglige teamet ettersom de sitter på spesialisert kunnskap om ernæring og underernæring og at det tverrprofesjonelle teamet er viktig del av behandling for å skape økt sikkerhet blant pasientene. De fant også ut at det er mangel på kompetanse blant helsepersonell som

sykepleiere og helsepersonell sa at manglende økonomisk støtte og undervisning om ernæring er hindringer for å implementere ernæring i standard behandling for kreftpasienter (Keaver, et al., 2023).

4.3 Ernæringsveiledning

I studien “Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients” var hensikten å undersøke effekten av intensiv og individuell ernæringsveiledning blant pasienter som får behandling for kreft. 61 kreftpasienter med ulike kreftdiagnoser som fikk enten cytostatikabehandling eller kombinert behandling, deltok. Deltakerne ble delt inn i to grupper, gr.1 som fikk intensiv og individuell veiledning én time i uken og gr.2 som fikk normal veiledning. Studien viste at gr.1 hadde betydelig mindre vekttap gjennom behandlingen. Pasientene fikk i seg nok proteiner og energi, derimot viste det ingen forskjell på livskvalitet eller bedring av symptomene på behandlingen. Det var heller ingen forskjell på de ulike kreftdiagnosene. Poulsen et al. konkluderte med at intensiv og individuell behandling har god effekt når pasientene er under behandling for kreft (Poulsen, et al., 2013).

Kreftpasientene i oversikten til Keaver et al. svarte på sine erfaringer med å få ernæringsveiledning. Pasientene svarte at de kun fikk veiledning i starten av behandlingen, men ikke underveis. Informasjonen de fikk var generell og de fikk lite informasjon om hvordan kreftsykdommen og behandlingen påvirker kroppen. Dermed konkluderte Keaver et al. med at spesifikke råd fra et tverrprofesjonelt team, med språk som pasientene lett forstår, samt informasjon om hvordan sykdommen påvirker kroppen og veiledning underveis i behandlingen er viktige elementer for å gi god ernæringsrettet veiledning til kreftpasienter for å forbedre underernæring hos kreftpasienter (Keaver, et al., 2023).

5.0 DRØFTING

5.1 Drøfting av funn i artikler

I dette kapittelet vil jeg drøfte resultatene fra fagartiklene opp mot relevant faglitteratur. Målet med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos kreftpasienter som gjennomgår cytostatikabehandling.

Tidligere i oppgaven presenterte jeg følgende problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos voksne pasienter med kreftsykdom som gjennomgår cytostatikabehandling?”

5.1.1 Ernæringskartlegging og kartleggingsverktøy

Ettersom 30% av alle pasienter innlagt i sykehus er underernærte eller står i fare for å bli underernært, kan man stille seg spørsmål om man som sykepleier kan forebygge underernæring hos kreftpasienter. Ifølge Kristoffersen et al. (2017) innebærer det å primærforebygge å forhindre helsesvikt hos friske mennesker eller hos grupper som er utsatt for helsesvikt. Kreftpasienter er en gruppe mennesker som er spesielt utsatt for å utvikle underernæring som følge av sykdommen og behandlingen (Bertelsen, et al., 2019), dermed vil man prøve å primærforebygge underernæring. Det er mulig å tenke seg til at sykepleieintervensjoner ikke vil kunne forhindre underernæring hos kreftpasienter, men man vil mulig utsette utviklingen av sykdommen.

Både Corriveau et al. (2022) og Santarpia et al. (2011) viser til viktigheten av å starte ernæringskartleggingen allerede når pasientene får kreftdiagnosen for å tidlig kunne identifisere risiko for underernæring og tidlig igangsette tiltak for å mulig forhindre underernæring. Videre belyser Corriveau et al. (2022) at man bør kartlegge pasientene underveis i behandlingsforløpet for å se om aktuelle tiltak fungerer eller tiltakene bør justeres. For å sikre at alle pasienter blir kartlagt, og at kartleggingen opprettholdes gjennom hele behandlingsforløpet bør man ha et standardisert kartleggingsverktøy som er enkelt å bruke og ikke krever mye tid. Ifølge Corriveau et al. (2022) bør ernæringskartlegging kun ta ett til to minutter dersom man er kjent med kartleggingsverktøyet, og alt helsepersonell bør kunne

gjennomføre det. Dermed foreslår de kartleggingsverktøyet Malnutrition Screening Tool (MST).

Studien til Abbott et al. (2016) peker på at Patient-Generated Subjective Assessment Short Form (PG-SGA SF) er et enkelt kartleggingsverktøy som vil være korrekt å bruke i kartleggingen av kreftpasienter. Derimot består den ene boksen i kartleggingen av prosentvis beregning av vekttap som bør gjennomføres av en klinisk ernæringsfysiolog (KEF) (Abbott, et al., 2016). Dermed vil dette verktøyet ikke la seg bruke av alt helsepersonell og pasienten vil ikke kunne fylle ut skjemaet selv. Helsedirektoratet har kommet med en nasjonal anbefaling om at alle helse- og omsorgstjenester i Norge bør bruke kartleggingsverktøyet MST etter å ha sammenlignet det med andre kartleggingsverktøy som PG-SGA SF (Helsedirektoratet, 2022). MST er et kort og enkelt kartleggingsverktøy som består av to enkle spørsmål som gjør det lettere for alt helsepersonell å utføre det, samt enkelt for pasientene. Når man har utført kartleggingen kan man videre henvise til en KEF som avgjør graden av underernæring og setter i gang tiltak.

5.1.2 Tverrprofesjonelt team

En av de viktigste egenskapene en sykepleier har er å være i stand til å samarbeide med andre spesialiteter i et tverrprofesjonelt team. Kreftpasienter har et sammensatt og komplekst sykdomsbilde med mange ulike behov. Dermed er det avgjørende med et tverrprofesjonelt team for å gi pasientene et helhetlig behandlingstilbud (Kristoffersen, et al., 2017). Ifølge Helsedirektoratet (2022) må sykepleiere jobbe tett med en klinisk ernæringsfysiolog (KEF) og lege for å kunne tilby dette. Corriveau et al. (2022) understøtter dette ved å peke på at KEF er en viktig nøkkelperson i behandlingen av underernæring blant pasienter med kreftsykdom. Gjennom studien til Keaver et al. (2023) kommer det frem at erfaringer fra kreftpasienter et at et tverrprofesjonelt team øker sikkerheten for en tilfredsstillende behandling.

I studien til Keaver et al. (2023) kommer det også frem at blant sykepleierne som gir råd om ernæring til kreftpasienter, er det usikkerhet rundt teamet. De mangler økonomisk støtte til å gjennomføre kurs og det er manglende undervisning. Manglende undervisning og kurs fører da til mangel på kunnskap om underernæring, kartlegging og behandling. Som sykepleierstudent har jeg selv erfart at det er mye usikkerhet rundt teamet og det er lite søkelys på det i undervisningen. For at sykepleiere skal bli trygge i kartleggingen og

behandlingen av underernæring er det viktig at de får den undervisningen og opplæringen de trenger.

Corriveau et al. (2022) viser til at noen av de viktigste oppgavene til sykepleierne vil være å kartlegge pasienten når de ankommer avdelingen, henvise pasienten videre til KEF, systematisk veie pasienten, behandle kvalme og bistå i tilrettelegging av måltid. Dette innebærer da å hjelpe pasienten med å finne årsaken til pasientens kvalme og finne måter å behandle den på. Det kan være mange årsaker til at kreftpasienter opplever kvalme og brekninger gjennom behandlingsforløpet. En av årsakene kan være at cytostatika påvirker slimhinnene i mage-tarmkanalen som sender signaler til hjernen om at pasienten har inntatt noe giftig og pasienten blir kvalm. Dersom dette er årsaken, kan det være aktuelt å administrere et kvalmestillende legemiddel for å se om det har effekt (Lorentsen, et al., 2020). En annen årsak til at pasienter blir kvalme er forventningskvalme. Mange kreftpasienter forbinder behandlingen med at de blir kvalme og da kan faktorer som det å komme til avdelingen, se sykepleieren som sist administrert cytostatika eller det å se intravenøsstativet utløse kvalme. Da kan en løsning være å tilrettelegge rommet, eller pasienten kan forlate rommet eller avdelingen ved måltid (Lorentsen, et al., 2020).

5.1.3 Ernæringsveiledning

Veiledning innebærer å hjelpe pasienter med å forstå et tema og bidra til at de forstår det og reflekterer rundt det. Tveiten (2020) sier at god kommunikasjon er vesentlig for å kunne bygge relasjoner med pasienten for at man skal kunne gi dem veiledning. Keaver et al. (2023) understreker at pasienter ønsker spesifikke råd om ernæring på et lettforståelig språk. Mange pasienter forstår ikke vanskelige, medisinske fremmedord som helsepersonell bruker, dermed er det viktig å forklare temaer på en måte som pasienten forstår. På slutten av samtalen kan det være lurt å sørge for at pasienten har forstått det som har blitt snakket om slik at de kan ta det med seg videre.

Både Keaver et al. (2023) og Poulsen et al. (2013) peker på viktigheten av hyppig veiledning for å forebygge underernæring. Pasientene i studien til Poulsen et al. (2013) fikk veiledning én time en gang uken som hadde god effekt under behandlingen av kreft. Pasientene erfarte et mye mindre vekttap og fikk i seg nok proteiner og energi. Keaver et al. (2023) peker på viktigheten av å gi informasjon til pasienten om hvordan sykdommen og behandlingen

påvirker kroppen. På den måten kan pasienter bedre forstå hva de må gjøre for å forebygge underernæring og det gjør det lettere å forstå hvorfor de må gjøre det.

I begge artiklene som har blitt funnet står det ingenting om hva den individuelle veiledningen innebar. Dermed vil det være vanskelig å si akkurat hvilke tiltak veiledningen innebar og hva som har hatt god effekt hos kreftpasientene. Igjen vil dette da være vanskelig å overføre til andre land ettersom man ikke vet nøyaktig hva som blir gjort gjennom veiledningene.

Et av de viktigste punktene i veiledning er å la pasienten komme med innspill slik at de har en følelse av medbestemmelse. Dette betyr at de får si sin mening og være med på å ta avgjørelser. Det er avgjørende at pasienter har brukermedvirkning ettersom dette kan underbygge pasientens selvhjulpenhet. Psykososial støtte fra sykepleiere er med på å styrke dette (Tveiten, 2020). Virginia Hendersons sykepleieteori understøtter dette ved å si «sykepleiers enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse og gjenvinning av helse ...» (Kristoffersen, 2017). Oppsummert kan dette tyde på at ved å styrke pasientens egne ressurser gjennom veiledning kan man som sykepleier bidra til å behandle underernæring hos kreftpasienter.

5.2 Drøfting av metode

Når jeg søkte etter forskningsartikler ble jeg klar over at det finnes mye forskning på temaet. Dermed er det en fare for at relevante artikler har blitt oversett og derfor ikke inkludert i oppgaven. Ettersom dette er en av de første gang jeg gjennomfører en slik type oppgave er det og fare for at søket etter forskningsartikler ikke er gunstig, som utelukker relevante artikler. I tillegg blir det er det å skrive akademiske oppgaver relativt nytt for meg og dermed har jeg lite erfaring oppbygning og struktur av slike oppgaver. Med hjelp fra veileder på studiet og av bibliotekar har jeg klart å finne noen artikler som er relevante for oppgaven min. På grunn av min manglende erfaring med å skrive slike oppgaver og oppgaver lagt opp til drøfting, er det mulig at denne delen av oppgaven ikke blir like bra formulert som den hadde blitt hadde jeg hatt mer erfaring med det.

Etter det første søket mitt etter artikler endte jeg opp med for få artikler til å svare på problemstillingen min. Jeg manglet forskning på noen av punktene. Dermed måtte jeg gjennomføre et nytt søk med nye søkeord. Dette kan ha ført til at relevante artikler har blitt oversett. Den ene nye artikkelen jeg fant hadde publiseringsdato i 2011, men jeg valgte å inkludere den i oppgaven min da den fremdeles var relevant for problemstillingen min og jeg manglet forskning på dette området.

Artiklene jeg har valgt å ta med i oppgaven er alle skrevet på engelsk. Dermed er det en viss fare for at det kan skje misforståelser i forbindelse med oversettelsesprosessen. Det er mange ord i det engelske vokabularet som ikke kan direkte oversettes til norsk og utgjør en fare for at tolkningen av artiklene er unøyaktig. Forskningen fra artiklene er fra store deler av verden, mest Storbritannia og Australia. Når jeg søkte artikler ønsket jeg å inkludere artikler fra vestlige land eller land som har lignende sykepleiepraksis som Norge. Selv om artiklene er fra Storbritannia og Australia er det allikevel en viss risiko for at praksisen ikke har overføringsverdi til Norge.

I utgangspunktet ønsket jeg å finne ut hva sykepleiere som jobber på sykehus kunne gjøre for å forebygge underernæring hos kreftpasienter. Gjennom søkene fant jeg få artikler som var rettet mot pasienter i sykehus og mange som var rettet mot hjemmeboende pasienter som fikk behandling poliklinisk. Jeg valgte å inkludere artikler som handlet om pasienter i poliklinikk ettersom jeg tolket at resultatene kunne overføres til behandling i sykehus også.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSON

Hensikten med dette litteraturstudiet var å undersøke hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos kreftpasienter som gjennomgår cytostatikabehandling. Funn fra aktuelle forskningsartikler og anvendt litteratur presiserer viktigheten av å bruke gode og standardiserte kartleggingsverktøy for å forebygge underernæring hos kreftpasienter samt tidligere sette i gang relevante tiltak. For at flere pasienter med økt risiko for underernæring skal bli oppdaget tidlig er det viktig at sykepleiere får opplæring i bruken av kartleggingsverktøy og at kartleggingsverktøyene er tilpasset kreftpasienter.

Forskningen og litteraturen viser til at behandling av underernæring krever god individuell veiledning med språk som pasienten forstår. Sykepleier må tilpasse seg pasienten. Et tverrprofesjonelt team øker kompetansen blant det involverte helsepersonellet som bidrar til en helhetlig veiledning for pasientene. I tillegg skaper det tverrprofesjonelle teamet en økt trygghet hos pasientene. En veiledning tilpasset pasienten med brukermedvirkning øker pasientens selvhjulpenhet relatert til å håndtere symptomene relatert til cytostatikabehandlingen.

Å tidlig identifisere risiko for underernæring eller underernæring ved hjelp av gode kartleggingsverktøy er det første steget i god ernæringsbehandling. For å videre optimalisere ernæringsbehandlingen kan det være hensiktsmessig å involvere et tverrprofesjonelt team med lege og en klinisk ernæringsfysiolog. Til slutt er det viktig at alle pasienter mottar individuell ernæringsveiledning for at pasienten får sikret en god ernæringsstatus. På bakgrunn av forskningen og litteraturen velger jeg å konkludere med at sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos kreftpasienter som mottar cytostatikabehandling.

REFERANSELISTE

- Abbott, J., Teleni, L., McKavanagh, D., Watson, J., McCarthy, A. L. & Isenring, E. (2016). Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SP) is a valid screening tool in chemotherapy outpatients. *Supportive care in cancer*, 24(9), 3883-3887. <https://doi.org/10.1007/s.00520-016-3196-0>
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2019). Svulster. Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127-142). Gyldendal.
- Corriveau, J., Alvifard, D. & Gillis, C. (2022). Demystifying Malnutrition to Improve Nutrition Screening and Assessment in Oncology. *Seminars in oncology nursing*, 38(5). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151336>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Om underernæring*. Hentet 17. februar 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje; forebygging og behandling av underernæring*. Hentet 04. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven>
- Helse-Bergen. (u.å.). *Kreft sengepost 2*. Hentet 04. april 2023 fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/kreftbehandling-og-medisinsk-fysikk/kreft-sengepost-2#personalet-pa-sengepostane>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Studieplan - Bachelor i sjukepleie*. HVL. Hentet 04. april 2023 fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/sykepleie/2020h/studieplan/>

Keaver, L., O'Callaghan, N., LaVertu, A. E., Semple, C. J., Hughes, C. M., Hanna, J. R. & Ryan, L. (2023). Experiences of cancer patients in receiving dietary advice from healthcare professionals and of healthcare professionals in providing this advice - a systematic review. *Journal of cancer survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-023-01359-4>

Kreftregisteret. (u.å.). *Kreft i Norge*. Hentet 17. februar 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling -en historisk reise. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3 Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1 Sykepleie fag- og funksjon*. (3. utg., 193-266). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie 2 Grunnleggende behov* (3. utg., Innledning). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? Sykepleie -fag og funksjoner. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1 Sykepleie fag- og funksjon*. (3. utg., 15- 28). Gyldendal.

Lorensen, V. B. & Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal.

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Hentet 28. mars 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Poulsen, G. M., Pedersen, L. L., Østerlind, K., Bæksgaard, L. & Andersen, J. R. (2013). Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients. *Clinical nutrition*, 33(5), 749-753. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.09.019>
- Santarpia, L., Contaldo, F. & Pasanisi, F. (2011). Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 2(1), 27-35. <https://doi.org/10.1007/s13539-011-0022-x>
- Stubberud, D.G., Kondrup, J. & Almås, H. (2020). Ernæring ved sykdom. Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 17-50). Gyldendal.
- Thidemann, I. J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5.utg.). Gyldendal.
- Thoresen, L. (2020). Næringsbehov ved sykdom. Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 564-573). Gyldendal.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - helsekompetanse og brukervedvirkning* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Aagaard, H. (2017). Væske og ernæring. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2 Grunnleggende behov* (3. utg., s. 191-242). Gyldendal.

VEDLEGG I: SØKEHISTORIKK

Søkeord CINHAL 7/2

#	Query	Results
S19	S6 AND S14 AND S18	67
S18	S15 OR S16 OR S17	11,834
S17	"prevent* malnutrition"	225
S16	(MH "Malnutrition")	11,712
S15	"prevent malnutrition"	142
S14	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	972,275
S13	"nurs* interventi*"	17,786
S12	(MH "Nursing Interventions")	985
S11	"nurs* role*"	66,477
S10	"nurse-patient relation*"	29,447
S9	(MH "Nurse-Patient Relations")	29,064
S8	"nurs*"	972,275
S7	(MH "Practical Nurses")	5,886
S6	S3 OR S4 OR S5	106,697
S5	"patient* with cancer"	1,488
S4	"cancer patient*"	9,854
S3	(MH "Cancer Patients")	48,008

Søkeord Medline 23/2-23

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to February 22, 2023>

#	Searches	Results
1	exp Neoplasms/	3794949
2	neoplasm*.mp.	3219522
3	cancer patient*.mp.	230102
4	patient* with cancer.mp.	32212
5	1 or 2 or 3 or 4	3927177
6	exp Nurses/	97359
7	nurs*.mp.	801867
8	nurs* intervention*.mp.	8261
9	exp Nurse-Patient Relations/	36024
10	nurse-patient relation*.mp.	36519
11	exp Nurse's Role/	42697
12	nurs* role.mp.	46335
13	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	801867
14	Prevent malnutrition.mp.	290
15	exp Malnutrition/	133923
16	malnutrition.mp.	59459
17	Malnourishment.mp.	785
18	14 or 15 or 16 or 17	164739
19	5 and 13 and 18	220
20	limit 19 to (humans and last 10 years)	90

Søkeord Cochrane Library 8/3-23

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	106545
#2	(Neoplasm*):ti,ab,kw	104675
#3	(Cancer):ti,ab,kw	191198
#4	(patient* with cancer):ti,ab,kw	142317
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	230374
#6	MeSH descriptor: [Nurses] explode all trees	1588
#7	(nurs*):ti,ab,kw	52445
#8	MeSH descriptor: [Nurse-Patient Relations] explode all trees	455
#9	(nurse-patient relations):ti,ab,kw	547
#10	MeSH descriptor: [Nurse's Role] explode all trees	530
#11	(nurs* interventi*):ti,ab,kw	30676
#12	(nurs* role*):ti,ab,kw	3940
#13	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	52445
#14	MeSH descriptor: [Malnutrition] explode all trees	5329
#15	(malnutrition):ti,ab,kw	5764
#16	(prevent malnutrition):ti,ab,kw	383
#17	(malnourishment):ti,ab,kw	54
#18	#14 OR #15 OR #16 OR #17	9240
#19	#5 AND #13 AND #18	55

Søkeord Cochrane Library 25/4-23

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	110452
#2	(neoplasm*):ti,ab,kw	105550
#3	(cancer patient):ti,ab,kw	79943
#4	#1 OR #2 OR #3	173659
#5	MeSH descriptor: [Antineoplastic Agents] explode all trees	16507
#6	(antineoplastic agents):ti,ab,kw	14620
#7	(chemotherapy):ti,ab,kw	88946
#8	#5 OR #6 OR #7	97037
#9	MeSH descriptor: [Malnutrition] explode all trees	5877
#10	(malnutrition):ti,ab,kw	5807
#11	(prevent malnutrition):ti,ab,kw	385
#12	(malnourishment):ti,ab,kw	54
#13	(undernutrition):ti,ab,kw	671
#14	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	9868
#15	#4 AND #8 AND #14	230

VEDLEGG II: LITTERATURMATRISE

Tittel	Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
<i>“Demystifying Malnutrition to Improve Nutrition Screening and Assessment in Oncology”</i>	Corriveau, J., Alvifard, D. & Gillis, C. (2022).	Definere underernæring, svare på vanlige misforståelser om underernæring, summere ernæringsråd til pasienter med kreft	Systematisk litteraturoversikt		<ul style="list-style-type: none"> - Albumin: Ikke troverdig markør for ernæringsstatus. - Systematisk screening av pasienter, i starten og underveis. - Ernæringsmessig risiko, henvist til KEF. - Sykepleiere: screene, henvise KEF, ta vekt, behandle kvalme. 	Fagfellevurdert
<i>“Experiences of cancer patients in receiving dietary advice from healthcare professionals and of healthcare professionals in providing this advice - a systematic review”</i>	Keaver, L., O’Callaghan, N., LaVertu, A. E., Semple, C. J., Hughes, C. M., Hanna, J. R. & Ryan, L. (2023).	Undersøke pasienters og helsepersonells erfaring med ernæringsrettet pleie gjennom kreftbehandlingen.	Systematisk oversikt	15 studier 374 pasienter 471 helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter: mer spesifikke råd fra tverrfaglige team, språk som de lett forstår. - Fikk råd ved start av behandling, ikke underveis. - Ønsker råd om hvordan kreft og behandling påvirker ernæringsstatus og kroppen. - Helsepersonell: manglende tid, økonomisk støtte og kunnskap er hindringer for å implementere ernæring i 	Fagfellevurdert COPE (Commitee on Publication Etichs)

					<p>standard behandling for kreftpasienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generell informasjon, bli mer spesifikk. - KEF, viktig person i arbeidet. - Viktig med samtaler om ernæring underveis. - Mangel på kompetent personell. - Tverrfaglig team, viktig. Økt sikkerhet hos pasienter. 	
<p><i>“Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients</i></p>	<p>Poulsen, G. M., Pedersen, L. L., Østerlind, K., Bæksgaard, L. & Andersen, J. R. (2013).</p>	<p>Undersøke effekten av intensiv og individuell ernæringsveiledning hos pasienter som får behandling for kreft.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p>	<p>61 personer</p>	<p>To grupper (gr.1 32 og gr. 2 29)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begge fikk normal behandling. - Gr. 1 fikk intensiv, individuell ernæringsveiledning 1 time i uken. - Gr. 1 - betydelig mindre vekttap. Fikk nok proteiner og energi. Ikke påvirkning på livskvalitet, ikke mindre bivirkninger av behandling. - Forskjellige typer kreft - ingen forskjell - Intensiv, individuell veiledning har god effekt under behandling. 	<p>Fagfellevurdert Etisk komité OK. Pasienter samtykket</p>
<p><i>“Patient-Generated Subjective Global</i></p>	<p>Abbott, J., Teleni, L., McKavanagh,</p>	<p>Analyse av hvor godt PG-SGA SF fungerer</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p>	<p>300 personer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Består av 4 bokser hvor pasienten selv kan krysse ut. Ekskluderer fysisk 	<p>Fagfellevurdert Etisk komité</p>

<p><i>Assessment Short Form (PG-SGA SP) is a valid screening tool in chemotherapy outpatients”</i></p>	<p>D., Watson, J., McCarthy, A. L. & Isenring, E. (2016).</p>	<p>sammenlignet med langversjonen PG-SGA.</p>			<p>undersøkelse og metabolske behov. Poengsystem som tilsier om pasient er i fare for underernæring eller er underernært. - Enkel, korrekt metode, men bør fylles ut av KEF, da boks 1, prosentvis tap av kroppsmasse blir ukorrekt. - Boks 4 ga ingen ytterligere verdi for resultatet.</p>	<p>OK Pasienter samtykket</p>
<p><i>“Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients”</i></p>	<p>Santarpia, L., Contaldo, F. & Pasanisi, F. (2011).</p>	<p>Belyse viktigheten av tidlig ernæringskartlegging og det å sette i gang tiltak tidlig.</p>	<p>Litteraturoversikt</p>		<p>- Tidlig identifisere risikoen for underernæring på en enkel måte. - Full evaluering for å klassifisere graden av underernæring. - Tidlig sette i gang tiltak.</p>	<p>Fagfellevurdert Etisk komité OK</p>