



Institutt for helse- og omsorgsfag

**«Ernæring – det er en integrert del av jobben vår»**

En kvalitativ studie som belyser sykepleierens erfaring med ernæringsbehandling til kreftpasienter

Christina Leonora Nilsen Fagerli og Hanne Josefine Pedersen

Masteroppgave i kreftsykepleie SYP-3902-1, mai 2021

Antall ord: 16061



## **Forord**

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang, men målrettet prosess. I arbeidet med oppgaven har vi utviklet oss både faglig og personlig. Ved hjelp av godt samarbeid, faglige diskusjoner og noen tårer, er vi stolt og lettet over å endelig ha kommet i mål. Gjennom oppgaven har vi fått ett økt engasjement for forbedringer i praksis.

Vi ønsker å takke våre deltagere for tillit og åpenhet under intervjuene, dere har vært med på å skape et godt datamateriale for vår oppgave. Uten dere hadde vi ikke klart å fullføre studiet.

Takk til vår arbeidsplass Lungemedisinsk avdeling ved UNN Tromsø for tilrettelegging i arbeidet med oppgaven.

Takk til Unn-Tove for korrekturlesing og motiverende ord.

Tusen takk til venner og familie for forståelse underveis i prosessen. Takk for støtte og motiverende ord, oppmuntrende oppmerksomheter, utallige timer barnevakt, matlaging og oppmuntrende telefonsamtaler.

Takk til maskot Oskar for oppmuntrende smil og søt latter!

Sist, men ikke minst ønsker vi å takke vår fantastiske veileder Gabriele Kitzmüller! Takk for din tilgjengelighet og konkrete veiledning gjennom hele prosessen. Vi har sammen med deg hatt gode faglige diskusjoner og du har kommet med oppmuntrende ord for å holde motet vårt oppe. Uten deg hadde vi ikke klart å gjennomføre oppgaven!

*Christina Leonora & Hanne Josefine*

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>6</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>8</b>
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>10</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	10
1.2 Oppgavens overordnede målsetting .....	11
1.3 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål .....	11
1.4 Oppgavens oppbygning.....	12
<b>2.0 Tidligere forskning.....</b>	<b>13</b>
2.1 Søkehistorikk.....	13
2.2 Presentasjon av relevante forskning på området .....	13
2.2.1 Ernæringsbehandlingens betydning for kreftpasienter.....	14
2.2.2 Kartlegging ved inntak .....	14
2.2.3 Sykepleiernes ulike oppgaver i ernæringsbehandlingen.....	15
2.2.4 Barrierer i sykehus som kan forhindre god ernæringsbehandling.....	15
<b>3.0 Teoretisk perspektiv .....</b>	<b>17</b>
3.1 Sykepleierens ansvar i ernæringsbehandlingen.....	17
3.2 Ernæringsbehandling til kreftpasienter.....	17
3.3 Kreftrelaterte symptomer som påvirker ernæringen .....	18
3.4 Kartlegging av ernæringsstatus .....	18
3.4.1 NRS 2002.....	19
3.4.2 ESAS-r.....	19
3.5 Ernæringstrappen .....	20
3.6 Helhetlig omsorg .....	20
3.6.1 Krise og stress.....	21
3.7 Faglig og personlig kompetanse.....	22
3.8 Samarbeid i helsetjenesten .....	22
3.8.1 Tverrfaglig samarbeid .....	23
3.8.2 Samhandling i pleiegruppen .....	23
3.8.3 Samarbeid med pårørende.....	23
<b>4.0 Metodisk tilnærming .....</b>	<b>25</b>
4.1 Fortolkende design .....	25
4.1.1 Hermeneutikk.....	25
4.1.2 Forforståelse.....	26
4.2 Kvalitativ metode .....	26
4.2.1 Tilgang til felt og rekruttering.....	27
4.2.2 Utvalg – inklusjonskriterier.....	28
4.3 Fokusgruppeintervju .....	29

4.3.1 Gjennomføring av intervjuene .....	29
<b>4.4 Transkribering .....</b>	<b>30</b>
<b>4.5 Analyse .....</b>	<b>31</b>
<b>4.6 Databehandling og lagring .....</b>	<b>33</b>
<b>4.7 Forskningsetikk.....</b>	<b>34</b>
<b>4.8 Metodediskusjon .....</b>	<b>35</b>
4.8.1 Validitet .....	35
4.8.2 Reliabilitet .....	35
4.8.3 Overførbarhet.....	36
<b>4.9 Arbeidsfordeling gjennom prosessen.....</b>	<b>36</b>
<b>5.0 Funn.....</b>	<b>37</b>
<b>5.1 Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus fra inntak til utreise .....</b>	<b>37</b>
5.1.1 Kartlegging ved inntak .....	37
5.1.2 Iverksettelse og oppfølging av tiltak .....	39
5.1.3 Overgang fra institusjon til hjemmet .....	40
<b>5.2 Ernæring som en del av den helhetlige omsorgen .....</b>	<b>41</b>
5.2.1 Krise og stress virker inn på ernæringen .....	41
5.2.2 Krefrelaterte symptomer virker inn på ernæringen .....	42
<b>5.3 God oppfølging av ernæringsstatus krever samarbeid.....</b>	<b>43</b>
5.3.1 Samarbeid i pleiegruppen og tverrfaglig samarbeid .....	43
5.3.2 Samarbeid med pårørende .....	45
<b>5.4 Faktorer som påvirker ernæringsbehandlingen .....</b>	<b>46</b>
5.4.1 Organisatoriske forhold .....	46
5.4.2 Kompetanse .....	47
5.4.3 Manglende rutiner .....	48
<b>6.0 Diskusjon.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1 Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus fra inntak til utreise .....</b>	<b>50</b>
6.1.1 Kartlegging ved inntak .....	50
6.1.2 Iverksettelse og oppfølging av tiltak .....	51
6.1.3 Overgang fra institusjon til hjemmet .....	52
<b>6.2 Ernæring som en del av den helhetlige omsorgen .....</b>	<b>54</b>
6.2.1 Krise og stress virker inn på ernæringen .....	54
6.2.2 Krefrelaterte symptomer virker inn på ernæringen.....	55
<b>6.3 God oppfølging av ernæringsstatus krever samarbeid.....</b>	<b>56</b>
6.3.1 Tverrfaglig samarbeid .....	57
6.3.2 Samarbeid med pårørende .....	58
<b>6.4 Faktorer som påvirker ernæringsbehandlingen .....</b>	<b>59</b>
6.4.1 Organisatoriske forhold .....	59
6.4.2 Kompetanse.....	60
6.4.3 Manglende rutiner .....	61
<b>7.0 Konklusjon med implikasjoner for praksis, utdanning og forskning .....</b>	<b>63</b>
<b>Referanser: .....</b>	<b>65</b>
<b>VEDLEGG 1: Eksempler datasøk.....</b>	<b>73</b>
<b>VEDLEGG 2: Søknad om tilgang til forskningsfelt .....</b>	<b>74</b>

<b>VEDLEGG 3: Informasjonsskriv til deltagere .....</b>	<b>76</b>
<b>VEDLEGG 4: Intervjuguide .....</b>	<b>79</b>
<b>VEDLEGG 5: Samtykkeerklæring .....</b>	<b>80</b>
<b>VEDLEGG 6: Meldeskjema for behandling av personopplysninger .....</b>	<b>81</b>

## Sammendrag

**Bakgrunn for valg av tema og problemstilling:** Nedsatt matlyst og vekttap er noe vi ser daglig i møte med kreftpasienter, og vi har opplevd varierende fokus på ernæringsbehandlingen i praksis. Vi har funnet lite forskning om hvordan sykepleier ser på sitt eget bidrag på ernæringskartlegging og oppfølging av ernæringsbehandling. Vi ønsket derfor å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med kartlegging og oppfølging av ernæringsbehandling til kreftpasienter.

**Oppgavens overordnede målsetting:** Ved å sette fokus på denne problemstillingen ønsker vi å bidra til at helsepersonell som jobber med ernæringsbehandling til kreftpasienter blir mer bevisst på tiltakene de gjør i praksis, og får mer kunnskap om hva ernæringsbehandling innebærer. Vi ønsker med dette å bidra til en kvalitetsforbedring.

**Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål:** Vi ønsker i dette prosjektet og utforske hvordan sykepleiere legger til rette for, og ivaretar ernæringsbehandlingen til kreftpasientene i praksis.

Problemstillingen for masterprosjektet er:

*“Hvordan kartlegger sykepleiere på sengepost kreftpasientenes ernæringsstatus, og hvordan følger de opp ernæringsbehandlingen?”*

For å besvare vår problemstilling stilte vi to forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan kartlegger sykepleiere kreftpasienters ernæringsstatus?**
- 2) Hvilke tiltak setter sykepleiere inn for å følge opp kartleggingen og hvilke faktorer hemmer eller fremmer denne oppfølgingen?**

**Metodisk tilnærming:** Vi har benyttet et kvalitativt fortolkende design, med hermeneutikk som vitenskapsteoretisk referanseramme. Masteroppgaven er basert på to fokusgrupper med til sammen ti sykepleiere. Vi har brukt kvalitativ innholdsanalyse i analysen av datamaterialet.

**Funn:** Analysen resulterte i fire hovedtema med til sammen ti undertema:

- Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus fra innkomst til utreise (*Kartlegging ved innkomst, iverksettelse og oppfølging av tiltak og overgang fra institusjon til hjemmet*)
- Ernæringsbehandling som en del av den helhetlige omsorgen (*krise og stress virker inn på ernæring, kreftrelaterte symptomer virker inn på ernæring*)
- God oppfølging av ernæringsstatus krever samarbeid (*tverrfaglig samarbeid og samarbeid med pårørende*)
- Faktorer som påvirker ernæringsbehandlingen (*organisatoriske forhold, kompetanse og manglende rutiner*)

**Konklusjon med implikasjon for praksis, utdanning og forskning:** Funnene viser at deltagerne anså sin rolle i ernæringsbehandlingen som sentral. Deltagerne la vekt på å kartlegge ernæringsstatus ved hjelp av ulike verktøy, åpen kommunikasjon og observasjoner av pasientene. I studien ga deltagerne uttrykk for at de var flinke til å sette i gang tiltak som tilrettelegging av omgivelsene, kostregistrering, ønskekost, mellommåltider og ernæringstilskudd for å bedre pasientens inntak av ernæring. På grunn av ulike barrierer ble ikke ernæringsbehandlingen tilstrekkelig fulgt opp. På bakgrunn av våre funn mener vi at kompetanseheving, klar rollefordeling og utvikling av nye rutiner i forbindelse med ernæringsbehandling er nødvendig for å øke kvaliteten i ernæringsbehandlingen.

Nøkkelord: Ernæringsbehandling, ernæringskartlegging, ernæringsstatus, helhetlig omsorg, kreftpasienter, kompetanse, oppfølging, rutiner, samarbeid



## Abstract

**Background for choice of research topic and problem:** Poor appetite and weight loss are very common in cancer patients, and we have found variation in the focus on nutritional treatment in practice. There appears to be little research on how nurses view their contribution to nutritional assessment and subsequent nutritional treatment. We therefore wished to explore nurses' experiences of nutritional assessment and subsequent treatment of cancer patients.

**Overall objective of the thesis:** By focusing on this topic, we aim to help clinicians involved in nutritional treatment of cancer patients to become more aware of the measures they take in practice, and to enhance their knowledge of what nutritional treatment entails. In this way, we wish to improve the quality of cancer care.

**Purpose, problem and research questions:** The aim of this project is to explore how nurses facilitate and implement nutritional treatment of cancer patients in practice.

The main research question of this master's thesis is:

*“How do ward nurses assess cancer patients' nutritional status, and how do they ensure subsequent nutritional treatment?”*

In order to answer this question, we asked two secondary research questions:

- 1) **How do nurses assess the nutritional status of cancer patients?**
- 2) **What measures do nurses take to follow up the assessment, and what factors inhibit or promote such measures?**

**Methodological approach:** We used a qualitative, interpretive design, with hermeneutics as our theoretical framework. The master's thesis is based on data from two focus groups with a total of ten nurses. The data were analysed using qualitative content analysis.

**Findings:** The analysis resulted in four main themes and ten sub-themes (in italics):

- Assessment and follow-up of nutritional status from admission to discharge (*assessment at admission, implementation and follow-up of nutritional interventions, and the transition from hospital to home*)
- Nutritional treatment as part of holistic care (*crises and stress affect nutrition, cancer-related symptoms affect nutrition*)
- Successful follow-up of nutritional status requires collaboration (*interdisciplinary collaboration and collaboration with the patient's family*)
- Factors affecting nutritional treatment (*organizational factors, clinicians' competence, and inadequate procedures*).

**Conclusion with implications for practice, education and research:** The findings show that the participants felt that they played a key role in nutritional treatment. They emphasized using different tools to assess nutritional status, open communication and patient observation. They felt that they did well at initiating measures such as adapting the patient's environment, recording the patient's diet, noting favourite foods, and providing food between meals and nutritional supplements to improve the patient's nutritional intake. However, there were various barriers preventing adequate follow-up of nutritional treatment. Based on our findings, we believe that competence development, a clear division of roles and responsibilities and the establishment of new procedures for nutritional treatment are necessary to ensure quality improvement in this area.

Keywords: cancer patients, collaboration, competence, follow-up, holistic care, nutritional assessment, nutritional status, nutritional treatment, procedures.

## 1.0 Innledning

I forbindelse med kreftsykdom er det mange pasienter som opplever vektnedgang og nedsatt matlyst (Bye, 2017). I denne masteroppgaven vil vi undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med ernæringsbehandlingen til kreftpasienter. Denne oppgaven bygger på våre prosjektskisser innlevert 07.10.2019.

Kreftpasienter må gjennom langvarig og krevende behandling. God ernæringsstatus vil gjøre pasientene bedre rustet for å tåle behandlingen og de vil kunne få bedre livskvalitet og forventet overlevelse kan øke (Breikvik, Slåttum & Ryel, 2018). Ernæringstilstand og inntak av mat og drikke er dermed helt avgjørende gjennom forløpet for at pasientene skal komme seg godt gjennom behandlingen (Povlsen & Winther, 2019). Viktigheten av ernæringsbehandling må vektlegges, og på lik linje som kreftbehandling krever det spesialkompetanse (Nordøy, Thoresen, Kvikstad & Svensen, 2006).

Forskning viser at sykepleiere har en varierende og sammensatt rolle i ernæringsbehandlingen til pasientene (Bloomfield & Pegram, 2012). Sykepleierne skal kartlegge pasientens ernæringsstatus, legge til rette for at pasienten får i seg mat og drikke, registrere og dokumentere inntak, samarbeide med andre yrkesgrupper og lage kostplan. Sykepleierne er klar over sine oppgaver i behandlingen, men forskning viser at det er flere hindringer som gjør at sykepleierne ikke alltid setter ernæringsbehandlingen i fokus (Jefferies, Johnson & Ravens, 2010; Hopkinson, 2015). Nightingale gjør dette synlig i utsagnet: *“Hvis sykepleieren er en intelligent person, og ikke bare en tallerkenbærer i fast rute til og fra pasienten, så bør denne personen bruke sin intelligens også i denne forbindelsen.”* (Sortland, 2007, s.17).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Som sykepleiere med cirka åtte års erfaring hver fra medisinsk og kirurgisk sengepost har vi møtt pasienter med forskjellige typer kreftsykdom, som gjennomgår avansert behandling. Vi ser daglig i møte med kreftpasienter, at nedsatt matlyst og vekttap er et problem.

Ernæringsproblematikken kan oppstå i forskjellige faser av sykdommen, både ved diagnose tidspunktet, ved metastaserende sykdom, som bivirkning av behandling, og på grunn av symptomer som for eksempel kvalme, munntørrhet og obstipasjon (Bye, 2017).

Gjennom undervisningen i grunnutdanningen fikk vi grunnleggende kunnskaper om ernæringsbehandling, disse kunnskapene har vi fått videreutviklet gjennom våre år som sykepleiere. Ved god hjelp av undervisning og litteratur i videreutdanningen i kreftsykepleie er vi blitt mer nysgjerrig på, og har fått mer kunnskap om ernæringsbehandling til kreftpasienter. Vi har opplevd at det i praksis har vært et varierende fokus på ernæring og mangel på dokumentasjon i forhold til ernæringsbehandling. Vi har gjort litteratursøk (se side 13) for å kartlegge sykepleieperspektivet på ernæringsbehandling til kreftpasienter. Vi fant ingen studier som kartlegger sykepleieres erfaringer med ernæringsbehandling til kreftpasienter, men en studie fra Norge som tok opp barrierer i ernæringsbehandlingen sett fra et sykepleieperspektiv. Dette har vekket videre interesse for å utforske hvilke erfaringer andre sykepleiere har med kartlegging og oppfølging av ernæring til kreftpasienter. Dette har dannet grunnlaget for vårt ønske om å utrede vår problemstilling.

## 1.2 Oppgavens overordnede målsetting

Ved å sette fokus på denne problemstillingen ønsker vi å bidra til at helsepersonell som jobber med ernæringsbehandling til kreftpasienter blir mer bevisst på tiltakene de gjør i praksis, og får mer kunnskap om hva ernæringsbehandling innebærer. Vi ønsker med dette å bidra til en kvalitetsforbedring.

## 1.3 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med vår masteroppgave er å utforske hvordan sykepleiere legger til rette for, og ivaretar ernæringsbehandlingen til kreftpasientene i praksis. Gjennom fokusgruppeintervju ønsker vi å kartlegge hvordan sykepleiere bruker kartleggingsverktøy, dokumenterer ernæringsbehandlingen, lager ernæringsplan, informerer og veileder pasienten og pårørende, samarbeider med andre yrkesgrupper og eventuelt andre tiltak. For å avgrense studiet har vi valgt å fokusere på sykepleiere som har omsorg for voksne kreftpasienter i sykehusavdelinger. På grunn av organiseringen på sykehuset er kreftpasientene fordelt utover ulike spesialavdelinger på bakgrunn av hvilken kreftsykdom de har. Vi ønsket å intervju sykepleiere fra forskjellige avdelinger for å få et bredt perspektiv på ernæringsbehandlingen og gode diskusjoner.

Problemstillingen for masterprosjektet er:

***“Hvordan kartlegger sykepleiere på sengepost kreftpasientenes ernæringsstatus, og hvordan følger de opp ernæringsbehandlingen?”***

For å belyse vår problemstilling ønsker vi å besvare følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan kartlegger sykepleiere kreftpasienters ernæringsstatus?
- 2) Hvilke tiltak setter sykepleiere inn for å følge opp kartleggingen og hvilke faktorer hemmer eller fremmer denne oppfølgingen?

#### 1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel en redegjør vi for bakgrunnen for valg av tema og problemstilling, oppgavens overordnede målsetting, hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel to presenterer vi tidligere forskning om tema, i kapittel tre presenteres det teoretiske perspektivet. Kapittel fire redegjør for metodisk tilnærming til oppgaven. Kapittel fem viser en oversikt over funnene fra intervjuene og i kapittel seks drøfter vi problemstillingen, før vi legger fram vår avsluttende konklusjon med implikasjoner for praksis, forskning og utdanning i kapittel syv.

## 2.0 Tidligere forskning

I dette kapittelet presenterer vi forskning om ernæring, ernæring til kreftpasienter, kartlegging av ernæringsstatus, symptomkartlegging, ulike barrierer i ernæringsbehandlingen og sykepleierens rolle i ernæringsbehandlingen.

### 2.1 Søkehistorikk

For å finne tidligere forskning som er aktuell for vår oppgave, har vi brukt databaser som PubMed, CINAHL, Cochrane og Oria. I tillegg har vi søkt manuelt i Sykepleien Forskning. Vi begrenset søkene ved å bruke skandinavisk språk og engelsk som kriterium. I starten begrenset vi søket med årstall fra 2010 til 2021, men utvidet søket til 2000 til 2021. Vi har brukt forskjellige søkeord i ulike kombinasjoner med and/or: nutrition, food intake, malnutrition, patient, cancer patient, cancer treatment, Nurs\*, nurse role, nurse attitude, Norway, cancer, oncology og cachexia. For eksempel på datasøk se vedlegg 1.

Utvalget av artiklene ble gjort ved at vi først leste titlene og ekskluderte artikler som ikke var relevant for vår studie. Deretter leste vi abstraktene og ekskluderte flere artikler, før vi leste resterende artikler i fulltekst. Ved gjennomlesing av relevante artikler, har vi brukt ulike sjekklister som hjelpemiddel for kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). I tillegg har vi sjekket at artiklene som inngår i vår forskningsoversikt er publisert i fagfelleverderte publiseringskanaler (NSD, 2021). Vi satt igjen med ni artikler som vi inkluderte i vår studie.

Våre søk i databaser ga kun ett treff som belyste sykepleieperspektivet, denne handlet om barrierer rundt ernæringsbehandling til kreftpasienter.

### 2.2 Presentasjon av relevante forskning på området

Generelt er et balansert kosthold og inntak av væske viktig for å opprettholde god fysisk- og psykisk helse. Ved sykdom er det spesielt viktig å tenke på pasientens inntak av mat, da tilstrekkelig ernæringsbehandling kan være med på å gjenoppbygge kroppen etter sykdom, og blant annet gjøre kroppen mer motstandsdyktig mot infeksjoner (Bloomfield & Pegram, 2012).

### 2.2.1 Ernæringsbehandlingens betydning for kreftpasienter

Nedsatt ernæringsstatus, underernæring og kakeksi innebærer en risiko for kreftpasienter i alle stadier av sykdommen (Fagerjord, 2018). Artikkelen til Chaves, Boléo-Tomé, Monterio-Grillo, Camilo & Ravasco (2010) viser at aggressive kreftformer som lungekreft og kreft i mage-tarm er assosiert med underernæring. Ernæringsoppfølging til alle pasienter bør være i fokus under hele behandlingsperioden, da nedsatt ernæringsstatus kan gi nedsatt toleranse for behandlingen, nedsatt effekt av behandlingen, redusert livskvalitet og overlevelse (Fagerjord, 2018; Hopkinson, 2015). For kreftpasienter er det flere faktorer som kan være med på å påvirke ernæringen. Cellegift kan for eksempel ha bivirkninger som kvalme og oppkast, diare og munntørrhet (Bloomfield & Pegram, 2012). Forskning viser at tidlig identifisering av nedsatt ernæringsstatus, kartlegging av faktorer som kan påvirke inntaket av ernæring og individuell ernæringsrådgivning til kreftpasienter, kan være med på å øke ernæringsinntaket, bidra til bedre ernæringsstatusen, og gi økt livskvalitet (Ravasco, Monteiro-Grillo & Camilo, 2006).

### 2.2.2 Kartlegging ved inntak

Før pasientene har fått et betydelig vekttap kan det være utfordrende å oppdage om de er i ernæringsmessig risiko. Derfor skal alle pasienter som legges inn i norske sykehus ernæringscreenes ved innleggelse (Vigstad, Clancy & Broderstads, 2018).

Ifølge Vigstad et.al (2018) kan pasienter oppleve et sammensatt symptombilde. Systematisk kartlegging av pasientens symptomer og rask igangsetting av behandlingstiltak kan gi reduksjon av symptombelastning. Kreftrelaterte symptomer kan ha innvirkning på ernæringen, og for å kartlegge symptomer kan kartleggingsverktøyet ESAS-r benyttes. Vigstad et.al (2018) viser til at bruk av samtale i kombinasjon med ESAS-r er viktig for å unngå misforståelser av spørsmålene, og fordi det er gjennom de dagligdagse samtalene at større spørsmål kan dukke opp.

### 2.2.3 Sykepleiernes ulike oppgaver i ernæringsbehandlingen

Sykepleie handler om å ta vare på pasientens grunnleggende behov, og ernæringsbehandling har tradisjonelt sett vært en sykepleie oppgave (Eide, Halvorsen & Almendingen, 2014).

Sykepleier har hovedansvaret for pasientens ernæring, men i en hektisk arbeidshverdag må noe av behandlingen delegeres til annet pleiepersonell (Bloomfield & Pegram, 2012).

Sykepleier skal blant annet inkludere pasientene i ernæringsbehandlingen ved å gi informasjon og veiledning (Hopkinson, 2015). De skal også kartlegge pasientenes ernæringsstatus og funksjonsnivå, legge til rette for at pasientene får i seg væske og næring, lage ernæringsplan og samarbeide tverrfaglig om behandlingen (Jefferies et.al, 2010).

### 2.2.4 Barrierer i sykehus som kan forhindre god ernæringsbehandling

En av barrierene for god ernæringsbehandling er en hektisk klinisk arbeidshverdag (Kårstad, Olsen, Sygnestveit, Jamtvedt, Aarflot & Tangvik, 2018). Manglende ressurser og tid kan være faktorer for at ernæringsbehandlingen blir nedprioritert (Eide et.al 2014).

Eide et.al (2014) har beskrevet at sykepleierne føler seg alene om ernæringsbehandlingen, og gjennom intervjuene viser det at sykepleiere mener at legene viser lite engasjement vedrørende pasientens ernæringsproblematikk. Selv om det i retningslinjene står at ernæringsbehandlingen er et tverrfaglig ansvar (Kårstad et.al 2018). Ifølge Eide et.al (2014) føler sykepleierne usikkerhet ved evaluering av pasientens ernæringsstatus, beregning av pasientens ernæringsbehov og registrering av inntak, og de føler selv at de mangler viktig kompetanse for å identifisere og behandle underernæring hos eldre pasienter. Hopkinson (2015) viser til at sykepleierens rolle i ernæringsbehandlingen ikke er tydelig definert, noe som kan gjøre sykepleieren usikker på behandlingen. Fagerjords (2018) forskning konkluderer med at praksisfelt og utdanninger bør samarbeide og jobbe mer systematisk sammen for å øke bevisstheten og kompetansen om ernæringsbehandling.

Manglende rutiner er poengtert som en barriere for ernæringsbehandlingen. Det viser seg at kartlegging av pasientenes ernæringsstatus ikke er ordentlig integrert i rutineene, og at det generelt er lite initiativ til ernæringsbehandling (Eide et.al, 2014). Mangelfull dokumentasjon av ernæringsbehandling ble nevnt som en barriere i sykehus, og dokumentasjonen var ikke i



tråd med nasjonale retningslinjer. Hos pasienter i ernæringsmessig risiko ble det laget ernæringsplaner i 70% av tilfellene, men planene ble ikke fulgt opp. Dette kan skyldes avansert og lite effektivt dokumentasjonssystemer. I tillegg viste studien at ernæringsdokumentasjon ikke ble videreformidlet mellom de ulike omsorgsnivåene, som kan medføre at kartlegging og risikovurdering må gjøres på nytt (Kårstad et.al, 2018).

## 3.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet vil vi presentere relevant teori for vår masteroppgave.

### 3.1 Sykepleierens ansvar i ernæringsbehandlingen

I alle faser av livet har maten en betydning for helse og livskvalitet for både friske og syke mennesker (Helsedirektoratet, 2016). For at kroppen skal opprettholde nødvendige livsfunksjoner, er det viktig at vi får i oss energi og næringsstoffer daglig (Bye, 2017).

Henderson (2011) mener sykepleiere skal ivareta pasientens grunnleggende behov og opprettholde en så normal hverdag som mulig for pasientene. Hun har utviklet fjorten punkter hun mener sykepleieren har ansvar for å hjelpe pasientene med, punkt nummer to er: «spise og drikke tilstrekkelig». Henderson (1997) påpeker at det i utdanningene ikke er noen andre emner som er så viktig som kost- og diettlære, og at det er sykepleieren som er nærmest pasientene under innleggelse i sykehus og best kan oppmuntre pasienten til å spise.

I følge Helsedirektoratet (2016) er sykepleierens ansvar i forbindelse med ernæringsbehandling til pasientene, å påse at pasientene får i seg tilstrekkelig med mat og drikke. Sykepleieren skal observere, kartlegge og dokumentere ernæringsinntak, utarbeide og følge opp ernæringsplan, og samarbeide med andre aktuelle instanser ved behov. I tillegg har sykepleiere ansvar for å informere, og så langt det er mulig sørge for at pasienten har forståelse for sin situasjon (Helsedirektoratet, 2016). På lik linje som administrering og vurdering av medisiner og annen behandling, bør pasientens energibehov og matinntak vurderes av sykepleier (Sortland, 2007).

### 3.2 Ernæringsbehandling til kreftpasienter

Ved kreftsykdom er vekttap og nedsatt matlyst et kjent problem (Bye, 2017). Ifølge Sortland (2007) er ernæring og væske en del av støttebehandlingen til kreftpasienter. Kroppens behov for energi øker ved kreftsykdom og behandling. Behandlingen pasienten skal gjennom har som mål å ødelegge ukontrollert cellevekst, men også friske celler blir rammet. For å kunne bygge opp igjen de friske cellene, er det viktig at kroppen får i seg nok næring. Sortland påpeker at god ernæringsbehandling kan gi økt livskvalitet, og økt motstandsdyktighet mot sykdom og tumorrettet behandling.

### 3.3 Kreftrelaterte symptomer som påvirker ernæringen

Det er flere grunner til at kreftpasientenes ernæringsstatus kan bli påvirket. Kreftpasienter har ulike ernæringsutfordringer avhengig av kreftsykdommen i seg selv, bivirkning av de forskjellige behandlingene, fasene i behandlingsforløpet og psykososiale faktorer (Bye, 2017; Helsedirektoratet, 2016). Tumorens beliggenhet kan ha direkte og indirekte innvirkning på ernæringsstatus. Tumorer kan ligge lokalt og forårsake både obstruksjon, smerter og smaksforandringer som kan føre til nedsatt ernæringsstatus (Bye, 2017). Som Bye videre sier kan tumorrettet behandling som for eksempel stråling eller cytostatika ha bivirkninger som kvalme, obstipasjon, munntørrehet, svelgevansker og mukositt. Vigstad et.al (2018) viser for eksempel til at symptomet munntørrehet kan være bivirkning av kombinasjonsbehandlinger med ulike legemidler, strålebehandling og cellegift. Pasienter som er under kreftbehandling kan ha nedsatt immunforsvar, noe som igjen gjør at de er mer utsatt for infeksjoner (Vigstad et.al, 2018). I tillegg kan psykiske reaksjoner føre til appetittløshet og nedsatt matinntak (Bye, 2017). Ifølge Bye er de aller fleste kreftpasienter i fare for å utvikle underernæring eller kakeksi<sup>1</sup>. Ifølge Sortland (2007) kan kreftpasienters energiomsetning variere ut fra de forskjellige krefttypene, og den kan øke så mye som opp mot 90% av den normale omsetningen i hvile. Kreftpasienter kan dermed komme i en negativ ernærings- og næringsstoffbalanse, når de har nedsatt matlyst og kroppen har et økt energibehov (Sortland, 2007). Det er derfor viktig tidlig å oppdage forandringer i pasientenes ernæringsstatus, for å kunne starte opp med målrettet ernæringsbehandling (Bye, 2017).

### 3.4 Kartlegging av ernæringsstatus

Det finnes mange metoder for å kartlegge pasientens ernæringsstatus, ved bruk av screeningsverktøy kan sykepleiere finne ut hvilke pasienter som står i fare for å utvikle, eller har utviklet underernæring (Helsedirektoratet, 2016). Vi velger å kort presentere noen av kartleggingsverktøyene som deltagerne nevnte under intervjuene.

---

<sup>1</sup> Kakeksi blir definert som et metabolsk syndrom utløst av en underliggende sykdom, og kjennetegnes ved tap av muskelmasse. Metabolske forandringer kan påvirke matlysten og føre til nedsatt matlyst og økt energiomsetning (Bye, 2016).

### 3.4.1 NRS 2002

Helsedirektoratet (2013) har publisert *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, hvor flere kartleggingsverktøy som identifiserer ernæringsmessig risiko er beskrevet. NRS 2002 (Nutrition Risk Screening 2002) er kartleggingsverktøyet som er anbefalt for spesialisthelsetjenesten. Ifølge retningslinjene fra Helsedirektoratet skal alle pasienter som legges inn i sykehus vurderes for ernæringsmessig risiko. For å kunne bruke NRS 2002 må man vite pasientens nåværende vekt, høyde og vektutvikling over de siste 3 månedene, i tillegg kan inntak av mat og grad av sykdom legges inn i skjema. Ved hjelp av dette vil man kunne kartlegge grad av sykdomsmetabolisme i tillegg til å kartlegge om pasienten er i ernæringsmessig risiko. Dersom pasienten er i ernæringsmessig risiko, vil videre kartlegging og utredning ved hjelp av for eksempel kostanamnese være aktuelt (Helsedirektoratet, 2013).

### 3.4.2 ESAS-r

Det er mange grunner til at kreftpasienter kan ha nedsatt ernæringsstatus, derfor er det viktig å kartlegge ulike kreftrelaterte symptomer/årsaker som kan ha innvirkning på ernæringen (Vigstad et.al, 2018). Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) er et selvrappoteringskjema som er utviklet for å registrere symptomer hos kreftpasienter i en palliativ fase, men kan brukes til alle pasienter. Det norske skjema består av 10 forskjellige punkter, med en tallskala fra null - ingen symptomer til ti - verst tenkelige symptomer. Pasienten skal ringe rundt det tallet som beskriver hvordan han/hun har det. Punktene på skjema er blant annet smerter, nedsatt matlyst, kvalme og angst (Helse Bergen, 2021). Flere pasienter synes at spørsmålene kan være utfordrende å svare på, og det er derfor viktig at sykepleiere har tid til å snakke med pasientene om spørsmålene, slik at svarene blir nøyaktige. ESAS er ett kartleggingsverktøy som i hovedsak brukes til symptomkartlegging, men det er også en fin inngangsport til samtaler med pasientene om for eksempel eksistensielle spørsmål. For sykepleiere som jobber med kreftpasienter kan ESAS være ett god hjelpemiddel for å få bedre kunnskap om pasientenes symptombilde. Forskning viser at over 50% av pasientene som fylte ut ESAS-r skjema, har en høy skår på symptomet nedsatt matlyst (Vigstad et.al, 2018).

### 3.5 Ernæringstrappen

Ernæringstrappen er en modell som er laget for å fremheve ulike tiltak for å legge til rette for ernæringsbehandling til pasientene. Det er anbefalt at ernæringstiltakene skal vurderes fra laveste trinn i ernæringstrappen, men det vil i enkelte tilfeller være nødvendig å hoppe over noen trinn. Meningen med ernæringstrappen er å sette fokus på forskjellige tiltak som er nødvendig for pasientene, og som det er mulig å oppnå, slik at pasientene får persontilpasset ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2016).

### 3.6 Helhetlig omsorg

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at «2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleierforbund, u.å). Vi tolker at helhetlig omsorg er en viktig del av ernæringsbehandlingen, da vi som sykepleiere må se hele pasienten og tilrettelegge måltidsituasjoner utfra individuelle ønsker og behov.

Ord som «vise omtanke for», «hjelp», «bekymre seg for» og «ta hensyn til» beskriver omsorgsuttrykket (Martinsen, 2003). Helhetlig omsorg går ut på å se hele pasienten, og ivareta pasientenes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Alvsvåg, 1997). For å imøtekomme dette behovet poengterer Alvsvåg at det trengs *hele sykepleiere*. Kongsmo (1996) som fortolker Benner og Wrubels sykepleieteori, sier at «omsorg er grunnleggende i både menneskers liv og i sykepleie». Når mennesker bryr seg om noe, da har de også omsorg for det. Dette kan være andre mennesker, egen helse og arbeid. Det er nettopp dette som definerer en person. Det et menneske har omsorg for er det som gjør livet meningsfullt (Kongsmo, 1996).

Ifølge Kongsmo (1996) forklarer Benner og Wrubel sin omsorgsteori utfra ett fenomenologisk menneskesyn, det vil si at mennesker alltid vil ha en relasjon til andre personer. Videre sier Kongsmo at omsorg er noe av det mest grunnleggende som finnes, og noe som kan gi gjensidig glede. Dermed er ikke det å gi og få omsorg noen trussel, men det kan være med å styrke en som person. Sykepleien er bygget på ansvarlighet og omsorgsetikk for medmennesker. Det at sykepleieren innehar omsorg og bryr seg om pasienten og pårørende, kan være med på å skape en god relasjon. Omsorg kan vises gjennom noe så enkelt som blikk, tonefall og

kroppsspråk, med dette vil sykepleierens makt og kunnskap virke mindre skummel for pasientene. Omsorgen vil være med på å innhente de kunnskapene de trenger i behandlingen av pasientene, og gjøre at sykepleieren har bedre forståelse for pasientens situasjon (Konsmo, 1996). Vi tolker sykepleierens fokus på ernæring som en viktig omsorgshandling, og mener at det kan være lettere å ivareta ernæringen når man har utviklet en relasjon til pasienten. Omsorgen til pasientene er også at sykepleie er instrumentell og ekspressiv, noe som vil si at sykepleieren skal ha god forståelse, samt nødvendige ferdigheter og kunnskap for mennesker og teknologi for å kunne utøve god sykepleie (Konsmo, 1996). Ifølge Konsmo understreker Benner og Wrubel at det for sykepleiere er viktig å finne en balanse mellom nærhet og distanse, og at omsorgen skal bestemmes utfra pasienten og pårørendes ønsker og behov.

Martinsen (2003) mener at omsorg handler om å knytte bånd og skape en relasjon, og for å få til dette er moral grunnleggende. Hun deler omsorgsbegrepet i tre dimensjoner, og sier at «omsorg er mer enn behandling». Martinsen sier videre at mennesker er avhengige av hverandre på ulike måter, og derfor er omsorg ett *relasjonelt begrep*. Ved *praktisk omsorg* handler det om å ta ansvar for den som er syk, og at sykepleieren skal delta praktisk i pasientens lidelse. Den *moralske siden* av omsorgsbegrepet handler om hvordan omsorgsutøveren er i relasjonen mot andre mennesker gjennom det praktiske arbeidet (Martinsen, 2003). Martinsen sier at det i sykepleierfaget trengs fagopplæring og erfaring for å lære omsorgsmoral. Sykepleieren må kunne sette seg i pasientens situasjon og skal handle utfra solidaritet med den syke. I relasjoner og samtaler mellom mennesker er tillit viktig. Martinsen (2005) sier at «å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg frem for å bli imøtekommende». Videre sier Martinsen at vi møter medmennesker med tillit, og dersom man har mistillit til noen skal dette begrunnes. I yrkessammenheng brukes begrepet omsorgsarbeid, Martinsen påpeker at omsorgsarbeid handler om pasientens situasjon, og ikke tjenesten pasienten mottar (Alsvåg, 2008).

### 3.6.1 Krise og stress

I forbindelse med en kreftdiagnose er det naturlig å kjenne på en psykisk reaksjon, og pasienter og pårørende kan gjennomgå krisereaksjoner (Reitan, 2017). Ifølge Konsmo (1996) sier Benner og Wrubel at stress kan oppleves individuelt fra person til person. Stress er sammenbrudd i hverdagen, som kan medfører opplevelsen av utfordringer, tap og smerter.

Stress kan for eksempel utløses ved sykdom (Konsmo, 1996). Reitan (2017) definerer krise som *«en forstyrrelse av det normale livet, som kommer akutt og uventet og med en usedvanlig intensitet og styrke»*.

Cullberg (1984) skiller ofte mellom to forskjellige typer kriser, dette er livskriser og traumatiske kriser. Livskriser er når en krise utvikles av hendelser og forandringer som skjer i hverdagen. Mens traumatiske kriser skjer uventet og plutselig, og når det er ytre årsaker som utløser det. Cullberg (1984, s. 100) definerer en traumatisk krise slik: *«individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet»*.

Krise er ingen sykdom, men en eksistensiell opplevelse som alle mennesker kommer til å erfare på ulike tidspunkt i livet. I slike situasjoner kan vi hjelpe hverandre ved å vise interesse for personens følelser, tanker og reaksjoner på det vedkommende har erfart (Reitan, 2017).

### 3.7 Faglig og personlig kompetanse

Skau (2005, s.55) definerer kompetanse på denne måten: *«... å være kompetent betyr da å være skikket eller kvalifisert til det man gjør. Det er med andre ord «sammentreff» mellom en persons skikkethet og oppgavens eller arbeidets karakter»*. Skau henviser til Adizes som deler kompetanse i to, *Skillet mellom «å være» og «å vite»*. Adizes påpeker at den man er som person er noe som vedvarer, mens faktakunnskapene er det man vet vil endre seg hele livet. Skau hevder at profesjonell kompetanse er tredelt og består av *Teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse*. Skau kaller dette kompetansetrekanten i arbeid med mennesker.

### 3.8 Samarbeid i helsetjenesten

Helsetjenesten har tidligere hatt en arbeidsmåte som har vært individ- og relasjonsorientert, men det er nå blitt et større preg av samarbeid i helsetjenesten (Orvik, 2015).

### 3.8.1 Tverrfaglig samarbeid

Ved tverrfaglig samarbeid jobber flere faggrupper med ulike bakgrunnskunnskap sammen, for å bidra til å oppnå pasientenes mål (Romsland, 2007). Både Gudbergsson (2017) og Romsland (2007) poengterer at tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper er av stor betydning i behandlingen av kreftpasienter, da ingen profesjoner kan møte alle pasientens og pårørendes behov alene. Videre mener de at ulike faggruppene sitter med forskjellig kompetanse og kan lære av hverandre, noe som kan gi pasientene den helhetlige og persontilpassede omsorgen og behandlingen de trenger. Ifølge Orvik (2015, s.233) har Samhandlingsreformen to målsetninger, og handler om «å styrke samhandlingen mellom de forskjellige leddene i helse- og omsorgstjenesten» og «å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet». Romsland (2007) mener at tverrfaglig samarbeid kan være utfordrende, og grunnen til dette kan blant annet være manglende kunnskap om andre faggruppers kompetanseområde. Videre sier Romsland at for å få til ett godt samarbeid på tvers av faggruppene er det derfor viktig å ha en strategi for samarbeidet, og sammen overvinne de utfordringene som kan oppstå.

### 3.8.2 Samhandling i pleiegruppen

Ifølge Orvik (2015) handler samhandling i det kliniske arbeidet om opplevelsen av helhet i tjenester og tiltak. Samhandling skal være forpliktende og konkret, og fagpersoner har ett ansvar om å handle sammen og koordinere sine arbeidsoppgaver for å organisere pasientarbeidet. For å få til god samhandling er det viktig å skape relasjoner mellom fagpersonene. Orvik mener samhandlingen skal bygge på tillit, likeverd og gjensidig ansvar. I tillegg må man være innstilt på at man skal løse problemer sammen, og ha felles forståelse for hva situasjonen handler om.

### 3.8.3 Samarbeid med pårørende

Pårørende er en viktig samarbeidspartner for helsepersonell. Det er mange pårørende som gjør en stor innsats for pasientene og er deres ressurs- og omsorgspersoner ved å være en talsperson for pasienten, bidra med praktisk hjelp og emosjonell støtte (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016). Gjennom et sykdomsforløp kan pasientens behov endres, og pårørendes praktiske oppgaver kan for eksempel bli hverdagslige gjøremål som handling av mat,



matlaging og tilrettelegging av sittestilling før måltider (Gro, 2017). I sykehus kan pårørende blant annet være med på å planlegge ernæringsbehandlingen og mattilbudet til pasienten (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge Gro (2017) skal pårørende møtes med åpenhet om deres tanker og bekymringer, og skal få faglig støtte og veiledning i utfordringene de står ovenfor. Helsepersonell skal ivareta pårørende, da rollen som pleie- og omsorgsgiver kan være utfordrende.

## 4.0 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet skal vi begrunne og forklare stegene i forskningsprosessen, og de metodiske valgene som ligger til grunn for dette studiet.

### 4.1 Fortolkende design

I dette studiet har vi benyttet oss av et kvalitativt fortolkende design (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har brukt hermeneutikken som vitenskapsteoretisk utgangspunkt for oppgaven.

#### 4.1.1 Hermeneutikk

Ordet hermeneutikk kommer fra det greske «hermeneuin» som betyr «å bringe til forståelse» gjennom tolkning. Et av de viktigste begrepene i en hermeneutisk tilnærming er begrepet «hermeneutisk sirkel». For å forstå meningen av en tekst som i vårt tilfelle er det innsamlede datamaterialet, må en se delene i sammenheng med helheten, og helheten i sammenheng med delene (Fjelland & Gjengedal, 1995).

Hans-Georg Gadamer som var filosof og hermeneutiker var opptatt av at våre individuelle erfaringer og forutsetninger, som enten ubevisst eller bevisst er med i vårt tolkningsgrunnlag, altså forforståelsen vår. Å være bevisst på egne fordommer og egen forforståelse står dermed sentralt hos Gadamer (Malterud, 2017). Forforståelsen bringes inn i enhver forståelsesprosess, og den består av alle oppfatninger og holdninger én har, både bevisst og ubevisst (Fjelland & Gjengedal, 1995). Gadamer mener at en sentral utfordring innenfor hermeneutikken er å sette seg selv «på spill». Dette betyr at man utvikler bevissthet om sine fordommer og forforståelse, for på denne måten å kunne åpne opp for en ny forståelse (Nilsson, 2007).

Gjennom analyseprosessen har vi fulgt hermeneutiske prinsipp ved å vektlegge en frem-og-tilbake-prosess mellom deler og helhet i datamaterialet. Vi har kritisk gransket vår forforståelse for å åpne opp for ny forståelse av materialet.

#### 4.1.2 Forforståelse

I vårt forsøk på å fortolke et skriftlig materiale har vi alltid med oss vår forforståelse, enten bevisst eller ubevisst (Malterud, 2017). Vi har en ryggsekk full av kunnskap og forventninger i forhold til temaet, som vil være med på å påvirke hvordan vi leser og tolker materialet. Ifølge Malterud kan vår forforståelse overdøve budskapet fra det empiriske materialet vi har samlet inn. Vi tolker dette utsagnet slik at vår egen forforståelse kan både hjelpe oss å til å forstå våre data, men også hindre oss i å gå inn i prosjektet med en åpen holdning.

Vår forforståelse vil kunne påvirke hva vi observerer, og hvordan disse observasjonene vektlegges og tolkes (Malterud, 2017). For å bli vår forforståelse bevisst har vi diskutert med hverandre, i tillegg til de diskusjonene vi har hatt med vår veileder gjennom hele prosessen. Vi har stilt åpne spørsmål i intervjuene, og søkt å forstå det deltakerne uttrykte ved å stille tilleggsspørsmål. Etter hvert som vi jobbet med analyseprosessen oppdaget vi fort at vi ble blind for nyanser når vi forsket i eget felt, og vår forforståelse resulterte flere ganger i at vi overså det positive deltakerne gjorde i forbindelse med ernæringsbehandlingen. Ved å diskutere med vår veileder ble vi mer bevisst på at vår forforståelse hindret oss i å se alt som var å se i materialet. Vi måtte se på våre funn på nytt, og for å få en dypere forståelse måtte vi gå frem og tilbake mellom deler av teksten og helheten i teksten slik det er beskrevet i den hermeneutiske sirkel.

#### 4.2 Kvalitativ metode

Problemstillingen i vår masteroppgave var: *“Hvordan kartlegger sykepleiere på sengepost kreftpasientenes ernæringsstatus, og hvordan følger de opp ernæringsbehandlingen?”*

Vi var opptatte av hvilke erfaringer sykepleierne hadde, derfor valgte vi en kvalitativ tilnærming. Ifølge Malterud (2017) egner kvalitative metoder seg til studier der én ønsker å utforske virkeligheten, det kan bidra til å presentere nyanser, mangfold og subjektive erfaringer.

#### 4.2.1 Tilgang til felt og rekruttering

Ut fra problemstillingen vår, valgte vi å gjennomføre fokusgruppeintervju for å få datamateriale til vår studie. Vi ønsket en dypere forståelse og et rikt og beskrivende datamateriale, som viste sykepleiernes ulike erfaringer omkring temaet.

I kvalitative studier kommer de empiriske dataene sjeldent fra et stort antall deltakere. I følge Malterud bygger kvalitative studier på materiale fra 10-25 deltakere. Videre blir det anbefalt å tilstrebe fokusgrupper på 5-8 deltakere i hver gruppe (Malterud, 2017; 2018). Derfor forsøkte vi å rekruttere ti sykepleiere, fordelt på to fokusgruppeintervju.

For å få tilgang til forskningsfelt, kontaktet vi avdelingslederne via e-post på de aktuelle avdelingene for å få godkjenning til å forespørre deres sykepleiere om deltakelse i vår studie (Vedlegg 2). I samme e-post hadde vi vedlagt informasjon om studiet, og ba avdelingslederne om hjelp til å videresende informasjonen om studiet til deres sykepleiere. Dersom noen ønsket å delta kunne de ta direkte kontakt med oss enten via e-post eller telefon (Vedlegg 3).

Rekrutteringsprosessen var utfordrende med tanke på å få nok deltakere. Vi ble derfor enige med vår veileder om å inkludere prøveintervjuet i studiet. Vi spurte avdelingslederen på aktuell avdeling om å være mellomledd for å høre hvorvidt deltakerne som allerede hadde takket ja til å være med på et planlagt prøveintervju ønsket å være med i studiet. Samtlige fire deltakere var fremdeles interessert i å delta. Det første fokusgruppeintervjuet, som i utgangpunktet skulle være prøveintervjuet vårt, bestod av fire deltakere, mens det andre bestod av seks deltakere. Vi satt derfor igjen med ti deltakere fordelt på to fokusgruppeintervju.

Selv om det kun var fire deltakere i det første intervjuet opplevde vi god flyt i samtalen, og fikk mye god og interessant empiri. Vi hadde en begrenset problemstilling, et tydelig og relevant teorigrunnlag og aktive deltakere, noe som førte til gode faglige diskusjoner. Til tross for færre deltakere i første intervju bidrar disse elementene på hvert sitt område i forhold til informasjonsstyrke (Malterud, 2017).

#### 4.2.2 Utvalg – inklusjonskriterier

For at validiteten av det innsamlede empirien skal styrkes er det viktig at utvelgelsen av deltakere blir gjort strategisk (Malterud, 2017). I følge Malterud er et strategisk utvalg at man gjør strategiske vurderinger av hvilke deltakere som er mest relevante og mest interessant å inkludere i studiet. Ut fra våre inklusjonskriterier har vi tilstrebet et strategisk utvalg. Vi har valgt å inkludere sykepleiere som jobber med kreftpasienter og på denne måten har relevant og interessant empiri om vårt tema.

Et viktig inklusjonskriterium var at deltakerne måtte være utdannet sykepleier, jobbe på en sykehusavdeling som behandlet kreftpasienter og behersket norsk. Vi stilte ikke noe krav til erfaring, da vi tenkte det ville være nyttig og interessant å ha sykepleiere med ulik erfaring.

Utvalget besto av ti deltakere, alle deltakerne var kvinner, og ni av disse jobbet 100% stilling mens den siste hadde en annen stillingsprosent. Fem var i aldergruppen 19-29 år, to var mellom 40-49 år og de to siste var mellom 60-70 år. Det var ulikt hvor mye erfaring deltakerne hadde. Tre av deltakerne hadde kun 1-3 års erfaring, mens to hadde 4-6 års erfaring og resterende fem deltakerne hadde 11 år eller mer. Alle hadde erfaring innenfor kreftomsorgen; fire hadde 1-3 års erfaring, to hadde 4-6 år, en hadde 7-10 år og tre hadde 11 år eller mer innen kreftomsorg. Ni av deltakerne jobbet på medisinsk avdeling, mens det kun var en av deltakerne som jobbet på kirurgisk avdeling. Avdelingene bestod av 16-26 sengeplasser, hvor de behandlet kreftpasienter, lungepasienter og pasienter med mage-tarm problematikk. Syv av deltakerne hadde erfaring fra kirurgiske og medisinske avdelinger, deriblant gastro-, geriatrik-, kreft-, urologiskavdeling og øre-nese-hals. En av deltakerne hadde også jobbet på intensiv avdeling. Flere hadde erfaring fra kommunehelsetjenesten. Tre av deltakerne hadde videreutdanning innenfor kreftomsorg, tre hadde innenfor andre spesialfelt og de resterende fire hadde ingen spesialutdannelse. Seks av deltakerne hadde jobbet som pleieassistenter både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten før de tok sykepleierutdanningen.

### 4.3 Fokusgruppeintervju

Ifølge Malterud (2018) står samhandlingen mellom deltakerne sentralt. Deltakerne vil beskrive og reflektere over egen og hverandres subjektive erfaringer, synspunkt, holdninger og opplevelser. Gruppedynamikken kan åpne for innsikt av fenomenet på en annen måte enn det kunne ha gjort ved individuelle intervju. Fokusgrupper egner seg godt for å samle datamateriale som kan brukes for å forbedre praksis (Malterud, 2018).

Med bakgrunn i vår problemstilling utarbeidet vi en intervjuguide (Vedlegg 4). Som Malterud (2018) anbefaler hadde vi åpne spørsmål i intervjuguiden, slik at deltakerne gjennom dialog og diskusjon ga innblikk i sine erfaringer.

#### 4.3.1 Gjennomføring av intervjuene

Vi hadde booket et stort og åpent møterom på sykehuset der vi gjennomførte intervjuene. Før deltakerne kom hadde vi delt ut samtykkeerklæringen og spørreskjema, slik at det lå klart til dem ved adkomst (Vedlegg 5). Vi hadde organisert møterommet i overensstemmelse med gjeldende smittevernregler.

Når deltakerne kom, presenterte vi oss og takket for deres deltakelse. Deretter fikk de presentere seg selv og vi gjentok informasjonen de hadde fått utsendt via invitasjonen, mens det ble servert pizza og drikke. Vi presiserte at intervjuene var taushetsbelagt, både i forhold til hvem som deltok og hva som ble sagt under intervjuene. Vi forklarte vår rolle underveis i intervjuene, der den ene hadde rolle som moderator mens den andre var sekretær. Vi ønsket at de skulle snakke fritt, og sette ord på sine tanker omkring temaet, samt at de snakket med og til hverandre og ikke til moderator eller sekretær.

Ifølge Malterud (2018) er moderatorens oppgave å holde fokus i intervjuet, og lede det på en god måte, uten å bli for deltakende selv. Datakvaliteten kan svekkes dersom moderator prøver å stille for mange spørsmål i løpet av intervjuet. Sekretæren skulle observere og dokumentere hvordan dynamikken i gruppen var, og hjelpe å sentrere diskusjonen rundt de aktuelle temaene i samtalen dersom moderator trengte det.

Før vi startet opptak, informerte vi om bruk av diktafon-appen på telefonene våre og forklarte at de var koblet opp mot nettskjema, slik at det ikke ble lagret på vår telefon. I tillegg brukte vi en diktafon som vi hadde lånt fra universitetet, som back-up. Diktafon-appen kunne bare ta opp 45 minutter av gangen, vi måtte dermed planlegge pauser i intervjuene, slik at vi fikk sendt inn opptakene underveis. Mobiltelefonene våre med diktafon-appen ble plassert på hver sin side av bordet. Vi hadde på forhånd testet ut diktafon-appen og diktafonen, både lyd kvalitet og at vi fikk sendt inn i nettskjemaet.

Når vi startet intervjuene tok vi først en stemme-test av deltakere, slik at vi kunne høre hvem som var hvem når vi skulle transkribere materialet. Intervjuene tok henholdsvis en og en halv time og to timer. Ved hver pause, og når vi avsluttet intervjuene, lastet vi lydfilene direkte over til nettskjema. Når vi hadde sjekket at lydfilene var kommet over på nettskjemaet, slettet vi lydfilene fra den lånte diktafonen.

Direkte etter intervjuene var ferdige, reflekterte vi rundt det vi hadde fått av data, og skrev ned notater. Erfaringene og refleksjonene i etterkant av det første intervjuet gjorde at vi ble bevisste på oss selv og hverandre som moderator og sekretær. I tillegg gjorde vi noen endringer i intervjuguiden før det neste intervjuet. Ifølge Malterud (2018) betyr det mye å kunne bruke erfaringer fra en foregående fokusgruppe til å redigere eventuell intervjuguide og tematisk tyngdepunkt, for på denne måten å gjøre det neste intervjuet enda mer fokusert.

#### 4.4 Transkribering

Vi valgte å transkribere intervjuene selv, da det ville gi oss en god oversikt og eierforhold til datamaterialet. Vi var glade for at vi hadde brukt diktafon-appen på begge våre telefoner, da lydopptakene utfylte hverandre. Når vi hadde problemer med å høre hva som ble sagt på den ene lydfilen på grunn av avstand mellom deltakerne, så hørte vi det på den andre lydfilen.

Vi startet transkriberingsarbeidet dagen etter det første intervjuet. Vi delte lydfilene mellom oss, og transkriberte hver vår lydfil. For å sikre kvaliteten på transkriberingen hørte begge gjennom lydopptakene og leste gjennom hverandres transkripsjon. Siden transkripsjon er en del av analyseprosessen, var det viktig at vi begge hadde god kjennskap til materialet og var fortrolig med det (Malterud, 2018). Vi brukte de påfølgende dagene på

transkriberingsarbeidet, og fikk det ferdig til vi skulle gjennomføre det andre intervjuet. Ifølge Malterud vil man ved å transkribere lydopptakene selv lettere høre nyanser, i tillegg vil man kunne se materialet med nye øyne, og på den måten utvikle fokuset underveis i datainnsamlingen, noe som igjen vil kunne styrke sannsynligheten for at man får et rikt materiale.

Ved starten av transkriberingsarbeidet ga vi deltakerne et pseudonym, dette gjorde vi av personvern hensyn til deltakerne (Malterud, 2018). I tillegg valgte vi å transkribere intervjuene på bokmål, slik at deltakerne ikke skulle bli gjenkjent på bakgrunn av dialekt. Ved at vi hørte lydopptakene flere ganger, og hadde gode faglige samtaler omkring materialet underveis, følte vi at analysearbeidet ble lettere. Etter å ha transkribert våre to intervjuer, satt vi igjen med 54 sider med maskinskrevne A4-sider. Det skriftlige materialet ble anonymisert i henhold til universitetets regler og prosedyrer.

#### 4.5 Analyse

Vi valgte kvalitativ innholdsanalyse i henhold til Graneheim, Lindgren og Lundman (2017) for å analysere datamaterialet. Det første vi gjorde var å lese gjennom intervjuene flere ganger. Deretter reflekterte vi sammen over hovedinnholdet i teksten. Når vi hadde fått et helhetlig bilde av materialet, startet vi å dele teksten inn i meningsenheter. Ifølge Graneheim et.al består meningsenheter av setninger og utsagn fra deltakerne som har samme betydning. Deretter kondenserte vi meningsenhetene, dette er en prosess som forkorter teksten, men fremdeles bevarer kjernen. Videre kodet vi meningsenhetene med korte betegnelser som beskrev meningsenheten, og vi systematiserte, identifiserte og sorterte alle de meningsbærende enhetene. Graneheim et.al beskriver kodene som etiketten til meningsenhetene. Det nest siste steget i innholdsanalyseprosessen var å kategorisere kodene, her fant vi kategorier som dekte alle meningsenhetene. En kategori er en gruppe av innhold som deler et fellestrekk. Å kategorisere alle kodene var utfordrende, da data ikke skal falle mellom to kategorier eller passe inn i mer enn en av kategoriene. Ifølge Graneheim et.al er kategoriseringen kjernen i kvalitativ innholdsanalyse. Vi havnet til slutt på ni kategorier, som vi samlet til fire hovedtemaer, med noen undertema på hvert av hovedtemaene. Ved å lage temaer så knytter man de underliggende betydningene av kategoriene sammen. Temaene kan da sees på som et uttrykk for det latente innholdet i teksten (Graneheim og Lundman, 2004).



Analyseprosessen var lang og tidskrevende. Vi valgte å starte analyseprosessen sammen, for å få en felles forståelse for hvordan vi skulle gå frem i denne prosessen. Deretter delte vi analyseenhetene mellom oss. Når det var noe en av oss var usikre på, diskuterte vi sammen og ble enige om videre analyse. Til slutt valgte vi å gå gjennom analysen sammen, for å få et helhetlig bilde av analysen.

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondensert meningsenhet</b>	<b>Kode</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tema</b>
Det er jo det vi har fokus på, det er jo det vi gjør, vi kartlegger jo hvorfor får de ikke i seg mat... ja	Vi kartlegger hvorfor de ikke får i seg mat	Kartlegging av kreftrelaterte symptomer	Kartlegging	Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus fra innkomst til utreise
Så da er mange av dem fortsatt i en fase hvor de driver og fordøyer det de har fått beskjed om. Og som flere deltakere har sagt her, brosjyrer eller informasjon kan jo forsvinne fordi rullegardinene allerede er nede, fordi man har hørt ordet kreft	Pasienten er lite mottakelig for informasjon fordi de har hørt ordet kreft	Påvirkning av psykiske faktorer	Krisereaksjoner og mottakelighet for informasjon	Ernæringsbehandling som en del av den helhetlige omsorgen
Når det kommer til, la oss si at man skal.. at man trenger hjelp utad av egen avdeling, så er jo de første man tar kontakt med ernæringsfysiolog.. og jobber tverrfaglig tenker jeg, med det..	Tar kontakt med ernæringsfysiologen når man trenger hjelp og jobber tverrfaglig	Tverrfaglig samarbeid	Samarbeid	God oppfølging av ernæringsstatus krever samarbeid
Jeg tror det er ei utfordring at vi får flere og flere arbeidsoppgaver. Altså administrative oppgaver, det er lett at man forsvinner fra sykerommet	Flere administrative arbeidsoppgaver, mindre til stede på pasientrom	Arbeidspress	Organisatoriske forhold	Faktorer som påvirker ernæringsbehandlingen

## 4.6 Databehandling og lagring

I og med at vi registrerte personopplysninger i form av lydopptak og underskrift på samtykkeerklæringen, kom studiet vårt inn under personopplysningsloven. Vi måtte derfor melde studiet (Vedlegg 6) til Norsk senter for forskningsdata, NSD, som er personvernombudet for forsker –og studentprosjekter som gjennomføres ved alle universitet (Malterud, 2018; Personopplysningsloven, 2018).

I samsvar med personopplysningsloven ble deltakerne invitert til å delta i vår studie basert på et informert og frivillig samtykke. Samtlige av deltakere skrev under på samtykkeerklæringen (Personopplysningsloven, 2018). Den skriftlige informasjonen og det informerte samtykke er en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk fremgangsmåte (Malterud, 2017).

Det var vår oppgave å sørge for at deltakerne kjente seg trygge på at personvern og anonymitet ble tilfredsstillende ivaretatt, derfor gjentok vi informasjon om hvordan vi oppbevarte datamaterialet før intervjuene startet, samt hvem som hadde tilgang til materialet (Malterud, 2017). Vi brukte oppkobling til nettskjema når vi tok opptak av intervjuene via diktafon appen (UiT Norges arktiske universitet, u.å). I tillegg hadde vi en godkjent lydopptaker som back-up. Så fort vi hadde sjekket at opptakene var av god kvalitet og lastet opp i nettskjema, ble opptakene på diktafonen slettet. Dermed ble ingen datafiler lagret på våre datamaskiner eller mobiltelefoner.

Allerede i intervjuene ga vi deltakerne et pseudonym, som skulle bevare deres anonymitet. Disse ble brukt i hele prosessen, slik at deltakerne ikke skulle gjenkjennes. Når vi startet transkriberingsarbeidet, krypterte vi tekstfilene. Ellers ble det skriftlige materiale for analyse og samtykkeerklæringene oppbevart fysisk fra hverandre, innelåst og utilgjengelig for utenforstående. Dette er i samsvar med de reglene og prosedyrene som datatilsynet har i forbindelse med forskning og personvern (Malterud, 2017). Stedsnavn som ble nevnt av deltakerne under intervjuene ble anonymisert i transkriberingen. Datamaterialet vil bli slettet og samtykkeerklæringene makulerte når oppgaven er blitt vurdert.

## 4.7 Forskningsetikk

Som studenter har vi plikt å opptre med aktsomhet for å sikre at studiet skjer i henhold til kjente forskningsetiske normer i alle faser, fra forberedelsene til rapportering (Forskningsetikkloven, 2017). Vi må forholde oss til Helsinkideklarasjonen som omhandler etiske prinsipper for all medisinsk forskning som involverer mennesker. Dette er etiske standarder som skal fremme og sikre respekten for mennesket og beskytte deres helse og rettigheter (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Siden vår studie ikke var helseforskning trengte vi ikke søke tillatelse til gjennomføring av studiet vårt til Regional etisk komite, REK. Men siden studiet ville omfatte behandling av personopplysninger måtte vi melde studiet inn til NSD (Malterud, 2017). Etter at vi hadde fått studiet godkjent av NSD sendte vi ut informasjon til avdelingsledere på de aktuelle avdelingene. Ved å få en tredjepart i rekrutteringsarbeidet av deltakere unngikk vi å legge press på deltakerne om å delta.

Et overordnet prinsipp som gjelder all form for forskning er prinsippet om ikke å skade deltakeren, dette er gjeldende under alle fasene i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) betyr informert samtykke at deltakerne informeres om studiets formål og hovedtrekkene i designet. Det innebærer at man sikrer frivillig deltakelse, samt informerer om deres rett til å trekke seg fra studiet på hvilket som helst tidspunkt. Vi presiserte overfor deltakerne at datamaterialet ville bli anonymisert før det ble presentert. For å sikre anonymitet delte vi ut et nummer til hver av deltakerne som vi brukte videre i prosjektet. I informasjonsskrivet som ble sendt ut i rekrutteringsfasen informerte vi om gjensidig taushetsplikt og at deltakelsen var basert på frivillighet, og at de til enhver tid kunne trekke seg uten å oppgi grunn. Dette gjentok vi muntlig i innledningen til intervjuene.

I to sammenhenger møter vi spørsmål knyttet til taushetsplikten. For det første når det innhentes informasjon fra deltakerne som selv har taushetsplikt, og for det andre handler det om vår plikt til å bevare taushet om enkelte opplysninger som mottas fra deltakerne (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Vi ba derfor deltakerne om å ikke nevne pasientnavn eller gi andre taushetsbelagte opplysninger under intervjuet.

## 4.8 Metodediskusjon

Når man skal formidle forskning er det viktig at resultatene er til å stole på. For å undersøke kvaliteten av et studie brukes ofte begrep som validitet, reliabilitet og overførbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Nedenfor vil vi gå dypere inn på hvert enkelt begrep og hva vi gjorde i vår oppgave for å sikre kvaliteten.

### 4.8.1 Validitet

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) handler validitet om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det man skal undersøke, altså studiets gyldighet. Vi brukte mye tid i forkant av intervjuene på å lese oss opp på relevant litteratur, slik at vi var godt kjent med feltet før vi startet å forske på fenomenet. Ved å investere nok tid til å bli kjent med feltet, klarte vi å skille mellom relevant og ikke relevant informasjon gjennom hele prosessen. Ved å tilstrebe et strategisk og variert utvalg gjennom å inkludere deltakere fra ulike avdelinger som hadde variert erfaringsbakgrunn, forsøkte vi å sikre at våre data hadde troverdighet. I tillegg tenker vi at troverdigheten kan ha blitt styrket ved at vi har vært to som har samarbeidet under hele forskningsprosessen, i tillegg til at veileder har gått gjennom vår analyseprosess steg for steg. Vi klarte å rekruttere ti deltakere til vår studie. Dersom vi hadde fått rekruttert flere ville vi fått et enda rikere datamateriale, som igjen kunne gitt oss et større bilde av fenomenet. At vi er noviser, og at det å søke etter forskning ikke var noe vi var fortrolige med, kan ha ført til at vi har mistet gode studier til bruk i bakgrunns -og diskusjonskapitlet, og det kan være en svakhet ved vår studie.

### 4.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om i hvilke grad vi kan stole på at det materialet vi presenterer stemmer overens med det deltakerne har formidlet i intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2015). For å styrke reliabiliteten har vi detaljert beskrevet hva vi har gjort gjennom hele forskningsprosessen. Ved å gjøre forskningsprosessen mest mulig gjennomsiktig og ved å gi leseren en inngående beskrivelse av utvalget og konteksten håper vi å kunne styrke påliteligheten av vår studie (Kvale & Brinkmann). I tillegg har vi vært to som har gjennomført intervjuene, transkriberingen og analysen av materialet, og dette mener vi har styrket reliabiliteten av studiet.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) må man være bevisst på ens nærhet til feltet, slik at de opplysningene som kommer fram ikke blir «farget» av ens erfaringer eller teoretiske rammer. Vi har forsøkt å gjøre dette ved å granske vår forforståelse i diskusjoner med hverandre og vår veileder. I tillegg har vi vært nøye med at vi i den første delen av analysen forholdt oss veldig tekstnær. Vi mener at disse to stegene i forskningsprosessen har bidratt til at temaene gjenspeiler det deltakerne har formidlet og i liten grad er påvirket av vår forforståelse.

#### 4.8.3 Overførbarhet

Det er vanskelig å overføre funn fra kvalitative studier. Det er leseren som må vurdere om resultatene kan brukes i en annen kontekst. Derfor er det viktig at utvalget og konteksten for det aktuelle studiet beskrives godt (Malterud, 2017). Dette har vi forsøkt å gjøre, ved å beskrive vårt utvalg så grundig som mulig.

#### 4.9 Arbeidsfordeling gjennom prosessen

Vi har samarbeidet tett gjennom hele forskningsprosessen. Planleggingen av studiet, utarbeidelsen av søknad til NSD og rekruttering gjorde vi sammen. I fokusgruppeintervjuene fikk vi begge prøvd oss i rollen som både moderator og sekretær. Når vi skulle transkribere lydfilene delte vi de mellom oss, begge hørte gjennom lydfilene og leste gjennom hverandres transkripsjon. Analyseprosessen startet vi sammen, for deretter å dele analyseenhetene mellom oss. Diskusjonsdelen og konklusjonen har vi samarbeidet tett om, og har gjennom hele prosessen hatt faglige gode diskusjoner og refleksjoner.

## 5.0 Funn

Analysen resulterte i fire hovedtema med til sammen ti undertema (står i kursiv):

- 1) kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus fra innkost til utreise (*kartlegging ved innkost, iverksettelse og oppfølging av tiltak og overgang fra institusjon til hjemmet*)
- 2) ernæringsbehandling som en del av den helhetlige omsorgen (*krise og stress virker inn på ernæring, kreftrelaterte symptomer virker inn på ernæring*)
- 3) god oppfølging av ernæringsstatus krever samarbeid (*tverrfaglig samarbeid og samarbeid med pårørende*)
- 4) faktorer som påvirker ernæringsbehandlingen (*organisatoriske forhold, kompetanse og manglende rutiner*)

### 5.1 Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus fra innkost til utreise

Samtlige av deltakerne fortalte om hvilke rutiner de hadde rundt kartlegging av ernæringsstatus, og iverksettelse av tiltak. Underveis i intervjuene kom deltakerne inn på symptomkartlegging, og viktigheten av symptomlindring i forhold til pasientenes ernæringsbehandling. De nevnte også en sårbarhet i overgangen mellom institusjon og hjemmet.

#### 5.1.1 Kartlegging ved innkost

Deltakerne nevnte at de hadde innkostrutiner for kartlegging av ernæringsstatus til pasientene i avdelingen, både ved hjelp av samtale og ved bruk av kartleggingsverktøyet NRS 2002. De kartla vekt, høyde og om pasientene hadde plager som hindret deres ernæringsinntak. Noen av deltakerne syntes ikke at kartlegging av spisevaner var i fokus, og mente dette var noe de kunne bli flinkere på, slik at de fikk lagt måltidene til rette etter pasientens spisemønster.

Ved å kartlegge ernæringsstatusen fikk deltakerne en indikasjon på om pasientene var i ernæringsmessig risiko ut fra scoren de fikk ved å screene pasientene. Når pasientene var i risiko startet de alltid med kostregistrering over tre påfølgende døgn. Som en av deltakerne sa:

*“Jeg vil si at det aller første er å starte med en kartlegging, nå er dette en del av pasientsikkerheten at vi kjører en ernæringscreening av pasientene som blir innlagt i avdelingen. Da får man fort en pekepinn. Det er viktig å ta vekt, få kartlagt ernæringen, om de har tapt seg i vekt, hvordan føler de appetitten er, slik at man kan legge ett grunnlag for videre tiltak.”*

(Deltaker 1)

Flere av deltakerne fortalte at de fulgte innkomstrutinene på avdelingen godt, og brukte de kartleggingsverktøyene de hadde fått utdelt, men underveis i innleggelsen avtok både den videre kartleggingen og bruken av kartleggingsverktøyene. Kartleggingsverktøyene som ble nevnt var kostregistrering, ESAS-r og Braden skala. Deltakerne var alle enige i at dette var gode hjelpemidler som kunne sette i gang samtaler om pasientens ernæringsstatus, og som kunne være med på å avdekke årsaken til at pasienten ikke fikk i seg nok næring.

*“For eksempel ESAS. Det går jo litt mer på symptomer, ikke bare smerter, men litt utover det også. Og det synes jeg vi er blitt flinkere til å bruke i avdelingen. Hvert fall på de kreftpasientene som er inneliggende, for å kartlegge hvordan de har det fra dag til dag, og iverksette tiltak ut fra det [...]”*

(Deltaker 8)

Kartleggingsverktøyet ESAS-r ble fremsnakket i flere tilfeller underveis i intervjuene, og deltakerne mente at det var et kartleggingsverktøy som kunne kartlegge symptomer som pasientene hadde, og som kunne ha innvirkning på inntak av ernæring. I tillegg til kreftrelaterte symptomer som for eksempel kvalme og smerter, fikk de kartlagt andre fysiske og psykiske utfordringer som pasientene hadde. ESAS-r ble nevnt som et godt hjelpemiddel i oppstartsfasen, og en inngangsport til samtale med pasientene.

Samtidig som de synes kartleggingsverktøyene var til god hjelp i kartleggingen av pasientens ernæringsstatus, kom det frem at det kunne være utfordrende å kartlegge og finne ut hvorfor pasientene hadde nedsatt matlyst. Ofte var det opp til sykepleierne å spørre helt konkret og direkte hvorfor de ikke spiste, siden pasientene ofte ikke sa det selv. Deltakerne nevnte også at observasjoner av pasienten var en del av kartleggingen. Dersom pasientene for eksempel fortalte at de hadde smerter i munnhulen, så undersøkte sykepleierne dette og tok det videre

opp med lege. I tillegg hadde flere av deltakerne opplevd at det kunne oppstå misforståelser ved bruk av ESAS-r, og viktig informasjon kunne bli utelatt ved utfyllelse av skjemaet, særlig dersom pasientene ble overlatt til seg selv når de skulle fylle det ut.

En av deltakerne mente også at ernæringsscreeningsverktøyet kunne gi feilaktig informasjon, da for eksempel overvektige pasienter kunne score lavt på ernæringscreeningen. De var ikke i ernæringsmessig risiko ut fra screeningen, men de hadde nedsatt matlyst og fikk ikke i seg tilstrekkelig med næring.

Samtlige av deltakerne var enig i at kontinuerlig kartlegging underveis i kreftbehandlingen var viktig, men at utførelsen av dette i praksis hadde forbedringspotensialet. Dette begrunnet de med at forskjellige symptomer kunne endre seg underveis i behandlingsforløpet. En pasient kunne først være plaget med smerter, men etter å ha blitt smertelindret kunne pasienten bli plaget med obstipasjon.

#### 5.1.2 Iverksettelse og oppfølging av tiltak

Deltakerne poengterte at det var viktig med kontinuerlige samtaler og åpen kommunikasjon med pasientene, slik at de kunne starte individuell målrettet ernæringsbehandling og oppfølging så tidlig som mulig. Det var viktig å gi pasientene informasjon både muntlig og skriftlig. Samtlige av deltakerne var enige om at informasjon måtte gjentas flere ganger, og at de hadde et ansvar for å gjøre det når pasientene var innlagte. Deltakerne hadde fokus på forebyggende tiltak, da de var klare over at behandlingen pasientene skulle gjennom tok på. Og jo bedre ernært pasientene var, jo kortere ville blant annet rekonvalenstiden bli. Deltakerne fortalte at det var viktig å ha kunnskap om kreftpasienter og deres utfordringer angående ernæringsbehandling, for raskt å sette i gang forebyggende tiltak.

Deltakerne nevnte ernæringstrappen som en veileder for igangsettelse av tiltak, men på flere av avdelingene hendte det at de startet på et høyere trinn enn det som var nødvendig. Det første de alltid startet med var kostregistrering. For deretter å tilrettelegge i form av ønskekost, oppstart av ernæringstilskudd, for så beriking av kost og mellommåltid dersom det var behov for det. Det siste var parenteral ernæring eller enteralernæring i form av sondemat. Flere av deltakerne påpekte at de var for dårlige med å sette i gang enteral ernæring i



avdelingene, og gikk rett på parenteral. Noen av deltakerne nevnte PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi) eller nasogastrisk sonde som et alternativ før parenteral ernæring, da dette kunne være med på å holde tarmtottene i gang og var billigere.

I begge intervjuene nevnte deltakerne at det er små tiltak som skal til for å bedre pasientenes inntak av ernæring, blant annet hadde omgivelsene rundt pasienten og hvordan maten ble servert, mye å si. De nevnte Florence Nightingale og fokuset på grunnleggende sykepleie. Kreativitet i anrettelse av måltid ble nevnt som et tiltak, i tillegg til viktigheten av det gode sykerom. Dette handlet blant annet om at det ikke skulle være fulle urinflasker på sengekanten, fylte pussbekken på nattbordet og skitne kopper i vinduskarmen. Det ble også nevnt viktigheten av å få pasienten opp av sengen under måltider, da miljøforandringer kunne være positivt for inntak av ernæring.

*“Måltidene frister ikke dersom man sitter på sengekanten og tisseflasken henger på senga ved siden av, eller pussbekkenet ligger på bordet. Det er viktig å tenke på omgivelsene, at det er ryddig og rent [...]”* (Deltaker 4)

Intervjuene avdekket også at både utføring av tiltak og oppfølging kan være utfordrende og delvis mangelfulle. Deltakerne mente at de ofte var for trege med å sette i gang tiltak, og oppfølgingen og evalueringen av tiltakene kunne være mangelfull. Noe av grunnen til dette var stor arbeidsbyrde.

### 5.1.3 Overgang fra institusjon til hjemmet

Deltakerne var veldig opptatte av overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og samtlige var enige om at pasientenes ernæringsbehandling kunne stå i fare for å bli skadelidende på grunn av manglende oppfølging. Flere av deltakerne trakk fram både manglende kommunikasjon, og dokumentasjon i forhold til de ulike utfordringer den enkelte pasienten hadde, samt ernæringsbehandlingen. Flere av avdelingene hadde rutiner på å skrive ernæringsplaner, som i bare noen tilfeller ble videreformidlet. I tillegg ga noen uttrykk for å være usikker på hvem sitt ansvar det var å dokumentere ernæringsbehandlingen.

I forbindelse med ernæringsbehandlingen var det ofte at det ble startet opp med ernæringsdrikke i avdelingen. En av deltakerne poengterte at det var viktig å sikre at pasienten fikk dette på blåresept før utreise, og helst hente dette på apoteket for pasientene, slik at pasientene hadde tilgang til det når de var kommet hjem. Deltakeren hadde tidligere erfaringer med at pasientene ikke hentet det på apoteket selv, og dermed ikke drakk ernæringsdrikker hjemme.

Mange av sykepleierne ga uttrykk for å føle et visst ansvar for hvordan det gikk med pasienten vedrørende ernæringsbehandlingen etter utskrivelse fra avdelingen. Deltakerne hadde mange gode forslag for hvordan de kunne følge opp pasientene etter innleggelse, dersom de ikke hadde hjemmetjeneste som fulgte de opp. Deltakerne nevnte blant annet telefonsamtaler, videosamtaler og polikliniske timer som oppfølging i ernæringsbehandlingen.

Videre fortalte deltakerne at mange av kreftpasientene etter hvert hadde et behov for hjelp fra hjemmetjenesten eller kommunal kreftsykepleier. Det var utfordrende og vanskelig i de tilfellene der pasientene selv ikke ønsket kontakt med hjemmetjenesten eller kreftsykepleieren i kommunen. Ofte viste det seg at hjemmesituasjonen var utfordrende, særlig hos aleneboende og eldre pasienter. På sykehuset ble pasientene oppvartet, motiverte og fikk tilrettelagt maten, slik at det ble enklere for dem å ta til seg næring. Den sosiale biten ved et måltid spilte positivt inn når pasientene var innlagt der fikk sitte sammen med andre under måltider.

## 5.2 Ernæring som en del av den helhetlige omsorgen

Tidlig i intervjuene la deltakerne vekt på viktigheten av helhetlig omsorg og pleie, for å kunne gi tilpasset ernæringsbehandling til pasientene. Det var flere av deltakerne som kunne fortelle at det var mange faktorer som spiller inn på ernæringen til pasientene, og at dette kunne være sammensatt og utfordrende.

### 5.2.1 Krise og stress virker inn på ernæringen

Som tidligere nevnt sa deltakerne at ernæringsproblematikken kan være sammensatt og utfordrende. Deltakerne anså ernæringen som essensiell for å bedre pasientens livskvalitet.

*“Ernæring handler også om livskvalitet. Å få i seg nok næring kan gjøre at pasientene føler seg litt mer ovenpå. [...] I tillegg tåler de tumorrettet behandling bedre, og får mer ut av den tiden de har.”*

(Deltaker 8)

Underveis i et behandlingsforløp var deltakerne opptatt av å gi god informasjon til pasientene, både i forhold til behandling, men også informasjon om ernæring. Deltakerne hadde opplevd at gjentagende informasjon kunne bli oppfattet som mas, og tilrettela informasjonsmengden ut fra pasientens individuelle behov. Flere av pasientene hadde nettopp fått beskjed om at de ble utredet for kreft, eller de var i oppstartsfasen av behandlingen. Pasientene var i en sårbar situasjon, og hadde da ikke kapasitet til å ta inn informasjon om ernæring og dens viktighet i forhold til behandlingen. Flere av deltakerne sa at informasjon, råd og tips i forhold til ernæring gjerne kom litt senere i forløpet, når litt av det verste sjokket var bearbeidet.

*«... så da er det mange av dem som fortsatt er i en fase hvor de driver og fordøyer det de har fått beskjed om. [...] Brosjyrer eller informasjon kan jo forsvinne fordi rullegardinene allerede er nede, fordi man har hørt ordet kreft.»*

(Deltaker 6)

### 5.2.2 Kreftrelaterte symptomer virker inn på ernæringen

Det ble nevnt at ernæringen kunne være et problem før diagnosetidspunktet, da både kreftsykdommen i seg selv og andre underliggende sykdommer kunne være en faktor for nedsatt ernæringsstatus. I tillegg var alle deltakerne enig i at som sykepleier bør man ha en åpen kommunikasjon med pasientene underveis i behandlingen, for tidlig å kunne avdekke både fysiske og psykiske symptomer som kan ha innvirkning på pasientens ernæringsstatus. En av deltakerne beskrev godt hvor sammensatt ernæringsproblematikken kunne være, og ønsket at behandlingsapparatet rundt pasientene kunne bli enda flinkere til å følge opp pasientens plager.

*«[...] ting kan jo forandre seg. Kvalme kan gå over og nye symptomer kan oppstå, som obstipasjon eller munntørrehet. Man bør være flinke til å følge opp underveis. Det kan man til tider være dårlige på, men jeg synes også at det gjøres en grei jobb foreløpig, med forbedringspotensialet.»*

(Deltaker 7)

Deltakerne hadde erfaring med at de fleste kreftpasientene i løpet av sykdomsforløpet ville oppleve fysiske kreftrelaterte symptomer. Symptomene kunne oppstå på grunn av tumorens beliggenhet, eller tumorrettet behandling som medikamentell behandling, strålebehandling eller kirurgi. I tillegg kunne nye symptomer oppstå når de prøvde å lindre andre symptomer, for eksempel hadde de opplevd at pasienten ble obstipert etter smertelindring. Alle deltakerne ga uttrykk for at de hadde fokus på kartlegging og lindring av kreftrelaterte symptomer som kan ha påvirkning på pasientens ernæringsstatus. Som en av deltakerne sa:

*«Det er jo det som er fokuset. Altså, det er jo kreftrelaterte symptomer som virker inn på ernæringen [...] det er jo det man alltid må gjøre når de har et ernæringsproblem, finne ut hvorfor. Om problemet da er grunnet strålebehandling, kirurgi eller andre kreftrelaterte symptomer... Det er jo det vi har fokus på, vi kartlegger jo hvorfor de ikke får i seg mat.»*

(Deltaker 2)

### 5.3 God oppfølging av ernæringsstatus krever samarbeid

Samarbeid med andre yrkesgrupper og pårørende var noe av det deltakerne anså som svært viktig i oppfølgingen av pasientenes ernæringsbehandling.

#### 5.3.1 Samarbeid i pleiegruppen og tverrfaglig samarbeid

Deltakerne nevnte hvordan de opplevde det tverrfaglige samarbeidet i forhold til ernæringsbehandlingen til pasientene, og det var først og fremst samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog som ble trukket fram. Samtlige av deltakerne hadde erfaringer fra samarbeid med ernæringsfysiologene, og alle roste kompetansen deres. De fortalte at når ernæringsfysiologen hadde vært involvert og utarbeidet en konkret plan for ernæringsbehandlingen til pasienten, ble det alltid fulgt godt opp. Som en av deltakerne sa:

*“Jeg synes at når de (klinisk ernæringsfysiolog) er kommet på banen og lager disse notatene sine, gjerne med forklaringer eller hva som skal gjøres videre og hva vi må tenke på.. så blir det fulgt opp mye bedre enn hvis de ikke gjør det. For da snakker man om det på rapporten, at ernæringsfysiologen har vært der på tilsyn.”*

(Deltaker 7)

I de tilfeller hvor ernæringsfysiologen ikke hadde vært involvert, ble ernæringsbehandlingen nærmest “bortglemt” eller nedprioritert i en hektisk arbeidsdag. Deltakerne fortalte at det kunne være utfordrende å samarbeide om ernæringsbehandling i pleiegruppen:

*“[...] Vi er jo mange som jobber sammen på sengeposten, og har ulik kunnskap om ernæring. Det er viktig å snakke sammen, og det er jo ofte man ser at dersom det ikke blir nevnt i rapporten så blir det ikke gjort noe med. Vi er lite samkjørte.”* (Deltaker 7)

Det flere av deltakerne gav uttrykk for var at de ikke hadde god nok kjennskap til hvilke rutiner som var gjeldende, og hvilke kriterier som måtte ligge til grunn for at man sendte henvisning til ernæringsfysiolog. Det resulterte ofte i at det ble individuelle forskjeller hvorvidt pasientene ble henvist, avhengig av hvilken sykepleier som hadde ansvaret for pasienten. Deltakerne var enige i at de først prøvde å sette i gang tiltak i avdelingen, og dersom man kom til kort med avdelingens kompetanse så kontaktet man klinisk ernæringsfysiolog.

Det kom frem under intervjuene at ernæringsfysiologen oftest ble involvert i pasientsituasjoner der sykepleierne fant ernæringsbehandlingen utfordrende. Det kunne være i situasjoner hvor sykepleierne følte seg usikre, for eksempel ved beregning av kalorier eller oppstart av sondemat. Som en av deltakerne sa:

*“Jeg synes vi er veldig flinke å bruke ernæringsfysiologer når det kommer til pasienter som trenger sondemat. [...] Få hjelp til alt fra utregninger, hvordan type sondemat pasienten har behov for og hastighet ved oppstart.”* (Deltaker 10)

Deltakernes nærmeste samarbeidspartner var legene, men det kunne være individuelle forskjeller på hvor mye fokus legene hadde på ernæringsbehandling. Deltakerne anså noen av legene til å være engasjerte og hadde stor kunnskap innen feltet, mens andre leger ikke hadde særlig fokus på ernæringsbehandlingen. I tillegg opplevde de at når det var utskiftninger av leger i avdelingen, så ble det faglige fokuset endret. Ernæringsbehandling ble mindre prioritert enn annen behandling som ble ansett som viktigere. En av deltakerne hadde

opplevelsen av at fokuset på ernæringsbehandling var større hos sykepleierne enn hos legene.

Andre yrkesgrupper som ble nevnt som en del av det tverrfaglige teamet rundt pasientens ernæringsbehandling, var hjelpepleiere/helsefagarbeidere i avdelingene, kostvertene, logoped, tannleger, hjemmesykepleiere og kreftsykepleier i kommunen.

Deltakerne fortalte at samarbeidet med kostvertene på avdelingene var verdifull. Flere av kostvertene hadde mye kunnskap om ernæring og ble hyppig brukt. Hver gang deltakerne tok kontakt med kostvertene fikk de gode tips og hjelp til hva som kunne friste pasientene. Kostvertene i avdelingene gjorde en stor innsats, de bakte brød, kaker og stekte vafler i håp om at lukten i avdelingene skulle friste pasientene.

### 5.3.2 Samarbeid med pårørende

Deltakerne opplevde det som verdifullt å få pårørende involvert i pasientenes ernæringsbehandling. Pårørende ble nevnt som en god støttespiller i informasjonssamtalene med pasientene, og som motivator i ernæringsbehandlingen.

*“Pårørende kan være en ganske viktig faktor for å motivere pasientene i måltidsituasjoner, da de kjenner dem på et helt annet nivå enn det vi gjør.”* (Deltaker 9)

Samtidig fortalte deltakerne at samarbeidet med pårørende var noe tilfeldig, og at de ikke hadde noen klare rutiner for hvordan dette ble gjort. Noen av deltakerne sa at det kun var i utfordrende situasjoner at pårørende ble involvert. Det var noe enklere på poliklinikkene, siden pårørende ofte var med pasientene der.

For de pasientene som hadde engasjerte pårørende, ble ernæringsbehandlingen tettere fulgt opp hjemme, fordi pårørende både laget mat eller tilrettela ved å levere mat på døren. Ellers fortalte flere av deltakerne at de brukte å ta kontakt med pårørende, etter pasientens samtykke, dersom de hadde behov for hjelp eller tips til hva man kunne friste deres pårørende med når det kom til mat.

Deltakerne nevnte at restriksjoner i forbindelse med Covid-19 pandemien hadde hatt innvirkning på samarbeidet med pårørende. Reduserte besøkstider begrenset pårørendes tilstedeværelse i ernæringsbehandlingen, noe samtlige deltagere mente var uheldig.

## 5.4 Faktorer som påvirker ernæringsbehandlingen

Deltakerne nevnte ytre faktorer som indirekte kunne ha påvirkning på pasientens ernæringsbehandling. De nevnte organisatoriske forhold, kompetanse og manglende rutiner.

### 5.4.1 Organisatoriske forhold

Deltakerne pratet blant annet om at tidspress var en stor utfordring i en travel arbeidshverdag. Det å sette seg ned sammen med pasientene under et måltid ble ofte ikke prioritert, da det stadig dukket opp nye arbeidsoppgaver. På grunn av økt aktivitet i avdelingen og flere administrative arbeidsoppgaver, ble ernæringsbehandlingen ofte nedprioritert.

*«[...] jeg tror det er ei utfordring at vi får flere og flere arbeidsoppgaver. Altså administrative oppgaver. Det er lett at man forsvinner fra sykerommet [...]»* (Deltaker 1)

I tillegg fortalte deltakerne at redusert innleggelsestid kunne ha innvirkning på ernæringsbehandling til kreftpasientene. Ofte kom pasientene langveisfra, og de var som regel kalt inn for bare en dags vurdering, dermed ble det ikke tid til fokus på ernæringsbehandling.

Deltakerne mente også at menyen som tilbys på sykehuset er noe utdatert og lite varierende. Deltakerne påpekte at dagens kreftpasienter blir yngre, og at maten ikke er tilpasset denne målgruppen.

*“[...] Gjennomsnittlig er kreftpasientene blitt yngre. Pasientene ønsker ikke et stykke kjøtt, to poteter og litt grønnsaker til middag. Det er mennesker som går ut og spiser sushi til vanlig [...]”* (Deltaker 4)

På grunn av Covid-19 pandemien og strenge besøksrestriksjoner på institusjoner, la deltakerne merke til at samarbeidet og kontakte med pårørende ble mindre. Dette kunne være

med på å påvirke pasientens ernæringsstatus, blant annet fordi sykepleierne mistet en samarbeidspartner, og pasientene en viktig støttespiller.

*“Eller på sengeposten, der er det strenge besøkstider, og pasientene får ikke ha pårørende sammen med seg til enhver tid [...] man har mistet en støttespiller [...] og det merker jeg.”* (Deltaker 3)

#### 5.4.2 Kompetanse

Deltakerne fremhevet at det var viktig med kompetanse om sykdom, virkning og bivirkning av behandling, samt symptomer og symptomlindring for å kunne tilpasse ernæringsbehandling til pasientene. De sa at kunnskap om pasientenes energibehov og kompetanse om sammensetning av ernæring var viktig.

Det ble også sagt at det var et varierende fokus og kompetansenivå på ernæringsbehandling både blant sykepleierne og legene. Ernæringstrappen ble nevnt som en veileder i forbindelse med ernæringsbehandling til pasientene. Men ved flere tilfeller ble det ordinert parenteralernæring med engang ernæringsmessige utfordringer ble oppdaget, dette medførte at viktige trinn i ernæringstrappen ble hoppet over. I tillegg ble ikke ernæringsfysiologenes kompetanse utnyttet i tilstrekkelig grad i forbindelse med behandlingen.

*“Og på vår avdeling så kan vi i tillegg bli mye flinkere å ikke hoppe rett på parenteralernæring, men vi kan bruke enteralernæring. Vi er veldig dårlige på å holde tarmtottene i gang når pasientene ikke spiser, da er det veldig lett å gi intravenøsbehandling, sjelden noe annet.”* (Deltaker 2)

Når det gjelder kartlegging av ulike faktorer som kan ha negativ virkning på pasientens matlyst, presiserte flere deltakere at de synes det var manglende forståelse blant pleierne i forhold til viktigheten av både hvorfor, og hvordan man skulle bruke kartleggingsverktøyet ESAS-r. Flere av sykepleierne hadde erfaringer med at skjemaet bare ble levert til pasientene, for så å bli samlet inn igjen, uten at det ble satt spørsmål til det som pasienten hadde fylt ut. Viste det seg at pasienten hadde scoret høyt på smerter eller andre plager, var det manglende



oppfølgingssamtaler basert på svarene til pasienten. De etterlyste derfor samtale som hjelpemiddel når de fylte ut ESAS-r-skjemaet, dette for å få utfyllende informasjon om hvilke plager pasientene hadde.

*“Forstå hvorfor det brukes, ikke bare at det skal brukes fordi det er en innkomstrutine, bare for å krysse det av på en sjekkliste. Det er faktisk en grunn for det, og aktivt bruke det.”*

(Deltaker 8)

Noen sykepleiere var dedikerte og brukte tid på ernæringsbehandlingen til pasientene, mens andre bare utførte kostregistrering fordi det var noe man gjorde, uten å gjøre noe med resultatet av registreringen. En av deltakerne fortalte at interessen for ernæringsbehandling kan øke ved hjelp av økt kunnskap og kompetanse om tema.

*“Jeg synes det er trist at det bare er noen få som tenker slik. For noen så er det bare å komme seg gjennom arbeidsoppgaven. Det er liksom ikke fokus på hvor viktig det kan være for pasienten [...] det bare er slik, det er bare noe som må bli gjort før “jeg” går videre til neste arbeidsoppgave.”*

(Deltaker 1)

Det flere av deltakerne påpekte var viktigheten av spesialkompetanse i avdelingen, og at det var forskjell på de med og uten spesialkompetanse. De ønsket at det ble mer fokus på ernæringsbehandling til pasientene, og at interundervisning kunne være en fin måte å gjøre det på. De begrunnet det i at de må gjøre hverandre god, og bruke kompetansen som allerede finnes på avdelingen. Det ble nevnt at det var manglende fokus på ernæring og dens betydning i grunnutdanningen, og dette var noe de savnet.

### 5.4.3 Manglende rutiner

Flere av deltakerne ga uttrykk for manglende rutiner på enkelte områder. Mangelfulle rutiner for riktig bruk av kartleggingsverktøy og bruk av behandlingsplan ble nevnt. Deltakerne savnet bruken av samtale som et verktøy i samarbeid med kartleggingsverktøy for få en utfyllende kartlegging av blant annet pasientenes ernæringsutfordringer. Videre uttrykte de høy terskel og mangelfulle rutiner for når man skulle henvise til ernæringsfysiolog, som resulterte i individuelle forskjeller hvorvidt pasientene ble henvist eller ikke.

Noen av deltakerne savnet faste rutiner for opplæring om ernæringsbehandling, og mente fagdager og internundervisning kunne være løsningen på dette. Dokumentasjon av ernæringsbehandling var mangelfull, og deltakerne ga uttrykk for at det ikke var rutiner for hvordan dette skulle gjøres. I tillegg ga deltakerne uttrykk for å være usikker på hvem som hadde ansvar for ernæringsbehandlingen til pasientene. Deltakerne mente også det var mangelfull koding av for eksempel ernæringscreening og status i legeepikrisene.

Et annet område de mente det manglet rutiner på, var bruk av skriftlig informasjon om ernæringsbehandling til pasientene. Deltakerne fortalte at de har mange hjelpemidler for å informere pasientene, både brosjyrer og ernæringsplaner, som svært sjeldent ble sendt med pasientene ved utskrivelse.

*“Vi har jo faktisk en bok med oppskrifter og råd. Jeg vet ikke om noen pasienter som har fått det med seg siden jeg startet å jobbe her. Men vi har faktisk en hel bok om ernæring og kreft, som man kan sende med pasientene.”*

(Deltaker 8)

Utfordringer når det kom til overføring til kommunehelsetjenesten ble også nevnt. Her var det mangelfulle rutiner både i forbindelse med dokumentasjon og kommunikasjon med hjemmetjenesten og kreftsykepleier.

## 6.0 Diskusjon

Problemstilling i masteroppgaven var: *“Hvordan kartlegger sykepleiere på sengepost kreftpasientenes ernæringsstatus, og hvordan følger de opp ernæringsbehandlingen?”*.

Analysen resulterte i fire hovedtema med ti undertema. I diskusjonsdelen vil temaene bli drøftet i forhold til valgt teori, i samme rekkefølge som de fremkommer i funndelen.

### 6.1 Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus fra innkost til utreise

Sykepleieren skal kartlegge og følge opp pasientens ernæringsstatus fra innkost til utreise. Dette innebærer blant annet kartlegging, iverksetting og oppfølging av tiltak og dokumentasjon av ernæringsbehandlingen.

#### 6.1.1 Kartlegging ved innkost

Det var enighet blant deltakerne at det lå et stort ansvar på sykepleierne når det kom til ernæringsbehandlingen, men på bakgrunn av manglende kompetanse, manglende rutiner og en travel arbeidshverdag med flere oppgaver, ble ernæringsbehandlingen til dels nedprioritert.

Tidlig kartlegging av ernæringsstatus og identifisering av pasienter som er i fare eller er i ernæringsmessig risiko, er viktig slik at man kan iverksette tiltak før underernæring blir et stort og utfordrende problem. I følge Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring anbefales det at pasientenes ernæringsstatus blir vurdert ved innkost, og deretter ukentlig dersom de blir inneliggende over lengre tid i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingsverktøyet NRS 2002, som samtlige av deltakerne brukte, er et av de anbefalte verktøyene for vurdering av ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2013). Som deltakerne sa så avtok bruken av kartleggingsverktøy underveis i innleggelsen, og det ble ikke alltid vurdert ukentlig heller.

Som Vigstad et.al (2018) konkluderer med i deres artikkel, vil man kunne forbedre pasientenes livskvalitet ved tidlig vurdering og behandling av problematiske symptomer. Som deltakerne i intervjuene sa, brukte de ESAS-r for å kartlegge pasientenes symptombylde, men

det var mangelfull oppfølging etter at pasientene hadde fylt ut skjemaet. Som artikkelen påpeker er kartlegging underveis vel så viktig som ved innleggelse. Den kontinuerlige oppfølgingen og kartleggingen, vil kunne føre til bedre livskvalitet for pasientene. Videre påpeker de at samtalen mellom pasient og sykepleier i utfyllesprosessen av skjemaet er svært verdifull. Denne prosessen fortalte deltakerne i intervjuene at manglet på deres arbeidsplass, og på denne måten ble det en mangelfull symptomkartlegging, da man antageligvis kom til å miste viktig informasjon fra pasientene.

### 6.1.2 Iverksettelse og oppfølging av tiltak

For å kunne iverksette tiltak hos den enkelte pasient nevnte deltakerne i intervjuene viktigheten av kontinuerlig samtaler og en åpen og god dialog med pasientene. Å mestre kommunikasjonskunsten på en god måte avhenger av at sykepleieren har gode kommunikative ferdigheter, både verbale og nonverbale (Eide & Eide, 2010). Deltakerne fortalte at de ofte måtte stille helt konkrete og direkte spørsmål til pasientene for å få frem problemer eller utfordringer som pasienten hadde både i forhold til ernæring, men også utover ernæringsproblematikken. Flere av sykepleierne brukte å sette seg ned sammen med pasientene, og på denne måten viste de ved sitt kroppsspråk at de ikke hadde det travelt. Ifølge Travelbee (1999) er kommunikasjon helt sentralt i sykepleieprosessen og et av de viktigste redskapene sykepleieren har.

Særlig betydningen av det sosiale og estetikken rundt et måltid var deltakerne opptatte av. De fortalte at de hadde erfaring med at pasienter først kunne gi uttrykk for ikke å ha matlyst, men når de fikk sitte rundt et bord sammen med medpasienter, ble matlysten bedre og de fikk i seg kveldsmaten uten at det ble et herk. Ifølge Helsedirektoratet (2013) har mat en viktig sosial og psykologisk betydning i ernæringsbehandlingen, og et hyggelig måltidsmiljø vil kunne øke trivselen og matlysten. Deltakerne henviste også til egne erfaringer rundt det å sitte flere sammen under et måltid, der appetitten økte og man kunne spise mer. Deltakerne henviste til det Nightingale (1997) sa om betydningen av sykerommets estetik. Enkle og tilsynelatende elementære tiltak som å rydde rundt pasienten før et måltid var de opptatte av. Urinflasker, halvfulle kopper med kald kaffe eller fulle pussbekken ble ryddet bort. I tillegg til å servere små, delikate måltid, som var appetittvekkende. Ifølge Nightingale er betydningen

av spise miljøet og fokuset på omgivelsene ved en spisesituasjon viktige faktorer som kan ha mye å si for om pasienten får i seg mat eller ikke.

Bruken av ernæringstrappen ble brukt på flere avdelinger, og deltakerne fortalte at de ofte startet på et høyere trinn enn nødvendig uten å kunne begrunne hvorfor de gjorde det. Ifølge anbefalinger fra Helsedirektoratet (2013) vil det noen gang være riktig og nødvendig å hoppe over trinn for å komme i mål med ernæringsbehandlingen, og ved tidlig igangsettelse av enkle tiltak, vil man kunne forhindre eller forsinke bruk av fordyrende behandling som intravenøst eller sondemat. Hvilket trinn som startes på, bestemmes av pasientens ernæringsproblematikk og målsetting (Helsedirektoratet, 2018).

Selv om igangsettelse av tiltak kunne gå noe tregt, og oppfølgingen og evalueringen av disse kunne være mangelfull, var deltakerne klare på at dersom det viste seg at pasienten var i ernæringsmessig risiko, startet de kostregistrering i tre påfølgende døgn. Ifølge Helsedirektoratet (2018) må pasientenes ernæringsinntak kartlegges for å vurdere hva som er riktig behandling å iverksette. I tillegg var deltakerne snare med å starte opp med ernæringstilskudd som ernæringsdrikker og calogen. Ifølge Helsedirektoratet (2013) bør ernæringsdrikker tilbys når pasientenes matinntak er lite ved hvert måltid, da det for noen vil være enklere å drikke enn å spise.

### 6.1.3 Overgang fra institusjon til hjemmet

Flere av deltakerne fortalte om manglende kommunikasjon og dokumentasjon mellom behandlingsnivåene. De hadde rutiner på å skrive ernæringsplaner som ble videresendt til neste omsorgsledd, men disse rutinene ble ikke alltid overholdt. Dermed ble formidlingen av viktig og relevant informasjon tildeles nedprioritert og «glemt» i en hektisk hverdag. Som flere av deltakerne uttrykte, var pasientene sårbare i overgangen mellom sykehus og hjemmet. Det nasjonale sikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7*, har innsatsområder som skal være til hjelp for å øke kvaliteten og sikkerheten til pasientene ved blant annet utskrivelse fra sykehuset, gjennom innsatsområdet *trygg utskrivning*. Tiltak som tidlig planlegging av utskrivelse, formidling av viktig informasjon til neste omsorgsledd og strukturerte utskrivningssamtaler var nevnt som viktig (Helsedirektoratet, u.å.).

Flere av deltakerne i intervjuene uttrykte et ansvar for pasientene også etter utskrivelse fra sykehus. Som et resultat av Samhandlingsreformen blir sykere og mer krevende pasienter behandlet i hjemmet, og kravet til kompetanse i kommunehelsetjenesten er dermed økt (Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017). Riksrevisjonens undersøkelse etter innføring av Samhandlingsreformen viser til at kompetansehevingen i kommunehelsetjenesten er begrenset (Riksrevisjonen, 2016). Deltakerne mente at de kunne følge opp pasientenes ernæringsbehandling også etter utskrivelse dersom pasientene ikke hadde hjelp fra kommunehelsetjenesten, dette kunne sykepleierne gjøre ved hjelp av telefonkonsultasjoner, videokonsultasjoner eller polikliniske timer.

For at pasientene skal få oppfølging når de overføres fra et behandlingsnivå til et annet er samhandling og kommunikasjon mellom tjenestenivåene helt avgjørende (Romsland, 2007). Deltakerne uttrykte både manglende kommunikasjon og dokumentasjon mellom omsorgsleddene. Kårstad et.al (2018) bekrefter at ernæringsdokumentasjonen ikke alltid blir videreformidlet mellom omsorgsnivåene. I følge Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal dokumentasjon om ernæringsstatus -og behandling implementeres i de gjeldende dokumentasjonssystemene og følge pasientene ved utskrivelse til neste behandlingsnivå for å sikre kontinuitet, og for å tidlig kunne fange opp pasienter som kan være i fare for underernæring (Helsedirektoratet, 2013). Disse nasjonale faglige retningslinjene understøtter mål som er satt av helse -og omsorgstjenesten, og skal være bidragsytende for forbedring av virksomheten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Enkelte ganger mente deltakerne at det var utfordrende å sende pasientene hjem, i de tilfellene der man vurderte at pasienten hadde behov for oppfølging av kommunehelsetjenesten, men pasientene selv ikke ønsket hjelp. Det var spesielt utfordrende for de pasientene som bodde alene, da de ikke hadde noen hjemme som kunne ordne mat eller spise sammen med dem, slik det hadde vært under innleggelsen. Likevel er det viktig for sykepleierne å ha en balanse mellom nærhet og distanse, og huske på at omsorgen skal bestemmes ut fra pasientens ønsker og behov (Konsmo, 1996).

## 6.2 Ernæring som en del av den helhetlige omsorgen

I tillegg til den ernæringsmessige betydningen mat har, påpeker Alvsvåg at sykepleieren skal gi omsorg for pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov, og for å gi denne helhetlige omsorgen sier hun at det trengs *hele sykepleiere* (Alvsvåg, 1997).

### 6.2.1 Krise og stress virker inn på ernæringen

Det var enighet hos deltakerne at ernæring er en del av den helhetlige omsorgen, og at krise og stress vil virke inn på ernæringen. Å få en kreftsykdom vil være stressende og belastende for pasienten, både fysisk og psykisk. Uavhengig av om det er kurativt eller palliativt siktemål, vil pasienten kjenne på en form for stress (Reitan, 2017). Dette stemmer også overens med det Benner og Wrubel påpeker, at stress oppleves individuelt. Et hvert menneske vil oppleve en krise en eller annen gang i livet, og dermed også stress (Konsmo, 1996). Ifølge Konsmo er stress sammenbrudd i hverdagen som kan føre til opplevelsen av utfordringer, tap og smerter.

Deltakerne fortalte at ernæringsproblematikken kunne være sammensatt og utfordrende, og det var dermed viktig å se hele menneske. Martinsen (2003) mener at mennesker er avhengig av hverandre, og at å vise omsorg handler om å skape en relasjon med pasienten, dette kaller hun for relasjonell omsorg. For å skape en god relasjon mellom mennesker er tillitt viktig (Martinsen, 2005). Martinsen påpeker at mennesker møter hverandre med tillitt og sykepleieren må våge seg fram for å bli imøtekommende. Deltakerne mente at sykepleiere må være imøtekommende og vise at de bryr seg for å kunne dekke pasientens fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle behov. Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne som sier man skal ivare ta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, u.å). Deltakerne opplevde at pasientenes matlyst ble påvirket når krisen var et faktum. I tillegg til kreftsykdommen og dens symptomer og plager, hadde mange pasienter ofte tilleggsdiagnoser som kunne gi plager som virket inn på appetitten. Ifølge Martinsen (2003) skal sykepleieren delta praktisk i pasientens lidelser, og gi hjelp betingelsesløst. Deltakerne fortalte at bruken av samtaler kunne være med på å avdekke pasientens psykiske plager. Gjennom omsorg og en god relasjon, vil sykepleieren kunne innhente kunnskaper som trengs for at sykepleieren skal få bedre forståelse for pasientens situasjon (Konsmo, 1996).

Deltakerne forklarte at det var vanskelig for pasientene å ta til seg informasjon om ernæring når de nettopp hadde fått diagnosen og befant seg i en krise. Ifølge Cullberg (1984) kommer en krise uventet og akutt, og er en forstyrrelse av det normale livet. Når et menneske får en kreftsykdom vil nok mange oppleve det som en traumatisk krise. Deltakerne understreket derfor at det var viktig med gjentatte informasjon gjennom forløpet. Den første tiden vil være utfordrende og pasientens evne til å løse problemer vil kunne være nedsatt. Personen kan virke fjern og vil ha problemer med å fokusere på for eksempel informasjon som blir gitt (Eide & Eide, 2010).

Deltakerne opplevde det som utfordrende å «måtte» presse på med informasjon om ernæring, når pasientenes fokus var et helt annet når de akkurat hadde fått vite at de hadde fått en kreftsykdom. Ifølge Martinsen (2003) har omsorgsbegrepet en moralsk side som handler om hvordan sykepleieren er i relasjon med pasienten gjennom sitt praktiske arbeid. Martinsen bruker begrepet omsorgsarbeid, og mener at dette handler om pasientens situasjon og ikke tjenesten som skal ytes (Alvsvåg, 2008). Vi tolker det slik at pasientenes individuelle behov skal være i sentrum, det vil si at det kan være ulike behov hos den enkelte pasient, og dette må sykepleieren ta hensyn til. I både Helsepersonelloven §4 og Spesialisthelsetjenesteloven §2-2 ligger kravet om forsvarlighet. Som helsearbeidere skal vi gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Vi har plikt å følge opp pasientenes medisinske og helsemessige behov, uavhengig av hvor helsehjelpen ytes. Vi skal ivareta pasientenes grunnleggende behov knyttet til helse, og her kommer også ernæringsmessige forhold. Hvilke tiltak som sette i gang vil være individuelt ut fra den enkelte pasients behov (Helsetjenesteloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

### 6.2.2 Kreftrelaterte symptomer virker inn på ernæringen

Samtlige deltakere hadde erfaring med at flesteparten av kreftpasientene ville oppleve en eller flere fysiske kreftrelaterte symptomer gjennom sykdomsforløpet. De mente at for å avdekke symptomer, både fysiske og psykiske var det viktig å ha en åpen kommunikasjon med pasientene.



Som deltakerne sa virker kreftrelaterte symptomer inn på ernæringen, og at det de alltid måtte gjøre når det var et problem til stede, var å kartlegge hvorfor pasienten ikke fikk i seg mat. Her trakk de inn ESAS-r som et godt kartleggingsverktøy som gikk inn i detaljene, så lenge sykepleierne tok seg tid, og gjerne fylte ut skjemaet sammen med pasientene. De fortalte at de hadde stort fokus på kreftrelaterte symptomer, og hvordan disse kunne virke inn på ernæringen. De tok forbehold når de viste hvilke behandling pasientene hadde vært eller skulle gjennom, i tillegg til hvordan kreftsykdom den enkelte pasient hadde, da ulike kreftsykdommer kan ha ulikt symptombilde og utfordringer. Bye (2017) og Helsedirektoratet (2016) beskriver at pasienter på bakgrunn av ulike kreftsykdommer, behandlingsbivirkninger og psykososiale forhold kan oppleve ulik ernæringsproblematikk. Deltakerne kartla symptombilde ved bruk av kartleggingsverktøyene de hadde tilgjengelige. Et av kartleggingsverktøyene de brukte var braden skala. Som i utgangpunktet er et risikovurderingsskjema for vurdering av trykksår, men som inneholder et punkt i forhold til ernæring (Bjoro & Ribu, 2009). I Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender 24-7*, under innsatsområdet *forebygging av trykksår*, er et av hovedpunktene *Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus hos alle risikopasienter* (Helsedirektoratet, 2014). Deltakerne påpekte ernæringens viktighet i forhold til kreftbehandlingen, og at det hadde mye å si for blant annet rekonvalenstiden, men også i vurderingsarbeidet om pasienten var godt nok rustet for å tåle den planlagte behandlingen. Sortland (2007) viser til kroppens økte energibehov ved kreftsykdom og behandling, og understreker at god ernæringsstatus kan gi økt motstandsdyktighet mot sykdom og tumorrettet behandling. I tillegg til ernæringens betydning for hvordan man vil klare seg gjennom behandlingen, er den også svært viktig for livskvaliteten generelt (Helsedirektoratet, 2014).

### 6.3 God oppfølging av ernæringsstatus krever samarbeid

Tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper og samarbeid med pårørende er en del av sykepleiernes arbeidshverdag. Samarbeidet kan være preget av både utfordringer og kompetanseutveksling.

### 6.3.1 Tverrfaglig samarbeid

Deltakerne hadde særlig gode erfaringer med samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog, og opplevde at ernæringsbehandlingen ble prioritert hos de pasientene der ernæringsfysiologen hadde vært innom. Ifølge Romsland (2007) er tverrfaglig samarbeid ofte nødvendig for å gi pasienter som trenger komplekse helsetjenester et helhetlig, best mulig og personlig tilpasset helsetilbud.

Usikkerhet for når man skulle henvise til klinisk ernæringsfysiolog ble nevnt under intervjuene. Ifølge Eide et.al (2014) føler sykepleierne blant annet usikkerhet i vurdering og beregning av pasientens ernæringsbehov. Deltakerne fortalte at det resulterte i individuelle forskjeller hvorvidt pasientene ble henvist eller ikke, ut fra sykepleierens bevissthet på ernæringsfysiologenes arbeidsområde. Romsland (2007) forklarer at tverrfaglig samarbeid også kan by på utfordringer. Manglende innsikt i andre faggruppers kompetanseområder og arbeid kan være en årsak til at deltakerne ga uttrykk for å være usikre på når man skulle henvise til ernæringsfysiolog. Flere av deltakerne hadde også erfart at ernæringsfysiologen ofte kun ble kontaktet i de tilfellene der sykepleierens kompetanse ikke strakk til.

Samarbeidet med legene var basert på daglig kontakt, og forordninger fra legen var helt nødvendige for planlegging av sykepleietiltak. Dette samsvarer med det Romsland (2007) sier om samarbeidet og avhengigheten mellom de ulike faggruppene. Deltakerne opplevde samarbeidet med legene noe mangelfull, da engasjementet og fokuset for ernæringsbehandling var svært individuelt hos legene. Ifølge Eide et.al (2014) føler sykepleierne seg alene i ernæringsbehandling, og mener legene viser lite engasjement. Ifølge Romsland (2007) skal det tverrfaglige samarbeidet bidra til at den totale kompetansen skal komme pasientene til gode, og det vil også være med på å gi høyere kvalitet på behandlingen og omsorgen pasientene får. For at dette skal skje, så må faggruppene samarbeide på en god måte.

Deltakerne fortalte at de var lite samkjørte om ernæringsbehandlingen internt i pleiegruppen, og at dette kunne være utfordrende. Ifølge Orvik (2015) handler samarbeid om kjemi og er personavhengig. For å skape ett godt samarbeid krever det at helsepersonell viser engasjement

for problemstillingen og er innstilt på å løse oppgaven sammen med andre. Grunnlaget for godt samarbeid er bygget på tillit og stabil deltakelse.

### 6.3.2 Samarbeid med pårørende

Flere av deltakerne opplevde å ha en god støttespiller i pårørende, og deltakerne samarbeidet aktivt med pårørende i ernæringsbehandlingen til pasientene. Grov (2017) poengterer at pårørende er en stor og viktig del av livet til pasientene. Men at det er individuelle forskjeller hvor mye kontakt de har, og i hvor stor grad de er engasjerte i hverandres liv. Noen pårørende ser man daglig hos pasientene, mens andre hører man bare om fra pasienten.

Deltakerne synes det var verdifullt å ha pårørende med i ernæringsbehandlingen til pasientene, og hadde svært godt utbytte av å ha pårørende med under informasjonssamtaler, slik at de kunne gjenta informasjonen til pasienten på et senere tidspunkt når pasienten var mer mottagelig for det. Grov (2017) bekrefter at det kan være viktig å ha pårørende med under samtaler, da det kan være med på å styrke pasientens identitet og bringe relevant informasjon inn i samtalen. Martinsen (2005) fremhever tre aspekter ved omsorg, for det første er det et relasjonelt begrep, der det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Hun mener for at samarbeidet mellom sykepleiere og pårørende skal være godt, så må det være en god relasjon. Relasjonen må bygge på en autoritetsstruktur og en form for svak paternalisme, som betyr at vi i vår kraft av å være sykepleier har fagkunnskap som de pårørende ikke har.

Det var enighet blant deltakerne i at samarbeidet med pårørende var noe tilfeldig, og at de ikke hadde klare rutiner for samarbeid med pårørende. I tillegg har det under koronapandemien vært strengere besøksrutiner på ulike institusjoner, og deltakerne ga uttrykk for at samarbeidet med pårørende ble redusert på grunn av restriksjonene. Pårørende er ofte med pasienten under innleggelse for å gi emosjonell støtte, bidra med praktisk hjelp og være en talsperson for pasienten. Pasienten mistet dermed en viktig støttespiller i ernæringsbehandlingen (Stensheim et.al, 2016). Sykepleierne tok ofte kontakt med pårørende for å høre hvordan de kunne friste pasientene under måltider. Henderson (1998) sier at flere sykepleiere ønsker å få treffe pasientens familie og venner for å forstå pasienten bedre. Men også for å kunne hjelpe pårørende med å forstå hva pasienten trenger fra han eller henne.

Dermed ga deltakerne uttrykk for at de hadde mistet en samarbeidspartner i forbindelse med de strenge besøksrestriksjonene.

## 6.4 Faktorer som påvirker ernæringsbehandlingen

Det finnes ulike faktorer som kan påvirke ernæringsbehandlingen til kreftpasienter, dette kan være både organisatoriske forhold, kompetanse og manglende rutiner.

### 6.4.1 Organisatoriske forhold

I intervjuene nevnte deltakerne at tid og høyt arbeidspress var faktorer i arbeidshverdagen som gjorde at ernæringsbehandlingen ble nedprioritert. Forskning viser at mangel på personell som kan klargjøre måltider eller hjelpe til i måltidsituasjoner kan være med på å gjøre pasienter underernært (Bloomfield & Pegram, 2015). Eide et.al (2014) bekrefter at manglende ressurser og tid kan være en grunn til at ernæringsbehandlingen ikke blir prioritert.

Flere av deltakerne ga uttrykk for at de i måltidsituasjoner ofte ble avbrutt, for eksempel av administrative og andre kliniske oppgaver. I følge Bloomfield & Pegram (2015) er det viktig å sette av tilstrekkelig tid til at pleiere kan hjelpe pasientene under måltid, slik at ikke pasientene kjenner på tidspress under matsituasjoner. Mangel på sykepleiere på vakt, resulterer i at ernæringsbehandlingen blir delegert til helsefagarbeidere og assistenter. I slike tilfeller har sykepleieren ansvaret for at den ernæringsbehandlingen blir delegert til, har kunnskapen som skal til for å sikre rett inntaket av ernæring og væske. Ifølge Bloomfield & Pegram (2015) viser forskning at det må være økt fokus rundt måltidsituasjoner, slik at for eksempel visitt og andre undersøkelser ikke avbryter måltider. Jefferies et.al (2010) mener at måltider bør settes i fokus, og at alle sykepleieprosedyrer som ikke er akutt bør settes på vent til etter måltider.

Deltakerne nevnte at redusert innleggelsestid også var en faktor for at ernæringsbehandlingen ble nedprioritert. Blant annet tok de seg ikke tid til å kartlegge pasientens spisemønster, da viktige undersøkelser ble prioritert. Dette samsvarer også med resultatet av Samhandlingsreformen, som viser at antall liggedøgn på sykehus for pasientene er blitt redusert (Helse- og omsorgsdepartement, 2009).

#### 6.4.2 Kompetanse

I intervjuene fortalte deltakerne at de synes det var viktig med kunnskap og kompetanse blant helsepersonell på sengepostene. Deltakerne nevnte at sykepleiere blant annet må ha kunnskap om pasientens sykdom, virkning og bivirkning av behandling, kreftrelaterte symptomer og ernæring. Dette for å kunne sette i gang målrettede og persontilpassede tiltak for pasientene. Deltakerne mente at kompetansen var noe varierende, både blant sykepleiere, hjelpepleiere og leger. Ifølge Reitan (2017) blir kreftpasientene konfrontert med mange utfordringer. De komplekse utfordringene stiller store krav til nivået på sykepleiekompetansen. I Skau (2005) sin kompetansemodell stilles det krav til sykepleierens faktakunnskap i form av teoretisk kunnskap. Vi tolker at det handler om faktakunnskap om sykepleie til kreftpasienter, og kunnskapen som er nødvendig for å utøve faget. Det handler for eksempel om betydningen av ernæringsbehandling til kreftpasienter, kunnskapen om kommunikasjon eller teori om krisemestring.

Deltakerne nevnte ernæringstrappen som veileder for sykepleiere i ernæringsbehandlingen, der blant annet “måltidsmiljø”, “beriking og mellommåltider” og “intravenøs ernæring” er trinn i trappen. I noen tilfeller så deltakerne at det var enkelte trinn i ernæringstrappen som ble “hoppet over”, og mente at manglende kunnskap om ernæringsbehandling kunne være en årsak. I et yrke som sykepleier, ser man viktigheten av de ulike aspektene av begrepet kompetanse, da disse begrepene danner en samlet profesjonell kompetanse (Skau, 2005). Et annet aspekt av Skau (2005) sin kompetansemodell som kreves er de yrkesspesifikke ferdighetene, som er metoder, teknikker og praktiske ferdigheter som blir brukt i utøvelsen av sykepleien til kreftpasienter. Vi tolker at dette for eksempel kan være administrering av ernæringsbehandling til kreftpasienter og evner til å kommunisere med pasienter og pårørende.

Flere av deltakerne opplevde at det var noen som var særdeles dedikerte i arbeidet, og gjorde en betydelig innsats i forbindelse med ernæringsarbeidet. Noen skapte gode relasjoner med både pasient og pårørende, og samarbeidet med dem om blant annet hvilken mat som kunne friste pasienten. Mens andre pleiere bare utførte arbeidsoppgaven, fordi det var noe de måtte gjøre. Det siste aspektet ved begrepet kompetanse er personlig kompetanse, og ifølge Skau

(2005) handler *den personlig kompetanse* om den personen vi er. Det handler om å skape relasjoner, samarbeide med mennesker og gi av oss selv på et mellommenneskelig nivå. Personlig kompetanse er kvaliteter, egenskaper og ferdigheter som sykepleiere tilpasser og bruker i sin arbeidshverdag i samspill med mennesker. Helsedirektoratet (2016) presiserer at det er helseforetakene som har ansvar for å bidra til at helsepersonell har tilstrekkelig opplæring om ernæringsbehandling. For å bidra til et vellykket resultat av ernæringsbehandlingen trenger helsepersonell kompetanse, ferdigheter og erfaring om hvordan pasientens ernæringsbehov kan og skal imøtekommes.

Deltakerne påpekte viktigheten av å bruke kompetansen som allerede var i avdelingene. Spesielt ble sykepleiere og leger med spesialisering innenfor onkologi nevnt som verdifull i kompetanseheving. Det faglige skjønnet utvikles ifølge Martinsen (2005) gjennom vår evne til å reflektere, dette kaller hun den reflekterende praktiker, der man som ny sykepleier skal lære fra sykepleiere med mer erfaring i sykepleiefaget. Deltakerne ønsket mer fokus på ernæringsbehandling til kreftpasienter, og foreslo interundervisning der sykepleiere og leger med spesialutdannelse kunne stå for undervisningen. Ifølge Helsedirektoratet (2013) er det behov for å øke kompetansenivået om klinisk ernæring, og spesielt i undervisningsdelen til leger og annet helsepersonell.

#### 6.4.3 Manglende rutiner

Deltakerne ga uttrykk for at det er flere manglende rutiner i forbindelse med ernæringsbehandlingen, blant annet savnet de riktig bruk av kartleggingsverktøy, rutiner for henvisning til ernæringsfysiolog og rutiner for opplæring om ernæringsbehandling. Ifølge Kårstad et.al (2018) var innføringen av innsatsområdet *forebygging av underernæring* i pasientsikkerhetsprogrammet en mulighet for å forbedre ernæringspraksisen. Deltakerne fortalte at dokumentasjon om ernæringsbehandlingen var mangelfull i både journalnotat og legeepikriser, dette gjaldt også i overgangene mellom behandlingsnivå. Forskning viser at de nasjonale faglige retningslinjene ikke blir fulgt, og at ernæringsdokumentasjon ikke blir videreformidlet (Eide, et.al, 2014).

Deltakerne ønsket rutiner rundt bruk av skriftlig informasjon til pasientene. De hadde tilgang til ulik skriftlig informasjon, men det var sjeldent de sendte dette med pasientene ved

utskrivelse. Ifølge Helsedirektoratet (2016) har sykepleiere ansvar for å gi informasjon til pasientene, og hjelpe pasienten til å forstå sin situasjon, dette kan gjøres gjennom bruk av for eksempel brosjyrer.

## 7.0 Konklusjon med implikasjoner for praksis, utdanning og forskning

Forskningsspørsmålene som vi søkte svar på i dette studiet var hvordan sykepleierne kartlegger ernæringsstatusen, hvilke tiltak som blir satt i gang som følge av ernæringskartleggingen og hvilke faktorer som kunne fremme eller hemme ernæringsoppfølgingen.

Funnene viser at deltakerne anså sin rolle i ernæringsbehandlingen som sentral. Deltakerne la vekt på å kartlegge ernæringsstatus ved hjelp av ulike verktøy, åpen kommunikasjon og observasjoner av pasientene. De ga uttrykk for at oppfølgingen av ernæringsbehandlingen og bruk av samtaler som verktøy i ernæringskartleggingen ikke var lett å prioritere i en travel arbeidshverdag. Høyt arbeidspress, mangel på tid, manglende kompetanse og uklare roller, i tillegg til utfordringer i samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper var hindringer som førte til at ernæringsbehandlingen ikke ble fulgt opp tilstrekkelig. Forskning bekrefter at sykepleiere har en viktig og sentral rolle i ernæringsbehandlingen, de skal kartlegge, dokumentere, observere, sette i gang tiltak og samarbeide med andre yrkesgrupper. I vår studie ga deltakerne uttrykk for at de var flinke til å sette i gang tiltak som tilrettelegging av omgivelsene, kostregistrering, ønskekost, mellommåltider og ernæringstilskudd for å bedre pasientens inntak av ernæring.

På bakgrunn av våre funn mener vi at kompetanseheving og klar rollefordeling er nødvendig for økt kvalitet i ernæringsbehandlingen. I tillegg vil innføring av klare rutiner for kontinuerlig oppfølging av ernæring- og symptomkartlegging, samarbeidsrelasjoner, henvisning til klinisk ernæringsfysiolog og utskrivelses rutiner i overgangen mellom ulike behandlingsnivå være med på å styrke kvaliteten på behandlingen. Selv om helsepersonell har ansvar for å holde seg faglig oppdatert, bør det legges større vekt på oppfølging av ernæringsbehandling allerede på bachelorutdanningen i sykepleie, og kompetanseheving i de ulike avdelingene som behandler kreftpasienter bør settes i fokus. Fokus på ernæringsbehandling bør også forankres på ledelses- og organisasjonsnivå. Samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper kan styrkes ved en tydelig rollefordeling. Vi mener studiet kan ha overførbar verdi, og være med på å bidra til kvalitetsforbedring av ernæringsbehandling i praksis.



Vi ser for oss at funnene i studiet kan danne grunnlag for et aksjonsforskningsprosjekt, hvor man har som mål å implementere kompetanseheving, etablering av rutiner og samarbeidsrelasjoner rundt ernæringsbehandlingen i en avdeling som behandler kreftpasienter.

## Referanser:

Alvsvåg, H., (1997). DEL 1: Relasjoner og sykepleie. *Pasienten kan lære oss hva omsorg er*. I: Alvsvåg, H. (red). SYKEPLEIE – mellom vitenskap og pasient (s. 13-18). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Alvsvåg, H., (2008). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I Knutstad, U. & Kamp Nielsen, B. (Red), *Sykepleieboken 2 Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (s. 63-96). Oslo: Akribe AB.

Bjørø, K., Ribu, L. (2009). Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus. *Sykepleien Forskning*, 4(4), 298-305. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0146>

Bloomfield, J. & Pegram, A. (2012). Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. *Nursing Standard*. 26 (34). Tilgjengelig fra: <https://go-gale-com.mime.uit.no/ps/i.do?p=AONE&u=unitroms&id=GALE%7CA290292277&v=2.1&it=r>

Breikvik, C., Slåttum, M-A., Ryel, A.L. (2018) God kreftbehandling krever riktig ernæring, *Sykepleien*. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65134>

Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J.F. (2017) Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12 (60613): DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.60613](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613)

Bye, A. (2017). Ernæring. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. red. KREFTSYKEPLEIE Pasient – Utdfordring – Handling, s, 198-221. Oslo: Cappelen Damm AS.

Bye, A., Balstad, T.R. (2016) Ernæring – generelle prinsipper. I: Kaasa, S. og Loge, J.H (red) *Palliasjon Nordisk lærebok*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 232-242.

Chaves, M. R., Boléo-Tomé, C., Monterio-Grillo, I., Camilo, M. & Ravasco, P. (2010). The Diversity of Nutritional Status in Cancer: New Insights. *The Oncologist*. 15 (5), s. 523-530.

Tilgjengelig fra:

<https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1634/theoncologist.2009-0283?sid=vendor%3Adatabase>

Cullberg, J. (1984). Opplevelser som utløser en traumatisk krise. I Cullberg, J. *Mennesker i krise og utvikling*. 2. utgave, 3. opplag. (s. 100-115). Norge: Gjøvik Trykkeri AS.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.oktober) Helsinkideklarasjonen. Hentet fra: [Helsinkideklarasjonen | Forskningsetikk](#)

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015, 07. september). Taushetsplikt. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/taushetsplikt/>

Eide, H. & Eide, T. (2010). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished elderly: perspectives of nurses. *Journal of clinical nursing*. 24 (5-6), s. 696-706. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.mime.uit.no/doi/full/10.1111/jocn.12562>

Fagerjord, B. (2018). Pedagogisk opplegg gir kreftsykepleiere bedre kompetanse om ernæring. *Sykepleien*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2018/02/pedagogisk-opplegg-gir-kreftsykepleiere-bedre-kompetanse-om-ernaering>

Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). Vitenskap på egne premisser. *Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikkloven>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grov, E.K., (2017). Pårørende. I: Reitan, A.M og Schjøberg, T.K (red.) *Kreftsykepleie – Pasient – Utfordring – Handling*. 4.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 251-266.

Gudbergsson, S.B., (2017). Rehabilitering og kreft. I: Reitan, A.M og Schjøberg, T.K (red.). *Kreftsykepleie – Pasient – Utfordring – Handling*. 4.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 434-449.

Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus. (2021, 19. Mars). ESAS symptomregistrering. Hentet fra: [ESAS symptomregistrering - Helse Bergen \(helsebergen.no\)](https://helsebergen.no/ESAS-symptomregistrering)

Helsebiblioteket. (03.06.2016). Sjekklistor. Tilgjengelig fra: [Sjekklistor - Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no/sjekklistor)

Helsedirektoratet. (2013, april). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hentet fra: [Omslag Retn.linjer.indd \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/omslog-retningslinjer-indd)

Helsedirektoratet. (2014). Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, *I trygge hender 24/7*. Hentet fra: [tiltaksplan-for-forebygging-av-trykksar.pdf \(pasientsikkerhetsprogrammet.no\)](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/tiltaksplan-for-forebygging-av-trykksar.pdf)

Helsedirektoratet. (2016, september). Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra: [Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet. (2018, 05. oktober). Råd om kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander. Hentet fra: [Råd om kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet. (2020) Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende. Hentet fra: [Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet. (u.å.) I trygge hender 24-7: Trygg utskrivning. Hentet fra: [Trygg utskrivning - Pasientsikkerhetsprogrammet](#)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted – til rett tid. (st.meld.nr. 47(2008-2009)). Hentet fra: [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#)

Helsetjenesteloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Henderson, V. A., (1997). *ICN: sykepleierens grunnprinsipper*. Hentet fra: [ICN : sykepleiens grunnprinsipper \(nb.no\)](#)

Henderson, V. A., (2011). Konsekvenser for praksisen. I: Henderson, V. A. (red.) *Sykepleiens natur* Refleksjon etter 25 år. 1. utgave. S. 57-66. Gyldendal Norske Forlag AS.

Henderson, V. A., (2011). Utvikling av et personlig begrep. I: Henderson, V. A. (red.) *Sykepleiens natur* Refleksjon etter 25 år. 1. utgave. S. 35-56. Gyldendal Norske Forlag AS.

Hopkinson, J. B. (2015). The nursing contribution to nutritional care in cancer cachexia. *Proceeding of the Nutrition Society*. 74 (4), s. 413-418. Tilgjengelig fra: [The nursing contribution to nutritional care in cancer cachexia | Proceedings of the Nutrition Society | Cambridge Core](#)

Jefferies, D., Johnson, M. & Ravens, J. (2010). Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *Journal of Clinical Nursing*. 20, s. 317-330. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.mime.uit.no/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2010.03502.x>

Kiserud, C.E., Dahl, A.A., Fosså, S.D. (2019) Hvorfor en bok om kreftoverlevende. I: Kiserud, C.E., Dahl, A.A. og Fosså, S.D (red.) Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. 3 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.15-17.

Konsmo, T. (1996). *En hatt med slør. Om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrublers teori*. 2. opplag. Otta: TANO AS.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 95-111.

Kårstad, K. Å., Olsen, N. R., Sygnetveit, K., Jamtvedt, G., Aarflot, M. & Tangvik, R. J. (2018). Dokumentasjon av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull. *Sykepleien Forskning*. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.72857](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72857)

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2018) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: Historiske essays*. (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Nightingale, F. (1997). Inntak av mat. I: Nightingale, F. *Notater om sykepleie*. s. 102-107. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien forskning*, 1(4), s. 266-268. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2007.0009>

Nordøy, T., Thoresen, L., Kvikstad, A., Svensen, R. (2006) Ernæring og væskebehandling til pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom, *Tidsskriftet Den Norske Legerforening*, 5(126) s.624-627. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2006/02/tema-palliativ-medisin/ernaering-ogvaeskebehandling-til-pasienter-med-ikke-kurabel> (Hentet: 13/05-2019)

Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2021). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Tilgjengelig fra: [Søk i kanalregister | NSD - Norsk senter for forskningsdata \(uib.no\)](#)

Norsk sykepleierforbund. (u.å). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra: [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](#)

Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse *Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. Hentet fra: [Lov om behandling av personopplysninger \(personopplysningsloven\) - Lovdata](#)

Povlsen, H., Winther, B. (2019) Ernæringsintervensjoner. I: Sigaard, L. og Birgens, A.B (red.) *Kræft. Klinik og sygepleje*. 1.utgave. København: FADL's Forlag, s. 260-272.

Ravasco, P., Monteiro-Grillo, I. & Camilo, M. (2006). Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling!. *Clinical Nutrition*. 26 (1), s. 7-15. Tilgjengelig fra: <https://www-sciencedirect-com.mime.uit.no/science/article/pii/S0261561406001968>

Reitan, A.M. & Schjølberg T.K. (2017). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4.utgave). Oslo: Cappelen Damm AS.

Riksrevisjonen. (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. (3:5 (2015-2016) Hentet fra: [Dokument 3:5 \(2015–2016\) \(riksrevisjonen.no\)](https://www.riksrevisjonen.no/dokument/3-5-2015-2016)

Romsland, G.I., (2007). Tverrfaglig samarbeid og etikk. I: Slettebø, Å., & Nortvedt, P. (red.), *Etikk for helsefagene*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 149-170.

Skau, G.M., (2005). *GODE FAGFOLK VOKSER - Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS.

Sortland, K. (2007) *Ernæring – et kunnskapsområde for sykepleieren*. I: Sortland, K (red.) *Ernæring – mer enn mat og drikke*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s.15-20.

Sortland, K. (2007) *Kosthold ved livsstilssykdommer*. I: Sortland, K (red.) *Ernæring – mer enn mat og drikke*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 223- 274.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) -Lovdata](https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61)

Stensheim, H., Hjermsstad, M. J. & Loge, J. H., (2016). *Ivaretagelse av pårørende*. I: Kaasa, S. & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon Nordisk lærebok*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 274-286.



The World Medical Association. (2021). WMA Declaration of Helsinki – *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet fra: [WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association](#)

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. (1.utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

UiT Norges Arktiske Universitet. (u.å). Nettskjema. Hentet fra: [Nettskjema | UiT](#)

Vigstad, S., Clancy, A., & Broderstads, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. Sykepleien forskning. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.74591](#)

## VEDLEGG 1: Eksempler datasøk

Eksempel på søk fra CINAHL:

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S4	S1 AND S2 AND S3	Limiters - Published Date: 20000101-20211231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	109
S3	nutrition OR food intake	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	Display
S2	nurse*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	Display
S1	oncology	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	Display

Eksempel på søk fra PubMed:

History and Search Details						Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time		
#7	...	>	Search: <b>((malnutrition) AND (cancer treatment)) AND (nurse role)</b> Filters: <b>English, from 2000 - 2021</b>	22	12:23:33		
#6	...	>	Search: <b>((malnutrition) AND (cancer treatment)) AND (nurse role)</b> Filters: <b>from 2000 - 2021</b>	24	12:23:27		
#5	...	>	Search: <b>((malnutrition) AND (cancer treatment)) AND (nurse role)</b>	25	12:23:17		
#4	...	>	Search: <b>((cancer patient) AND (nutrition)) AND (nurs*)</b>	1,737	12:22:24		
#3	...	>	Search: <b>((nutrition) OR (food intake)) AND (nurse role) AND (cancer)</b> Filters: <b>from 2000 - 2021</b>	100	12:20:16		
#2	...	>	Search: <b>((nutrition) OR (food intake)) AND (nurse role) AND (cancer)</b>	112	12:19:56		
#1	...	>	Search: <b>((nutrition) AND (nurs*)) AND (cancer)</b>	3,168	12:18:55		

## VEDLEGG 2: Søknad om tilgang til forskningsfelt

Avdelingsleder  
ved  
*[aktuell avdeling]*

### **SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELT**

Vi er studenter ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT), Det helsevitenskapelige fakultet. Der tar vi master i sykepleie – studieretning kreftsykepleie. Vi har planlagt å levere oppgaven i 2021.

Vårt tema er ernæring og kreftbehandling, og problemstillingen er: **“På hvilken måte følger sykepleiere opp kreftpasientenes ernæringsbehandling i en sykehusavdeling?”**

I den anledningen har vi behov for å intervju 10-12 sykepleiere/kreftsykepleiere, som har jobbet mer enn 3 år. Det vil være fokusgruppeintervjuer som vil vare fra 1,5 til 2 timer. På grunn av COVID-19 situasjonen kan det hende intervjuene blir tatt via Teams eller Zoom. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, anonymisert under transkribering og slettet etter sensur. Lydfilene vil bli oppbevart i samsvar med UiT sine retningslinjer for sikker datalagring. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt, det vil si at ingen opplysninger vil kunne føres tilbake til den personen som blir intervjuet. Som sykepleiere er vi også underlagt taushetsplikten. Intervjuene planlegges gjennomført våren 2021. Vi har fått godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å gjennomføre prosjektet (referanse: 850828).

Prosjektansvarlig ved UiT er Gabriele Kitzmüller, tlf.nr: 76966168, epost:  
gabriele.e.kitzmuller@uit.no.

Dersom dere har spørsmål, er vi å treffe på mobilnr: *Hanne; 99546641 eller  
Christina; 45231385*

Med vennlig hilsen

Hanne Josefine Pedersen og Christina Fagerli

## VEDLEGG 3: Informasjonsskriv til deltagere

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***“På hvilken måte følger sykepleiere opp kreftpasienters ernæringsbehandling i praksis”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet er å undersøke hvordan kreftpasienters ernæringsbehandling blir fulgt opp i praksis. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Vi skal dette året skrive masteroppgave i Master i sykepleie – studieretning kreftsykepleie, og ønsker å undersøke hvordan oppfølgingen av ernæring til kreftpasienter utføres i praksis. Problemstillingen er som følger;

***“På hvilken måte følger sykepleiere opp kreftpasientenes ernæringsbehandling i sykehusavdeling?”***

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT) er ansvarlig for prosjektet. Vår veileder er Gabriele Kitzmüller.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi skal intervju 2 grupper med sykepleiere/kreftsykepleiere som har jobbet mer enn 3 år. De skal jobbe på ei sykehusavdeling. Og intervjuene danner hovedgrunnet for masteroppgaven.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer at du deltar i et fokusgruppeintervju. Intervjuet vil ta mellom 1,5-2 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om hva og hvordan du gjør det i praksis når det gjelder kreftpasientenes ernæringsbehandling.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, i tillegg til at vi vil ta notater underveis i intervjuet. Dataene fra lydbåndet vil bli transkribert og slettet etterpå.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du trekke ditt samtykke tilbake fram til prosjektslutt uten å oppgi noen grunn. Men vi håper du ønsker å delta slik at vi får

gjennomført vårt prosjekt som planlagt. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med et nummer, datamaterialet vil bli kryptert og lagret på en forskningsserver. De som vil ha tilgang til materialet er oss og vår veileder på Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT). All datamateriale vil bli anonymisert før det publiseres.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i 2021. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

1. innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
2. å få rettet personopplysninger om deg,
3. få slettet personopplysninger om deg,
4. få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
5. å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

1. Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) ved Gabriele Kitzmüller på epost ([gabriele.e.kitzmuller@uit.no](mailto:gabriele.e.kitzmuller@uit.no)) eller telefon: 76 966168

2. Vårt personvernombud: Personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet.
3. NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

### **Forhåndsregler i forbindelse med COVID-19**

Vi vil følge FHI's retningslinjene i forbindelse med COVID-19 pandemien.

Med vennlig hilsen

Forskningsansvarlig

Hanne Josefine Pedersen og Christina Fagerli

## VEDLEGG 4: Intervjuguide

### **Intervjuguide:**

1. **Introduser problemstillingen**, og få informantenes tanker omkring den.

“På hvilken måte følger sykepleiere opp kreftpasientenes ernæringsbehandling i en sykehusavdeling?”

2. **Ernæringsbehandling i praksis** – Kan dere si noe om hvordan dere kartlegger ernæringsbehovet hos kreftpasientene? Og hvordan rutiner har dere i oppfølgingen?
3. **Kreftrelaterte symptomer** - Hvilket fokus har dere på kreftrelaterte symptomer som virker inn på ernæringen?
4. **Brukermedvirkning i ernæringsbehandlingen** – Kan dere fortelle litt om hvordan pasientene og pårørende blir inkludert i ernæringsbehandlingen?
5. **Tverrfaglig samarbeid** – Samarbeider dere med noen i forbindelse med ernæringsbehandlingen? Og eventuelt på hvilken måte?



## VEDLEGG 5: Samtykkeerklæring

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “***På hvilken måte følger sykepleiere opp kreftpasienters ernæringsbehandling i praksis***”, og har fått anledning til å stille spørsmål.  
Jeg samtykker til:



å delta på intervju, og at intervjuet blir tatt opp på lydbånd

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## VEDLEGG 6: Meldeskjema for behandling av personopplysninger

### NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

På hvilken måte følger sykepleiere opp kreftpasienters ernæringsbehandling i praksis?

Referansenummer

850828

Registrert

16.03.2020 av Hanne Josefine Pedersen - hpe031@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gabriele kitzmüller, gabriele.e.kitzmuller@uit.no, tlf: 76966168

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Christina Fagerli, cfa008@post.uit.no, tlf: 45231385

Prosjektperiode

06.10.2019 - 16.05.2021

Status

20.01.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

---

20.01.2021 - Vurdert

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

NSD har vurdert endringen registrert 05.11,2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.01.2021. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er

dd7-4444-a883-4de691341397

1/3

avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henrik  
Netland Svensen Tlf.  
Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast  
1)

16.03.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 16.03.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 16.05.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig

grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. I bokstav a.

#### TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art.

12,1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt

dd7-4444-a883-4de691341397

2/3

til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)