



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Optimalisering av ernæringsstatus for eldre under
cytostatikabehandling

Optimizing nutritional status for the elderly during
chemotherapy treatment

Kandidatnummer: 128

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og
omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 19.12.2023

Sammendrag

Tittel: Optimalisering av ernæringsstatus for eldre under cytostatikabehandling

Bakgrunn for val av tema: Som et resultat av økende tall eldre i befolkningen, er det sannsynlig at antallet nye krefttilfeller også vil stige, gitt at alder er en fremtredende risikofaktor for sykdomsutvikling. Kreftbehandlinger og deres bivirkninger kan være intense, og ofte medføre en rekke uheldige helseproblemer. Blant disse er underernæring en kritisk utfordring, og et vedvarende problem i norsk helsevesen. Underernæring er og den vanligste sekundærdiagnosen ved kreftsykdom. Og det antas at så mange som 85 % av alle kreftpasienter vil oppleve underernæring i løpet av behandlingsforløpet. Av den grunn er både eldreomsorg og oppfølgingen av kreftpasienter i hjemmesykepleien relevante aspekter å adressere i forbindelse med min bacheloroppgave og jeg har gjennom personlige erfaringer, arbeid og studier utviklet en sterk interesse for dette emnet.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som mottar cytostatikabehandling?*

Metode: I denne bacheloroppgaven benytter jeg metoden litteraturstudie. Svar på problemstillingen er basert på funn fra faglitteratur, forskningsartikler, relevant lovverk, yrkesetiske retningslinjer, samt mine egne erfaringer.

Oppsummering av funn og konklusjon: Litteraturstudien understreker viktigheten av tidlig identifisering og intervensjon i behandlingen av underernæring hos eldre kreftpasienter. Nøkkelen ligger i regelmessig bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus og risiko. Effektiv ernæringsstøtte, inkludert tilpassede måltider og kosttilskudd, er sentralt for å motvirke vekttap og forbedre livskvaliteten. Tilpasning av ernæringsplaner er nødvendig på grunn av bivirkninger fra kreftbehandling. Tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende er essensielt. Studien konkluderer med at en integrert tilnærming med tidlig screening, individualisert ernæringsstøtte, og tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å forebygge underernæring hos eldre kreftpasienter.

Nøkkelord: kreftsykdom, cytostatikabehandling, underernæring, forebygge, eldre

Abstract

Title: Optimizing nutritional status for the elderly during chemotherapy treatment

Background for choice of topic: As a result of the increasing number of elderly in the population, it is likely that the number of new cancer cases will also rise, considering that age is a prominent risk factor for disease development. Cancer treatments and their side effects can be intense, often leading to a range of adverse health problems. Among these, malnutrition is a critical challenge and a persistent issue in the Norwegian healthcare system. Malnutrition is also the most common secondary diagnosis in cancer diseases. It is estimated that as many as 85% of all cancer patients will experience malnutrition during their course of treatment. For this reason, both elderly care and the follow-up of cancer patients in home nursing are relevant aspects to address in my bachelor's thesis, and through personal experiences, work, and studies, I have developed a strong interest in this topic.

Thesis statement: *How can nurses contribute to prevent malnutrition in elderly patients receiving chemotherapy?*

Method: In this bachelor's thesis, I employ the method of literature study. The answers to the research question are based on findings from academic literature, research articles, relevant legislation, professional ethical guidelines, and my own experiences.

Summary of findings and conclusion: The literature study emphasizes the importance of early identification and intervention in the treatment of malnutrition in elderly cancer patients. The key lies in the regular use of assessment tools to evaluate nutritional status and risk. Effective nutritional support, including tailored meals and supplements, is crucial to counteract weight loss and improve the quality of life. Adjustments of nutritional plans are necessary due to the side effects of cancer treatment. Multidisciplinary collaboration, effective communication, and the involvement of patients and their relatives are essential. The study concludes that an integrated approach involving early screening, individualized

nutritional support, and multidisciplinary collaboration is crucial to prevent malnutrition in elderly cancer patients.

Key words: cancer disease, chemotherapy, malnutrition, prevention, elderly

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 <i>Introduksjon og bakgrunn for valg av tema</i>	<i>1</i>
1.2 <i>Presentasjon av problemstilling</i>	<i>2</i>
1.2.1 <i>Avgrensing av problemstilling</i>	<i>2</i>
1.3 <i>Oppgavens hensikt</i>	<i>3</i>
1.4 <i>Begrepsavklaringer</i>	<i>3</i>
1.5 <i>Oppgavens oppbygging</i>	<i>3</i>
1.6 <i>Sykepleierens forebyggende funksjon i hjemmesykepleien</i>	<i>4</i>
1.7 <i>Integrering av yrkesetiske retningslinjer og lovverk i tverrfaglig samarbeid</i>	<i>4</i>
1.8 <i>Kari Martinsens omsorgsteori</i>	<i>5</i>
1.9 <i>Kreftsykdom og tilknyttede ernæringsutfordringer</i>	<i>6</i>
1.10 <i>Cytostatikabehandling og bivirkninger</i>	<i>7</i>
1.11 <i>Optimalisering av ernæringsomsorg for eldre</i>	<i>8</i>
1.12 <i>Ernæringsveiledning og forebyggende tiltak</i>	<i>9</i>
1.13 <i>Kartlegging av ernæringsstatus</i>	<i>10</i>
2.0 Metode	11
2.1 <i>Litteraturstudie</i>	<i>11</i>
2.2 <i>Søkehistorikk, manuelt søk</i>	<i>11</i>
2.3 <i>Søkehistorikk, systematisk søk</i>	<i>12</i>
2.4 <i>Kritisk vurdering av artikler</i>	<i>13</i>
2.5 <i>Inklusjon- og eksklusjonskriterier</i>	<i>14</i>
2.6 <i>Etiske vurderinger</i>	<i>14</i>
3.0 Resultat	14
3.1 <i>Presentasjon av forskingsartikler</i>	<i>14</i>
3.1.1 <i>Ernæringsstøtte</i>	<i>14</i>
3.1.2 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	<i>15</i>
3.1.3 <i>Bruk av kartleggingsverktøy</i>	<i>16</i>
4.0 Drøfting	16

4.1 Optimal ernæringsstøtte og veiledning hos den underernærte	17
4.2 Hjemmesykepleien og det tverrprofesjonelle teamet.....	19
4.3 Ernæringskartlegging som verktøy i forebyggingen av underernæring.....	22
4.4 Drøfting av metode.....	23
5.0 Oppsummering og konklusjon	24
Referanseliste	25
Vedlegg.....	29
1. Ernæringstrappen.....	29
2. PIO.....	29
3. Inklusjon- og eksklusjonskriterier	30
4. Søkeshistorikk	30
5. Litteraturmatrise	33

1.0 Introduksjon

I dette kapittelet vil jeg først presentere introduksjon og bakgrunn for valg av tema. Deretter vil jeg introdusere problemstillingen, klargjøre eventuelle avgrensninger, presentere oppgavens hensikt og til slutt begrepsavklaringer. Videre vil teori bli presentert etter følgende tema: sykepleierens forebyggende funksjon i hjemmesykepleien, hvor viktigheten av forebygging og tidlig intervensjon står sentralt. Dette leder videre til å vurdere betydningen av tverrfaglig samarbeid og dens innvirkning på pasientbehandlingen. I tillegg vil Kari Martinsens perspektiver komme frem. Videre vil det bli undersøkt ernæringsutfordringer som ofte er forbundet med kreft, og deretter hvordan cytostatikabehandling kan påvirke pasientens ernæringsbehov. Avslutningsvis vil optimalisering av ernæringsomsorg for eldre, viktigheten av ernæringsveiledning og forebyggende tiltak samt kartlegging av ernæringsstatus bli belyst.

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Kreft er en alvorlig helseutfordring som påvirker mennesker over hele verden (Global Burden of Disease Cancer Collaboration, 2017). I 2022 var det registrert 38 265 nye krefttilfeller i Norge, noe som viser en økning fra tidligere år (Kreftregisteret, 2023). Det finnes få sykdomsgrupper det er forsket like mye på som kreft, men det er fortsatt en vei og gå (Cancer Registry of Norway, 2023). Ifølge kreftregisteret er kreft en sykdom som berører mange mennesker, og forventes å påvirke enda flere i fremtiden enten direkte eller indirekte (Kreftregisteret, 2023). Behandlingene og bivirkningene av kreftsykdom er intense, og fører med seg flere uheldige plager, inkludert underernæring (Reitan, 2017, s. 316-318). Underernæring er et vedvarende helseproblem i norsk helsevesen, og den vanligste sekundærdiagnosen ved kreftsykdom (Stenling & Nortvedt, 2011). Det antas at så mange som 85 % av alle kreftpasienter vil oppleve underernæring i løpet av behandlingsforløpet (Kværner, 2015).

Basert på data fra Kreftregisteret (2023) er det den eldre befolkningsgruppen som opplever den høyeste forekomsten av kreft, der hele 75% av befolkningen over 60 år diagnostiseres (Kreftregisteret, 2023). Denne dataen indikerer tydelig at alder spiller en betydelig rolle i risikoen for å utvikle kreft. Med en eldrebølge i møte kan vi forvente flere mennesker med

ernæringsutfordringer og behov for ernæringsoppfølging (Regjeringen, 2021). I løpet av de neste 17 årene er det estimert at andel eldre over 67 år i Norge vil øke til 1,28 millioner (Regjeringen, 2021). Eldre mennesker representerer en spesielt sårbar gruppe når det gjelder ernæringsproblemer, hvor underernæring utgjør det mest fremtredende og vanlige problemet (Kirkevold, 2020, s. 301-303). Dette kan skyldes en kombinasjon av normale aldersrelaterte endringer i munnhulen og mage-tarm-kanalen. Samtidig spiller aldersbetinget funksjonssvikt, underliggende sykdommer og bivirkninger en rolle. Disse faktorene kan redusere de eldre sin evne og lyst til å spise tilstrekkelige mengder riktig sammensatt kost (Kirkevold, 2020, s. 301-303). Av den grunn er både eldreomsorg og oppfølgingen av kreftpasienter i hjemmesykepleien relevante aspekter å adressere i forbindelse med min bacheloroppgave. Videre har jeg gjennom mine personlige erfaringer, arbeid og studier utviklet en sterk interesse for emnet. Jeg ønsker nå å utdype min kunnskap og forståelse ytterligere, og finne ut hvordan man som sykepleier kan være med på å forebygge underernæring hos eldre kreftpasienter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som mottar cytostatikabehandling?

1.2.1 Avgrensing av problemstilling

I oppgaven fokuserer jeg på sykepleierens funksjon i forebygging av underernæring hos pasienter som gjennomgår cytostatikabehandling. Oppgaven tar for seg en helhetlig tilnærming til sykdommen, og ikke en spesifikk kreftdiagnose. Dette siden problemstillingen kan være aktuell for flere eller alle krefttyper. Jeg vil ta for meg kreftpasienter som bor hjemme, og som nytter hjemmetjenesten for tjenestetilbud. Jeg har videre valgt å avgrense oppgaven min til voksne pasienter over 65 år som er samtykkekompetente. Jeg har ikke avgrenset til kurativ eller palliativ behandling. Jeg har imidlertid utelukket pasienter i terminalfase, da denne pasientgruppen har passert det forebyggende stadiet som jeg ønsker å sette søkelys på i oppgaven.

1.3 Oppgavens hensikt

Målet med denne studien er å belyse samt få økt kunnskap i hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter som blir behandlet med cytostatika. I tillegg vil jeg undersøke hvilke elementer som spiller en rolle i utviklingen av underernæring, og vurdere hvilke tiltak sykepleiere kan gjøre for å motarbeide underernæring.

1.4 Begrepsavklaringer

Forebygge: Å forebygge er tiltak som settes i verk for å hindre eller redusere risikoen for at en uønsket tilstand, problem eller sykdom skal oppstå (Reitan, 2017, s. 331).

Underernæring: Underernæring kan beskrives som en tilstand der inntaket av energi og essensielle næringsstoffer er utilstrekkelig sammenlignet med kroppens behov (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 6).

Cytostatikabehandling: Cytostatika, også kalt kjemoterapi eller cellegift, er medisiner som brukes for å behandle kreftsykdom (Lundgren et al., 2020, s. 95-96). Cytostatika ødelegger kreftcellene ved å hemme eller stanse celledelingen i kreftcellene. Også friske celler skades, derfor opplever mange ulike bivirkninger av cellegift (Lundgren et al., 2020, s. 95-96).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av fem hovedkapitler. I introduksjonen vil bakgrunn for valg av tema bli presentert, samt problemstilling, avgrensninger og oppgavens hensikt. Deretter vil relevant faglitteratur fra pensum og andre relevante kilder bli presentert. Samtidig vil også Kari Martinsens omsorgsteori bli presentert for å belyse emnet. I metode kapittelet vil jeg ta for meg valg av metode, gjennomføringen av systematiske og manuelle litteratursøk, anvendelsen av PIO-skjemaet, den kritiske analysen av de utvalgte artiklene, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier og etiske overveielser. I det neste kapittelet, kapittel tre presenterer jeg funn fra forskningsartiklene organisert etter tema. Deretter, i kapittel fire, går jeg i dybden med en drøfting av funn i forskning opp mot relevant faglitteratur, samt vurdere metoden. Avslutningsvis, vil oppgaven bli oppsummert samt at det vil komme en konklusjon. Helt til slutt vil vedlegg som søkehistorikk og litteraturmatrise bli presentert.

1.6 Sykepleierens forebyggende funksjon i hjemmesykepleien

Innenfor det kommunale helsevesenet utgjør hjemmesykepleie en sentral tjeneste (Birkeland & Flovik, 2018, s. 11). Hjemmesykepleien skal sikre at pasienter som oppholder seg i sine egne hjem, mottar nødvendig assistanse for å ivareta grunnleggende behov de ikke lenger klarer å ivareta selv (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). Sykepleierens funksjon og ansvar i helsevesenet er styrt av etiske, juridiske og faglige retningslinjer som helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Reitan & Schjøberg, 2017, s. 41). Sykepleieres funksjon i kreftomsorgen involverer å kjenne til kreftfremkallende faktorer med fokus på tre forebyggingsnivåer: primær, sekundær og tertiær (Reitan & Schjøberg, 2017, s. 41-42). Primær forebygging fokuserer på å hindre kreftutvikling hos friske mennesker og risikogrupper gjennom helseopplysning og risikokartlegging, mens sekundær forebygging handler om tidlig intervensjon for å begrense kreftsykdommens utvikling (Reitan & Schjøberg, 2017, s. 41). Dette omfatter observasjon og vurdering av kreftpasientens behov og ressurser for å tilrettelegge for riktig sykepleie og behandling. Tertiær forebygging tar sikte på å minimere kreftens effekter på langtidssyke, forbedre funksjonsevne og livskvalitet samt forebygge komplikasjoner (Reitan & Schjøberg, 2017, s. 42). Dette inkluderer også håndtering av utfordringer som underernæring, en vanlig bivirkning av kreft og behandling. Samhandlingsreformen legger stor vekt på forebygging fremfor reparasjon, og fremhever viktigheten av tidlig innsats samt styrket samarbeid mellom de ulike helsesektorene (Meld. St. 47 (2008-2009, s. 22). Denne reformen anerkjenner nødvendigheten av ikke bare å behandle sykdommer etter at de har oppstått, men også å proaktivt arbeide for å forebygge dem og mildne deres effekter gjennom målrettet og tidlig intervensjon (Meld. St. 47 (2008-2009, s. 22).

1.7 Integrering av yrkesetiske retningslinjer og lovverk i tverrfaglig samarbeid

Samarbeid på tvers av fagfelt er avgjørende i behandlingsforløpet til kreftpasienter og deres pårørende (Reitan & Schjøberg, 2017, s. 441). Ingen enkelt profesjon kan dekke alle de komplekse behovene pasientene presenterer. Ved å verdsette og dra nytte av hverandres unike ferdigheter og kunnskap, kan ulike faggrupper jobbe sammen for å gi pasientene en

omfattende og helhetlig omsorg (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 441-443). I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven, er det et lovpålagt krav at norske kommuner inngår samarbeidsavtaler for å sikre at pasienter mottar et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1). Denne bestemmelsen understreker viktigheten av integrert samarbeid mellom ulike nivåer av helse- og omsorgstjenester, både i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-2). Dette samsvarer også med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk Sykepleierforbund, 2023). For den underernærte pasienten er derfor tverrfaglig samarbeid nøkkelen til en effektiv og helhetlig behandling (Helsedirektoratet, 2022). I denne sammenhengen inntar sykepleiere en sentral rolle i teamet, hvor de jobber i nært samspill med andre profesjoner.

1.8 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens sykepleieteori legger stor vekt på omsorgens betydning i sykepleiepraksis (Kristoffersen et al., 2017, s. 27), og denne teorien kan være særlig relevant til min problemstilling. Martinsens fokus på pasientens helhetlige behov og den empatiske relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentralt presentert i teorien (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). Sykepleieren må anerkjenne den enkelte pasients unike situasjon og behov, som i denne sammenhengen kan innebære å forstå hvordan cytostatikabehandling påvirker den eldre pasientens ernæringstilstand. Martinsen sier også noe om sansene, og hvordan dette er grunnleggende for all forståelse (Kirkevold, 2003, s. 174). Synet er essensielt for å oppnå oversikt og helhet, og er en avgjørende sans for sykepleiere. Ved å anvende synssansen med et klinisk blikk, kan sykepleieren identifisere og observere indikatorer for underernæring eller ernæringsproblemer i dette tilfellet. Integrering av en forståelse for sansene i omsorgspraksisen muliggjør en bedre tilpasning av tiltak for å imøtekomme pasientenes ulike behov. Denne tilnærmingen legger også til rette for en mer empatisk tilnærming, der sykepleieren tar hensyn til pasientens subjektive opplevelse av mat og ernæring i tillegg til de fysiske aspektene ved behandlingen (Kirkevold, 2003, s. 174).

1.9 Kreftsykdom og tilknyttede ernæringsutfordringer

Kreft rammer om lag 40% av den norske befolkningen og står som den hyppigste dødsårsaken i Norge (Iveland & Taraldsen, 2020, s. 10). Kreft rammer primært eldre, særlig etter 55 års alder (Iveland & Taraldsen, 2020, s. 10), noe som har gitt retning for mitt fokus i denne oppgaven. Kreft er et samlenavn på ulike kreftsykdommer som kan arte seg forskjellig. Felles for kreftsykdommene er at de starter med ukontrollert celledeling (Roald, 2023). Det oppstår feil i cellenes nedbrytningssystem, som resulterer i at celler unnslipper normal apoptose (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477). Dette betyr at kreftcellene overlever og får fortsette å dele seg. Konsekvensen av dette er opphoping av kreftceller i organet hvor den ukontrollerte veksten startet, og videre blir det gradvis dannet en tumor. Kreftceller i motsetning til celler i godartede svulster har også evner til å vokse seg inn i andre vev og organer. Dette skjer gjennom en prosess kjent som metastase, hvor kreftcellene sprer seg til andre deler av kroppen via blodbanen eller lymfesystemet (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477). Behandlingsstrategier for kreft varierer, avhengig av kreftens lokalisering og type (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477). Vanlige behandlingsformer inkluderer kirurgi, cytostatikabehandling, strålebehandling og hormonbehandling, samt nyere metoder som immunterapi med antistoffer. Disse behandlingene kan anvendes separat eller i kombinasjon, basert på pasientens individuelle behov og krefttypen (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477). Denne oppgaven vil spesifikt undersøke pasienter som mottar cytostatikabehandling, enten alene eller i kombinasjon med andre behandlingsformer.

Det er en rekke faktorer som kan påvirke ernæringsstatusen hos personer med kreft på en negativ måte (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 205-207). En av de mest fremtredende faktorene til ernæringsproblemer hos kreftpasienter er kvalme og brekninger, ofte utløst av behandlingen. Dette ledsages ofte av metabolske endringer som kan forstyrre appetittreguleringen, redusere matlyst og øke energiomsetningen (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 205). Gastrointestinale symptomer som diaré, obstipasjon, stomatitt og øsofagitt, er andre faktorer som kan gjøre det smertefullt eller vanskelig å spise. Dessuten kan tumorvekst i seg selv forårsake obstruksjoner i spiserøret eller fordøyelsessystemet, noe som kan hindre normalt matinntak og fordøyelse. I tillegg til dette er også en endring i funksjonsstatus en vesentlig faktor for matinntaket, da pasienter kan oppleve økt slapphet og redusert evne til dagligdagse aktiviteter eller gjøremål som å tilberede måltider. Psykiske reaksjoner på

sykdommen, som stress, angst og depresjon, kan også bidra til redusert matinntak (Reitan & Schjølborg, 2017, s. 206).

Underernæring beskrives som et kritisk helseproblem, som oppstår når matinntaket er utilstrekkelig for å møte kroppens behov for energi og essensielle næringsstoffer over en lengre periode (Kaasa & Loge, 2016, s. 235). Denne tilstanden fører til at kroppens energilagres tømmes, og som en konsekvens, starter en prosess hvor kroppen bryter ned eget vev for å tilfredsstille sitt energibehov. Et fremtredende symptom på underernæring er betydelig vekttap, som skyldes reduksjon i både fettvev og proteinrik celledens. Andre konsekvenser av underernæring er kroppens evne til tilheling, svekket immunforsvar, økt søvnbehov, redusert muskelmasse og muskelkraft og psykiske påkjenninger (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 5). For å sikre maksimal effekt av ernæringstiltak, er det viktig å raskt oppdage endringer i ernæringsstatus (Kaasa & Loge, 2016, s. 235).

1.10 Cytostatikabehandling og bivirkninger

Cytostatikabehandling har blitt brukt som kreftbehandling siden 1960-tallet, og har vært en revolusjonerende behandlingsform siden da (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477).

Cytostatika har som mål å skade tumoren. Dette skjer ved at cytostatika hemmer celledelingen til kreftcellene, ved å påvirke mitosefasen eller DNA-syntesen (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477). Kreftceller deler seg raskt og behandlingen virker derfor best på akkurat disse cellene. Samtidig vil kroppens egne celler bli påvirket og gi utslag i form av bivirkninger hos pasienten (Iveland & Taraldsen, 2020, s. 19). En slik reaksjon oppstår ettersom kroppens normale vev også er i deling, men i mindre grad enn kreftcellene. Det finnes flere typer cytostatika der alle har ulike former for virkning og bivirkning (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 478).

Cytostatikabehandling er kjent for sine intense bivirkninger som kort nemt i forrige delkapittel (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 478). Den marginale forskjellen mellom maligne celler og kroppens normale celler, gjør til at cytostatika har en tendens til å også påvirke de sunne cellene i kroppen. Dette skyldes at cytostatika primært angriper celler som deler seg raskt, en egenskap som er felles for både kreftceller og visse typer normale celler. Stoffet i cytostatika vil derfor ikke kunne skille mellom våres normale celler og kreftceller. Derfor vil

pasienter som gjennomgår cytostatikabehandling oppleve uheldige bivirkninger knyttet til behandlingsforløpet. (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 478). Bivirkninger pasienter kan oppleve knyttet til behandlingen er mange og varierer i intensitet og type (Reitan & Schjøllberg, 2017, s. 391). Blandt disse er kvalme og oppkast noen av de vanligste. I dag finnes det heldigvis mange effektive antiemetiske medikamenter for å dempe kvalme (Reitan & Schjøllberg, 2017, s. 392). Det er vanlig å bruke en kombinasjon av forebyggende behandling mot kvalme under selve kuren, og deretter kvalmestillende medikamenter ved behov i etterkant. Mukositt, en betennelse i slimhinnene, er en annen vanlig bivirkning som kan påvirke pasientens evne til å spise og drikke (Schlichting & Wist, 2020, s. 96). Det er viktig for helsepersonell å overvåke pasientens respons på behandlingen nøye og tilpasse støtteterapi for å håndtere disse bivirkningene (Reitan & Schjøllberg, 2017, s. 391).

1.11 Optimalisering av ernæringsomsorg for eldre

Eldre personer har vanligvis et grunnleggende energibehov på omkring 30 kalorier per kilo kroppsvekt per dag i stabile perioder (Kirkevold, 2020, s. 302). Dette kaloribehovet kan imidlertid øke i perioder med sykdom. Samtidig kan det være utfordrende nok og holde det grunnleggende behovet, da flere faktorer kan påvirke appetitten under sykdom. Dette kan inkludere både fysiske endringer og psykologiske forhold som påvirker evnen til å ta til seg tilstrekkelig næring (Kirkevold, 2020, s. 303). Aldring bringer med seg endringer i munnhulen og fordøyelsessystemet som potensielt kan forstyrre vanene rundt matinntak (Richie & Yukawa, 2023). En vanlig konsekvens av å bli eldre er en nedgang i spyttproduksjon og utilstrekkelig væskeinntak. Redusert spyttsekresjon kan resultere i økt sannsynlighet for tannproblemer som tannråte. Problemer som munntørrhet, svekket tannhelse, og redusert tyggeevne på grunn av svakere muskulatur, spiller også en betydelig rolle i utfordringene eldre kan møte med underernæring (Richie & Yukawa, 2023). En dårlig ivaretatt munn- og tannhelse kan lede til infeksjoner som kan resultere i tap av tenner og tyggefunksjon (Kirkevold, 2020, s. 317-318). Dette kan igjen forårsake smerte, dårlig ånde, slimhinneforandringer og bidra til underernæring. Ifølge tannhelsetjenesteloven (1983), er det offentliges ansvar å tilby regelmessig tannpleie til eldre, langtidssyke, og uføre som mottar helse- og omsorgstjenester (Tannhelsetjenesteloven, 1983, § 2-1).

1.12 Ernæringsveiledning og forebyggende tiltak

Ernæringsveiledning er viktig, ettersom det kan bidra til økt næringsinntak, forbedret ernæringsstatus og livskvalitet (Stenling & Nortvedt, 2011). Videre er det avgjørende å vurdere pasientens evne til å følge opp råd og veiledning, spesielt i forhold til ernæring. Dette for å sikre at ernæringsveiledningen er effektiv og tilpasset pasientens behov, vaner og ønsker (Stenling & Nortvedt, 2011). Dette støttes av Helsepersonelloven (1999) som understreker viktigheten av forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I tillegg belyser en studie om ernæringsstatus i hjemmesykepleien hvor vesentlig det er med kvalifisert ernæringsveiledning, spesielt i situasjoner hvor sykepleiere ikke kan være til stede på samme måte som i institusjon (Aagaard & Grøndahl, 2017). Det å ha etablerte, effektive rutiner og solid kunnskap om ernæringsveiledning er essensielt for å sikre at pasientene mottar nødvendig støtte for å ivareta egen helse og opprettholde god ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). Samlet sett viser studien at det er behov for bedre opplæring og implementering av retningslinjer for ernæringsveiledning i hjemmesykepleien.

I helsedirektoratets nasjonale faglige råd kommer det frem at ernæringstrappen er et effektivt verktøy, for å håndtere situasjoner der sykdom påvirker pasientens appetitt negativt (Helsedirektoratet, 2017), (Vedlegg 1). Ernæringstrappen guider helsepersonell til å velge det beste tiltaket for å forbedre enhver pasients ernæringsstatus. Den er utarbeidet med intensjon om å starte på det nederste trinnet og gradvis arbeide seg oppover, til ønsket effekt (Helsebiblioteket, 2022). I mange tilfeller er det nødvendig å behandle underliggende faktorer, som kvalme, smerter, funksjonsvansker, bivirkninger av medisiner, eller psykologiske barrierer for å gjennomføre ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2017). For noen pasienter kan det å fjerne eller lette disse faktorene alene være tilstrekkelig for å øke matinntaket. Videre spiller måltidsmiljøet en viktig rolle for appetitten og trivselen. Elementer som temperatur, lukt, hygiene, sosiale forhold, belysning, spisehjelpemidler, samt matens presentasjon og smak, har stor innvirkning på matlysten. Kommunale mattilbud, som leveres hjem til pasienten, kan også være en del av løsningen (Helsedirektoratet, 2017).

For underernærte pasienter eller de med dårlig matlyst, er energiberikning en effektiv strategi (Helsedirektoratet, 2017). Dette innebærer tilsetning av energirike produkter som fløte, olje, smør, margarin, og rømme til maten. Gitt at proteinbehovet ofte er økt under

sykdom, anbefales det også å berike maten med proteinrike produkter som kjøtt, fisk, egg eller meieriprodukter (Helsedirektoratet, 2017). Næringsdrikker er nyttige som supplement til hovedmåltidene, og regelmessig bruk har vist seg å forbedre ernæringsstatusen, redusere risikoen for komplikasjoner, og fremme bedre helse hos eldre underernærte pasienter. De siste delene av ernæringstrappen består av sondeernæring og intravenøs ernæring, som vurderes når matinntaket er utilstrekkelig (Helsedirektoratet, 2017).

1.13 Kartlegging av ernæringsstatus

Kartleggingsverktøy er et essensielt hjelpemiddel i helse- og omsorgssektoren, og anvendes vanligvis umiddelbart etter innleggelse på sykehus og sykehjem, samt ved igangsetting av pasientbehandling i hjemmet (Brodtkorb, 2020, s. 304). Deretter foretas månedlige oppfølginger. Hensikten med slike hjelpemiddel er å gi helsepersonell en detaljert oversikt over pasientens ernæringsstatus og identifisere eventuelle risikofaktorer for ernæringsproblemer. Denne innsikten er avgjørende for å utforme personlig tilpassede ernæringsplaner og intervensjoner (Brodtkorb, 2020, s. 304).

Valg av kartleggingsverktøy avhenger av pasientens alder, sykdomstilstand og andre individuelle faktorer (Brodtkorb, 2020, s. 304). Malnutrition Screening Tool (MST) er et anerkjent screeningverktøy, anbefalt i nasjonale retningslinjer (Helsebiblioteket, 2022). MST består av kun to spørsmål, ett om vektendring og ett om endring i matinntak. En poengsum på 2 eller høyere indikerer risiko for underernæring, og ved en slik score er det nødvendig å gjennomføre en individuell vurdering for å fastslå årsaken til scoren og beregne pasientens energibehov. Denne detaljerte kartleggingen omfatter evaluering av vektutvikling, ernæringsinntak i forhold til behov, vurdering av faktorer som påvirker mat- og næringsstoffinntaket, samt graden av underernæring, i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger (Helsedirektoratet, 2022). Mini Nutritional Assessment (MNA) er et annet mye brukt screeningsverktøy, spesielt blant eldre over 65 år (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140). MNA er enkelt å anvende og inkluderer 18 spørsmål som dekker ulike aspekter som kroppsmasseindeks (KMI), mat- og væskeinntak, appetitt, generell helsestatus, mobilitet og fysisk funksjon, selvrappporterte helseoppfatninger, tilstedeværelse av akutt sykdom, psykologisk stress og demenssykdommer. MNA-skjemaet har en poengskala fra 0 til 30, hvor

en score på 17 eller lavere indikerer underernæring, og en score mellom 17 og 23,5 peker mot risiko for underernæring. Ved underernæring eller risiko for dette, anbefales ukentlig vektkontroll. Pasienter i risikogruppen for underernæring bør følges opp regelmessig av fastlege og ernæringsfysiolog (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140).

2.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg forklare valget av metode for oppgaven, samt hvordan jeg har gjennomført søket etter forskningsartikler. PIO-skjema vil bli lagt ved som vedlegg (Vedlegg 2).

2.1 Litteraturstudie

Begrepet metode refererer til en systematisert og målrettet prosess for innsamling av informasjon og kunnskap, som er avgjørende for å undersøke og løse en gitt problemstilling (Thidemann, 2020, s. 74). Metoden som jeg har valgt for denne oppgaven er litteraturstudie. I en litteraturstudie går jeg systematisk til verks for å samle allerede eksisterende forskning og faglitteratur på temaet (Thidemann, 2020, s. 79). Deretter gjennomgår jeg denne informasjonen grundig og vurderer den kritisk. Kunnskapen fra de ulike kildene blir systematisert og til slutt presentert på en måte som gir leseren en oppdatert og dyp forståelse av emnet som problemstillingen krever. I tillegg forklarer jeg hvordan jeg har hentet og bearbeidet denne kunnskapen, som beskrevet av Thidemann (2020, s. 77-78).

2.2 Søkeshistorikk, manuelt søk

Etter at temaet for oppgaven min ble fastsatt, begynte jeg å søke etter eksisterende litteratur på temaet for å få bedre innsikt, samt øke min kunnskap (Søk og skriv, 2023). På disse søkene fant jeg relevant statistikk og retningslinjer i forhold til kreftsykdom og underernæring, samt informativt innhold. For å identifisere sentrale lover og forskrifter knyttet til emnet, benyttet jeg meg av Lovdata sin nettportal. Videre utforsket jeg faglitteratur fra pensum og andre relevante bøker innenfor temaområdet ved å søke i Høyskolen på Vestlandets bibliotek.

2.3 Søkehistorikk, systematisk søk

Det er av avgjørende betydning å utvikle en effektiv søkestrategi for å kunne gjennomføre et vellykket søkearbeid. En søkestrategi involverer å nøye velge de nøkkelordene man vil bruke og bestemme hvordan man skal kombinere dem (Thidemann, 2020, s. 86). I min innsats for å finne relevante forskningsartikler knyttet til problemstillingen, har jeg benyttet meg av databasene Cinahl, Medline, Google Scholar og SweMed+. Selv om SweMed+ ikke har vært oppdatert siden 2019, har jeg valgt å søke i denne databasen for nordiske artikler frem til 2019. Videre har jeg tilegnet meg kompetanse ved å delta i introduksjonskurs til databasene Cinahl og Medline, samt utforsket kreative tilnærminger til litteratursøk ved biblioteket. Prosessen før søkene innebar å identifisere de sentrale begrepene knyttet til problemstillingen min. Dette inkluderte kreftpasienter, pasienter med kreft, sykepleier, cytostatika, forebygging og underernæring. Disse begrepene danner grunnlaget for mitt søk (Vedlegg 4).

Siden mye av den tilgjengelige forskningslitteraturen er på engelsk, oversatte jeg de norske søkeordene til engelsk for å kunne utføre søk i engelskspråklige databaser. Dette resulterte i utviklingen av et PIO-skjema som hjalp meg med å strukturere søket ytterligere (Thidemann, 2020, s. 83-84). (Vedlegg 2). Imidlertid valgte jeg å utelate «Comparison» delen i min PICO-analyse, ettersom mitt forskningsspørsmål ikke innebar behovet for en sammenlignende analyse. For å forbedre presisjonen av søket mitt, benyttet jeg meg av en kombinasjon av emneord og tekstord (Thidemann, 2020, s. 86). Emneord er standardiserte termer som beskriver innholdet i artiklene som er registrert i databasene. Det er viktig å merke seg at ulike databaser kan ha ulike sett med emneord. Tekstord, derimot, inkluderer ord fra artikkelens tittel, sammendrag og teksten selv (Thidemann, 2020, s. 86). For å ytterligere finjustere søket og få flere treff, benyttet jeg trunkering av tekstordene ved å fokusere på ordstammene (Thidemann, 2020, s. 87-88). Dette resulterte i et mer omfattende og presist søk. Til slutt, for å avgrense resultatene og sikre at de var relevante, brukte jeg "OR" og "AND".

Imidlertid viste denne tilnærmingen seg å være begrenset i å gi meg tilstrekkelig med treff relevant for mitt søk. Mange av de identifiserte artiklene møtte ikke mine kriterier og var ikke i tilstrekkelig grad rettet mot min problemstilling. Derfor valgte jeg å supplere søket

med snøballmetoden. Snøballmetoden innebærer å utvide søket ved å systematisk utforske referanser og sitater i allerede identifiserte relevante artikler (Søk og skriv, 2023). Denne alternative tilnærmingen har vært avgjørende for å oppdage skjulte, men viktige, artikler som ikke nødvendigvis ville bli fanget opp gjennom den systematiske søkeprosessen. Selv om den systematiske søkeprosessen dannet grunnlaget for identifiseringen av potensielt relevante artikler, var implementeringen av snøballmetoden nødvendig for å besvare min problemstilling. Dette understreker viktigheten av å kombinere ulike søketeknikker for å oppnå et omfattende og dyptgående litteraturgrunnlag (Vedlegg 4).

2.4 Kritisk vurdering av artikler

I arbeidet med min bacheloroppgave har jeg benyttet en systematisk tilnærming for å kritisk vurdere relevante artikler, i tråd med retningslinjer fra Thidemann (2020) og Helsebiblioteket (2018). Først gjennomførte jeg grundige søk i databasene Cinahl, Medline, SweMed+ og Google Scholar for å identifisere potensielle artikler. Etter at jeg har oppnådd et passende antall treff, leser jeg overskrifter og sorterer artiklene etter relevans for min problemstilling. Videre skumleser jeg innholdet i forskningsartiklene og vurderer innholdet og sammenheng med min problemstilling. Artikler som ikke oppfylte mine krav, ble ekskludert. Videre utførte jeg en grundig gjennomlesing av de gjenværende artiklene. I min kritiske vurdering av hver enkelt artikkel, har jeg nøye vurdert gyldighet, metodisk kvalitet, resultater og overførbarheten til min problemstilling (Helsebiblioteket, 2018). Jeg stilte spørsmål som om artiklene hadde klare forskningsspørsmål eller et tydelig formål, og om studiedesignet var adekvat i forhold til oppgaven min. For denne kritiske gjennomgangen har jeg benyttet meg av sjekklister fra Helsebiblioteket tilpasset de ulike studiedesignene i artiklene jeg har benyttet for min oppgave (Helsebiblioteket, 2018).

Avslutningsvis har jeg drøftet betydningen av kritisk kildeanalyse, som innebærer en grundig evaluering av den anvendte litteraturen med hensyn til metodekvalitet og dens evne til å belyse min problemstilling (Helsebiblioteket, 2018). I tillegg har jeg prioritert primærlitteratur og unngått kilder eldre enn 10 år, for å sikre relevans gitt den kontinuerlige utviklingen innenfor fagområdet. Denne omfattende og nøye strukturerte tilnærmingen til kildekritikk og evaluering av forskningsartikler, sikrer at min bacheloroppgave er forankret i pålitelige og aktuelle kilder, og vil opprettholde en høy grad av relevans.

2.5 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

I min studie har jeg satt inklusjon- og eksklusjonskriterier for å sikre relevante og oppdaterte data (Vedlegg 3). Jeg fokuserer på litteratur publisert mellom 2013 og 2023 og retter oppmerksomheten mot eldre kreftpasienter, altså de som er 65 år og eldre. Det vil bli tatt utgangspunkt i kreft uavhengig av kreftform. Jeg har videre spesifisert at pasientene skal ha mottatt cytostatikabehandling, enten som eneste behandlingsform eller i kombinasjon med andre behandlingsmetoder. Disse avgrensningene sikrer at studien målrettet adresserer den valgte pasientgruppen og deres unike behov.

2.6 Etiske vurderinger

Etikk spiller en sentral rolle i forskningsprosessen, og i denne oppgaven har jeg nøye fulgt etiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Inkluderte studier har fulgt forskningsetiske retningslinjer, og jeg har på denne måten ivaretatt de etiske retningslinjene. Jeg har brukt korrekt referansestil (APA 7th) for å sikre riktig henvisning til andres arbeid og for å unngå plagiat (Redaksjonen for norsk APA-stil, 2023). Denne etiske tilnærmingen gir en solid plattform til å utforske problemstillingen for oppgaven på en etisk forsvarlig måte.

3.0 Resultat

3.1 Presentasjon av forskningsartikler

Her vil jeg presentere funn fra forskningsartiklene jeg nøye har valgt ut. Artiklene dekker ulike aspekter ved ernæring hos eldre kreftpasienter. Litteraturisme til de aktuelle artiklene er lagt ved som vedlegg (Vedlegg 5). For å strukturere funnene vil de bli sortert etter tema.

3.1.1 Ernæringsstøtte

Akagündüz & Türker (2022) viste stor interesse for hvilken nytte pasienter som gjennomgikk kjemoradioterapi kunne få av ernæringsstøtte. Ernæringsrådgivning burde være det første leddet for å opprettholde tilstrekkelig ernæring når behandlingen og bivirkningene truet

matinntaket. Dette innebar tilberedelse av måltider, berikelse av kosten, øke næringsinnholdet samt måltidsfrekvensen og en energi- og proteinrik kost.

Videre viste det seg at kosttilskudd spilte en betydelig rolle i å redusere bivirkninger og forbedre kliniske resultater i kreftbehandlingen. Dersom pasienten fremdeles strevde med å få i seg nok næring var enteral ernæring det neste steget. Videre ble det konkludert med at det var nødvendig å forbedre ernæringsstatusen til pasientene gjennom ernæringsstøtte for å sikre vellykket gjennomføring av behandlingen og forbedre pasientenes livskvalitet. Dette ble også identifisert i studien til Morilla-Herrera et al. (2016) som gjennom en systematisk gjennomgang så på matbasert berikelse hos målgruppen over 65 år. Tidlig intervensjon med ernæringsstøtte viste seg å stoppe vekttap hos eldre mennesker som var underernærte eller hadde risiko for underernæring. Beriket mat var et mer attraktivt alternativ for å forbedre måltider enn konvensjonelle orale kosttilskudd og viste dermed positive resultater i økningen av kalori- og proteininntak hos målgruppen.

3.1.2 Tverrfaglig samarbeid

Studien til Zhang & Edwards (2019) påpeker at forebygging av underernæring bør være omfattende og trenger tverrfaglig innsats fra onkolog, geriatri, ernæringsfysiolog, sykepleier og andre helsepersonell.

Verwijns et al. (2020) tar sikte på å forbedre ernæringsmessig samarbeid og kommunikasjon mellom alle interessenter involvert i underernæringscreening og behandling, på tvers av helsevesenet. Denne kvalitative studien vurderer nåværende samarbeid og kommunikasjon innen ernæringspleie av helsevesenet og gir anbefalinger for forbedringer. Det kommer frem at over 80% hadde en eller flere risikofaktorer for underernæring og at det derfor er svært nødvendig med videre ernæringsstøtte. Dette krever videre godt tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon mellom eningene og helsepersonell. Studien fremhever at det også er en bekymringsfull mangel på kunnskap og bevissthet blant helsepersonell når det gjelder underernæring. Dette understreker behovet for mer fokus på gjenkjenning og diagnostisering av underernæring i utdanningsløpene for leger og sykepleiere i Europa, da disse programmene ofte ikke inkluderer tilstrekkelig utdanning i dette viktige området. Imidlertid førte ikke studiens funn til noen konkret veiledning eller tiltak for å adressere denne mangelen.

3.1.3 Bruk av kartleggingsverktøy

Studien til Zhang & Edwards (2019) ser på hvordan forebygging av underernæring kan forbedre ernæringsstatusen blant eldre voksne med kreft. Kartleggingsverktøy som blir hyppig brukt hos målgruppen er Mini Nutrition Assessment (MNA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) og Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). Studien underbygger at kartleggingen er en enkel og rask prosess for å identifisere pasienter med risiko for underernæring, for å videre kunne vurdere om pasienter trenger omfattende ernæringsstøtte. Videre legges det stor vekt på viktigheten av å iverksette ernæringscreening og vurdering for kreftpasienter like etter stilt diagnose og fortsette gjennom hele behandlingsforløpet.

Akagündüz & Türker (2022) ville gjennom sin artikkel utforske ulike ernæringskartleggingsmetoder for å optimalisere ernæringsstøtten hos pasientene. Pasientens vektstatus, BMI, ufrivillig vekttap og reduksjon i oralt inntak er gjentakende parametere i mange kartlegginger. Ernæringsscreeningsinstrumenter som har vist seg å fungere godt for eldre mennesker med kreft er Malnutrition Screening Tool (MST), Mini-Nutritional Assessment (MNA), Nutrition Risk Screening (NRS) og Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Det legges videre vekt på å vurdere pasienter i risiko nøye da ingen av kartleggingsverktøyene er laget for en spesifikk diagnose.

4.0 Drøfting

Problemstillingen i denne oppgaven er: «Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som mottar cytostatikabehandling?» I denne delen vil problemstillingen bli drøftet i lys av funn fra forskning, teori, litteratur, retningslinjer og egne erfaringer. Dette vil videre bli inndelt i følgende temaer for å skape større oversikt: ernæringsstøtte og veiledning, tverrprofesjonelt team og ernæringskartlegging.

4.1 Optimal ernæringsstøtte og veiledning hos den underernærte

Resultatene fra forskningen utført av Akagündüz og Türker (2022) indikerer at så mange som 70% av pasienter med spiserørskreft opplever vekttap. Studien understreker videre betydningen av tidlig ernæringsstøtte i behandlingsforløpet for å motvirke denne tendensen. Selv om studien av Akagündüz og Türker (2022) fremhever betydningen av en energi- og proteinrik kost for å opprettholde eller forbedre ernæringsstatus hos kreftpasienter, er det viktig å vurdere potensielle utfordringer knyttet til denne tilnærmingen. Kreftpasienter kan ofte møte komplikasjoner som påvirker deres evne til å konsumere og fordøye visse typer mat, noe som kan gjøre det utfordrende å følge en slik diett (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 206). Bivirkninger fra cytostatikabehandling kan gi endringer i smakssans og nedsatt appetitt, munn- og svelgeproblemer, mukositt, kvalme og oppkast, smerter og fatigue som kan begrense pasientens evne til å innta og nyte mat. Dette kan gjøre det vanskelig å konsumere de anbefalte mengdene av energi- og proteintett mat. Samlet sett, kan en energi- og proteinrik kost tilby betydelige fordeler for mange kreftpasienter, men det er avgjørende å anerkjenne og ta hensyn til de unike utfordringene og behovene til hver enkelt pasient. Derimot finnes det både orale kosttilskudd, enteral og parentral ernæring som kan være alternative behandlingsmetoder for underernæring (Akagündüz og Türker, 2022). Studien til Morilla-Herrera et al. (2016) fant derimot matbasert berikelse positivt hos de fleste pasienter. Det viste seg å gi betydelige forbedringer i protein- og kaloriinntak, noe som er grunnleggende for å opprettholde god helse i alderdommen. Til forskjell fra Akagündüz og Türker (2022) studie ble det tilsatt ekstra næringsstoffer i pasientens vanlige matvarer. Denne tilnærmingen kan være spesielt gunstig for eldre, da den tillater økning av næringsinntaket uten å endre de vanlige spisevanene eller kreve inntak av ekstra kosttilskudd (Morilla-Herrera et al., 2016). Det kan også være mer sosialt akseptabelt og mindre stigmatiserende enn tradisjonelle ernæringstilskudd. Likevel krever implementeringen av matberikelse nøye planlegging etter pasientens behov. Det er viktig å sette søkelys på identifisering av hvilke næringsstoffer som oftest mangler i dietten til eldre, bestemme hvilke matvarer som er best egnet til berikelse, og sikre at den berikede maten er tilgjengelig og økonomisk overkommelig for målgruppen (Morilla-Herrera et al., 2016).

Det er tydelig at ernæringsproblemer er en vanlig og alvorlig komplikasjon hos kreftpasienter (Kaasa & Loge, 2016, s. 233). Dette kan skyldes både sykdommen selv og

bivirkninger av kreftbehandlingen. Med tanke på dette, er kreftpasienters ernæringsstatus en viktig faktor for livskvalitet, respons på behandling, og overlevelse (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 199). Dessuten fører underernæring til svekkelse av allmenntilstand, øker risikoen for komplikasjoner, og virker negativt på immunsystemet, noe som øker mottakeligheten for infeksjoner. På den ene siden kan dette derfor utgjøre et betydelig problem blant sårbare kreftpasienter (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 199). På den andre siden kan pasienter under pågående cytostatikabehandling oppleve vedvarende kvalme, noe som resulterer i redusert matinntak over lengre tidsperioder (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 207). Dette kan føre til at pasienter som gjennomgår regelmessig behandling, kan oppleve lengre perioder preget av utilstrekkelig ernæring og sult. Det er derfor viktig å sette søkelys på sykepleierens funksjon i kreftomsorgen. Dette involverer en omfattende forståelse av kreftfremkallende faktorer med fokus på tre nivåer av forebygging: primær, sekundær og tertiær (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 41-42). Likevel viser det seg at helsepersonell ikke har nødvendig kunnskap (Verwijs et al., 2020). En hyppig utfordring hos eldre, som direkte kan påvirke deres ernæringsstatus, er munn- og tannproblemer. Til forskjell fra yngre pasienter, er dette aspektet viktig å vurdere for å sikre adekvat næringsinntak og generell helse blant eldre. Dessuten kan også helsepersonell opplyse om at de som bor på sykehjem, eller som mottar hjemmebaserte helsetjenester i tre måneder eller mer, har rett på gratis tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesteloven, 1983, § 2-1). Jeg ser på dette som et viktig og nødvendig tilbud for å sikre god tannhelse, og unngå unødige ulemper utover dette.

Når det gjelder hjemmesykepleien, er pasientens hjem den primære arbeidsarenaen for sykepleiere (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Dette kan by på ulike utfordringer da man trer inn i hjemmet som både helsepersonell og besøkende. Imidlertid krever denne doble rollen en fin balanse mellom å opprettholde profesjonalitet og å vise respekt for pasientens hjemlige omgivelser (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Å arbeide i pasientens hjem er ikke bare en arbeidsplass, men også et sted der pasientens personlige liv og vaner utfolder seg. Derfor er det av stor betydning å vise respekt for pasientens privatliv og ønsker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 51). På den andre siden er det å arbeide i pasientens hjem en unik mulighet til å observere og forstå pasientens dagligliv og utfordringer, hvilket er avgjørende for å yte individualisert og god pleie (Birkeland & Flovik, 2018, s. 55). Forebygging er også en del av utøvelsen av sykepleie i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 48). Ved å fokusere på

forebyggende tiltak, kan sykepleieren ikke bare møte de umiddelbare helsebehovene, men også bidra til å opprettholde og forbedre pasientens livskvalitet i deres eget hjemmemiljø. Dette er spesielt viktig ettersom studien utført av Verwijs et al. (2020) fremhever viktigheten av å ha kvalifisert personell i hjemmesykepleien. På den ene siden må helsepersonell forsikre seg om at pasienten er i stand til å kunne ta hand om egen helse i fravær av hjemmesykepleie. Dette innebærer at kompetent helsepersonell informerer og veileder pasienten i riktig retning. På den andre siden viser det seg å være lite erfaring rundt underernæring og de medfølgende utfordringene blant europeisk helsepersonell.

Denne komplekse samlingen av fysiske og psykiske faktorer gjør underernæring til en betydelig bekymring i kreftbehandling, og understreker behovet for en helhetlig tilnærming til ernæringsstøtte (Kaasa & Loge, 2016, s. 238). Ernæringsproblemer hos kreftpasienter krever omfattende oppmerksomhet og individuell tilnærming for å forbedre pasientenes livskvalitet og behandlingsutfall. Dessuten viser det seg videre at integrering av forebyggende ernæringsstøtte i kreftbehandlingen er avgjørende for et helhetlig behandlingsopplegg (Kaasa & Loge, 2016, s. 238).

4.2 Hjemmesykepleien og det tverrprofesjonelle teamet

En av de mest vesentlige kvalitetene en sykepleier trenger, er evnen til å jobbe sammen med ulike fagfolk innenfor et tverrfaglig team (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Dette blir spesielt viktig når det gjelder kreftpasienter, som ofte står overfor en rekke komplekse og varierte helseutfordringer. For å sikre at disse pasientene mottar en omfattende og helhetlig behandling, er samarbeidet innenfor et tverrfaglig team essensielt. Tre hovedfokus kommer frem i studien til Verwijs et al. (2020). Disse innebærer kommunikasjon mellom helsepersonell, overføringsmeldinger til annen helsetjeneste og kommunikasjon med omsorgspersoner. Alle disse aspektene av kommunikasjon i henhold til behandlingsforløpet er avgjørende da pasientens sider av både sykdom, bivirkninger og symptomer skal bli sett og ivaretatt på en profesjonell måte. Studien til Zhang & Edwards (2019) viser til at kreftdiagnoser er sammensatt og komplekst. Derfor er det behov for tverrfaglig innsats fra onkolog, geriatri, ernæringsfysiolog, sykepleier og andre helsepersonell, for å sikre helhetlig behandlingsstrategi. Videre tar studien sikte på å forbedre samarbeid og kommunikasjon mellom eningene, da dette ikke nødvendigvis er tilstrekkelig. Basert på min praksiserfaring

fra studiet, har jeg tilegnet meg verdifull erfaring ved å jobbe med forbedringstiltak som spesielt fokuserer på å styrke samarbeidet mellom eningene, sett fra tildelingskontorets perspektiv. Det viste seg og være de samme problemområdene som i studien til Verwijs et al. (2020). Nemlig kommunikasjon mellom helsepersonell, pårørende og overføringsmeldinger. Dette er på den andre siden noe som jobbes og settes søkelys på i studien. I hjemmesykepleien hvor man jobber mye selvstendig er det spesielt viktig å huske på det tverrfaglige teamet en har rundt seg. Personer med store og sammensatte behov kan ofte ha behov for samtlige tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Dette samsvarer også med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Ingen alene kan fylle alle pasientens behov, noe som er viktig å huske på som arbeidstaker i hjemmesykepleien. Samarbeid og tverrfaglig innsats er nøkkelen til helhetlig pasientomsorg (Verwijs et al, 2020). Derfor er det essensielt med effektivt og godt koordinert tverrfaglig samarbeid, som muliggjør en integrert tilnærming til både diagnostisering og behandling, for å møte alle pasientens behov på en helhetlig måte.

Eldre kreftpasienter opplever også ofte en høyere forekomst av polyfarmasi, noe som kan føre til økt risiko for uheldige bivirkninger (Zhang & Edwards, 2019). Disse bivirkningene kan på den ene siden slå uheldig ut og påvirke matinntaket hos pasienten, et aspekt som krever nøye overveielse (Reitan, 2017, s. 316-318). På den andre siden reiser det spørsmålet om i hvilken grad et tverrprofesjonelt helseteam kan være avgjørende for å håndtere disse komplekse utfordringene. Ettersom å integrere ulike fagfelt kan tilby mer helhetlige og effektive intervensjoner, vil dette kunne minimere de negative konsekvensene av polyfarmasi hos eldre kreftpasienter (Zhang & Edwards, 2019). Dessuten kan også kakeksi oppstå som et problem hos kreftpasienter. Til forskjell fra andre tilstander beskrives det som et komplekst metabolsk syndrom assosiert med underliggende sykdom (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 207). Tilstanden er preget av ufrivillig vekttap, tap av muskelmasse, samt andre symptomer som inkluderer fatigue og nedsatt matlyst. Et annet relevant punkt er at tilstanden er særlig vanlig blant pasienter som lider av kreft, da mer enn 80% opplever vekttap (Kaasa & Loge, 2016, s. 529). Kakeksi hos kreftpasienter anses ofte som et sammensatt problem, hvor både kreftsykdommen selv og behandlingen bidrar til tilstanden. Derfor krever tilstanden ofte en tverrfaglig tilnærming til behandlingen, ettersom

årsaksforholdene er multifaktorielle, og patofysiologien kompleks (Kaasa & Loge, 2016, s. 529).

Forutsetninger for tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid i ernæringsomsorgen er økt kunnskap og bevissthet om årsakene til underernæring for å kunne gjenkjenne og adekvat handle på mulige tegn på underernæring (Verwijs et al, 2020). Dette krever derimot kontinuerlig utdanning og opplæring i ernæringsvitenskap og praktisk ernæringspleie, noe som viste seg å være utilstrekkelig ifølge studien (Verwijs et al., 2020). Forskningen påpeker betydningen av tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid. Når ernæringsproblemer mistenkes, er det avgjørende at dette blir kommunisert effektivt blant ulike fagpersoner. Likevel er det utfordringer i forhold til logistikk og organisering av møter for å dele viktig informasjon. Her kan moderne kommunikasjonsteknologi, som mobiltelefoner og elektroniske plattformer være nøkkelen til mer effektiv samhandling. Dette kan inkludere det Norske Helsenettet Join (Norsk Helsenett, u.å.) Av egen erfaring er dette et godt verktøy som letter kommunikasjonen i helsevesenet, samtidig som det er tidsbesparende å møtes digitalt. Dette spesielt med tanke på at fagpersonene ofte er spredt og ikke lokalisert på samme sted (Verwijs et al., 2020). Selv om det finnes gode digitale verktøy, må man også vite hvem man skal kontakte. Dette var et av problemområdene i studien til Verwijs et. al. (2020). Helsepersonell var usikre på ansvarsområde, og hvilke fagpersoner som skulle kontaktes for enhver ting. Når ernæringsproblemer mistenkes av én fagperson, er det avgjørende at det blir kommunisert med andre fagpersoner. Samtidig kan det å oppnevne en koordinator for ernæringsomsorgen bidra til å klargjøre ansvarsforholdene og sikre kontinuitet og oppfølging i pasientbehandlingen (Verwijs et al., 2020). Kommunikasjon i form av overføringsrapporter derimot var ikke tilstrekkelig. Det ble oppdaget forsinkelser og manglende informasjon regelmessig, og ernæringstilstand var ofte ikke inkludert i rapporten. Etablering av et standardisert format for slike rapporter, som inkluderer detaljert ernæringsinformasjon og foreslåtte tiltak, er et viktig steg i riktig retning. Dette vil sikre at all relevant informasjon når frem til alle involverte parter (Verwijs et al., 2020). Ved å adressere disse områdene, kan sykepleiere og det tverrprofesjonelle teamet spille en avgjørende rolle i å forebygge underernæring og fremme bedre helseutfall for denne sårbare pasientgruppen (Verwijs et al., 2020).

4.3 Ernæringskartlegging som verktøy i forebyggingen av underernæring

Ettersom hele 80% hadde en eller flere risikofaktorer for underernæring

(Verwijs et al., 2020), kan man stille spørsmål ved kartleggingsrutinene hos helsepersonell.

Samtidig kommer det frem i studien til Zhang & Edwards (2019) at kartleggingen er en enkel og rask prosess. Tidlig intervensjon er et nøkkelord i forebyggingen av underernæring, og har betydelig effekt (Zhang & Edwards, 2019). Dette vil si ernæringsmessig vurdering før

oppstart av aktiv kreftbehandling. Samhandlingsreformen vil jeg si er særlig relevant til min problemstilling da den inkluderer viktige prinsipper i forhold til forebygging. Ved å integrere reformens forebyggende strategier innen kreftomsorgen, sikter sykepleiere mot en mer

effektiv og helhetlig pasientbehandling, i tråd med reformens prinsipper (Meld. St. 47 (2008-2009, s. 22). Til tross for anbefalinger mangler det fortsatt standardiserte

kartleggingsverktøy spesifikt for eldre voksne med kreft (Zhang & Edwards, 2019). Det finnes derimot en rekke kartleggingsverktøy designet for å identifisere underernæring (Kaasa & Loge, 2016, s. 237). Det viktigste ved disse verktøyene er deres evne til å oppdage tidlige

tegn på utvikling av underernæring. For å være effektive, må disse verktøyene inkludere spørsmål som evaluerer pasientens nåværende vektstatus, ufrivillig vekttap, reduksjon i

matinntak samt vurdere risikoen for fremtidig vekttap (Akagündüz & Türker, 2022). I tillegg er det viktig at et godt screeningsverktøy er integrert med konkrete handlingsplaner, slik at

helsepersonell raskt kan iverksette tiltak for å forhindre at pasienter utvikler underernæring. De mest brukte verktøyene som kommer frem i studien til Zhang & Edwards (2019) er Mini

Nutrition Assessment (MNA), Underernæring Universal Screening Tool (MUST) og Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). Studien til Akagündüz & Türker (2022)

braker derimot også Malnutrition Screening Tool (MST). Fra personlige erfaringer kan det bekreftes at MST er et raskt og brukervennlig verktøy da det kun inneholder to spørsmål,

noe som også samsvarer med studien til Akagündüz & Türker (2022).

Selv om mange kartleggingsverktøy er gode kommer det frem at man ikke må glemme et

klinisk blikk, samt snakke med pasienten om nåværende symptomer og tilstand (Akagündüz & Türker, 2022). Dette for å identifisere risikofaktorer som forstyrrer matinntak, vekt og

opptak av næringsstoffer. Dette samsvarer med Kari Martinsens teori som legger spesielt vekt på pasientenes helhetlige behov og bruken av sansene i kombinasjon med et klinisk

blikk for full forståelse (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). Ved å anvende Martinsens teori, kan

sykepleiere mer effektivt identifisere risikofaktorer for underernæring og iverksette individtilpassede tiltak for å forebygge dette (Kristoffersen et al., 2017, s. 60). Dette kan inkludere ernæringsrådgivning, tilpasning av måltider og støtte til å spise, i tillegg til å ivareta pasientens psykososiale behov, som er en viktig del av Martinsens omsorgsbegrep (Kristoffersen et al., 2017, s. 53). Det er vesentlig å merke seg at pasientens appetitt og spisevaner kan påvirkes av deres emosjonelle tilstand, noe som må tas i betraktning ved planlegging av ernæringsstrategier (Helsedirektoratet, 2018). Likevel anbefales det å bruke kartleggingsverktøy i tillegg (Akagündüz & Türker, 2022). For det første kan kartleggingsverktøy raskt gi viktig informasjon om pasientens helsetilstand, som kan være spesielt nyttig i en travel arbeidshverdag. For det andre tilbyr verktøyene en standardisert måte å vurdere pasienters symptomer og tilstand på, som kan bidra til mer konsekvent og objektiv vurdering uavhengig av personell eller kompetanse (Akagündüz & Türker, 2022). Samtidig kan verktøyene avdekke symptomer eller problemer som ikke nødvendigvis vil kunne komme frem i form av samtale. På den andre siden kan direkte samtale med pasienten gi dyp innsikt i deres plager, symptomer og bekymringer (Zhang & Edwards, 2019). Samt sykepleier vil kunne nytte sine kliniske evner til å oppdage nyanser i pasientens tilstand som ikke fanges opp av standardiserte verktøy, noe som kan være avgjørende for en helhetlig tilnærming til behandling.

4.4 Drøfting av metode

I metodekapittelet kommer det frem at jeg har valgt å benytte en litteraturstudie for å adressere problemstillingen. Dette valget er basert på litteraturstudiens evne til å tilby en omfattende og systematisk oversikt over eksisterende forskning og faglitteratur på temaet. Gjennom denne metoden har jeg kunnet sammenstille og analysert variert informasjon fra en rekke kilder, noe som gir en dyptgående forståelse av emnet. Min tilnærming inkluderte både manuelle og systematiske søk som sikret en bred dekning av relevant litteratur. Ved å anvende en kombinasjon av emneord og tekstord, samt bruk av trunkering, ble søket både presist og omfattende. Imidlertid var det utfordringer knyttet til tilgjengeligheten og relevansen av noen artikler, noe som begrenset utvalget. For å kompensere for dette, integrerte jeg snøballmetoden, noe som viste seg å være en verdifull tilnærming for å identifisere ytterligere relevante kilder.

5.0 Oppsummering og konklusjon

Gjennom arbeidet med denne litteraturstudien har det vist seg at tidlig identifisering og intervensjon ved hjelp av ernæringskartlegging er avgjørende. Bruk av kartleggingsverktøy som MNA, MST, MUST og PG-SGA er nødvendig for å vurdere ernæringsstatus og risiko for underernæring. Til tross for gode eksisterende verktøy, mangler det fortsatt standardiserte kartleggingsverktøy spesifikt for eldre voksne med kreft. Ernæringsstøtte, inkludert tilrettelegging av måltider og kosttilskudd, er viktig for å motvirke vekttap og forbedre pasienters livskvalitet. Energi- og proteinrike dietter kan være utfordrende å implementere på grunn av kreftbehandlingens bivirkninger, noe som krever individualiserte tilnærminger. Tverrfaglig samarbeid er essensielt i behandlingen av underernærte eldre kreftpasienter. Kommunikasjon og koordinering mellom helsepersonell, samt involvering av pasienter og deres pårørende, er nøkkelen til en helhetlig tilnærming. Det er også et behov for økt bevissthet og utdanning om underernæring blant helsepersonell. Oppgaven konkluderer med at en integrert tilnærming som involverer tidlig screening, individualisert ernæringsstøtte og effektivt tverrfaglig samarbeid, er avgjørende for å forebygge underernæring hos eldre kreftpasienter under cytostatikabehandling.

Referanseliste

- Aagaard, H. & Grøndahl, V. (2017). *Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*, 12(61219): e-61219.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2017.61219>
- Akagündüz, D. D. & Türker, P. F. (2022). *Nutritional Support in Older Patients with Esophageal Cancer Undergoing Chemoradiotherapy*, *Nutrition and Cancer*, 74:10, 3634-3639, <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/01635581.2022.2096245>
- Brodtkorb, K. (2020). *Ernæring, mat og måltider*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 303-315). Gyldendal.
- Cancer Registry of Norway. (2023). *Cancer in Norway 2022 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* (ISSN: 0806-3621). Cancer Registry of Norway.
https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2022/cin_report-2022.pdf
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Global Burden of Disease Cancer Collaboration. (2017). *Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study*.
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.5688>
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2022, 14. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og*

behandling av underernæring. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/underernaering#tilpasset-og-tilstrekkelig-ernaring>

Helsedirektoratet. (2017, 19. desember). *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2018, 5. oktober). *Kosthold ved kreftsykdom*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-kreftsykdom>

Helsedirektoratet. (2017, 19. desember). *Tiltak når matinntaket blir for lite*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite>

Helsedirektoratet. (2022, 14. mars). *Organisering og forankring av ernæringsarbeidet*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/organisering-og-forankring-av-ernaeringsarbeidet#virksomhetens-arbeid-med-ernaering-skal-organiseres-forsvarlig-praktisk-informasjon>

Helsedirektoratet. (2019, 11. februar). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Iveland, T. & Taraldsen, T. (2020). *Kreft* (2. utg.). Pixmed.

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon* (3. utg.). Gyldendal

Kirkevold, M. (2020). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg.). Gyldendal.

Kirkevold, M. (2003). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal.

Kreftregisteret. (2023, 10. mai). *Kreft i Norge*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2017). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling*. I A. N. J, Kristoffersen, F.

Nortvedt. E. Skaug & G. H. Grimsbø. *Grunnleggende sykepleie Bind 3:*

Pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg., s. 27 - 53). Gyldendal

Kværner, S. A. (2015). *Ernæringsbehandling– en viktig del av moderne kreftmedisin*.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ntfe.13.2.4>

Morilla-Herrera, J.C., Martín-Santos, F.J., Caro-Bautista, J., Saucedo-Figuredo, C., Garcia-

Mayor, S. & Morales-Asencio, J. M. (2016). *Effectiveness of food-based fortification in*

older people a systematic review and meta-analysis. <https://doi->

[org.galanga.hvl.no/10.1007/s12603-015-0591-z](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s12603-015-0591-z)

Norsk Helsennett. (u.å.). *Vi knytter Helse-Norge sammen*. Hentet 13. desember 2023 fra

<https://www.nhn.no/>

Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*.

<https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-11/yrkesetiske-retningslinjer-for->

[sykepleie.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-11/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleie.pdf)

Redaksjonen for norsk APA-stil. (2023). *Norsk APA-manual: En nasjonal standard for*

norskspråklig APA-stil basert på APA 7th (Versjon 1.9) Sikt. <https://sikt.no/norsk-apa->

[referansestil](https://sikt.no/norsk-apa-referansestil)

Regjeringen. (2021, 6. mai) *God og riktig mat hele livet*. Nasjonal strategi for godt kosthold

og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. Helse- og

omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig->

[mat-helelivet/id2849251/?ch=1#id0015](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-helelivet/id2849251/?ch=1#id0015)

Reitan, M. A. & Schjølberg, K. T. (2017). *Kreftsykepleie* (4). Cappelen Damm.

Richie, C & Yukawa, M. (2023). *Geriatric nutrition: nutritional issues in older adults*.

UpToDate, 23. mars.

Roald, B. Sauer, T. Klepp, O. Hofslie, E. (2023, 2. mai). *Kreft*. <https://sml.snl.no/kreft>

Schlichting, E., & Wist, E. (Red.). (2020). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*.

Gyldendal Norsk Forlag.

Stenling E. M. & Nortvedt M. W. (2011). *Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med*

kreft.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett*

tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=forebygge&ch=2#kap3-2-2>

Stubberud, D. & Grønseth, R. (2022). *Klinisk sykepleie 2* (6. utg.). Gyldendal.

Søk og skriv. (2023, 3. november). *Søketeknikker*. Søk og skriv.

<https://www.sokoqskriv.no/soking/soketeknikker.html>

Tannhelsetjenesteloven. (1983). *Lov om tannhelsetjenesten* (LOV-1983-06-03-54). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Thidemann, I.J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.).

Universitetsforlaget.

Verwijns, M. H., Puijk-Hekman, S., Heijden, E., Vasse, E., Groot, L. & Schueren, M. (2020).

Interdisciplinary communication and collaboration as key to improved nutritional care of malnourished older adults across health-care settings – A qualitative study.

<https://doi.org/10.1111/hex.13075>

Zhang, X. & Edwards, B.J. (2019). *Malnutrition in Older Adults with Cancer.*

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s11912-019-0829-8>

Vedlegg

1. Ernæringstrappen



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

(Helsedirektoratet, 2017).

2. PIO

P Population/patient/ Problem Hvem	I Intervention Hva	O Outcome Resultat
Population: Cancer 65+ years Home Problem: Medical malnutrition in cancer patients	I: Preventive interventions Treatment Action Handling AND Home care Nurs* AND	O: Prevent or minimize malnutrition in cancer patients Minimize Reduce Lessen Decrease

Malnutrition	Cytostatic	prevent
Undernutrition	Chemotherapy	Avoid
Nutritional deficiency	Cancer chemotherapy	Inhibit
Poor nutrition		Impede
Inadequate nutrition		hinder
Nutrient deprivation		Stop
Malnourishment		
Dietary insufficiency		
Starvation		
Nutritional deprivation		

3. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Publiseringdato nyere enn 10 år, 2013-2023 • Eldre 65+ år • Kreftpasienter • Cytostatikabehandling, alene eller i kombinasjon med andre behandlingsformer. • Pasienter med underernæring eller annen ernæringsproblematikk • Primærlitteratur 	<ul style="list-style-type: none"> • Publiseringdato eldre enn 10 år • Alder under 65 år • Pasienter med annen type sykdom enn kreft

4. Søkehistorikk

Søkehistorikk Cinahl

#	Subject headings/Keywords	Results
S1	(MH «Malnutrition»)	12 204
S2	«malnutrition»	22 056
S3	S1 OR S2	22 056

S4	«malnutrition» OR (MH «Cancer patients»)	71 968
S5	“malnutrition” OR “patients with cancer”	36 449
S6	S4 OR S5	81 839
S7	“nurse*”	567 225
S8	“nurse*” OR (MH “Oncology Nursing”)	574 238
S9	“prevent malnutrition”	147
S10	S3 AND S6 AND S8 AND S9	15

Søkehistorikk Cinahl

#	Subject Headings/Keywords	Results
S1	(MH “Cancer patients”)	50 536
S2	“cancer”	540 823
S3	(MH “Neoplasms”)	92 985
S4	S1 OR S2 OR S3	551 676
S5	(MH “Malnutrition”)	12 212
S7	(MH “Malnutrition”) OR (MH “Nutrition”)	41 531
S8	“malnutrition” OR (MH “Nutrition”)	51 034
S9	S5 OR S7 OR S8	51 034
S10	“malnutrition” OR (MH “Nutrition”) OR (MH “Chemotherapy, Cancer”)	75 494
S11	“treatment	1 318 650
S12	“prevent”	943 175
S13	“prevent” OR “prevent malnutrition” OR (MM "Medication Side Effects	943 175

	(Saba CCC") OR "side effects or adverse effects or harmful effects or risk"	
S14	S10 OR S11 OR S12 OR S13	2 092 041
S15	"nurs*"	953 869
S16	"nurs*" OR (MH "Nursing Interventions")	953 869
S17	(MM "Practical Nurses")	2 430
S18	S15 OR S16 OR 17	953 869
S19	S9 AND S14 AND S18	352
S20	From 2013-2023, all adult	51

Søkehistorikk SweMed+

#	Subject headings/Keywords	Results
1	cancer	9043
2	malnutrition	863
3	cancer AND malnutrition	56

Søkehistorikk Google Scholar

#	Subject headings/Keywords	Results
1	malnutrition	65 600
2	chemotherapy	403 000
3	prevent	152 000
4	home	383 000
5	1, 2, 3, AND 4, 2013-2023	6740

5. Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar (Styrker og svakheter)
Akagündüz & Türker (2022)	Vurdere betydningen av ernæringsstøtte i behandlingen av eldre pasienter med spiserørskreft som gjennomgår kjemoradioterapi. Og diskutere hvordan optimal ernæring kan forbedre behandlingsresultatene og livskvaliteten for disse pasientene.	Kvantitativ.	Eldre pasienter med spiserørskreft	Viktige risikofaktorer for underernæring blant eldre med spiserørskreft inkluderer avansert alder, kreftstadium, skrøpelighet, demens, depresjon, og funksjonsvikt. Det kom frem at det var vanlig og gå ned 5-10 kg kroppsvekt under sykdomsforløpet Mini Nutrition Assessment (MNA), Underernæring Universal Screening Tool (MUST), og Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) er de primære verktøyene for vurdering av underernæring.	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> - Studien retter seg mot en spesifikk gruppe som bidrar til målrettede og relevante funn. - Bruken av flere etablerte ernæringscreenings- og vurderingsverktøy gir en grundig og pålitelig vurdering av underernæring. - Detaljert gjennomgang av ernæringsstatus og behandling, fysisk og psykologisk helse, samt behandlingsekvenser. Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> - Siden studien fokuserer spesifikt på eldre med spiserørskreft. Funnene kan da ikke generaliseres til pasienter med andre typer kreft. - Ernæringsvurderingen kan være tidkrevende og kanskje ikke være gjennomførbar i alle kliniske settinger, noe som kan begrense anvendelsen av funnene.
Morilla-Herrera et al. (2016)	Hensikten er å finne ut effekten av matbasert berikelse som en metode for å forhindre risiko for underernæring blant eldre pasienter, enten de er i samfunnet eller institusjon.	Systematisk gjennomgang/kvantitativ metode. Randomisert kontrollerte studier, kvasi-eksperimentelle studier og avbrutt tidsserier, inkludert en longitudinell analyse.	Eldre pasienter som er innlagt på sykehus eller bor i lokalsamfunnet, med en gjennomsnittsalder på minimum 65 år. Alle typer pasientgrupper, med unntak av personer i kritisk behandling, eller de som var i ferd med å komme seg etter	Matbasert berikelse ga positive resultater i den totale mengden inntatte kalorier og protein.	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> - Tar for seg ernæringsintervensjoner hos eldre over 65 år som ofte står i fare for underernæring. - Inkluderer randomiserte kontrollerte studier og kvasi-eksperimentelle studier for et bredere perspektiv. Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> - Kun et lite utvalg av studiene ble brukt i meta-analysen, noe som kan begrense generaliserbarheten. - Inkluderte studier varierte i kvalitet, noe som kan påvirke studiens samlede pålitelighet.

			kreftbehandling, ble inkludert. 588 deltakere.		
Verwijs et al. (2020)	Denne kvalitative studien vurderer nåværende samarbeid og kommunikasjon innen ernæringspleie over kontinuumet av helsevesenet og gir anbefalinger for forbedringer.	Kvalitativ. Fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer.	Eldre over 65 år, pårørende og helsepersonell	Kunnskap og bevissthet om underernæring ble erkjent som utilstrekkelig blant alle involverte. Ansvar for ernæringsomsorgen og dens kommunikasjon til andre fagområder er lavt. Matlaging og forsyning på sykehus, rehabiliteringssentre og hjemmesykepleie er under forventet standard.	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien inkluderer en bred gruppe av respondenter, inkludert eldre voksne, omsorgspersoner, og helse- og velferdspersonell, noe som gir en rik og mangfoldig innsikt i problemstillingen. - Bruken av tematisk tilnærming til å analysere intervjuene gir en dypere forståelse av kjerneproblemene og mulige løsninger på tverrfaglig samarbeid i ernæringspleie. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien er begrenset til Nederland, noe som kan begrense dens overførbarhet til andre lands helsevesen.
Zhang & Edwards (2019)	Hensikten med denne artikkelen er å beskrive folkehelsebyrden av underernæring hos eldre voksne med kreft, undersøke forholdet mellom kreftkakeksi, underernæring og sarkopeni, og presentere kliniske praksisbefalinger for forebygging og håndtering av underernæring.	Kvantitativ. Systematisk oversikt.	Eldre voksne med kreft	Studien konkluderer med at underernæring er en hyppig tilstand hos eldre kreftpasienter. Viktige risikofaktorer inkluderer høy alder, kreftstadium, skrøpeligheit, demens, depresjon, funksjonshemming og redusert fysisk kapasitet. Mini Nutrition Assessment (MNA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) og Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) er effektive verktøy for å vurdere ernæringsstatus i denne gruppen. Underernæring er direkte knyttet til dårligere overlevelsesrater, dårligere livskvalitet, lengre sykehusopphold, høyere sykehuskostnader og økt risiko for reinnleggelse. Studien understreker betydningen av å identifisere og håndtere underernæring tidlig i behandlingsforløpet for å forbedre overlevelse og livskvalitet hos eldre kreftpasienter.	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artikkelen gir en grundig oversikt over ulike aspekter ved underernæring hos eldre kreftpasienter, inkludert risikofaktorer, vurderingsverktøy, og kliniske utfall. - Tar for seg komplekse samspill mellom ulike faktorer som kreftstadiet, alder, kakeksi, sarkopeni, og psykiske tilstander som depresjon og demens. - Artikkelen inkluderer praktiske anbefalinger for forebygging og håndtering av underernæring. - Den diskuterer bruk av flere validerte verktøy for å vurdere underernæring, noe som gir en standardisert tilnærming til problemet. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er ikke klart om artikkelen omfatter langtidsstudier eller data som kan gi innsikt i langtidseffekter av underernæring hos disse pasientene.

					- Artikkelen ser ut til å ha et primært fokus på pasienter i USA, noe som kan begrense dens anvendelighet til andre geografiske sammenhenger.
--	--	--	--	--	---



Høgskulen på Vestlandet

Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	17-12-2023 09:00 CET	Termin:	2023 HØST
Slutt dato:	19-12-2023 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	128
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7996
----------------------	------

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: 7
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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