

BACHELOROPPGÅVE

Ernæring til den heimebuande kreftpasienten

Nutrition for the cancer patient living at home

Kandidatnummer 210 & 241

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Campus Førde

09.06.23

Samandrag

Bakgrunn: Kreftpasientar kan oppleve ernæringsproblematikk og vekttap, ettersom dette er vanlege og utbreia konsekvensar av ein kreftsjukdom. Antal kreftpasientar vil fortsette å auke i åra som kjem, dette kan medføre at det blir stilt eit større krav til heimesjukepleia når det kjem til ernæringsutfordringar.

Problemstilling: Korleis legge til rette for ernæring hos den heimebuande kreftpasienten.

Hensikt: Hensikta med oppgåva er å lære meir om korleis sjukepleiar kan legge til rette for ernæring hos den heimebuande kreftpasienten, ved å nytte kartleggingsverktøy og iverksette ulike tiltak.

Metode: Dette er ein litteraturstudie, som omhandlar relevant teori frå pensum, systematisk søk etter forskning og annan relevant litteratur. Det blir presentert fire forskjellige forskingsartiklar, som vart henta frå tre ulike databasar.

Resultat: Litteraturen vis at det er manglande kompetanse hos helsepersonell når det kjem til ernæring hos kreftpasientar. Det kjem fram at vanskar med å ete, plagsame symptom og einsemd er faktorar som kan bidra til eit redusert matinntak. Tidleg kartlegging av symptom kan fremje god palliativ behandling og betre livskvalitet hos pasienten. Sjukepleiar kan legge til rette for ernæringstiltak som passar den enkelte kreftpasienten.

Konklusjon: For å legge til rette for ernæring er det nødvendig at sjukepleiar har tilstrekkeleg kompetanse og kunnskap om pasienten sitt ernæringsbehov. Sjukepleiar kan nytte ulike ernæringstiltak frå ernæringstrappa som kosttilpassing og næringsdrikk. Ein kan også ta i bruk kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus og symptom, og deretter lindre plagsame symptom. Samhandling med pårørande er også sentralt for å bidra til å betre ernæringa til den heimebuande kreftpasienten.

Nøkkelord: Heimesjukepleie, kreftpasient, ernæring, sjukepleie, palliasjon

Abstract

Background: Cancer patients may experience nutritional problems and weight loss, as these are common and widespread consequences of a cancer disease. The number of cancer patients will continue to increase in the years to come, this may result in a greater demand being placed on home nursing care when it comes to nutritional challenges.

Thesis question: How to facilitate nutrition for cancer patient living at home

Objective: The aim of this thesis is to learn more about how nurses can facilitate nutrition for the cancer patient living at home, by using mapping tools and implementing various measures.

Method: This is a literature study, which deals with relevant theory from the syllabus, systematic search for research, and other relevant literature. Four different research articles are presented which were taken from three different databases.

Result: The literature shows that there is a lack of competence among healthcare workers about nutrition in cancer patients. It appears that eating difficulties, distressing symptoms and loneliness are factors that can contribute to a reduced food intake. Early mapping of symptoms can promote good palliative treatment and improve the patient's quality of life. Nurses can arrange nutritional measures that suit the individual cancer patient.

Conclusion: To facilitate nutrition, it is necessary that nurses have sufficient competence and knowledge about the patient's nutritional needs. Nurses can use various nutritional measures such as dietary adjustments and nutritious drinks. Can also use mapping tools to assess nutritional status and symptoms, and then relieve troublesome symptoms. Interaction with relatives is also central to contributing to improving the nutrition of cancer patients.

Keywords: home care, cancer patient, nutrition, nursing, palliative care

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing og presisering	2
1.4 Oppbygging av oppgåva	3
2.0 Fagleg bakgrunn	4
2.1 Den kreftsjuke pasienten.....	4
2.2 Sjukepleiefunksjon.....	5
2.2.1 Kartleggingsverktøy	7
2.2.2 Tiltak for å ivareta ernæring	8
2.3 Pårørende	9
2.4 Sentrale føringar.....	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Søkeprosess.....	11
3.2 Kjeldekritikk	11
3.3 Forskingsetikk.....	12
3.4 Analyse og syntese.....	12
4.0 Resultat.....	12
4.1 Symptom og livskvalitet	12
4.2 Ernæringstiltak.....	13
4.3 Kartleggingsverktøy.....	14
5.0 Drøfting	14
5.1 Ernæringskartlegging.....	14
5.2 Ernæringstrappa	16
5.3 Tilrettelegging av måltidet.....	17
5.4 Samarbeid med pårørende.....	18

5.5 Kompetanse om ernæring	19
6.0 Metodediskusjon	20
7.0 Avslutning	22
8.0 Litteraturliste	23
Vedlegg 1 PICo skjema.....	27
Vedlegg 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	28
Vedlegg 3 Søkehistorikk	29
Vedlegg 4 Litteraturmatrise	31

1.0 Innleiing

Antal krefttilfelle aukar, og meir enn 35 500 menneske blir diagnostisert med kreft kvart år. Over 300 000 menneske levde med kreft i 2022, eller som tidlegare har hatt kreft (Folkehelseinstituttet, 2022). Denne pasientgruppa er disponibel for å kunne utvikle ernæringsvanskar, ettersom vekttap og underernæring er vanlege konsekvensar av ein kreftsjukdom (Bertelsen et al., 2019, s. 144; Helsedirektoratet, 2018). Dette viser til eit stort ernæringsproblem, og at vekttap er ein utbreia konsekvens hos kreftpasientar, spesielt hos dei som får palliativ behandling (Kreftforeningen, u.å.). Personar som er underernærte har auka risiko for komplikasjonar, som forverring av den kognitive og fysiske funksjonen, dette kan føre til redusert livskvalitet og kortare levetid (Helsedirektoratet, 2022).

Grunna ei auke blant eldre og kreftpasientar, vil det bli stilt eit større krav til heimesjukepleia i kommunane framover (Lorentsen & Grov, 2020, s. 397). I framtida vil det også vere ei auke i antal pasientar med behov for palliativ omsorg og behandling (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 27). Samstundes ser ein at det også vil auke i heimebuande underernærte pasientar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 7). Dette medfører at sjukepleiarar i heimesjukepleia må ha tilstrekkeleg kompetanse om ernæring, kartlegging og om tiltak som kan hindre underernæring (Birkeland & Flovik, 2020, s. 135). Det er manglande kompetanse om ernæring blant helsepersonell, og det blir rekna som eit hovudproblem i helsetenesta (Stubberud et al., 2020, s. 17).

Som sjukepleiar skal ein arbeide helsefremmande og førebygge sjukdom. Utøvinga av sjukepleie skal fremme omsorg, respekt og verdigheit for å ivareta pasienten og hans behov (NSF, 2023). Som sjukepleiar må ein forsøke å lindre dei ubehaga som kan påverke næringsinntaket til pasienten, og iverksette tiltak som kan betre næringsinntaket.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Vi har opplevd gjennom praksis i heimesjukepleia at fleire heimebuande pasientar ikkje får tilstrekkeleg kartlegging av ernæringstilstand, og heller ikkje ein optimalisert ernæringsplan. Dette gjer at vi ynskjer å få meir kunnskap om ernæring og kreftsjukdom i eit palliativt forløp, slik at vi kan ta dette i bruk som ferdig utdanna sjukepleiarar.

1.2 Problemstilling

Korleis legge til rette for ernæring hos den heimebuande kreftpasienten

1.3 Avgrensing og presisering

Vi har avgrensa til ikkje-kurabel kreftsjukdom i eit byrjande palliativt forløp, og den kurative behandlinga til pasienten er nettopp blitt avslutta. Det er ikkje alltid like lett å skilje mellom palliativ og kurativ fase, fordi ein ikkje-kurabel sjukdom kan haldast i sjakk lenge (Lorentsen og Grov, 2020, s. 423). Palliasjon blir ifølge Verdens helseorganisasjon (2020) definert som ei behandling som har til hensikt å betre livskvalitet hos pasienten og familien ved livstrugande sjukdom. Behandlinga skal førebygge lidning ved hjelp av kartleggingsverktøy, vurdering og vidare behandling av ulike problem som kan oppstå. Tradisjonelt sett har palliative pasientar ei antatt forventa levetid på mindre enn 9 til 12 månader (Helsebiblioteket, 2019). Ein kan likevel vere oppegåande og i arbeid, og samstundes få palliativ behandling (Roaldset & Aass, 2021).

Vi ser at ulike krefttypar kan påverke og skape komplikasjonar for næringsinntaket til pasienten. For eksempel kan kreft i fordøyingsorgan føre til meir plagar med oppkast og kvalme (Lorentsen & Grov, 2020, s. 429). Stråling mot kreft i munnen eller svelget kan føre til munnhåleplagar, som tørrheit og vanskar med å svelge (NHI, 2021). På bakgrunn av dette valte vi framleis ikkje å sjå på ein spesifikk kreftsjukdom, då vi vil sjå på fleire plagsame symptom som kan påverke matinntaket til pasienten. Vi ynskjer å undersøkje korleis ein kan legge til rette for ernæring hos kreftpasientar uavhengig av kreftdiagnose.

Oppgåva rettast mot eldre personar over 65 år som mottar tenester frå heimesjukepleia. Vi refererer til pasienten som “han”, men det gjelder for begge kjønn. Pasienten treng hjelp frå heimesjukepleia til å ivareta behovet for ernæring, ettersom han er i ernæringsmessig risiko og har nedsett matlyst. Pasientar som er i ernæringsmessig risiko er anten i risiko for å bli underernærte eller underernært (Nasjonalt råd for ernæring, 2017, s. 10). Sjølv om pasienten er i eit palliativt forløp, har han framleis lenge igjen å leve og er i god form. Han bur heime åleine, fordi han greier å ivareta dei andre behova han har. Han mobilisere seg sjølv og er kognitivt oppegåande. Pasienten har vaksne barn som ofte kjem på besøk. Vi ser det relevant

å trekkje inn rolla til pårørande i oppgåva, fordi dei kan bidra til å betre ernæringa til pasienten saman med personell frå heimetenesta.

Underernæring blir ifølgje Helsedirektoratet (2022) definert som ein tilstand der mangel på protein eller energi gir vekttaap og redusert muskelmasse, som vidare kan føre til forverra mental og fysisk funksjon. Årsaka til underernæring er at kroppens behov for næringsstoff ikkje blir tilstrekkeleg dekkja (Bye & Balstad, 2016, s. 233). Målet er å sikre tilstrekkeleg ernæring. Vi anerkjenne at langtkommen kreftsjukdom har ei rekke uheldige konsekvensar, men på bakgrunn av oppgåva sitt omfang har vi valt å halde oss til tema om ernæring. Vi ynskjer å få meir kunnskap om korleis sjukepleiar kan fremme ernæring gjennom å nytte kartleggingsverktøy og sette i verk ulike tiltak.

1.4 Oppbygging av oppgåva

I dette kapittelet vart innleiinga presentert med samfunns- og sjukepleiarperspektiv, og bakgrunn for val av tema og problemstilling med avgrensing og presisering. Det faglege innhaldet i kapittel 2 handlar om kva som kjenneteiknar den kreftsjuke pasienten og korleis sjukepleiar kan ivareta ernæringa til pasienten ved hjelp av kartleggingsverktøy, ernæringstiltak, samhandling med pårørande og tre sentrale føringar. Val av metode blir introdusert i kapittel 3, og tar for seg søkeprosess, kjeldekritikk, forskingsetikk, analyse og syntese. I kapittel 4 blir resultatane frå dei fire valte forskingsartiklane presentert; symptomkartlegging og behandling, ulike ernæringstiltak og kartleggingsverktøyet ESAS. Dette blir drøfta opp mot den fagleg bakgrunnen og egne erfaringar i kapittel 5. I kapittel 6 diskuterast styrker og svakheiter ved oppgåva. I kapittel 7 blir det konkludert med kva sjukepleiar kan gjere for å legge til rette for ernæring hos den heimebuande kreftpasienten. Avslutningsvis i oppgåva kjem litteraturlista i kapittel 8, og deretter fire vedlegg.

2.0 Fagleg bakgrunn

I teoridelen vil vi innleiingsvis forklare kva som kjenneteiknar den kreftsjuke pasienten. Deretter går vi inn på sjukepleiefunksjonen ved bruk av ulike kartleggingsverktøy, og tiltak for å legge til rette for ernæring. Vidare kjem vi inn på pårørande, og rolla deira når pasienten er heimebuande, palliativ og kreftsjuk. Avslutningsvis trekker vi fram tre sentrale føringar som vi synast er relevante for å seinare svare på problemstillinga.

2.1 Den kreftsjuke pasienten

Kreft oppstår ved at arvestoffet til ei celle har fått skader som medfører at den delar seg ukontrollert. Den vil fortsette å dele seg slik at det oppstår ei opphoping av kreftceller, og etterkvart blir det danna ein kreftsvulst (Kreftforeningen, 2023; Lorentsen & Grov, 2020, s. 399). Det finst 200 ulike kreftformer, der behandling, forløp og overleving varierer (Kreftforeningen, 2023). Rundt 40 % av Noregs befolkning kjem til å bli diagnostisert med kreft før dei fyller 80 år, i åra som kjem framover (Folkehelseinstituttet, 2022). Ei kreftdiagnose kan bli oppfatta som ei stor livskrise, og blir ofte samanlikna med lidning, smerte og død (Lorentsen & Grov, 2020, s. 419). Kreft kan ramme kroppen med ulike konsekvensar, og eit av dei er vekttap (Lorentsen & Grov, 2020, s. 406). Pasienten med ein ikkje-kurabel kreftsjukdom har som regel kortare forventa levetid (Kreftforeningen, u.å.). Faktorar som vekttap og underernæring kan også føre til kortare levetid for pasienten, grunna dårlegare immunforsvar og redusert muskelfunksjon (Paur et al., 2018).

Redusert matlyst kan påverke livskvaliteten til kreftpasienten negativt, og mat har ein viktig verdi for det psykologiske, kulturelle og sosiale livet (Helsedirektoratet, 2019).

Nedsett appetitt hos kreftpasientar er vanleg, og dette blir sett på som den vanlegaste årsaka til underernæring. Andre symptom som kan påverke matinntaket til den kreftsjuke pasienten er blant anna kvalme, smerter, forstopping og munnholeplager (Bertelsen et al., 2019, s. 144). Kvalme er den biverknaden som kan verke mest belastande for pasienten, og det er fleire årsaker til at det kan oppstå. Kvalme og oppkast kan medføre elektrolyttforstyrringar, væsketap, anoreksi og underernæring som kan føre til fysisk og psykisk utmatting. Det kan oppstå grunna smerter, angst, opioidbehandling, utryggleik, hypotensjon og hjernemetastasar (Lorentsen & Grov, 2020, s. 403-404).

Smerter er den mest frykta plaga, og pasientar med ikkje-kurabel kreftsjukdom plagast ofte med kroniske smerter med akutte episodar. Ulike krefttypar har forskjellig smertemønster, og smertene kan vere tumorrelaterte eller smerter av metastasar. Samstundes kan smertene også vere tilknytt andre plagar som muskelatrofi grunna kakeksi eller obstipasjon (Lorentsen & Grov, 2020, s. 402-403). Ein annan biverknad som kan påverke ernæringa til pasienten, er obstipasjon. Pasientar som er i palliativ fase får ofte opioidar mot smerter, og det kan påverke tarminnhaldet sin konsistens, slik at ein lettare blir utsett for forstopping (Lorentsen & Grov, 2020, s. 429). Andre faktorar som også kan føre til obstipasjon er lite inntak av fiber, inaktivitet og lavt væskeinntak (Lorentsen & Grov, 2020, s. 407). Rundt 80 % av dei som er i aktiv behandling av kreft eller i palliativ fase opplev munntørreheit som eit plagsamt symptom, både grunna kreftsjukdommen og ulike medisinar (NHI, 2021). Det kan også bli vanskeleg å svelge og fordøye mat viss ein er plaga med munntørreheit og - sårheit (Lorentsen & Grov, 2020, s. 404).

Ein konsekvens av langtkommen underernæring hos kreftpasientar, er kakeksi. Det er ein tilstand der pasienten har eit utilstrekkeleg inntak av næring som kan føre til auka vektreduksjon (Bye & Balstad, 2016, s. 234). Kakeksi og mangel på appetitt kan sjåast hos 60 til 80 % av kreftpasientar i ein langtkommen fase (Lorentsen & Grov, 2020, s. 428). Pasientar med kakeksi opplev redusert funksjonsevne, lite matlyst og blir fortare mett (Helsedirektoratet, 2019). Pasientar som har utvikla kakeksi kan prøve å unngå situasjonar med mat, fordi dei føler dei ikkje kan delta, eller følar seg pressa til å ete (Solheim & Vagnildhaug, 2016, s. 534).

Pasienten bur åleine og dette kan vere ein medverkande faktor til utvikling av underernæring. For dei over 67 år, kjem det fram ein av tre bur åleine heime. Å ete måltid åleine kan gje få sosiale signal på at ein bør ete mat. Appetitten og matglede kan bli påverka slik at det kan gå utover viljen til å ete. Ein ser at det er mange som har behov for å ete saman med nokon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 12).

2.2 Sjukepleiefunksjon

Sjukepleiefunksjonen er å oppveie for svikt i ivaretaking av behov og utføre behandling. Henderson sin sjukepleieteori beskriv situasjonen til pasienten ved at han har manglande vilje, kunnskap eller krefter til å utføre sine grunnleggande behov på ein helsefremmande måte

(Kristoffersen, 2019, s. 26). Det er nødvendig at sjukepleiar blir kjent med pasienten sine behov, slik at ein kan legge til rette for individualisert pleie. Eit av dei 14 punkta til Henderson som beskriv grunnleggande behov, handlar om tilstrekkeleg ernæring (Kristoffersen, 2019, s. 39).

For at ein skal kunne ivareta pasienten sitt ernæringsbehov krevst det visse haldningar, kunnskapar og ferdigheiter hos sjukepleiaren. Med haldning vektleggast sjukepleiaren si evne til å forstå at dette er eit del av ansvarsområdet. Med ferdigheiter vektleggast sjukepleiaren si evne til å administrere ernæring for å ivareta pasientens ernæringsbehov. Samstundes må ein også ha kunnskap om ernæringsbehov, administrering, ulike ernæringskomponentar og konsekvensar som kan oppstå av under- og feilernæring (Stubberud et al., 2020, s. 18).

All sjukepleie som blir gjennomført i pasienten sin heim blir definert som heimesjukepleie. Sjukepleia som blir gjennomført i heimen til pasienten tar utgangspunkt i pasienten og pårørende sine behov og ynskjer. Heimesjukepleia kan vere heilt avgjerande for at pasienten skal få leve eit godt liv med sjukdom i heimen, samt å sikre at grunnleggande behov blir teke i vare (Birkeland & Flovik, 2020, s. 13). Så lenge det er ynskeleg og forsvarleg skal pasienten få kvardagen i eiga heim, noko som også er det overordna målet for heimesjukepleia (Birkeland & Flovik, 2020, s. 15). For at pasienten skal oppleve at han får god hjelp, er det sentralt at det er kontinuitet i omsorga, helsehjelpa og observasjonane. Ved å observere og iverksetje hensiktsmessige tiltak har helsepersonell moglegheit til å identifisere problem før dei oppstår, dette kan hindre vidare utvikling av problemsituasjonar (Birkeland & Flovik, 2020, s. 16). Ei utfordring i helse- og omsorgstenesta er manglande tverrfagleg samarbeid for optimalisert ernæring. Tilsette i heimesjukepleia kjenner seg ofte åleine med å ivareta pasientar med ernæringsutfordringar. Det kan vere mangel på moglegheit til å vise til eller rettleiing i handtering av spesielle ernæringsfaglege oppgåver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 14).

Det er fleire hovudutfordringar som er knytt til oppfølginga av ernæring hos eldre som mottek heimetenester. Desse utfordringane er mangel på strukturert oppfølging, manglande individuell tilpassing, fleire med ernæringsutfordringar og manglande kompetanse og kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 11).

2.2.1 Kartleggingsverktøy

Ettersom pasienten er i ernæringsmessig risiko kan vere behov for å kartleggje matinntaket til pasienten (Helsedirektoratet, 2016). For å registrere kva pasienten et og drikk i løpet av dagen, kan ein bruke eit kostregistreringsskjema (Lorentsen & Grov, 2020, s. 412).

Kostregistreringsskjema kan legge til rette for konkrete og individuelt tilpassa ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2016).

Omtrent 17 % av eldre pasientar med tenester frå heimesjukepleia fekk kartlagt sin ernæringsstatus på 12 månader, der kom det fram at ein av fire var i ernæringsmessig risiko (Meld. St. 15 (2017-2018) s. 105). For å undersøke om pasienten er i risiko for underernæring, kan ein nytte ulike screeningsverktøy. Eit av dei mest nytta screeningverktøya for kreftpasientar er *Subjective Global Assessment Questionnaire*, forkorta SGA (Bye & Balstad, 2016, s. 237). Ein kan også bruke screeningsverktøy *Mini Nutritional Assessment*, forkorta MNA, som er enklare å bruke hos eldre (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140). Skåren på screeningsverktøyet fortel om ein er i risiko for å utvikle undervekt, er undervektig eller har normal vekt (Bye & Balstad, 2016, s. 237). Pasienten skal få vurdert ernæringsstatusen sin ved oppstart og deretter månadleg, når han har tenester frå heimesjukepleia (Birkeland & Flovik, 2020, s.135). Sjølv om pasienten er i palliativ fase bør han framleis vegast med jamne mellomrom (Lorentsen & Grov, 2020, s. 428).

Det er nødvendig å gjennomføre kartlegging for å få oversikt over symptom og plager, som kan føre til underernæring (Bye & Balstad, 2016, s. 234). For å kartlegge fleire symptom samtidig kan ein nytte ESAS-skjema som er eigna for den palliative pasienten. I skjemaet kan ein kartlegge åtte symptom, nokon av dei er smerte, kvalme, slappheit og matlyst (Lorentsen & Grov, 2020, s. 410). Ein kan også kartlegge smertene til pasienten ved å observere og samtale med han (Lorentsen & Grov, 2020, s. 409). Når det kjem til kvalme må ein som sjukepleiar dokumentere og kartleggje mønsteret og eventuell årsak, samt kva legemiddel som har lindrande effekt (Lorentsen & Grov, 2020, s. 417). Vidare må ein kartlegge pasienten sine tømmevanar ved å registrere avføringsmønsteret, dette kan pasienten gjere sjølv om han greier (Lorentsen & Grov, 2020, s. 421).

2.2.2 Tiltak for å ivareta ernæring

Fokuset er å lindre plagsame symptom der ein rettar behandlinga mot ein eller fleire plager (Kaasa & Loge, 2016, s. 45). Det kan vere tiltak for å lindre fysiske ubehag som kan bidra til å betre næringsinntaket til pasienten, som å oppretthalde god munnhygiene og hindre obstipasjon (Lorentsen & Grov, 2020, s. 420). Ein bør vektleggje tiltak med fokus på livskvalitet og matglede (Bye & Balstad, 2016, s. 242).

Ein kan nytte ernæringstrappa, som er eit nasjonalt fagleg råd, for å betre ernæringa til pasienten. Ernæringstrappa tar føre seg ulike tiltak og kva rekkjefølgje ein kan gå etter. Trappa byrjar på og tar for seg desse tiltaka i stigane rekkjefølge: symptomlindring, måltidsmiljø, mattilbod, berike måltidet, næringsdrikk, sondeernæring og intravenøs ernæring. Ein kan også kombinere dei ulike tiltaka med kvarandre, som å berike måltidet og næringsdrikk (Helsedirektoratet, 2016).

Pasienten som er i ernæringsmessig risiko bør få ein ernæringsplan som er tilpassa hans situasjon, ynskjer og behov (Bye & Balstad, 2016, s. 238). Planen bør innehalde den aktuelle problemstillinga til pasienten, som i dette tilfellet er fare for underernæring, da pasienten er i ernæringsmessig risiko. Ernæringsbehovet til pasienten og målet for behandlinga må kome fram i planen, som her er å stabilisere vekta og hindre meir vektneidgang. Planen skal også innehalde informasjon om ernæringsstatus, matinntak, ulike tiltak og oppfølgingsplan (Helsedirektoratet, 2016).

For nokre palliative pasientar må det vurderast andre tiltak enn tilrettelegging av måltidssituasjonen og ønskekost. Det kan vere sonde- eller intravenøs ernæring (Lorentsen & Grov, 2020, s. 428). Denne behandlinga kan gjevast i heimen til pasienten (Birkeland & Flovik, 2020, s. 143). Behandlinga blir ordinert av legen, og kan bli administrert av sjukepleiar (Stubberud et al., 2020, s. 18). Sondeernæring er næring som blir ført via ein sonde direkte til magesekken eller tynntarmen (Stubberud et al., 2020, s. 35). Intravenøs ernæring er næring som ikkje går inn i mage-tarmkanalen, men som blir tilført direkte inn i blodet (Stubberud et al., 2020, s. 42). Når pasienten har ein fungerande mage-tarmkanal bør ein velje sondeernæring framfor intravenøs ernæring, fordi det har lågare risiko for komplikasjonar (Helsedirektoratet, 2016). Det kan vere aktuelt med intravenøs ernæring for å hindre raskt vekttaap når pasienten har ein magesekk eller tarm som ikkje tar opp næringsstoff

(Lorentsen & Grov, 2020, s. 428). Behandlinga kan vere aktuell for pasientar som har fått stråling mot hals, hovud eller mage, samt hos dei som har passasjehinder i fordøyingskanalen (Helsedirektoratet, 2018). Vurderinga av oppstart med sonde- eller intravenøs ernæring kan medføre fleire ulike etiske problemstillingar (Bye & Balstad, 2016, s. 241).

2.3 Pårørande

Tilsette i heimesjukepleia må ha respekt for kor mykje pårørande ynskjer å gjere, og korleis dei ynskjer å samhandle (Birkeland & Flovik, 2020, s. 78). Å inkludere pårørande i matsituasjonen til pasienten kan føre til ein positiv oppleving, fordi ein bidreg med noko viktig (Brodtkorb, 2020, s. 313). Pårørande som bur i nærleiken kan ynskje å hjelpe pasienten med å handle mat eller komme på besøk for å ete måltid saman (Birkeland & Flovik, 2020, s. 136). Det er viktig å legge til rette for at pasienten og pårørande skal få uttrykke sine bekymringar om matinntaket til sjukepleiar, fordi det kan bidra til redusere uro (Solheim & Vagnildhaug, 2016, s. 534). For pårørande kan det opplevast uvant og spesielt å ha sjuke familiemedlem buande heime, og ansvaret og involveringa deira blir gjerne større enn dersom pasienten hadde vert på sjukeheim (Birkeland & Flovik, 2020, s. 78). Pårørande til palliative pasientar søker ofte råd og løysingar hos helsepersonell for korleis dei kan bidra til å betre appetitten og næringsfulle måltid hos pasienten (Lorentsen & Grov, 2020, s. 428).

2.4 Sentrale føringar

Meld. St. 24 (2019-2020) *Lindrende behandling og omsorg - vi skal dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Hensikta med meldinga er å bidra til meir openheit om døden og legge til rette for betre livskvalitet. Den tar føre seg viktige tema innanfor palliasjon, og eit av dei er ivaretaking av funksjon. Her kjem det fram at ernæring og munnhelse er viktig å observere hos menneske som får palliativ behandling. Meldinga fokuserar også på pårørande. Å bli alvorleg sjuk kan ha store konsekvensar for familie og pårørande, dermed er det viktig at helsetenesta viser omsorg og ivareta pårørande. Meldinga legger vekt på at pasienten får delta i val, som er knytt til sitt eige liv og død. I likskap med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) som fortel at pasientar har rett til å medverke i eiga behandling.

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*. Reforma vektlegg at eldre skal meistre livet lengre, og få hjelp når dei trenger det. Eit viktig tema i reforma er

matglede som handlar om at eldre skal få god ernæring, noko som er svært viktig for å betre og oppretthalde god livskvalitet. Målet er å redusere førekomsten av underernæring og skape gode opplevingar rundt måltidet. Reforma vektlegg utfordringar knytt til ernæring hos heimebuande pasientar. Det kjem fram at nokre av utfordringane er manglande oppfølging, få måltid, lite sosialt fellesskap og lita valfriheit til å velje kva ein vil ete. For å møte utfordringane blir det foreslått ulike løysingar, ein av dei er fokus på det gode måltidet. Det gode måltidet bør bestå av næringsrik mat som både smakar, luktar og ser godt ut. Maten skal ha riktig og tilstrekkeleg innhald av næringsstoff og energi, og samtidig sjå delikat og appetittvekkande ut for å kunne aktivere sansane.

Helse- og omsorgsdepartementet (2021) utarbeida ein strategi for godt kosthald og ernæring hos dei som mottar heimebaserte tenester og for eldre i sjukeheim. Det vil bli fleire eldre med ernæringsutfordringar, og difor trengs det større oppmerksomheit på ernæring hos dei som bur heime. Fokuset til strategien er at pasientar får vurdert sin ernæringsstatus, slik at ein kan forebygge underernæring og fremme god og riktig mat. Ein kan fremme god ernæringspraksis med fokus på vurdering og kartlegging av ernæringsbehov, iverksette tiltak, individuell ernæringsplan og dokumentasjon. Det er viktig med kompetanse og kunnskap innanfor ernæring, for å forhindre og behandle underernæring.

3.0 Metode

Metode blir definert som ein framgangsmåte for å finne fram til nyare kunnskap. Det er nødvendig med ulike metodar for å få fram kunnskap, samt for å teste om påstandane er gyldige og haldbare (Dalland, 2020, s. 53). Ein systematisk litteraturstudie er ein metode for å summere kunnskap innanfor eit spesifikt område, og som kan legge til rette for vidare forskning (Thidemann, 2023, s. 79). Vi valte å skrive denne oppgåva som ein litteraturstudie, der vi har gjennomført systematisk søk etter forskning og teori for å kunne svare på problemstillinga vår. Vi har gått gjennom og valt ut 4 forskjellige forskingsartiklar og faglitteratur vi synast er relevant for problemstillinga og oppgåva.

Vi har valt å nytte både kvalitative og kvantitative studiar i oppgåva vår, for å belyse årsaksforhold hos pasienten, og data for å fremme eit sterkare grunnlag. Bakgrunnen for å nytte begge metodane er for å kunne motverke svakheiter som er knytt til ein spesifikk

metode (Thidemann, 2023, s. 77). Vi er ute etter å finne erfaringar og haldningar hos pasienten, men også effekt av ulike tiltak.

3.1 Søkeprosess

I søka vart trinna i kunnskapsbasert praksis følgt for å finne fram til relevante artiklar, som kan belyse problemstillinga vår. Vi fant og brukte trinna på Helsebiblioteket (2021) sine sider. Det var utforma eit PICO skjema for å få relevante søkeord, før vi begynte å gjennomføre søk i databasar. Ved utarbeiding av PICO skjema brukte vi Helsebiblioteket (2021) sin modell som utgangspunkt. Sjå vedlegg 1 for utfyllande PICO skjema. Vi utførte søk i Cinahl, PubMed og SveMed+ for å finne relevante forskingsartiklar.

For å finne fram til forskning kombinerte vi orda i kvar av inndelingane i PICO skjemaet med OR, og deretter kombinerte søka med AND. Dette er for å få flest moglege treff på søket, samt å kunne avgrense søket til å kunn handle om problemstillinga. Søkeorda som vart brukt var “Cancer patients”, “Palliative care”, “Cancer patients”, “Nutritional assessment”, “Parenteral Nutrition Solutions”, “Geriatric Nutrition”, “Palliative patients”, “Nutrition intervention”, “Early intervention”, “Eating”, “Caregivers”, “At home” og “Hjemmesykepleie”. Sjå vedlegg 3 for utfyllande søkehistorikk. Her er det inkludert database, søkeord og ordkombinasjonar, avgrensing, dato, artikkeltreff og inkludert artikkel. Dei valte artiklane vart deretter lest, og vurdert til at dei hadde stor relevans for å kunne svare på problemstillinga.

For å avgrense og spesifisere søket, vart det nytta inklusjons - og eksklusjonskriterier for å finne fram til artiklar, sjå vedlegg 2.

3.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk handlar om å vurdere om litteraturen er truverdig (Dalland, 2020, s. 143). Det vart leita etter nyare forskning, som vart publisert mellom år 2018 og 2023. For å vurdere om artiklane var relevante for vår oppgåve og problemstilling, leste vi først tittelen og deretter abstraktet. Alle artiklane vi har med er fagfellevurdert. Dei valte artiklane var deretter lest og kritisk vurdert, ved hjelp av sjekklister frå Helsebiblioteket (2018).

3.3 Forskingsetikk

Forskingsetikk handlar om ivaretaking av personvern og sikre at dei som deltek i forskning ikkje blir utsett for unødvendige belastningar (Dalland, 2020, s. 168). Det vart sjekka om forskingsartiklane var godkjent av ein etisk komité og at artiklane tek i vare personvern, før vi valte å inkludere dei.

3.4 Analyse og syntese

Ein kan analysere artiklane for å tolke og forstå innhaldet (Thidemann, 2023, s. 92). I denne prosessen ser ein på artiklane på ein beskrivande, analyserande og reflektert måte (Thidemann, 2023, s. 93). Ved å granske og vurdere studiane kan temaet og hovudpoenget stå fram (Thidemann, 2023, s. 94). Dei gjennomgåande tema i artiklane var symptom og livskvalitet, ernæringstiltak og kartleggingsverktøy.

4.0 Resultat

I dette kapittelet kjem hovudfunna i artiklane fram. Den tematiske analysen viste at hovudtema var symptom og livskvalitet, ernæringstiltak og kartleggingsverktøy. Dei inkluderte artiklane var ei retrospektive analyse, ein retrospektiv kvantitativ studie og to kvalitative studiar. Den eine studien vart gjennomført i Italia (Ruggeri et al., 2020), ein frå Nederland (Lize et al., 2020) og to studiar frå Noreg (Meyer et al., 2017; Vigstad et al., 2018). Artiklane har blitt framstilt i ei litteraturmatrise for å få fram hovudpunkta. Sjå vedlegg 4 for utfyllande litteraturmatrise.

4.1 Symptom og livskvalitet

Det kjem tydeleg fram i studien til Vigstad et al. (2018) at tidleg symptomkartlegging og behandlingstiltak kan føre til betre livskvalitet hos palliative kreftpasientar. Her blir det også trekt fram at dei mest framtreddande og belastande symptoma for kreftpasientane er slappheit, munntørreheit og nedsett matlyst. I tillegg blir det belyst at omkring 72 % av kreftpasientane opplev nedsett matlyst, som kan resultere til auka symptombyrde og redusert livskvalitet. For å motvirke desse negative konsekvensane, kan kartlegging og symptombehandling føre til

betre livskvalitet hos kreftpasientar.

Artikkelen til Lize et al. (2020) poengterte også at nedsett matlyst har ein psykososial konsekvens for kreftpasientane. Deltakarane opplev det som ein kamp å ete, og kjenner på sorg og sinne grunna dårleg inntak av mat. Pårørande kan også bli påverka av pasienten sitt reduserte matinntak, som kan framkalle negative kjensler. Både pasienten og pårørande kjente på kjensler prega av nederlag, angst og tristheit. Redusert matinntak kan også påverke sosiale situasjonar, der pasienten unngår samvær som inneberer mat. Dette kan vidare føre til einsemd og mindre glede i kvardagen. I likskap med artikkelen til Ruggeri et al. (2020) blir det også poengtert at underernæring kan føre til redusert funksjon i det daglege livet og depresjon.

4.2 Ernæringstiltak

Det kjem fram i artikkelen til Meyer et al. (2017) at praktisk tilrettelegging av måltidet er eit godt fungerande ernæringstiltak. Sjukepleiarane såg det som betydingsfullt å bli kjent med pasienten og hans ernæringsbehov. Sjukepleiarane framhev også at å ete ilag var eit viktig ernæringstiltak hos heimebuande einslege pasientar med lite matlyst.

Andre viktige ernæringstiltak hos kreftpasientar er oppstart av sonde - og intravenøs ernæring (Ruggeri et al., 2020). Dette er eit passende tiltak for palliative kreftpasientar som har utvikla kakeksi, og som ikkje lenger får i seg nok mat gjennom munnen. Dette tiltaket kan føre til betre livskvalitet hos pasienten, og samstundes reduserer risiko for at ein dør av underernæring. Rundt 90 % av deltakarane i studien som fekk intravenøs ernæring opplevde betra eller vedlikehald av funksjonsstatus etter ein måned med intravenøs ernæring. Det vart trekt fram at kreftpasientar bør bli vurdert for oppstart med intravenøs- og sondeernæring, dersom ein har eit utilstrekkeleg matinntak. Likevel fremja artikkelen at intravenøs ernæring ved ei alvorleg grad av kakeksi førte til kortare overleving, og forverra funksjonsstatus etter ein måned med intravenøs behandling.

4.3 Kartleggingsverktøy

To av artiklane tek for seg bruk av kartleggingsverktøy i helse- og omsorgstenesta (Vigstad et al., 2017; Meyer et al., 2017). I følge Vigstad et al. (2018) kan ein nytte kartleggingsverktøyet ESAS for å få betre informasjon om pasienten sine plagar, samt auke kvaliteten på pleia. Ein kan oppdage symptom tidlegare ved å nytte ESAS, noko som kan redusere symptombelastninga til pasienten.

Meyer et al. (2017) løftar fram vanskar ved å nytte kartleggingsverktøy i heimesjukepleia, og at det ikkje blir gjennomført i praksis viss det ikkje er implementert faste rutinar for å ta det i bruk. Nokre sjukepleiarar opplevde det upassande å måtte vege pasienten i deira eigen heim, fordi ein ikkje ville krenke personen. Likevel kjem det fram at mange pasientar ville bli vega og at pårørande var fornøgde med at ein var oppmerksom på matinntak og vektta. Eit annan problem som vart belyst var bemanningsproblem i heimetenesta, der dei tilsette var prega av ein hektisk arbeidsdag. Dette medførte prioritering av arbeidsoppgåver, som vidare førte til at ernæringskartlegging vart utsett grunna mangel på tid. Artikkelen fremjar også at det krevjast eit tett samarbeid mellom pasient, pårørande og helsepersonell for å gjennomføre kartlegging.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte teorien frå kapittel 2 opp mot funna frå dei fire forskingsartiklane for å svare på problemstillinga. Drøftinga tar for seg hovudtema som ernæringskartlegging, ernæringstrappa, tilrettelegging av måltid, kompetanse om ernæring og samarbeid med pårørande. Vi vil også inkludere egne erfaringar vi har frå praksis i heimesjukepleia.

5.1 Ernæringskartlegging

Ein ikkje-kurabel sjukdom kan haldast i sjakk lenge ved hjelp av eit livsforlengande, målretta behandlingstilbod (Lorentsen & Grov, 2020, s. 423). Likevel kan symptoma og behova til pasienten ein palliativ fase vere noko samansett og komplekse. På bakgrunn av dette kan det opplevast utfordrande å sette i verk tiltak (Lorentsen & Grov, 2020, s. 425). Det er nødvendig med symptomkartlegging for å finne ut kvifor pasienten ikkje et, og for at pasienten skal ha nytte av ernæringsiltak må god symptomlindring ligge til grunn (Bye & Balstad, 2016, s.

234). Det er nødvendig å behandle underliggende årsaker, for å kunne gjennomføre ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2016). For at sjukepleiar skal kunne fremme god palliativ behandling hos den kreftsjuke pasienten må ein vere oppmerksam på pasienten sine symptom. Tidleg kartlegging og behandling kan motverke plagsame symptom. Difor bør ein som sjukepleiar ha kunnskap om ulike symptom for å kunne ivareta pasienten best mogleg og fremme betre livskvalitet. Ein kan nytte ESAS skjema for å gjennomføre symptomkartlegging. Skjemaet kartleggje blant annan smerte, obstipasjon, kvalme, munntørrheit og matlyst. Pasienten kan rangere symptoma sine på skjemaet sjølv, dette kan gi betre informasjon om plagene og vidare auke kvaliteten på behandlinga. Ein kan lettare sette i verk tiltak for å betre plagsame symptom, og i etterkant evaluere tiltaka for å sjå etter ønska effekt (Vigstad et al., 2020).

Det er enklare å førebygge underernæring enn å behandle alvorleg underernæring (Paur et al., 2018). Ein kan nytte SGA eller MNA når ein skal ernæringskartleggje den heimebuande pasienten (Bye & Balstad, 2016, s. 237). Samstundes kjem det fram at sjukepleiarar i heimesjukepleia opplever det utfordrande å kartleggje ernæringsstatusen til heimebuande pasientar. Det opplevast også utfordrande å kartlegge kva den heimebuande pasienten et og drikk gjennom døgnet, grunna avgrensa tid på heimebesøk (Meyer et al., 2017). Likevel kan ein ta i bruk kostregistreringsskjema. Dette kan pasienten styre sjølv om han ynskjer, eventuelt kan sjukepleiar hjelpe til med dette viss pasienten ikkje orkar. Det er viktig at det som faktisk blir ete og drukke blir ført opp, og ikkje berre det som blir servert (Lorentsen & Grov, 2020, s. 412).

Det er eit mål at alle pasientar i heimetenesta skal få vurdert ernæringsstatusen sin for å fange opp pasientane som er i ernæringsmessig risiko. Likevel så tyder det på at det er eit stykke igjen før målet nåast. Det har blitt avdekka manglande oppfølging og ernæringskartlegging som utfordrar pasientsikkerheit (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 13). Meyer et al. (2020) fortel at bemanningsproblem, dårleg tid og prioritering av oppgåver i heimesjukepleia fører til at ernæringskartlegging blir nedprioritert. Vidare kan dette føre til at ernæringsproblem ikkje bli fanga opp, noko som i verste fall kan ha fatale konsekvensar for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.13).

5.2 Ernæringstrappa

Ifølge ernæringstrappa kan ein tilpasse kosten til pasienten for å sikre eit tilstrekkeleg inntak av næring (Haugan, 2022). Å berike maten kan fungere som eit tiltak for pasienten som har dårleg matlyst. Nokre produkt som kan nyttast er fløyte, olje, smør og rømme (Helsedirektoratet, 2016). Ved å berike maten kan ein få meir energi og protein utan å måtte auke volumet på måltidet. Fokuset bør vere på proteinrike matvarer, fordi protein er nødvendig for immunforsvaret og bevaring av musklar (Kreftforeningen, 2023). Likevel kjem det fram at proteinrik mat kan smakte bittert og ha ein metallisk smak for kreftpasientar. Pasienten kan synast det er lettare få i seg proteinrik mat når den er romtemperert, eller enklare å tygge og svelge som shakes og eggedosis (Lorentsen & Grov, 2020, s. 420). Ein kan også informere pasienten om å ete små hyppige kaloririke måltid (Helsedirektoratet, 2019).

Dersom ein ser at pasienten ikkje har tilstrekkeleg effekt av tilpassa kost, kan ein bevege seg vidare opp på ernæringstrappa til trinnet om næringsdrikk, eller prøve å kombinere dette saman med kosttilpassing (Haugan, 2022). Sjukepleiar kan legge til rette for at pasienten kan ha næringsdrikkar i heimen. Ein kan supplere med næringsdrikk som eit mellommåltid, eller etter eit måltid. Næringsdrikk kan betre ernæring hos dei som synast det er enklare å drikke enn ete og tygge mat. Næringsdrikk kjem i forskjellige smakar som pasienten kan prøve ut for å finne ein eller fleire han synast smakar godt (Helsedirektoratet, 2016).

Når ein har vanskar med å få i seg mat og drikke kan det vere aktuelt med oppstart av sonde- eller intravenøs ernæring. Dette er også dei to øvste trinna i ernæringstrappa (Helsedirektoratet, 2016). Sonde- og intravenøs ernæring kan nyttast i palliativ behandling. Oppstart av sonde- og intravenøs ernæring er eit ernæringstiltak som bør bli vurdert hos alle kreftpasientar. Sonde- og intravenøs ernæring er ei kritisk avgjerd og noko ein må tenkje over, spesielt når det kjem til det etiske (Ruggeri et al., 2020). Det er lettare å starte med sonde- eller intravenøs ernæring, enn å avslutte det. Dette understrekar viktigheita av å ha samtale med pårørande og pasienten for å lage eit mål, slik at ein kan fortsette eller avslutte behandlinga i samsvar med målet (Bye & Balstad, 2016, s. 241). Det er nødvendig med hyppige tilsyn frå heimesjukepleia fordi sonde- og intravenøs ernæring har risiko for komplikasjonar. Det krev dermed planlegging frå leiinga si side, slik at sjukepleiar har tid til å observere pasienten og gjere vurderingar under eit heimebesøk (Birkeland & Flovik, 2020, s. 144).

Oppstart med sonde- og intravenøs ernæring i tidleg fase av kakeksi er nødvendig for å hindre at pasienten skal unngå å dø av underernæring. Sonde- og intravenøs ernæring kan betre livskvalitet og overleving hos kreftpasientar med kakeksi (Ruggeri et al., 2020). Det kjem likevel fram at det per dags dato ikkje er noko behandling for å kunne reversere kakeksi heilt (Helsedirektoratet, 2019).

5.3 Tilrettelegging av måltidet

Kreftpasienten kan oppleve kvalme og smaksforandringar som kan medføre at maten smakar annleis. For å optimalisere måltidet til pasienten bør ein fokusere på kva pasienten et og drikk (Helsedirektoratet, 2019). Det er nødvendig med god mat for å betre helsa og livskvalitet (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 103). Det kjem fram at eit mindretal pasientar i heimesjukepleia får medverke i val av måltid (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 106). Likevel skal ein legge til rette for at pasienten kan få bruke sin rett til å medverke i behandlinga som blir utført av helse- og omsorgstenesta (Pasient - og brukerretrtighetsloven, 1990, § 3-1). Det er viktig å fokusere på pasienten sine ynskjer og behov for ernæringsplanen, slik at tiltaka har positiv effekt. Dersom pasienten ikkje får lagt til rette for sine ynskjer kan det føre til at maten pasienten får, ikkje blir ete. Vidare kan dette føre til forverring i ernæringsstatusen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 15).

Pasienten bur åleine og det kan vere ein risiko til utvikling av underernæring. Pasienten kan oppleve einsemd rundt måltidet, noko som kan gå utover appetitten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.12). Lize et al. (2020) belyser at å halde ved like det sosiale livet kan ha positiv effekt for livskvalitet hos dei som har vanskar med å ete. Det er viktig at sjukepleiar fokuserar på måltidsmiljøet, slik at ein kan fremme eit godt måltid for pasienten (Helsedirektoratet, 2016).

Å ete ilag med pasienten kan vere eit viktig ernæringstiltak, som kan fremme betre trivsel hos dei som har lite matlyst. Ein ser at det kan vere vanskeleg for sjukepleiar å ete saman med pasientar, fordi ein ofte har avgrensa tid på heimebesøk (Meyer et al., 2017). Dermed kan ein informere pårørande om å involvere seg i måltidet og ete saman med pasienten (Kreftforeningen, 2023). Å ete saman med nokon kan føre til matglede og betre appetitt. Det er samstundes viktig å legge til rette for ein god atmosfære og ro rundt måltidet, fordi det kan auke matlysta (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 106). Ved å dekke på bordet med fint bestikk og

pynt, kan dette også medføre at pasienten kan kjenne på meir matlyst (Kreftforeningen, 2023). Andre tiltak vi har sett gjerne fungerer i praksis for å skape eit meir hyggeleg måltidsmiljø, er å opne eit vindauge for å få inn frisk luft, fjerne synleg buss som både kan sjå ekkelt ut og skape dårleg lukt, og vaske over bordet før ein dekker på og serverar mat.

5.4 Samarbeid med pårørande

Pårørande kan kjenne på negative kjensler grunna pasienten sin reduserte matlyst (Lize et al., 2020). Det kan oppstå konflikstar mellom pasienten og pårørande om matinntaket, fordi pasienten kan føle seg pressa til å ete, og pårørande kan føle seg svika når pasienten ikkje vil ete (Solheim & Vagnildhaug, 2016, s. 534). Difor kan det vere hensiktsmessig at sjukepleiar snakkar om tilstanden til pasienten og pårørande, fordi det kan redusere angst og uro som er knytt til redusert appetitt og vekttap (Solheim & Vagnildhaug, 2016, s. 535).

Pasienten og pårørande må også få råd og informasjon om ernæring og kosthald for å motivere dei til å ete riktig og nok mat for å kunne oppretthalde god helse og ernæringsstatus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 15). I ein travel kvardag kan det oppstå usemje rundt kva pårørande skal gjere, og kva heimesjukepleia skal hjelpe pasienten med. Det finns også eksempel på at heimesjukepleia pressar pårørande på å ta større delar av arbeidet i heimen til pasienten, samstundes som pårørande ynskjer meir avlasting (Birkeland & Flovik, s. 87).

Vi tenkjer at samhandlinga med pårørande kan fordelast på fleire måtar dersom dei ynskjer det, og at det må avtalast mellom pårørande og heimetenesta kven som skal gjere kva. Det kan for eksempel vere at pårørande handlar inn mat til pasienten, sidan dei gjerne veit best kva pasienten likar å ete, slik at heimesjukepleia ikkje treng å gjere det. Då kan helsepersonell bidra med å lage mat dersom pasienten ikkje greier å gjere dette sjølv. Er pårørande bortreist eller ikkje har høve til å hjelpe pasienten, er det viktig at dei gjer beskjed til heimesjukepleia, slik at pasienten ikkje blir sittande heime utan mat. Ynskjer pårørande å lage middag til pasienten ein fast dag i veka, kan dette også leggest til rette slik at pasienten og pårørande får den tida ilag.

5.5 Kompetanse om ernæring

Manglande merksemd, kunnskap og interesse om matinntak og ernæringsstatus er medverkande årsaker til under- og feilernæring. Manglande kunnskap hos pårørende og pasienten har også ei betydning for auka risiko for utvikling av under- og feilernæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 12). Det kjem også fram at det er mangelfull kompetanse om palliativ behandling i helse- og omsorgstenesta. For å fremme god behandling hos palliative pasientar i heimen må ein sikre nødvendig kompetanse hos helsepersonell (Meld. St. 24 (2019-2020) s. 26).

Det kom fram i ei undersøking at det er utfordringar med oppfølging av munn- og tannhelse. Dette er noko som kan sjåast i samanheng med pasienten sin ernæringsstatus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 13). Tann- og munnhelse er viktig å observere og følgje opp hos pasientar som får palliativ behandling, nettopp fordi denne pasientgruppa kan ha smerter i munnen og munntørreheit. Det er nødvendig at helsepersonell har opparbeida seg kompetanse om førebygging og behandling av ulike ernæringsutfordringar (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 32).

Det kan vere avansert og samansett å oppnå god ernæringspraksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 13). I følge Henderson sin teori bør ein legge til rette for tilstrekkeleg inntak av mat og drikke, fordi dette blir sett på som eit av dei grunnleggande behova til pasienten. Henderson såg det nødvendig at sjukepleiar blir kjent med pasienten for å kunne legge til rette for individualisert pleie, for å tilfredsstille behova (Kristoffersen, 2019, s. 39). Som sjukepleiar kan ein hjelpe og legge til rette for at pasienten skal kunne utføre dei grunnleggande behova sine sjølv, dette kan bidra til auka sjølvstende og betre helse (Kristoffersen, 2019, s. 38).

Vi ser det nødvendig å ha kompetanse om dei psykososiale konsekvensane som kan oppstå ved redusert matinntak. Lize et al. (2020) fortel at kreftpasienten kan oppleve psykososiale konsekvensar ved redusert evne til å ete mat. Han kan kjenne på negative kjensler grunna redusert matlyst. Pasienten kan føle det som ein kamp å ete, som vidare kan fremme kjensler som sinne, tristheit og angst.

Ein ser også at heimesjukepleia har lite samarbeid med legetenesta og tannhelsetenesta når det kjem til ernæring. Ei annan tverrfagleg støtte for sjukepleiarane i heimesjukepleia kan vere ernæringsfysiologer. Likevel er det få kliniske ernæringsfysiologar å finne rundt om i kommunane i Noreg. Dette kan føre til at tilsette i helse- og omsorgstenesta ikkje har den støtta dei har behov for i møte med pasientar med avanserte ernæringsutfordringar. Det er nødvendig med rettleiing og tilgang til personar med mat- eller ernæringsfagleg kompetanse for å kvalitetssikre maten til pasientar med spesielle ernærings utfordringar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 14).

6.0 Metodediskusjon

Litteraturstudie som metode medfører både fordelar og ulemper. Styrken ved denne oppgåva er at vi har brukt fleire databasar i søk etter forskning, dette medførte tilgang til fleire artiklar som var relevante for problemstillinga. Ved byrjinga av utforminga av oppgåva vart det oppdaga lite forskning som tok for seg spesifikke ernæringstiltak. På bakgrunn av dette fant vi kunn ein artikkel som kunne belyse tiltaket om sonde- og intravenøs ernæring. Dei andre forskingsartiklane som vart inkludert handlar om symptomkartlegging, kartleggingsverktøy og psykososiale konsekvensar ved redusert matinntak. Vi vurderte at desse artiklane hadde relevans for å kunne belyse hensikta og problemstillinga i oppgåva. Likevel opplev vi det som ein svakheit, fordi vi ikkje fant fleire spesifikke ernæringstiltak som kunne knytast direkte opp til den heimebuande pasienten.

Ei styrke ved denne oppgåva er at artiklane er av nyare forskning. Det vart inkludert to artiklar som vart gjennomført i Noreg, dette er noko som har stor overføringsverdi til vår kreftsjuke pasient som har tenester frå heimesjukepleia. Vidare vart det også inkludert ein artikkel frå Nederland og ein frå Italia, som kan vere ei styrke fordi ein kan bidra til kompetanseheving hos sjukepleiarar på tvers av landegrensar.

Ein svakheit med metoden var at artikkelen til Vigstad et al. (2018) vart gjennomført på sjukehus, og det kan vere annleis å implementere dette i heimen til pasienten. Vi opplev også svakheiter i dei 2 kvalitative studiane. Artikkelen til Lize et al. (2020) tok for seg intervju hos pasientar som hadde kreft i nakke, lymfe, lunge og hovud. Det er mogeleg at konklusjonen hadde vert annleis dersom andre eller fleire kreftdiagnosar hadde blitt inkludert. I artikkelen

til Meyer et al. (2017) var det inkludert 19 sjukepleiarar frå 2 ulike kommunar i Noreg for å delta på gruppeintervju, dette visar til eit svakt representativt utval av sjukepleiarar. Sjølv om artikkelen til Meyer et al. var publisert i 2017 og at dette årstalet var utanfor inklusjonskriteria våre, så ser vi det som ein styrke at den trekk fram sjukepleieperspektivet i heimetenesta.

7.0 Avslutning

I denne oppgåva har vi undersøkt korleis ein kan legge til rette for ernæring hos den heimebuande kreftpasienten. Ved hjelp av teori og forskning har vi sett på ulike tiltak som sjukepleiar kan implementere for å legge til rette for ernæring. Sjukepleiar bør kartleggje ernæringsstatusen for undersøke risikoen for utvikling av underernæring. Vidare må ein gjennomføre symptomkartlegging for å identifisere og behandle plagsame symptom som kan påverke matinntaket til pasienten. Difor ser vi det nødvendig at sjukepleiar har kunnskap om symptom og kartleggingsverktøy for å kunne legge til rette for optimale ernæringstiltak. Samstundes ser vi også viktigheita av å implementere bruken av ein individualisert tilpassa ernæringsplan.

Eit av dei grunnleggjande behova til pasienten omhandlar mat og drikke, difor må ein som sjukepleiar forsøke å tilfredsstille behovet til pasienten gjennom ulike ernæringstiltak. Ein kan nytte ernæringstrappa for å kunne individuelt tilpasse tiltaka til pasienten. Sjukepleiar bør også fokusere på måltidsmiljøet fordi einsemd og nedsett matlyst kan vere faktorar for utvikling av underernæring, ettersom pasienten bur heime åleine. Å ete saman med nokon kan fremje matglede og betre matlyst, difor kan involvering av pårørande bidra til å betre matinntaket til pasienten.

Sjukepleiar bør ha kompetanse og kunnskap om førebygging og behandling av ernæringsutfordringar og vekttap. Vi har opplevd gjennom praksis i heimesjukepleia at det er manglande kompetanse om ernæring blant helsepersonell. Gjennom denne oppgåva har vi tileigna oss kunnskap om ulike ernæringstiltak som kan betre situasjonen til pasienten. Sjukepleiar kan legge til rette for ernæring hos den heimebuande kreftpasienten ved å fokusere på kontinuerleg ernærings- og symptomkartlegging, behandle underliggende symptom, iverksette og prøve ut ulike ernæringstiltak, tileigne seg nødvendig kompetanse og samarbeide med pårørande.

8.0 Litteraturliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2019). Svulster. I E. Bach-Gransmo & S. Ørn (Red.), *Sykdom og behandling* (utg. 2, s. 127-149). Gyldendal.
- Birkeland, A & Flovik, A. M. (2020) Ernæring. I A. M. Flovik & A. Birkeland (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (utg. 3, s. 135-144). Cappelen Damm Akademisk.
- Birkeland, A & Flovik, A. M. (2020) Hjemmesykepleie - bakgrunn og rammer. I A. M Flovik & A. Birkeland (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (utg. 3, s. 13-49). Cappelen Damm Akademisk.
- Birkeland, A & Flovik, A. M. (2020). Pårørende og pasientrettigheter. I A. M. Flovik & A. Birkeland (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (utg. 3, s. 78- 93). Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkortb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 301-316). Gyldendal.
- Bye, A & Balstad, R, T. (2016). Ernæring - generelle prinsipper. I J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (utg. 3, s. 232-242). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (utg. 7). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*. Lasta opp 13.04-23 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- Helsebiblioteket (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket (2019, 14. oktober). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinje for palliasjon i kreftomsorgen*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram?fullwidth=true&hideme=true#>
- Helsebiblioteket (2021, 30. september). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsedirektoratet (2018, 5. oktober). *Kosthold ved kreftsykdom*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og->

[sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-kreftsykdom](#)

Helsedirektoratet (2022, 28. Januar). *Om underernæring*. Lasta opp 27 april 2023 frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#definisjonogavgrensning>

Helsedirektoratet (2022, 23. Juni). *Oppfølging av risiko for underernæring hos hjemmeboende*. Lasta opp 21. april frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfolging-av-ernaering-hos-hjemmeboende>

Helsedirektoratet. (2019, 14. Oktober). *Palliasjon i kreftomsorgen - handlingsprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/kjennetegn-og-utfordringer-ved-palliasjon/ivaretagelse-av-ernaeringsmessige-behov>

Helsedirektoratet. (2016, 14. juni). *Tiltak når matinntaket blir for lite*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite#tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite>

Helsedirektoratet. (2016, 14 juni). *Vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *God og riktig mat hele livet* (I-1204 B). <https://www.regjeringen.no/contentassets/235cf7df0c184bcd2fb50719d5667bc/ernaringsstrategi.pdf>

Haugan, V. (2022, 31. januar). *Ernæringstrappa*. Lasta opp 26.05.23 frå <https://ndla.no/nb/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:0c3949a8-710d-40a2-b160-0e19ac2d639e/topic:079e6873-c662-449a-a681-c8add11b3d87/resource:5583b04b-f5f8-4c68-bc6c-d7547ef2ecec>

Kaasa, S & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (utg. 3, s. 34 - 50). Gyldendal.

Kreftforeningen (2023, 13. April). *Hva er kreft*. Lasta opp 13.04-23 frå <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/#h-hva-er-arsakene-til-kreft>

Kreftforeningen (u.å.). *Kronisk og uhelbredelig kreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kronisk-og-uhelbredelig-kreft/>

- Kreftforeningen (u.å.). *Lindrende/palliativ behandling*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>
- Kreftforeningen (2023, 23. februar). *Nedsatt matlyst og vekttap*. Lasta opp 16.04.23 frå <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kosthold-ved-kreft/nedsatt-matlyst-og-vekttap/>
- Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 3* (s. 15-80). Gyldendal.
- Loretsen, V. B. & Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, s. 397-431). Gyldendal.
- Lize, N., Raijmakers, N., Lieshout, R. V., Soud, M. Y., Limpt, A. V., Linden, M. V. D. & Beijer, S. (2020, 18. September). *Psychosocial consequences of a reduced ability to eat for patients with cancer and their informal caregivers: A qualitative study*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33120220/>
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg - Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=1>
- Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. H (2017). *Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*. SveMed+. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring* (IS-0611). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf/_attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaf00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf
- NHI. (2021, 18. august). *Munnhuleplager*. <https://nhi.no/sykdommer/kreft/lindrende-behandling/munnhuleplager/>
- NSF. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etik-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>

- Paur, I., Slåttholm, M. A., Ryel, A. L. & Smeland, S. (2018, 26. juni). *Riktig ernæring er viktig for kreftpasienter*. Tidsskriftet. <https://tidsskriftet.no/2018/06/kronikk/riktig-ernaering-er-viktig-kreftpasienter>
- Tidemann, I. J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (utg. 2). Universitetsforlaget.
- Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, R. A. (2018, 21. desember). *Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures*. Cinahl. [10.4220/Sykepleienf.2018.74591](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591)
- Roaldset, A. H. & Aass, N. (2021, 16. mars). *Palliativ behandling*. Legemiddelhandboka. https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling
- Ruggeri, E., Giannantonio, M., Federica, A., Ostan, R., Pironi, L. & Pannuti, R. (2020, 22. februar). *Home artificial nutrition in palliative care cancer patients: Impact on survival and performance status*. Cinahl. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561420300844?via%3Dihub>
- Solheim, T. S. & Vagnildhaug, O. M. (2016). Kakeksibehandling. I J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (utg. 3, s. 529-537). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J. & Almås, H., (2020). Ernæring ved sykdom. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie - bind 2* (utg. 5, s. 17-50). Gyldendal.
- World Health Organization. (2020, 5. august). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Vedlegg 1 PICo skjema

	P (Populasjon/problem)	I (Interesse, erfaringar, oppleving, prosess)	Co (Kontekst)
Norske ord	Palliative kreftpasientar	Ernæringskartlegging Ernæringstiltak Samarbeid med pårørande Underernæring	Heimesjukepleie
Mesh	Palliative care	Nutrition Assessment	Home Health Nursing
Tekstord	Palliative care Cancer patients	Geriatric nutrition Nutritional Assessment Parenteral nutrition solutions Nutrition intervention Early intervention Eating Caregivers	Community Health Services At home

Vedlegg 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon (sjukdom, kjønn, alder)	Kreft, palliativ behandling, begge kjønn, 65 år, ernæring	Under 65 år
Publiseringsår	2018-2023	Før 2018
Studiedesign (også om disse er fagfellevurdert)	Kvalitativ og kvantitativ metode Peer Reviewed tekster	
Språk	Norsk og Engelsk	Andre språk
Land (forhold som kan samanliknast med norske)	Land i Europa	Land utanfor Europa
Tilgjengelegheit (fulltekst, berre abstrakt)	Fulltekst	Berre abstrakt
Tema	Palliasjon, ernæring, pårørende, heimesjukepleie	Sjukehus/sjukeheim

Databas e og Dato	Kombinasjo n	Søkeord	Avgrens ing	Artikkeltref f	Inkluderte artiklar
SveMed + 24.04.23	S1 S2	“Nutrition Assessment” “Hjemmesykeplei e” S1 AND S2	Peer reviewed	2	Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleie n

Database og Dato	Kombinasjon	Søkeord	Avgrensing	Artikkel treff	Inkluderte artiklar
Pubmed 24.04.23	S1 S2 S3	“Cancer patients” Or “Palliative care” “Nutrition intervention” or “eating” “Caregivers” S1 AND S2 AND S3	Tidspenode 2018-2023 Pasientgruppe 65+, engelsk/norske artiklar	110	Psychosocial consequences of reduced ability to eat for patients with cancer and their informal caregivers: A qualitative study

Vedlegg 4 Litteraturmatrise

Forfattarar (år)	Hensikt	Design Metode	Utval	Resultat	Kommentar
Ruggeri, E. Giannantonio, M. Agostini, F. Ostan, R. Pironi, L & Pannuti, R. (2020)	Beskriv kriteria for å ta i bruk intravenøs- og sondeernæring hos kreftpasientar, og kva verknad det har på overleving og livskvalitet i ein palliativ behandlingsplan.	Observasjon retrospektiv analyse.	969 pasientar deltok i studien. 517 var menn, 398 var kvinner. Gjennomsnittsalder var 65+. Deltakarane måtte ha ein Karnofsky Performance status (KPS) på over 40. Kriteria for deltakarane var forventa levealder over 6 veke, grad av kakeksi, utilstrekkeleg kaloriinntak og underernæring.	Fant ut at oppstart av sonde- og intravenøs ernæring kan hindre død forårsaka av underernæring og auka KPS hos dei som starta i ein pre kakeksi og kakeksi fase.	Styrker: Nyare forskning og eit representativ utval av deltakara.
Vigstad. S. Clancy, A & Broderstad, R. A. (2018)	Beskriv kreftpasientar sine symptom ved innkost og utreise frå ein palliativ eining.	Retrospektiv, kvantitativ studie	274 pasientar deltok, 135 kvinner og 139 menn.	Ved bruk av kartleggingsvektøyet ESAS kan ein oppdage symptoma til pasienten tidlegare. Tidleg kartlegging og behandling av symptom kan føre til auka livskvalitet.	Styrker: Eit representativ utval av deltakara. Nyare forskning og er gjennomført i Noreg. Svakheit: Går føre seg på sjukehus

Lize, N., Raijmakers, N., Lieshout, R. V., Soud, M. Y., Limpt, A. V., Linden, M. V. D. & Beijer, S. (2020)	Gjev innsikt i dei psykologiske konsekvensane av redusert evne til å ete hos kreftpasientar.	Kvalitativ studie.	26 personar deltok i intervjuet. For å kunne vere med intervjuet måtte ein ha kreftsjukdom, anten hovud-, nakke-, lungekreft eller lymfom. Deltakarane måtte også ha vanskar med å ete no eller frå tidlegare	Pasientar og pårørande opplev psykososiale konsekvensar på grunn av nedsett evne til å ete.	Svakheit:. Tok berre føre seg fire ulike kreftdiagnosar.
Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017)	Utforskar korleis tilsette i heimetenesta tolka og tek i vare forsvarleg og fagleg ernæringspraksis når det kjem til krava i nasjonale faglege retningslinjer for behandling og førebygging av underernæring.	Kvalitativ studie	19 sjukepleiarar frå 2 kommunar deltok i 12 gruppesamtalar.	Ei etablert leiing er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal settast i vekt. Sjukepleiarane synast det var utfordrande å vurdere inntaket av ernæring i løpet av døgnet. Pasienten og ernæringsbehovet spelar ei viktig rolle for tilrettelegginga i heimen.	Styrke: Gjennomført i Noreg Svakheit: Lite representativ utval av sjukepleiarar. Vart publisert i 2017



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	05-06-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	09-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	210
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7459
----------------------	------

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

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

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 *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	19
Andre medlemmer i gruppen:	241

Jeg godkjenner autalen 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